UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN-TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIÓNAL DE OBSTETRICIA

Estrategia innovadora para mejorar la gestión en la atención prenatal en gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto, en el periodo julio - noviembre 2015

Tesis para optar el título profesional de Obstetra

AUTOR:

Lleina Katherine Valera Alvarado

ASESOR:

Obsta. Dra. Gabriela del Pilar Palomino Alvarado

Tarapoto - Perú

2019

Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN TARAPOTO - PERU

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú.
Vea una copia de esta licencia en http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/

Obra publicada con autorización del autor

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN-TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIÓNAL DE OBSTETRICIA

Estrategia innovadora para mejorar la gestión en la atención prenatal en gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto, en el periodo julio - noviembre 2015

Tesis para optar el título profesional de Obstetra

AUTOR:
Lleina Katherine Valera Alvarado

ASESOR:
Obsta. Dra. Gabriela del Pilar Palomino Alvarado

Tarapoto - Perú

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN- TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Estrategia innovadora para mejorar la gestión en la atención prenatal en gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto, en el periodo julio – noviembre 2015

Tesis para optar el título profesional de Obstetra

AUTOR:

Lleina Katherine Valera Alvarado

ASESOR:

Obsta. Dra. Gabriela del Pilar Palomino Alvarado

Tarapoto- Perú

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN- TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Estrategia innovadora para mejorar la gestión en la atención prenatal en gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto, en el periodo julio – noviembre 2015

AUTOR:

Lleina Katherine Valera Alvarado

Sustentada y aprobada el día 16 de enero del 2019, ante el honorable jurado:

……

Obsta. Dra. Nelly Reátegui Lozano

Presidente

……

Obsta. Mg. Natividad Lupe Macedo Rodríguez

Secretaria

……

Obsta. Dr. José Manuel Delgado Bardales

Vocal

Declaratoria de Autenticidad

Lleina Katherine Valera Alvarado, con DNI N° 74160249**,** egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud; Escuela Profesional de Obstetricia, de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, con la Tesis titulada: **Estrategia innovadora para mejorar la gestión en la atención prenatal en gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto, en el periodo julio – noviembre 2015**

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de nuestra autoría.
2. Hemos 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 plagiada; 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 tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De considerar que el trabajo cuenta con una falta grave, como el hecho de contar con datos fraudulentos, demostrar indicios y plagio (al no citar la información con sus autores), plagio (al presentar información de otros trabajos como propios), falsificación (al presentar la información e ideas de otras personas de forma falsa), entre otros, asumimos las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto.

Tarapoto, 16 de enero del 2019.

.....

Bach. Lleina Katherine Valera Alvarado
DNI N° 74160249

Constancia de asesoramiento

En mi condición de asesora de la tesis, presentada por la Bachiller en Obstetricia **Lleina Katherine Valera Alvarado** para optar el título profesional de Obstetra cuyo título es: **Estrategia innovadora para mejorar la gestión en la atención prenatal en gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto, en el periodo julio – noviembre 2015,** Considero que dicha tesis reúne los requisitos para ser sometida a la presentación pública y evaluación.

Tarapoto, 16 de enero del 2019

Atentamente,

.....

Obsta. Dra. Gabriela del Pilar Palomino Alvarado
Asesora

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis.

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres: Valera Alvarado Lleina Katherine	
Código de alumno : 124117	**Teléfono:** 916675299
Correo electrónico : Llein.valera@hotmail.com	**DNI:** 74160249

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de: Ciencias de la Salud	
Escuela Profesional de: Obstetricia	

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	(X)	Trabajo de investigación	( )
Trabajo de suficiencia profesional	( )		

4. Datos del Trabajo de investigación

Titulo: Estrategia innovadora para mejorar la gestión en la atención prenatal en gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Hospital II-2 Minsa Tarapoto, en el periodo julio - noviembre 2015.
Año de publicación: 2019

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	(X)	Embargo	( )
Acceso restringido **	( )		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons,* con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI **"Las *universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación* registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA"**.

.....
Firma del Autor

---

8. Para ser llenado en la Oficina de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM – T.

Fecha de recepción del documento:
06 / 02 / 2019

.....
Firma del Responsable de Repossitorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM – T.

***Acceso abierto**: uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Dedicatoria

Dedico a mi padre celestial (Dios) quien me acompaña e ilumina en cada paso brindándome su fuerza y amor para seguir adelante.

La concepción de esta investigación está dedicada a mis padres y hermanos, pilares fundamentales en mi vida. Sin ellos, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora logre. Su tenacidad y lucha insaciables han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar.

Ellos representan gran esfuerzo y tesón en momentos de decline y cansancio. A ellos esta investigación, que, sin ellos, no hubiese podido ser.

Lleina.

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de San Martín por haberme dado la posibilidad de formarme profesionalmente.

Un agradecimiento especial al Instituto de Investigación y Desarrollo de la UNSM-T, que a través del Concurso de Proyectos de Investigación para Tesis a Nivel de Pregrado 2017, y a su plana directiva se hizo posible la ejecución de este trabajo de investigación.

A los Directivos, pacientes y personal de salud del Servicio de Obstetricia del Hospital II-2 MNSA Tarapoto, quienes fueron los protagonistas y principales beneficiados del estudio, muchas gracias por aceptar ser parte de la investigación y por habernos brindado su confianza, paciencia, cariño y amistad.

A mis padres, por ser el principal promotor de nuestros sueños, por confiar cada día, creer en nosotros y en nuestras expectativas, deseando y anhelando siempre lo mejor para nuestras vidas, ya que con sus consejos y con cada una de sus palabras nos guían día a día.

A mi asesora Obsta. Dra. Gabriela del Pilar Palomino Alvarado quien hizo que diera más de lo que podía, me impulsó a asumir nuevos retos, muchas gracias Doctora por todo.

Por último, a todos los docentes de la carrera de Obstetricia que se preocuparon por brindarnos su ayuda, así como nos felicitaron cuando obtuvimos nuestros logros. Estamos muy agradecidos con cada uno de ustedes por las enseñanzas impartidas en nuestra casa de estudio y en el campo clínico.

La Autora

Índice

Pág

Dedicatoria……..... vi

Agradecimiento…….. vii

Índice……. viii

Índice de tabla……..... ix

Resumen…….… x

Abstrac…… xi

TITULO…….… 1

I. INTRODUCCIÓN……..…… 1

1.1. Marco Conceptual……... 1

1.2. Antecedentes……... 4

1.3. Bases Teóricas…… 8

1.4. Justificación…… 23

1.5. Problema……. 24

II. OBJETIVOS……. 24

2.1. Objetivo General……..... 24

2.2. Objetivo Específicos……... 24

2.3. Hipótesis de investigación…….. 25

2.4. Sistema de variable……. 25

III. MATERIALES Y MÉTODOS……. 28

IV. RESULTADOS…….. 32

V. DISCUSIÓN…… 36

VI. CONCLUSIONES……. 40

VII. RECOMENDACIONES…….. 41

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS……. 42

IX. ANEXOS…… 46

Índice de tabla

Tabla	Título	Pág.
1	Características sociodemográficas de las gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto, en el periodo julio – noviembre 2015.	32
2	Nivel de conocimiento que tiene la gestante sobre la hipertensión arterial.	33
3	Evaluación de la atención prenatal realizada a la gestante con diagnóstico de hipertensión arterial.	34
4	Estructura de la estrategia innovadora para mejorar la gestión en la atención prenatal en gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto, en el periodo julio – noviembre 2015.	35

Resumen

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo: Diseñar una estrategia innovadora para mejorar la gestión de la atención prenatal en gestantes con diagnóstico de Hipertensión Arterial - Hospital II – 2 MINSA Tarapoto, en el periodo julio – noviembre 2015, investigación no experimental, cuantitativa, explicativa, de corte transversal, propositiva. La población fue 210 gestantes con hipertensión arterial y la muestra estuvo constituida por 72 gestantes con hipertensión arterial, así mismo se utilizó como técnica la revisión documentaria y la encuesta y como instrumento la ficha de recolección de datos para la variable gestión de la atención prenatal y cuestionario de conocimientos sobre hipertensión. Resultados, las características sociodemográficas de las gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial fueron: 59,7% oscila entre 20 – 34 años; 62,5% de estado civil conviviente, 36,1% con educación secundaria completa y el 80,6% viven con su pareja, el 37,5% tuvo 2 embarazos. El nivel de conocimiento que tienen las gestantes sobre la hipertensión arterial fue 38,9% de nivel bajo, seguido del 30,6% con nivel medio y alto respectivamente. Según la evaluación de la gestión de la atención prenatal realizada a las gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial encontramos: el 70,8% se atendieron antes de las 14 sem., el 94,4% acuden con frecuencia a sus citas, el 75,0% tiene más de 6 controles; respecto a la atención prenatal si es completa: solo el 19,4% realiza el examen físico, al 75% se toma las medidas antropométricas para el cálculo del IMC, al 25,0% se realiza evaluación reflejo osteotendinosos, al 93,1% se realiza el examen obstétrico completo según edad gestacional, el 72,2% es evaluado ginecológicamente, el 88,9% elabora plan de parto, al 98,6% se toma los exámenes de laboratorio, 97,2% y 98,6% administración de sulfato ferroso y ácido fólico según norma respectivamente. En conclusión, la estructura y contenidos del programa permitirá fortalecer la gestión de la atención prenatal por el personal de salud y elevar el nivel de conocimiento de las gestantes con hipertensión según los componentes: aspectos generales, complicaciones, tratamiento y medidas de autocuidado.

Palabras clave: Estrategia innovadora, atención prenatal, hipertensión arterial, embarazo.

Abstract

The following research study was aimed to "Design an innovative strategy to improve the management of prenatal care in pregnant women with a diagnosis of arterial hypertension - Tarapoto II - 2 Hospital, from July - November 2015". The following is a non-experimental, quantitative research, explorative, cross-sectional and pro-positive. The population was 210 pregnant women with arterial hypertension and the sample consisted of 72 pregnant women with arterial hypertension, likewise, the documentary review and the survey were used as a technique and the data collection and questionnaire was used as an instrument. Results, the sociodemographic characteristics of the pregnant women with a diagnosis of hypertension were: 59.7% oscillated between 20 - 34 years; 62.5% of married civil status, 36.1% with complete secondary education and 80.6% live with their partner, 37.5% had 2 pregnancies. The level of knowledge that pregnant women have about high blood pressure was 38.9% of low level, followed by 30.6% with medium and high level respectively. According to the evaluation of the management of prenatal care performed to pregnant women with a diagnosis of hypertension, we found: 70.8% were attended before 14 weeks, 94.4% frequently go to their appointments, 75, 0% have more than 6 controls; Regarding prenatal care if it is complete: only 19.4% perform the physical examination, 75% take anthropometric measurements to calculate the BMI, 25.0% perform an osteotendinous reflex evaluation, 93.1% the complete obstetric examination is performed according to gestational age, 72.2% is evaluated gynecologically, 88.9% elaborates a delivery plan, 98.6% takes laboratory exams, 97.2% and 98.6% administration of ferrous sulfate and folic acid according to the norm respectively. In conclusion, due to the findings in the diagnosis, the structure of the program to strengthen the management of prenatal care in pregnant women with hypertension includes as components: general aspects with five subjects, complications with three subjects, treatment with three subjects and measures of self-care with five themes

Keywords: Innovative strategy, prenatal care, hypertension, pregnancy.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
Dirección
CENTRO DE IDIOMAS

TITULO:

Estrategia innovadora para mejorar la gestión en la atención prenatal en gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto, en el periodo julio – noviembre 2015.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco Conceptual

Las enfermedades hipertensivas del embarazo, especialmente, la preeclampsia es de suma importancia tanto a nivel mundial como en nuestro medio, por las consecuencias maternas y perinatales que ocasionan. La preeclampsia es una enfermedad de carácter progresivo e irreversible que afecta múltiples órganos, siendo responsable de una proporción considerable de muertes maternas y perinatales. La preeclampsia en el embarazo constituye un problema de salud pública, en un 7 – 10 % de todos los embarazos a nivel mundial aparece hipertensión y la preeclampsia es responsable de cerca del 70% de todos estos casos y junto con la hemorragia y la infección forma la devastadora triada, responsable de gran parte de morbimortalidad materna y perinatal (1, 2).

En América la enfermedad hipertensiva de la gestación complica de 3 a 22% de los embarazos, en el Perú, su incidencia fluctúa entre 10 y 15% en la población hospitalaria. La incidencia de la enfermedad hipertensiva del embarazo es mayor en la costa que en la sierra, pero la mortalidad materna por esta causa es mayor en la sierra; no parecen existir diferencias mayores entre las características de esta enfermedad en ambas regiones. En el Perú, es la segunda causa de muerte materna, representando 16 % de muertes; es la primera causa de muerte materna en los hospitales de EsSalud del país y en Lima Ciudad , se relaciona con 17 a 25% de las muertes perinatales y es causa principal de restricción del crecimiento fetal intrauterino (RCIU) con 32%. En la Dirección de Salud de Lima Ciudad es la primera causa de muerte, entre los años 2000 a 2009, con 33%. En el Instituto Nacional Materno Perinatal es también la primera causa de muerte materna, entre los años 2003 y 2013, con 43%. A pesar que entramos al siglo XXI seguimos desconociendo la etiología, así mismo se mencionan numerosos factores de riesgo. Se han investigado y comparado numerosos tratamientos, pero la prevención sigue siendo la

meta más valiosa y para lograrla se necesitan reorientar las investigaciones a los periodos pre-concepcional y peri-concepcional (3).
La hipertensión en el embarazo continúa siendo un problema mayor de salud perinatal en todo el mundo. Es una de las mayores causas de prematurez, mortalidad perinatal y figura además entre las primeras causas de muerte materna, tanto en países industrializados como aquellos en desarrollo. Su incidencia estadística oscila entre el 0.1 al 35%. Así mismo La hipertensión inducida por el embarazo afecta a grupos de mujeres en edad reproductiva. En el caso de las adolescentes es un grupo vulnerable expuesta a sufrir de esta patología (4).

La pre-eclampsia (PE), en la actualidad los términos más aceptados son hipertensión inducida por el embarazo, si no está acompañada por proteinuria, y pre-eclampsia cuando la proteinuria está presente, es una enfermedad multisistémica de causa desconocida que puede manifestarse en la segunda mitad del embarazo, en el parto o en el puerperio inmediato, caracterizada por una respuesta materna, inmunológica – vascular, anormal a la implantación del producto de la concepción, que se manifiesta a través de una función endotelial alterada, representada por la activación de la cascada de la coagulación, y un aumento de la resistencia vascular periférica y de la agregación plaquetaria, la misma aún sigue siendo un problema de salud pública porque incrementa la mortalidad materna (3).

La enfermedad tiene un periodo de evolución preclínico, antes de las 20 semanas de gestación, y un periodo clínico, el cual se presenta en la segunda mitad del embarazo con hipertensión, proteinuria y otras alteraciones sistémicas. El signo hipertensión es el marcador que define y marca el pronóstico de la enfermedad. El mayor incremento de las cifras tensionales sobre sus niveles basales es reflejo de un mayor desequilibrio entre las sustancias vasoactivas que la controlan (3).

Varios factores que pueden ser reconocidos en el interrogatorio y examen físico en la primera consulta prenatal incrementan el riesgo de desarrollar preeclampsia: primiparidad, historia familiar o personal de PE, edad mayor a 35 años, presencia de anticuerpos antifosfolípidos, obesidad, y embarazo gemelar. La hipertensión previa, la enfermedad renal crónica, la diabetes, las enfermedades autoinmunes y un periodo intergenésico mayor a 10 años incrementan también el riesgo. No se ha observado un aumento de la incidencia según la raza; en cambio, la pobreza y la educación deficiente se

asocian al desarrollo de los casos más severos, con mayor incidencia de eclampsia y mortalidad materna y perinatal por la falta de atención prenatal (3).
De acuerdo con Martínez de Codés (1998:3) citado por Molina D. (2002), el concepto de orientación, sus funciones y el modo de planificarla fueron, desde el comienzo, imprecisos, problemáticos y, con frecuencia, contradictorios. Según el autor, la orientación ha sido tratada desde diversos enfoques: como proceso que ayuda a la persona a tomar decisiones, como forma de asesorar al individuo para la resolución de problemas personales y/o sociales, como estrategia, sistema o modelo de intervención que brinda asistencia al sujeto, por lo cual la generación de una estrategia innovadora contribuiría a mejorar la situación actual de la gestión de la atención prenatal para gestantes con hipertensión inducida con el propósito de identificar temprana u oportunamente la hipertensión inducida en la gestación, desde los factores de riesgo para inhibirlos o atenuarlos hasta el seguimiento o brindar la atención para solucionar el problema de salud (5).

En el contexto del Hospital II-Tarapoto, la situación de pre-eclampsia es de especial atención; de acuerdo a las estadísticas del área de Epidemiología del Hospital, para el segundo semestre del año 2015, se atendieron 180 casos de pre-eclampsia leve y 220 de pre-eclampsia severa. Cifras que resultan preocupantes para el equipo de salud, quien es el llamado a velar por que esta situación cambie. Aunado a esto en la consulta de alto riesgo obstétrico, se observa gran cantidad de embarazadas que presentan la probabilidad de padecer esta complicación si no se toman las medidas educativas pertinentes al caso.

Es de hacer notar, que a pesar de que el personal de obstetricia realiza sus funciones en la medida de sus posibilidades, las embarazadas en la consulta llegan hasta el momento del parto presentado signos y síntomas de hipertensión inducida a la gestación; complicación que tiene que ver con el no seguir por parte de la embarazada, las indicaciones del personal, quizás por la influencia familiar o por desconocimiento, lo que tiene un efecto negativo en el parto, su producto y en una recuperación más lenta.

Todo lo mencionado anteriormente nos conduce a diseñar una Estrategia Innovadora para mejorar la gestión en la Atención Prenatal en gestantes con diagnóstico de Hipertensión Arterial en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto, julio – noviembre 2015, que involucra la atención materna y la gestión para intervenir en aquellas áreas donde la gestante

comienza tempranamente con el problema de hipertensión y donde trabaja precozmente el personal de salud como sucede en las áreas rurales o urbano marginales, y por otro lado, va prolongándose en las áreas más desarrolladas donde debemos dar continuidad a la intervención cada vez más precozmente sin postergada las edades más avanzadas debido al mayor tiempo que usa la gestante para preparar su inserción socio-laboral en la sociedad.

1.2. Antecedentes

Morillo O, Pimentel M. (2006), realizaron un estudio titulado "Programa de orientación sobre hipertensión inducida por el embarazo, dirigida a la embarazada que asiste a la consulta de alto riesgo obstétrico del hospital "Dr. Domingo Luciani" del Llanito", Caracas Venezuela; se trató de un estudio descriptivo, la población fue de 80 gestantes de la consulta de alto riesgo y la muestra fue 16 gestantes que decidieron participar del programa, se usó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario. Toda mujer embarazada comienza a experimentar diferentes trastornos típicos de su condición, sin embargo existen otros trastornos que pueden resultar de auténtico riesgo para la madre y el feto, y sobre los cuales merece la pena estar informadas, para poder prevenir y atacar convenientemente los primeros síntomas. Tal es el caso de la hipertensión inducida por el embarazo. Cuyo objetivo fue Ejecutar un programa de orientación sobre hipertensión inducida por el embarazo (pre-eclampsia) dirigido a las embarazadas que asisten a la consulta de alto riesgo obstétrico del hospital "Dr. Domingo Luciani" del Llanito, año 2006. Para lo cual se basó en una investigación cuasiexperimental, cuya muestra fue de 16 gestantes de alto riesgo, a quienes se les aplicó un instrumento en escala dicotómica con 24 ítems que responden a los indicadores de la variable, en dos momentos: pre-test y pos-test, el cual fue validado por expertos. Los resultados indican que entre 31% y 50% no reconocían los aspectos generales de la enfermedad, situación que cambió luego de participar en el programa de orientación, de igual forma entre 19 % y el 38% no conocían las complicaciones más frecuentes y luego este resultado cambió a positivo. Llegando a la conclusión principal de que el programa de orientación sobre Hipertensión Inducida por el Embarazo, es efectivo para que la embarazada de alto riesgo asuma una conducta saludable y que permita obtener un embarazo a feliz término y un niño sano (6).

Cabello G, García T, Millán N. (2000), en su estudio titulado "Acciones de enfermería dirigidas a las adolescentes embarazadas pre-eclámpticas hospitalizadas en la Unidad Clínica Gineco - Obstetricia del Hospital Dr. Luis Razzetti de Barcelona, Estado Anzoátegui"; el mismo tuvo como objetivo determinar las acciones de enfermería dirigidas a las adolescentes embarazadas pre-eclámpticas. Se hizo a través de un estudio transversal, con una población de 120 adolescentes embarazadas, de las cuales se tomaron el 50% para la muestra. En dicho estudio se concluyó que las acciones de enfermería encaminadas por el profesional de enfermería eran deficientes, no cubriendo las necesidades básicas de manera integral; por lo que se recomendó instaurar acciones para cubrir las mismas en pro de prevenir la preeclampsia en esta población. Este estudio concuerda con el presente, en cuanto a la deficiencia de las acciones de enfermería en la atención y prevención de la Preeclampsia; situación que lleva a buscar posibles estrategias para solucionar dicha problemática (7).

Hallk F, Torres M, Sánchez M. (2000), en su estudio titulado "Cambios vasculares y lesiones placentarias en la Preeclampsia y su incidencia en la morbimortalidad perinatal" realizado por estudiantes de Medicina de la Universidad del Zulia, Venezuela, tuvo como objetivo general determinar los cambios vasculares y lesiones placentarias en la Preeclampsia y su incidencia en la morbimortalidad perinatal, para lo cual se hizo un ensayo clínico controlado, al azar, que incluyó 51 gestantes, normotensas, con alto riesgo biopsicosocial, una prueba de presión arterial supina positiva y una presión arterial media alta, concluyeron que de 51 casos, 28 correspondieron a Preeclampsia leve, 21 con Preeclampsia severa y 2 con eclampsia. El 31,37% de las pacientes eran menores de 18 años, primigesta; 64,70% oscilaban entre 18 y 29 años y el 47,05% se controló el embarazo. Con respecto a la morbimortalidad perinatal, de los 53 nacimientos, según la valoración del test fetal obstétrico, 13 casos con buen pronóstico, 28 mal pronóstico, 11 muy mal pronóstico y 1 mortinato con respecto a la valoración de Apgar. Estos resultados permiten concluir que la intensidad de las lesiones placentarias es significativamente mayor en los casos más severos así como su repercusión en el bienestar perinatal. En resumen, se puede decir que, la preeclampsia es la causa principal de mortalidad materna y perinatal, pues produce parto prematuro y retardo en el crecimiento intrauterino; es, por tanto, un problema de salud pública (8).

Gómez A, Martínez C, Payares M. (2000), en su estudio titulado "Propuesta de un programa de educación para la salud dirigido a usuarios con hipertensión arterial y ulcera gástrica del servicio de gastroenterología del Hospital "Dr. Domingo Luciani", El Llanito. Edo. Miranda". Desarrollando bajo la modalidad de Proyecto Factible, dirigido a obtener información acerca de las dimensiones: Patología. Alivio de dolor, Hábitos de la alimentación y Estilo de vida. Los resultados demostraron que los usuarios con hipertensión y ulcera gástrica poseen significativos vacíos sobre la información acerca de la patología, alivio de dolor, hábitos de alimentación y estilo de vida; además los datos del estudio de factibilidad fueron positivos, lo que justifica la implementación del programa de Educación para la Salud propuesto (9).

Cedeño M, Guevara E, Mercado O. (2003), realizaron un estudio titulado "Programa Educativo referido a Factores de Riesgo a Preeclampsia en la embarazada que asiste a la consulta prenatal del Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero", San Félix, Edo. Bolívar. Cuyo objetivo fue diseñar un programa educativo referido a factores de riesgo a preeclampsia dirigido a un grupo de embarazadas. La investigación fue de tipo descriptivo, bajo la modalidad de proyecto factible, y transversal. La muestra estuvo constituida por 18 embarazadas y 29 obstetras del área obstétrica. Para la recolección de información se elaboraron dos instrumentos: uno dirigido a las embarazadas conformado por 20 ítems, y otro al personal de enfermería con 6 preguntas correspondientes al estudio de factibilidad. Entre las conclusiones se tiene que el nivel de información de las embarazadas en cuanto a las generalidades, fisiología y fisiopatología de la enfermedad, es muy bajo (78% no) (10).

Morales C. (2010), en su estudio "Factores de riesgo asociados a pre-eclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao Abril a junio de 2010". Publicado en la Revista peruana de Epidemiologia, vol15, N°2, abril, 2011, p 97-101.Cuyo objetivo fue: Calcular la incidencia de pre-eclampsia e identificar los factores de riesgo asociados al diagnóstico de pre-eclampsia. Cuya metodología fue: Estudio de Casos y Controles .Se incluyeron todos los casos de pre-eclampsia diagnosticados y cuya participación informada fue voluntaria con firma de consentimiento informado. El grupo casos contó con 132 participantes. El grupo casos estuvo pareado uno a uno según edad materna y edad gestacional. Resultados: La incidencia de preeclampsia fue de 10.8%. Los factores de riesgo identificados fueron: antecedente de violencia física (OR: 1.32; IC: 1.19-4.8;

<0.05), no planificación del embarazo (OR: 1.23; IC95%: 1.12-10.56; <0.05), primigravidad (OR: 1.54; IC95%: 1.3-8.72; <0.01), antecedente previo de pre-eclampsia (OR: 3.16; IC95%: 1.1-7.4; <0.01) e IMC alto (OR: 3.2; IC95%: 2.25-7.35; <0.01). Concluyendo que la pre-eclampsia es un fenómeno frecuente en el HNDAC y cuya naturaleza muestra una clara asociación con fenómenos de naturaleza psicosocial. Los resultados en relación a los factores de riesgo condicen con lo revelado por la evidencia publicada. Se sugiere la creación de un programa de atención y de investigación para los casos de pre-eclampsia en el HNDAC (11).

Pacora P, Ingar W, Oliveros M, Guibovich A, Huiza L, Barreda A. (2014), en su estudio sobre "Factores de Riesgo, Morbilidad y Mortalidad de la Pre-eclampsia y Eclampsia. Lima Perú. El estudio fue analítico de cohorte retrospectivo, donde se compararon los embarazos complicados con pre-eclampsia y eclampsia (hipertensión arterial) con los embarazos sin hipertensión arterial (normo tensión) ocurridos en el Hospital Nacional Docente madre-Niño "San Bartolomé" en Lima, desde el 1 Enero 1991 hasta el 31 de Diciembre 2006. Resultados: La pre-eclampsia y la eclampsia comprendieron el 95% (8085/8,506) de los casos de embarazos complicados por hipertensión arterial. La pre-eclampsia ocurrió en 8,07%(7,993 /98,956) y la eclampsia, en el 0,09% (92/98,956) del total de embarazos en el periodo de estudio. Comparado con el grupo normo tensión, el grupo hipertensión arterial presentó mayor talla materna, mayor peso pre gestacional, mayor índice de masa corporal, menor edad por examen del recién nacido, mayor número de controles prenatales, mayor ganancia de peso por semana, mayor número de días de internamiento antes del parto, posparto y de estancia hospitalaria total. Se concluyó que la pre-eclampsia y la eclampsia son manifestaciones clínicas de la enfermedad vascular del embarazo. Los factores patogénicos de ambos estados clínicos son diferentes. La pre-eclampsia es manifestación del síndrome metabólico del embarazo y su diagnóstico requiere de profesionales competentes durante el cuidado prenatal. La eclampsia se asocia a bajo grado de instrucción de la mujer, que no le permitiría a acceder al cuidado de su salud en forma oportuna y de calidad. Se recomienda la inducción del parto a partir de la semana 33 en embarazos complicados por pre-eclampsia por existir mayor riesgo de lesiones cerebrales fetales irreversibles por hipoxia y evitar la hemorragia cerebral materna que conduce a la eclampsia (12).

No se encontraron estudios a nivel regional y local que guarde relación con el estudio.

1.3. Bases Teóricas

Orientación educativa

La orientación educativa tiene que ver con el diseño y utilización de los medios a partir de las definiciones de todos los factores y elementos que intervienen en un proceso de aprendizaje y enseñanza. En el contexto de esta investigación se pretende proponer un programa de orientación que permita desarrollar un proceso de enseñanza – aprendizaje con las embarazadas de la consulta de alto riesgo, cuyos contenidos partan de la información que ellas poseen sobre la enfermedad (4).

Refieren las autoras, que un programa consiste en organizar un conjunto de acciones que se realizan con el propósito de ofrecer información a la población sobre problemas de salud, de allí que el obstetra debe diseñar programas educativos a fin de proporcionar información a las embarazadas con riesgo de pre-eclampsia (4).

En el mismo orden de ideas, Asensi, J. (1997) señala que un programa: "...es el eje de la actividad educativa, en él gravitan los múltiples factores que se entrecruzan en el aprendizaje: alumnos, cuestionarios, horarios, objetivos, medios y técnicas". Visto de esta forma, un programa debe incluir todos los factores que intervienen en el proceso de enseñanza aprendizaje, de allí que al diseñar un programa de orientación la obstetra(o) debe reflejar las estrategias metodológicas a seguir para lograr el impacto que espera en la embarazada, por lo tanto, debe innovar en su práctica para incrementar su competitividad y obtener la satisfacción del cliente (13).

Partiendo de esa información, el objetivo del programa de orientación, es brindar a la embarazada de la consulta de alto riesgo los conocimientos necesarios y el manejo de los mismos para prevenir el riesgo y mantener el bienestar físico tanto de ella como del feto, y por ende mejorar su calidad de vida (14).

En este sentido los contenidos del programa de orientación, van a estar direccionados hacia las generalidades de la enfermedad, con todos sus elementos, y la promoción de la salud como dimensiones básicas de la variable.

Generalidades de la Hipertensión Arterial o Inducida por el embarazo

Concepto.

La Hipertensión Inducida por el embarazo (pre-eclampsia) es una condición única y peligrosa que sólo ocurre durante el embarazo. Esta condición se presenta generalmente durante el primer embarazo, con gemelos o trillizos, en mujeres muy jóvenes o mayores, y cuando una mujer ha tenido pre-eclampsia en embarazos previos. Según Zigheelboim, I., (2000) manifiesta que:

La hipertensión inducida por el embarazo (HIE) es una enfermedad que abarca un espectro clínico que va desde la Pre-eclampsia a la Eclampsia. Comprende un grupo de trastornos observados en el embarazo, parto y puerperio caracterizado por hipertensión, proteinuria y edema después de la semana 20 de gestación (15).

La pre-eclampsia es una condición de riesgo durante el embarazo, la mayoría de los expertos la definen como una elevación de la presión arterial en una mujer embarazada de 140/90 mmHg o más, con presencia de proteínas en la orina o edema de los pies, manos o cara.

Según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), (1998): Una de las causas obstétricas directas de las morbimortalidad materna la constituye la hipertensión inducida por el embarazo, denominada Pre-eclampsia. Más de una mujer muere cada minuto debido a estas causas y un total de 585.000 mujeres mueren cada año. Menos del uno por ciento de estas muertes ocurren en los países desarrollados, lo que demuestra que eso pudiera evitarse si hubiera recursos y servicios disponibles (16).

Las cifras que revela dicha Organización dejan ver que la hipertensión inducida por el embarazo (H.I.E.), es muy frecuente, y que los índices de mortalidad son elevados en especial en los países subdesarrollados, donde no existen los recursos humanos y materiales suficientes para atender y prevenir las mismas. La única manera de prevenir el riesgo a una pre-eclampsia, es el control prenatal (15).

Ahora bien, en el embarazo normal se presentan diversos cambios fisiológicos que permiten que el embarazado albergue al feto en desarrollo y los sistemas maternos se

modifiquen. Según Pritchard, J. (1999) manifiesta que: “durante el embarazo normal ocurren cambios fisiológicos, así como adaptaciones bioquímicas consistentes en cambios hormonales, de prostaglandinas, prostaciclinas, entre otros” (17).

Los siguientes son cambios fisiológicos del embarazo que permiten la adaptación al estado grávido. El volumen sanguíneo aumenta de 30 a 50 %. La resistencia vascular periférica disminuye y se produce dilatación arterial inducida por el embarazo. El mayor volumen del útero y las mamas. Además, ayuda a proteger al feto de una reducción de la circulación cuando la madre adquiere la posición supina, compensando también la pérdida de sangre que se produce durante el parto (16).

La reducción de la resistencia vascular periférica tiene como resultado una presión arterial menor desde la mitad del primer trimestre hasta el segundo trimestre del embarazo. Todavía no se sabe si la presión arterial se normaliza con lentitud durante el tercer trimestre o si permanece ligeramente baja.

El embarazo estimula una mayor producción de varias hormonas y enzimas con efectos variables y en ocasiones opuestos. La renina plasmática se eleva de tres a cuatro veces más que en el estado no grávido.
Esta sustancia funciona en la formación de angiotensina I, que se convierte en angiotensina II. Por lo tanto, también se elevan la angiotensina II plasmática, que es un vasoconstrictor activo y estimula la elevación de la presión arterial. Sin embargo, en el embarazo normal la presión arterial no se eleva debido a que en la mujer grávida se produce una resistencia al efecto presor de la angiotensina II hacia la décima semana de gestación y que dura durante todo el embarazo. Se cree que esta resistencia se debe a las prostaglandinas vasodilatadores, especialmente prostacilina, que aumenta durante el embarazo.

La aldosterona, mineral o corticoide potente secretado por la corteza suprarrenal, estimula la resorción de sodio y agua en los túbulos renales. La progesterona bloquea el efecto de la aldosterona. La progesterona se eleva al principio del embarazo y permanece elevada hasta el término del mismo.

El resultado es la perdida de sodio en los túbulos renales. La tasa de filtración glomerular aumenta 50%, teniendo como resultado una depuración veloz y reducción de creatinina, urea y ácido úrico en el plasma y aumento de estas sustancias en la orina. Por lo tanto, las cifras que se consideran normales en la mujer no grávida pueden ser patológicas en la embarazada. En el embarazo normal, los factores de la coagulación sufren algunos cambios. De acuerdo a Beare P.; Las plaquetas permanecen en límites normales (de 150000/ L a 400000/ L). El fibrinógeno aumenta, al igual que la mayor parte de los factores de la coagulación. Sin embargo, el factor XIII (factor estabilizador de la fibrina) disminuye por las enzimas placentarias, previniendo de esta manera la hipercoagulabilidad que habría durante el embarazo (18).

Conocimientos de la Prenatal sobre Tipos de Preeclampsia

A lo largo de los años, han surgido diversos tipos de preeclampsia, los más frecuentes son: la preeclampsia leve y preeclampsia severa.

La preeclampsia leve, consiste en hipertensión de al menos 140/90 mmHg en dos ocasiones, con seis horas de diferencia después de la semana 20 de embarazo y proteinuria significativa de > 300 mg en 24 horas, edema moderado y volumen urinario en 24 horas > 500 ml.

La Preeclampsia severa consiste de presión arterial de 160/110 o más, problemas en la coagulación de la sangre, edema de los pulmones de la madre, dolor hepático, grandes cantidades de proteínas en la orina, falta de producción de orina. En resumen, la preeclampsia habitualmente es leve y tratada con reposo en cama o el parto, pero en algunos casos puede desarrollarse una enfermedad severa. Esto requiere tratamiento especializado en embarazos de Alto Riesgo, ya que la hipertensión en el embarazo puede ser fatal para la madre y el niño por lo que requiere cuidadoso seguimiento. Afortunadamente, el manejo de la preeclampsia puede ser monitoreado y tratado apropiadamente sin causar serios daños (17).

Conocimientos de la Prenatal sobre Signos de la Preeclampsia

Los signos son la manifestación objetiva que puede ser observada, escuchada, palpada o medida por otra persona. Con relación a la preeclampsia, los principales signos son: hipertensión arterial, edema y proteinuria.

De acuerdo con Valdéz G. (2000), uno de los signos para diagnosticar a la embarazada con preeclampsia lo constituyen la hipertensión arterial: hallazgos de cifras iguales o mayores de 140/90 mmHg,.... alzas de 30 mmHg de presión sistólica y 15 mmHg de diastólica sobre los valores de los controles en la gestación temprana deben considerarse anormales, por lo que debe repetirse la determinación al cabo de reposo de 30 minutos (19).

Según lo citado, esta anormalidad a nivel de la presión arterial suele progresar rápidamente la preeclampsia; la hipertensión arterial cualquiera que sea su origen, complica uno de cada diez embarazos y sigue siendo la primera causa de morbimortalidad tanto para la madre como para el feto, en tal sentido una de las acciones de enfermería es valorar a la embarazada con riesgo de preeclampsia para controlar los trastornos hipertensivos durante el embarazo.

Otro signo común en la preeclampsia lo constituye el edema, el cual es una complicación generalizada y excesiva del líquido de los tejidos. Respecto a las causas del edema, Beare, J (1998), expresan que "puede estar causado por el aumento de la presión hidrostática capilar, obstrucción venosa (várices, tromboflebitis), compresión por escayola, insuficiencia cardiaca congestiva, sobrecarga de fluido parenterales, insuficiencia renal, reacciones inflamatorias" (17).

Al referirse al edema, el mismo autor señala que: En la preeclampsia se localiza el edema grado I en los pies y áreas pretibiales y el edema grado II es marcado en miembros inferiores, el edema grado III localizado en abdomen, región sacra, manos y cara; el edema IV es generalizado (17).

De acuerdo a la citada referencia, la obstetra debe dirigir su examen físico a las áreas mencionadas desde el menor al mayor grado mediante la palpación en la valoración del edema. El edema en la embarazada es característico en la mayoría de ellas y se asocia a menudo con un rápido aumento de peso, de 1 Kg., o más por semana.

Otro signo considerado en la preeclampsia es la proteinuria que en una muestra de orina de 24 horas contiene aproximadamente 1 gramo de albúmina. Según Zigheelboim, I. (2000) manifiesta que: Proteinuria. Normalmente aparece en una fase posterior al incremento de peso y a la instauración de la hipertensión. Se considera anormal la

eliminación de 0,3 g de proteínas por orina en una muestra total de 24 horas o de 2 cruces o más en una muestra tomada al azar. Tiene un importante valor pronóstico (14).

En este aspecto la obstetra considera brindar información a la gestante acerca de la ingesta de proteínas y restricción de sal para un buen funcionamiento renal. Así como la identificación oportuna de estos signos para buscar atención médica.

Síntomas de la Pre-eclampsia

Los síntomas son manifestaciones subjetivas expresadas por el individuo. En relación con la pre-eclampsia los síntomas son: Cefalea, trastornos visuales, y epigastralgia.

Refiere Zigheelboim, I. (2000) que "uno de los síntomas es la cefalalgia que suelen ser frontales, aunque también deben ser occipitales, y son rebeldes a los tratamientos analgésico" (14).

Otro síntoma de la preeclampsia son los trastornos visuales. Al respecto, Prichard, J. (1999) refiere que "los trastornos visuales van desde un ligero enturbamiento de la visión hasta la ceguera. Estas alteraciones se deben al vaso espasmo de las arteras retinarias, y en casos excepcionales a un verdadero desprendimiento de retina" (16).

En este sentido, la obstetra debe dirigir su valoración a determinar si existe la presencia de visión borrosa, como indicativo de problemas neurológicos, ya que éstos constituyen uno de los más frecuentes en las embarazadas y es indicativo de la agudización del cuadro clínico hacia una pre-eclampsia.

Refiere Zigheelboim, I (2000), "otro síntoma es dolor epigástrico, el cual se atribuye a hemorragias subcapsulares del hígado y puede indicar una convulsión inminente". Todos estos síntomas son de vital importancia en el reconocimiento de la HIE, ya que son indicadores de algunas complicaciones que pueden evitarse si se tiene una buena orientación (14).

Conocimientos de la Prenatal sobre Factores de Riesgo.

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo, que se sabe asociada con el aumento de la probabilidad de padecer, desarrollar o

estar expuesta a un daño. En consecuencia, riesgo se define, según la Organización Panamericana de la Salud (2002), como:
"…es toda característica o circunstancia de una persona o grupo de personas que se sabe está asociada con un incremento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar en especial vulnerabilidad a un proceso mórbido (20)"

En el contexto de la salud reproductiva el riesgo se refiere a la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción, el cual afectará a la madre, al feto o al recién nacido y por ende a la familia en general. Este riesgo es un indicador de necesidad que permite identificar a aquellas mujeres, familiar o poblaciones con mayor probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción.

Los factores de riesgo están asociados a ciertas características biológicas, psicológicas, genéticas, ambientales, sociales, culturales o económicas que interactúan entre sí y predisponen a sufrir el daño. En el caso de los factores de riesgos gestacionales, Coca, A. (2001), los define como: "conjunto de factores que al estar presentes en la mujer embarazada, aumentan la probabilidad de que esta experimente un daño" (21).
Existen algunos factores de riesgo maternos, que pueden estar asociados a la aparición de la preeclampsia, tales como la nuliparidad, la historia familiar, grupo de edad extremo, embarazo múltiple, hipertensión crónica previa, diabetes mellitus, entre los más importantes.

En cuanto a la nuliparidad, es aproximadamente el 75% de los casos de pre-eclampsia corresponden a primigestas. Esta alta incidencia de la enfermedad en primigestas se atribuye a menor desarrollo de la vasculación uterina, ya que se ha confirmado que el calibre de sus arterias uterinas es menor que el de las multíparas.

Por otra parte la historia familiar de pre-eclampsia, tiene que ver con que las madre, hermanas e hijas de pacientes que han presentado pre-eclampsia o eclampsia, tiene una incidencia significativamente mayor de la enfermedad, lo que apunta a factores genéticos predisponentes relacionados con los sistemas reguladores de presión arterial. Asimismo, estudios (Cubas, F. 2014), demuestran una incidencia mayor de pre-eclampsia ante de los 20 años y después de los 35 años (22).

Con respecto al factor de riesgo embarazo múltiple, la incidencia de la enfermedad es alrededor de 5 veces mayor que la observada en la población general de embarazadas, lo que se atribuye a mayor demanda placentaria. En cuanto a la hipertensión crónica la incidencia de la enfermedad en embarazos múltiples, se quintuplica en relación a lo esperando. Entre los factores de riesgos fetales y neonatales señalan que: (22).

Los hijos de hipertensas durante el embarazo tienden a ser pequeños para la edad gestacional. La causa es vaso espasmo e hipovolemia materna, que producen hipoxia y desnutrición fetal. Además, el recién nacido puede ser prematuro por la necesidad de un parto precoz. (22).

De allí la importancia de orientar acerca de los controles prenatales, a fin de detectar tempranamente cualquier alteración en la madre, que ponga en riesgo al feto, de nacer prematuro, con problemas respiratorios o de bajo peso.

Fisiopatología

Zighelboim, I. (2000). Expone que "la Hipertensión inducida por el embarazo (HIE), es un desorden de etiología desconocida. A través de los años se han propuesto una serie de teorías, muchas ya desechadas, las que están actualmente en consideración son: Placentación anormal, factores inmunológicos y genéticos, daño endotelial, déficit de prostaciclina y coagulopatia" (14).

En ese sentido, ya que no hay precisión sobre su etiología, debe orientarse a la embarazada en cuanto a la información más sencilla sobre la HIE y que sean de fácil entendimiento por la misma.

La placentación anormal: en el embarazo normal las arterias espirales son transformadas en vasos de baja resistencia, por medio de la sustitución de los elementos musculares y endoteliales por el trofoblasto. La primera ola de sustitución, ocurre entre las semanas 10 y 16, cuando se sustituye la capa endotelial. Una segunda migración u oleada ocurre entre las semanas 16 y 22, cuando se extiende a las porciones de la capa muscular, haciendo desaparecer también la innervación adrenérgica localizada en dichas arterias, todo lo cual conduce a una vasodilatación e incapacidad para la vasoconstricción. El defecto inicial de la preeclampsia sería, entonces, según esta teoría,

una placentación anormal: las arterias espirales conservan su capa muscular y la inhibición de la segunda ola migratoria del trofoblasto, por lo tanto, se produce y se mantiene una vasoconstricción con la correspondiente disminución de flujo útero-placentario.

Factores inmunológicos y genéticos: por serla etiología desconocida, se ha planteado la intervención de fenómenos inmunológicos, ya que se ha observado un aumento de la frecuencia en primigestas y en pacientes que cambian de pareja sexual, o que usan métodos anticonceptivos de barrera por tiempo prolongado. La alteración inmunológica incluiría: ausencia de anticuerpos bloqueadores, disminución de la reacción inmunitaria mediada por células, actividad de neutrófilos y participación de citocinas. Existiría una respuesta inmunológica anormal contra el trofoblasto, que produciría aumento de radicales libres de oxígeno, activación de los neutrófilos y linfocitos T, y secreción de sustancias capaces de producir lesión de células endoteliales, membrana basal vascular y matriz subendotelial esto último podría activar el sistema de coagulación.

Daño Endotelial: el endotelio cumple una serie de funciones muy importantes: Conserva el tono vascular, preserva la integridad de todo el aparato vascular, previene la coagulación intravascular. El daño endotelial en la HIE puede ser causado por sustancias producidas por los neutrófilos, macrófagos y linfocitos T, por acción de los radicales libres de oxígeno y endotelinas. La liberación de radicales libres de oxígeno, tóxicos, producen peroxidación de los lípidos de las membranas, lisis de las células endoteliales, fragmentación del endotelio y aumento de la permeabilidad. Además, produce una disminución de la relación prostaciclina/tromboxano y de los niveles de óxido nítrico o factor de relajación del endotelio (EDRF) en el flujo placentario, con predominio de la acción vasoconstrictora.

Déficit de Prostaciclina: en el embarazo, en general, existen un aumento de la producción de prostaglandinas, tanto del tromboxano A2, vasoconstrictor y agregante plaquetario, producido por las plaquetas, vasodilatador e inhibidor de la agregación plaquetaria, secretado por el endotelio y la corteza adrenal. El balance, en el embarazo normal, está a favor de la prostaciclina. Puede darse una síntesis disminuida de prostaciclina en pacientes con HIE.

Coagulopatía: en la pre-eclampsia se produce una activación del sistema de coagulación, principalmente por interacción entre las plaquetas y el endotelio dañado, y por aumento del consumo, lo cual produce trombocitopenia y disminución de la antitrombina III. La etiología de la Coagulopatía es controversial. La teoría actual más aceptada es la que propone que el daño endotelial, tanto en la circulación sistemática como en el útero-placentaria, es el hecho fundamental que desencadena la activación plaquetaria y a la generación de fibrina.

Como se puede deducir de lo expuesto anteriormente, existe una gran interrelación entre las teorías antes mencionadas, que tratan de explicar la etiopatogenia de esta compleja enfermedad. Los numerosos fenómenos y eventos fisiopatológicos que ocurren, primaria o secundariamente, impiden desligarlos, sino más bien observarlos en su conjunto.

Complicaciones

Se refiere a la información que poseen las embarazadas de alto riesgo relacionado con las complicaciones maternas, fetales y neonatales. Entre las principales complicaciones que se pueden presentar en las embarazadas con riesgo de preeclampsia, Olds, S., London, M., y Ladewing, P. (2000), señalan que existen algunas complicaciones que implican riesgos maternos, fetales y neonatales (23).

Entre las complicaciones que significan riesgos maternos se tienen:

a) La elevación de la presión intraocular por la hipertensión inducida por el embarazo puede provocar desprendimiento de la retina, aunque ésta suele adherirse nuevamente en forma espontánea cuando la presión arterial disminuye y con la diuresis.

b) Los cambios del sistema nervioso central que acompañan a la hipertensión arterial inducida por el embarazo son hiperreflexia, cefalea y convulsiones. La hiperreflexia puede deberse a la mayor cantidad de sodio intracelular y menor cantidad de potasio intracelular. La cefalea suele ser frontal y occipital, puede ser constante y es producida por vasoespasmo cerebral.

c) La causa de las convulsiones es edema cerebral y vasoconstricción, mientras que la hemorragia cerebral, ya sea en forma de petequias o de un gran hematoma, constituye la causa más frecuente de la muerte por eclampsia (23).

En cuanto a las complicaciones que significan riesgos fetales y neonatales, expresan que: La mortalidad perinatal de la preeclampsia es de aproximadamente 10%... al nacimiento, el neonato puede encontrarse demasiado sedado por los medicamentos administrados a la madre. Además, puede cursar con hipermagnesemia debido al tratamiento de la madre con grandes cantidades de sulfato de magnesio (23).

De allí que sea importante que las embarazadas manejen esta información, ya que, ayudaría a que ellas asumieran una conducta saludable para disminuir los factores de riesgo y por ende la aparición de complicaciones.

Tratamiento

Se refiere a la información que poseen las embarazadas de alto riesgo relacionada a las recomendaciones de tratamiento para la H.I.E. En ese sentido se puede decir que, la pre-eclampsia casi siempre disminuye después del parto. De modo que si la enfermedad es leve y la gestante está a pocas semanas de su fecha de parto, el médico inducirá el trabajo de parto. Si desarrolla la pre-eclampsia antes de que pueda parir al niño sin peligro, el médico recomendará reposo en cama y quizás indicará medicamentos antihipertensivos para mantener la presión sanguínea bajo control.

Valdéz, G. (2000) señala que en el caso de pre-eclampsia severa, se aplican las siguientes medidas:

Hospitalización en sala oscura, aislada de ruidos. Reposo absoluto, de preferencia en decúbito lateral izquierdo. Dieta liviana mormosódica, según tolerancia de la paciente. Control de ingesta de líquidos. Control de signos vitales maternos cada 7 a 23 horas, o cada 1-2 horas en cuadros graves. Peso y diuresis diarios. Sonda vesical a permanencia en los cuadros graves, y frente a oliguria, control de diuresis horaria. Sulfato de magnesio, 4 a 5 gramos endovenoso, en dosis de carga y luego 2 gramos/hora en dosis de mantenimiento, en caso de existir hiperreflexia o síntomas premonitorios de convulsiones, sedación con Diazepan (desde 5 mg cada 8 horas orales a 10 mg im. cada 6 horas). Antihipertensivos orales si la presión arterial es mayor o igual a 100 mmHg o

endovenosos en caso de crisis hipertensivas. Exámenes de laboratorios bisemanales o más frecuentes. Inducción de madurez pulmonar en embarazos menores de 34 semanas. Mantenimiento de la sedación y de antihipertensivos en el puerperio, efectuando una titulación retrógrada cuidadosa (19).

Al respecto, Cubas, F. (2001), manifiesta que:

En países donde la ingesta de calcio es baja (rango 240-360 mg/día) la incidencia de eclampsia es alta (rango 1.6-12) y en los países donde la ingesta de calcio es alta (rango 884-1,100 mg) hay incidencia menor de eclampsia (0.4-0.9).Para prevenir la pre-eclampsia se sabe de diversos métodos que incluyen el calcio (2 g/día)[2] y la aspirina (1 mg/kg/día)[3], que se han descrito y probado con resultados preventivos que oscilan entre 12% y 52% en diferentes poblaciones. El calcio (600 mg/día) con ácido linoleico (450 mg/día) como método preventivo de pre-eclampsia se empezó a utilizar desde el año 1993 (22).

El calcio y el ácido linoleico en conjunto pueden aumentar las concentraciones de ácido araquidónico, precursor natural de las prostaglandinas vasoactivas, por esto se puede pensar hipotéticamente que esta combinación elevaría los niveles de estas prostaglandinas vasodilatadoras. El uso del calcio ha demostrado hasta 52% de reducción de la enfermedad. Algunos estudios demuestran que tomar diariamente dosis bajas de aspirina puede prevenir la reaparición de la pre-eclampsia. Al respecto, en el artículo publicado en Hipertensión, revista perteneciente a la Asociación del Corazón Americana, (2000).

Examina los efectos de aspirina a bajas dosis (80 miligramos / día) en embarazadas con alto riesgo de pre-eclampsia. Durante la investigación se administró una dosis diaria de aspirina a 240 mujeres en el segundo trimestre del embarazo; el horario para la toma del medicamento fue justo al levantarse en algunas, 8 horas después en un segundo grupo, y antes de dormir en la noche en el tercer grupo. Se evidenció que las mejores respuestas se presentan cuando la aspirina es tomada horas después de levantarse, o en la noche; no se observó ningún efecto adverso en la madre o el feto (24).

El artículo concluye que es claro el beneficio de la aspirina a bajas dosis en embarazadas con alto riesgo de pre-eclampsia, y sugieren que ésta sea iniciada en etapas tempranas del embarazo. En aquellos países donde las deficiencias nutricionales son más comunes, el suplemento de calcio ha demostrado bajar el riesgo de la pre-eclampsia.

Conocimientos de las gestantes sobre Promoción de la Salud

Promover es orientar, educar, instruir, alentar, con el objetivo de prevenir una enfermedad o padecimiento. En el caso de la pre-eclampsia no se conoce ninguna manera de prevenir la pre-eclampsia, pero con un buen cuidado prenatal puede diagnosticarse de forma precoz y mantenerse bajo control. Esto requiere de visitas frecuentes a la consulta prenatal para mantener la vigilancia de la presión sanguínea y pueda monitorear la cantidad de proteína en la orina.

Durante el embarazo es necesario observar la presencia de los signos y síntomas antes referidos para evitar la aparición de complicaciones. Para ello la/el obstetra debe darle una orientación sobre los siguientes aspectos: presión arterial, temperatura, pulso y respiración, proteínas urinarias, densidad urinaria, edemas, peso, reflejos tendinosos profundos, respuesta emocional y comprensión.

Toda esta valoración debe realizarse a través del examen físico y de laboratorio, para tomar medidas adecuadas al nivel de pre-eclampsia. En cuanto al examen físico, Valdéz, G. (op. Cit) menciona que el examen físico "es el elemento cardinal. Tiene como objetivo precisar los niveles de presión arterial, determinaciones repetidas hasta obtener estabilidad (variaciones de 2 o menos mmHg). En pacientes hospitalizadas la presión debe tomarse en decúbito doral o lateral izquierdo" (18).

De esto se desprende que es importante realizar una medición precisa de estos niveles para saber si están en riesgo de pre-eclampsia. Los mismos autores refieren otros hechos importantes a evaluar en tales circunstancias, tales como "edema facial y lumbar, los reflejos osteontendinosos exaltados y la presencia de otras complicaciones como insuficiencia cardiaca, epigástrica y compromiso de conciencia. El examen de fondo de ojo permite caracterizar la cronicidad del cuadro (aumento del brillo arteriolar y alteración de cruces arteriovenosos) o certificar la gravedad del cuadro actual (vasoespasmo importante, retina brillante edematosa, exudados, hemorragias, edema de paila)" (19).

Todos estos signos y síntomas deben ser detectados en el primer nivel de atención, para darle la ubicación específica a las embarazadas en situación de alto riesgo, ya que utilizar el enfoque de riesgo tiene dos objetivos fundamentales, los cuales, según Coca, A. (2004), refiere:

El primero y más importante es la habilidad de reconocer prioridades y condiciones de vida saludables, para que en los términos habituales de la familia se use un enfoque más racional del cuidado de los individuos... todo ello podría fomentar un mayor énfasis en la atención preventiva y no en la curativa. El segundo es el reconocimiento temprano de los factores de riesgo. Esto debe implicar que dentro del grupo familiar se reconozcan las situaciones de alto riesgo, dándole la prioridad necesaria para que sea posible prevenirlas o eliminarlas. Un mayor conocimiento sobre salud en el núcleo familiar ayuda al reconocimiento temprano de riesgos y enfermedades y facilita la referencia selectiva de pacientes (20).

La promoción de la salud en el contexto de este estudio, se refiere a la información que tienen las embarazadas en relación a las medidas de autocuidado para evitar la hipertensión inducida por el embarazo.

Medidas de Autocuidado

Para este estudio se entiende por medidas de autocuidado a la información que poseen las embarazadas en cuanto a las acciones que deben tomar para su propio cuidado, lo que implica: alimentación, reposo, posición para dormir, control prenatal, hábitos sociales (21).

Uno de los contenidos de vital importancia que debe promocionar la obstetra en la paciente embarazada, lo constituye la alimentación. La nutrición desempeña un papel clave en el resultado del embarazo. El estado nutricional de la mujer en el período de la concepción y la calidad de la dieta, contribuye a determinar la salud y el bienestar de la mujer y el niño. Una alimentación óptima constituye un gran paso para la gestante, sobre todo si ésta presenta pre-eclampsia (22).

En este contexto, el obstetra debe solicitar toda la cooperación de la paciente a fin de que cubra sus requerimientos nutricionales. Esto se facilita cuando el profesional le indica de manera amena, pero con firmeza, la importancia de un régimen ajustado a su patología, proporcionándole una información completa y cuidadosa. Al respecto, Abrate S. (1999), comenta: (23).

El embarazo representa un momento único para el cuidado de la salud, incluyendo la valoración y enseñanza de una nutrición adecuada. El estado nutricional de la madre

puede afectar el resultado de su gravidez, pues es ahora cuando el bienestar de una persona (el feto) depende directamente de otra (la madre) (25).

Es por ello, que la obstetra debe ayudar a la embarazada con riesgo de pre-eclampsia a comprender la importancia de una buena nutrición durante y después del embarazo. Partiendo de esto, las estrategias para determinar el estado nutricional de una embarazada con riesgo de pre-eclampsia deben incluir una valoración nutricional completa. La obstetra debe vigilar su estado nutricional y promover la educación sobre nutrición.

El descanso**,** constituye una buena medida hipotensora, proporcionándole aumento del flujo útero placentario. Debe mantener una posición en cama decúbito lateral izquierda, orientar que debe disminuir la actividad física en el hogar.

Sueño, representa un estado de inanimación periódica del organismo y especialmente del sistema nervioso, en el caso de las embarazadas con pre-eclampsia, es recomendable el sueño durante 8 horas diarias. Control de peso, un aumento de peso importante de se considerará un signo de mal pronóstico. Lo recomendable es aumentar 1 kilo por mes.

Control de tensión arterial, lo recomendable es medir la tensión arterial una vez al día y llevar registro para detectar cualquier signo de alarma. La obstetra debe recomendar a la embarazada que acuda al centro asistencial más cercano para llevar este control, asimismo hacer énfasis en el riesgo que significa el consumo de cigarrillo y alcohol**,** que pueden producir en el feto bajo peso al nacer, riesgo de parto prematuro y cardiovascular.

En el contexto de esta investigación se aplican supuestos teóricos, en el sentido de que la obstetra que atiende a la embarazada en la consulta de alto riesgo obstétrico, debe tener presente estas categorías para la prevención de la salud y poner énfasis en el autocuidado para que la embarazada siga un efectivo y sistemático plan de autocuidado en su hogar, a fin de disminuir los riesgos que puedan aparecer durante el embarazo como lo es la pre-eclampsia. En el mismo orden de importancia, aparece el requisito del autocuidado cuando falla a la salud, el cual es definido por Taylor, S. (1998), como sigue:

La enfermedad o lesión no sólo afecta a las estructuras o mecanismos fisiológicos o psicológicos, sino al funcionamiento humano integrado. Cuando ésta se encuentra sumamente afectada, la capacidad de acción desarrollada o en desarrollo resulta seriamente dañada de forma permanente o temporal, también el malestar y la frustración que resultare de la asistencia médica originan los requisitos del autocuidado para proporcionar alivio (24).

De lo anterior se desprende que las necesidades de autocuidado surgen tanto del estado patológico como de los procedimientos utilizados para el diagnóstico o tratamiento. Las características de la falta de salud como un estado que abarca cierto período de tiempo determinan el tipo de cuidados necesarios mientras se sufren los efectos del estado patológico y dura la enfermedad.

Es decir, para que las personas con alteraciones de salud sean capaces de utilizar el sistema de autocuidado en estas situaciones, tienen que ser capaces de aplicar los conocimientos necesarios oportunamente para su propio cuidado.

De allí la importancia que reviste en este estudio, que las obstetras que atienden las consultas prenatales, proporcionen a la embarazada una efectiva orientación relativa al cuidado que debe tener en su hogar con el fin de preservar su salud y la del feto, y cumpla con los requerimientos del control prenatal, lo que tendrá efectos positivos en su salud y en la disminución de los riesgos que puedan aparecer durante el período gestacional.

1.4. Justificación

El estudio contribuye a proteger a la mujer durante el embarazo y el parto, momento en que se producen cambios tanto en la anatomía y fisiología como a nivel psicológico. La mujer durante estos procesos actúa de acuerdo a sus creencias y valores adquiridos por experiencias propias o ajenas, y no porque tenga una información científica y racional de los mismos que puede ser brindada por el equipo de salud y en especial por el personal de obstetricia.

El estudio contribuye con el nuevo conocimiento para los obstetras como miembros del equipo de salud, entes más cercanos a la gestante para prevenir o detectar la complicación de la hipertensión arterial, cual mejora sus competencias para ser un personal capacitado

para promocionar educación en salud y así prevenir complicaciones como la pre-eclampsia, que pone en riesgo la vida de la mujer y del feto.

Socialmente la investigación permite conocer la realidad actual y diseñar una estrategia innovadora para mejorar la gestión en la Atención Prenatal dirigido a las gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial que asisten a la consulta de alto riesgo obstétrico; lo que significaría un aporte al equipo de salud para abordar situaciones problemáticas como la pre-eclampsia y eclampsia.

La investigación contribuye con la institución, en el sentido de poder abrir los espacios necesarios para el intercambio de conocimientos en función del bienestar del paciente, a través de estrategias educativas bien elaboradas y sistemáticas que favorezcan a la madre y al feto.
Igualmente desde la perspectiva metodológica, esta investigación servirá de antecedente a otras investigaciones. Además de brindar la oportunidad de que el profesional de obstetricia desarrolle los conocimientos adquiridos y su función de orientación en un sentido más amplio.

1.5. Problema

¿Cómo el diseño de una estrategia innovadora mejorará la gestión de la Atención Prenatal en gestantes con diagnóstico de Hipertensión Arterial en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto, julio – noviembre 2015?

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Diseñar una estrategia innovadora para mejorar la gestión de la atención prenatal en gestantes con diagnóstico de Hipertensión Arterial - Hospital II – 2 MINSA Tarapoto,en el periodo julio – noviembre 2015.

2.2. Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de las gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Hospital II-2 MINSA- Tarapoto, en el periodo julio – noviembre 2015.

2. Identificar el nivel de conocimiento que tiene la gestante sobre la hipertensión arterial.
3. Evaluar la gestión de la atención prenatal realizada a la gestante con diagnóstico de hipertensión arterial.

2.3. Hipótesis de Investigación

Si se diseña una estrategia innovadora para mejorar la gestión en la atención prenatal en gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Hospital II – 2 MINSA-Tarapoto, entonces se contribuirá a disminuir la morbi-mortalidad materno perinatal por esta causa.

2.4. Sistema de Variables:

2.4.1. Identificación de variables

Variable 1: Gestión de la atención prenatal en gestantes con hipertensión arterial.

Variable 2: Nivel de Conocimiento sobre hipertensión arterial.

4.2.2. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE MEDICION
Gestión de la atención prenatal en gestantes con hipertensión arterial	Conjunto de actividades y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que condicionan la hipertensión arterial.	Contacto sistemático entre la gestante y el personal de salud para la atención integral en condiciones de adecuado cuando es precoz, periódico y completo.	Atención Prenatal Precoz	1ra consulta < o = 14 sem.	Si/No	Ordinal
			Atención Prenatal Periódico	Frecuencia de controles según cita = o > 6 gestante controlada	Hasta 32 sem. C/mes De 33-36sem. C/15 días De 37- 40 sem C/sem.	Ordinal
			Atención Prenatal Completo	Elaboró anamnesis Toma de funciones vitales Examen físico Toma de medidas antropométricas (peso, talla y valoración estado nutricional) Evaluación presencia de edema Evaluación reflejos osteotendinosos Examen obstétrico completo según edad gestacional (altura uterina, Nro. Fetos, FCF,	Si/No	Ordinal

				movimientos fetales) Evaluación ginecológica (mamas, genitales, toma de PAP) Solicitud de evaluación odontológica Elaboración plan de parto Carné perinatal llenado Vacunación antitetánica Identificación de signos de alarma Condicionantes de riesgo biopsicosocial a la gestante Detección de enfermedades asociadas e inducidas por el embarazo. Exámenes de laboratorio Toma de ecografía Test no estresante Administración de sulfato ferroso Administración de ácido fólico		

Variable N° 02: Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
Nivel de Conocimiento sobre hipertensión arterial	Grado de información, ideas precisas, ordenadas, vagas o inexactas sobre el tema de la Hipertensión arterial en el embarazo	Son los datos, características que definen de alguna manera a la persona gestante y su condición en el en el medio de la adquisición de información sobre la hipertensión arterial	Características Socio demográficas	Edad	≤ 19 años	Ordinal
					20-34 años	
					≥ 35 años	
				Estado Civil	Soltera	Ordinal
					Casada	
					Conviviente	
					Divorciada	
					Viuda	
				Instrucción	Analfabeta	Ordinal
					Primaria Incompleta	
					Primaria Completa	
					Secundaria Incompleta	
					Secundaria Completa	
					Superior No Universitaria	
					Superior No Universitaria	
				Convivencia familiar	Padres	Ordinal
					Pareja	
					hermanos	
					Sola	
				N° de gestaciones	1 2 3 4 5 a más	Ordinal

			Aspectos generales	-Enfermedad que produce un aumento brusco de la presión arterial durante el embarazo. -Puede ser leve/severa - Son factores de riesgo materno: la nuliparidad, la historia familiar, grupo de edad extremo, embarazo múltiple, hipertensión crónica previa, y diabetes mellitus	SI / NO	Ordinal
			Signos y síntomas	-Son signos el edema de pies, manos, cara y otros -La proteinuria es un signo -Trastornos visuales		
			Complicaciones	-RN de bajo peso -RN con dificultad respiratoria. -Convulsiones en la embarazada -Parto prematuro -Hipertensión leve hospitalización		
			Tratamiento	- hipertensión severa es la hospitalización, antihipertensivos y anticonvulsivos - La aspirina se utiliza como medida de tratamiento -Dieta bajo en sal y grasas -Complementos nutricionales vit. C y complejo B. -Tomar calcio previene la hipertensión		
			Prevención	-Tomar calcio previene la hipertensión - aumento de peso debe ser 1 kilo por mes - Es importante guardar reposo en cama -Tener la posición lateral izquierda es la adecuada para dormir o descansar - Cumplir con las citas a su control prenatal - El control diario de la presión arterial alertar la presencia de hipertensión. -El consumir alcohol puede aumentar el riesgo de padecer hipertensión - El consumir cigarrillos puede aumentar el riesgo de padecer hipertensión		
			Informantes	-El personal de salud es la persona que brindó la información		

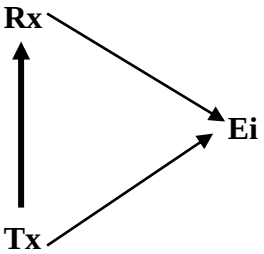
III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio

De acuerdo con sus fines, la investigación fue de enfoque cuantitativo, explicativo, de corte transversal; ya que permitió describir los hechos tal y como se encuentran en la realidad y se determinó en un momento y espacio dado, obteniendo la más precisa y detallada descripción del nivel de conocimiento sobre la Hipertensión Arterial en el embarazo para diseñar una estrategia innovadora que permita optimizar la gestión en la atención prenatal a gestantes.

3.2. Diseño de Investigación

El estudio fue descriptivo propositivo porque propone el diseño de una estrategia innovadora para mejorar la gestión en la atención.



Donde:

Tx: Teorías en relación a las variables de estudio

RX: Realidad actual

Ei: Estrategia innovadora

3.3. Universo, población y muestra

Universo

Estará conformada por totas las gestantes que fueron atendidas en el Hospital II-2 MINSA Tarapoto.

Población

Estuvo conformada por 210 gestantes que padecieron hipertensión arterial en el embarazo, que fueron atendidas en el Hospital II-2 MINSA –Tarapoto en el 2015. Fuente oficina de estadística del Hospital.

Muestra: Estuvo conformada por 72 gestantes que padecen Hipertensión Inducida por el embarazo, que fueron atendidas en el Hospital II-2 MINSA- Tarapoto.

Calculo de la muestra:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

$$n = \frac{210 \times 3.8416 \times 0.20 \times 0.80}{(0.05)^2 (210 - 1) + 0.20 \times 0.80}$$

$$n = \frac{210 \times 3.8416 \times 0.20 \times 0.80}{(0.0025)\ (209) + 3.8416 \times 0.20 \times 0.80}$$

$$n = \frac{129.07776}{0.5225 + 0.614656}$$

$$n = \frac{129.07776}{1.137156}$$

$$n = 72$$

3.3.1. Criterios de Inclusión

- Gestantes con hipertensión arterial.
- Que estén hospitalizadas, (No en tratamiento ambulatorio).
- Que acepten participar en el estudio.

3.3.2. Criterios de Exclusión

- Gestantes que no deseen participar en el estudio, que estén en tratamiento ambulatorio, que no estén presentes en el momento de la visita y aquellas que no presenten hipertensión arterial.

3.4. Procedimiento

- Se procedió con la revisión bibliográfica para elaborar el proyecto de investigación.
- Posteriormente se presentó a la Decanatura de la Facultad para su aprobación.

- Se solicitó autorización al director del Hospital II-2 MINSA Tarapoto para que nos brinde las facilidades para el desarrollo de la presente investigación.
- Se solicitó a la Oficina de Estadística del Hospital II-2 MINSA Tarapoto para obtener el número de pacientes con hipertensión inducida por el embarazo, que fueron atendidas durante los meses de julio y noviembre del 2015 y la incidencia anual que también es de utilidad para nuestro conocimiento.
- Una vez obtenido los resultados en la encuesta, se procedió a analizar los mismos, asignándole su respectiva calificación a sus respuestas.
- Se realizó el procesamiento, la tabulación y análisis de la información y resultados obtenidos, mediante el programa estadístico SPSS, con el apoyo de un estadístico.
- Luego se realizó el análisis y discusión de los resultados obtenidos.
- Al concluir estos procesos, se elaboró el informe final de investigación y posteriormente se sustentará.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

La técnica utilizada fue la revisión documentaria y la encuesta, como instrumento se utilizará una ficha de recolección de datos y el cuestionario. La ficha de recolección de datos el cual estará conformado por siete preguntas vinculadas a las dimensiones de la gestión de la atención prenatal. La encuesta estuvo conformada por tres partes, la primera parte tiene datos sociodemográficos, la segunda parte corresponde a los datos obstétricos, la tercera parte está relacionado a los datos del conocimiento de la hipertensión arterial. Las preguntas para cada variable fueron realizadas con respuesta dicotómicas y se recolectará primero los datos haciendo uso de las historias clínicas de las gestantes con hipertensión arterial por el embarazo.

La valoración del instrumento de gestión de la atención prenatal fue de forma general si cumple o no los ítems considerados en el instrumento.

La valoración para cada pregunta será No= 0 y Si = 1, para consolidar en nivel de conocimiento será de la siguiente manera:

Alto	:	18 - 25 puntos
Medio	:	9 - 17 puntos
Bajo	:	0 - 8 puntos

3.6. Plan de Tabulación y Análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de datos, se diseñó una base de datos en Excel y SPSS versión 22, cuyos resultados nos permitirán la elaboración de tablas simples, tablas de contingencia, cruzadas y gráficos.

Se utilizó la estadística descriptiva como: Porcentaje, frecuencia.

3.7. Aspecto ético:

El estudio no afectó la integridad de la usuaria porque se pidió su consentimiento verbal para participar del estudio y para el caso de la revisión de historias clínicas se realizó con autorización formal del Director del establecimiento, por lo tanto no se vulneró la información de la institución, garantizando en todo el proceso la confidencialidad y la reserva de la información.

IV. RESULTADOS

Tabla 1: Características sociodemográficas de las gestantes con diagnóstico de hipertensión en el Hospital de contingencia II-2 MINSA Tarapoto, julio – noviembre, 2015.

Características	Número	%
Edad materna		
≤ 19 años	9	12.5%
20 - 34 años	43	59.7%
≥ 35 años	20	27.8%
Estado civil		
Soltera	13	18.1%
Casada	14	19.4%
Conviviente	45	62.5%
Grado de instrucción		
Iletrada	1	1.4%
Primaria incompleta	12	16.7%
Primaria completa	9	12.5%
Secundaria incompleta	14	19.4%
Secundaria completa	26	36.1%
Superior no universitario	8	11.1
Superior universitario	2	2.8%
Con quien vive		
Padres	12	16.7%
Pareja	58	80.6%
Sola	2	2.8%
Nro. Embarazos		
1	15	20.8%
2	27	37.5%
3	16	22.2%
4	7	9.7%
5	7	9.7%

Fuente: elaboración propia

Del 100% de gestantes adolescentes con diagnóstico de hipertensión (72), el 59,7% oscila entre 20 – 34 años y el 27.8% ≥ 35 años; el 62,5% son de estado civil conviviente, el 36,1% son de secundaria completa y el 80,6% viven con su pareja. El 37,5% tuvo 2 embarazos y el 22,2% 3 embarazos.

Tabla 2: Nivel de conocimiento que tiene la gestante sobre la hipertensión arterial

Nivel	Número	%
Alto (18 - 25)	22	30.6%
Medio (9 – 17)	22	30.6%
Bajo (0 – 8)	28	38.9%
Total	**72**	**100.0%**

Fuente: elaboración propia

Respecto al nivel de conocimiento que tiene la gestante sobre la hipertensión arterial, encontramos que el 38,9% tiene un nivel bajo, el 30,6% tienen nivel medio y alto respectivamente.

Tabla 3: Evaluación de la atención prenatal realizada a la gestante con diagnóstico de hipertensión arterial.

Atención prenatal	Se realizó		No se realizó		Total	
	Número	**%**	**Número**	**%**	**Número**	**%**
Precoz						
1era consulta ≤ 14 sem.	51	70.8%	21	29.2%	72	100.0%
Periódico						
Frecuencia de controles según cita	68	94.4%	4	5.6%	72	100.0%
≥ 6 controles	54	75.0%	18	25.0%	72	100.0%
Completo						
Se elaboró anamnesis	70	97.2%	2	2.8%	72	100.0%
Toma de funciones vitales	65	90.3%	7	9.7%	72	100.0%
Examen físico	14	19.4%	58	80.6%	72	100.0%
Toma de medidas antropométricas (peso, talla y valoración estado nutricional)	54	75.0%	18	25.0%	72	100.0%
Evaluación presencia de edema	64	88.9%	8	11.1%	72	100.0%
Evaluación reflejos osteotendinosos	18	25.0%	54	75.0%	72	100.0%
Examen obstétrico completo según edad gestacional (altura uterina, Nro. Fetos, FCF, movimientos fetales)	67	93.1%	5	6.9%	72	100.0%
Evaluación ginecológica (mamas, genitales, toma de PAP)	52	72.2%	20	27.8%	72	100.0%
Solicitud de evaluación odontológica	48	66.7%	24	33.3%	72	100.0%
Elaboración plan de parto	64	88.9%	8	11.1%	72	100.0%
Carné perinatal llenado	72	100.0%	0	0.0%	72	100.0%
Vacunación antitetánica según calendario	72	100.0%	0	0.0%	72	100.0%
Identificación de signos de alarma	28	38.9%	44	61.1%	72	100.0%
Condicionantes de riesgo biopsicosocial a la gestante	24	33.3%	48	66.7%	72	100.0%
Detección de enfermedades asociadas e inducidas por el embarazo.	12	16.7%	60	83.3%	72	100.0%
Toma de Exámenes de laboratorio	71	98.6%	1	1.4%	72	100.0%
Toma de ecografía	28	38.9%	44	61.1%	72	100.0%
Test no estresante	45	62.5%	27	37.5%	72	100.0%
Administración de sulfato ferroso según norma	70	97.2%	2	2.8%	72	100.0%
Administración de ácido fólico según norma	71	98.6%	1	1.4%	72	100.0%

Fuente: elaboración propia

Al realizar la evaluación de la atención prenatal realizada a las gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial encontramos que, el 70,8% fueron atendidas antes de las 14 semanas de edad gestacional, el 94,4% acuden con frecuencia a sus controles según cita, el 75,0% tiene más de 6 controles. Respecto a la atención prenatal si es completa, solo al 19,4% se realiza el examen físico, al 75% se toma las medidas antropométricas para el cálculo del IMC, al 25,0% se realiza evaluación reflejo osteotendinosos, al 93,1% se realiza el examen obstétrico completo según edad gestacional, el 72,2% es evaluado ginecológicamente, el 88,9% elabora plan de parto, al 98,6% se toma los exámenes de laboratorio, 97,2% y 98,6% administración de sulfato ferroso y ácido fólico según norma respectivamente.

Tabla 4: Estructura de la estrategia innovadora para mejorar la gestión en la atención prenatal en gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Hospital II – 2 MINSA Tarapoto, en el periodo julio– noviembre 2015.

Denominación	Definición	Propósito	Contenidos	Temática
Estrategia Innovadora de gestión de la atención prenatal en gestantes con hipertensión arterial	Se refiere a la información que se impartirán a las embarazadas que serán beneficiarias de la estrategia innovadora en salud, sobre las generalidades, complicaciones, tratamiento y medidas de autocuidado en la hipertensión arterial en el embarazo.	Orientar a las embarazadas que asisten a la consulta de alto riesgo obstétrico sobre la hipertensión arterial por el embarazo, para inducir a una conducta de autocuidado saludables que garantice un parto sin complicaciones y una madre y recién nacido sanos.	Aspectos generales de la hipertensión inducida al embarazo	Definición de la hipertensión arterial
				Clasificación de la Hipertensión arterial
				Signos
				Síntomas
				Factores de riesgo
			Complicaciones	Fetales
				Maternos
				Neonatales
			Tratamiento	Hospitalización
				Antihipertensivos
				Anticonvulsivantes
			Medidas de autocuidado:	Dieta
				Posición para dormir
				atención prenatal
				Hábitos Sociales
				Reposo

Fuente: elaboración propia

Observamos la estructura de la estrategia innovadora para mejorar la atención prenatal en gestantes con hipertensión arterial, donde se muestra la denominación, la definición, el propósito, los contenidos y temáticas a desarrollar para empoderar a las mujeres gestantes con hipertensión arterial para mejorar sus conocimientos y prácticas en relación a la enfermedad para evitar complicaciones.

V. DISCUSIÓN

La presente investigación se realizó en el servicio de Obstetricia del Hospital de II – 2 MINSA Tarapoto, donde se analizaron 72 gestantes atendidas con hipertensión arterial durante el periodo de estudio con el diagnostico básicamente de preeclamsia, condición que fue más frecuente, sin embargo entendiendo que la preeclamsia sin signos de severidad es la más difícil de diagnosticar su evolución en el transcurrir de tiempo es evidente con un buen diagnóstico para brindar el tratamiento oportuno. Sin embargo entendemos que si la mujer gestante no es educada sobre su enfermedad y las complicaciones que puede padecer tanto ella como su bebe, muy poco puede aportar para u autocuidado llegando a tener complicaciones severas.

El primer resultado nos muestra las características sociodemográficas de las gestantes con diagnóstico de hipertensión, el 59,7% oscila entre 20 – 34 años; el 62,5% son de estado civil conviviente, el 36,1% son de educación secundaria completa y el 80,6% viven con su pareja, el 37,5% tuvo 2 embarazos.

Resultado que no guarda relación con lo encontrado por Hallk F, Torres M, Sánchez M. (2000), que el 31,37% de las pacientes eran menores de 18 años, primigesta 64,70% oscilaban entre 18 y 29 años y el 47,05% se controló el embarazo. Sin embargo la mayor parte de las pacientes por hipertensión en otros estudios están relacionado a las mujeres jóvenes con mayor número de embarazos y con antecedente de hipertensión previa. Condiciones que no se cumplen para nuestra realidad donde el mayor número de casos lo encontramos en la edad adulta y con antecedente de embarazos previos, sin embargo la educación de la madre resalta porque tiene en su mayoría secundaria y puede ser educada sobre la enfermedad.

El segundo resultado evidencia el nivel de conocimiento que tienen las gestantes sobre la hipertensión arterial, encontramos que el 38,9% tiene un nivel bajo, seguido del 30,6% tienen nivel medio y alto respectivamente.

Resultado que guarda relación con Morillo O, Pimentel M. (2006), quienes encontraron que el 31% y 50% no reconocían los aspectos generales de la enfermedad, situación que cambió luego de participar en el programa de orientación, de igual forma entre 19% y el

38% no conocían las complicaciones más frecuentes. Igualmente se relaciona con Cabello G, García T, Millán N. (2000), las acciones de enfermería encaminadas por el profesional de enfermería eran deficientes, no cubriendo las necesidades básicas de manera integral sobre todo en la educación para el autocuidado de su salud. A su vez se relaciona con Cedeño M, Guevara E, Mercado O. (2003), quienes concluyen que el nivel de información de las embarazadas en cuanto a las generalidades, fisiología y fisiopatología de la enfermedad, es muy bajo. Así mismo se relaciona Morales C. (2010), quienes determinaron que la pre-eclampsia es un fenómeno frecuente cuya naturaleza muestra una clara asociación con fenómenos de naturaleza psicosocial y baja información sobre el problema. Además se relaciona con Pacora P, Ingar W, Oliveros M, Guibovich A, Huiza L, Barreda A. (2014), quienes concluyen que la eclampsia se asocia a bajo grado de instrucción de la mujer, que no le permitiría a acceder al cuidado de su salud en forma oportuna y de calidad.

Por lo analizado podemos establecer que la educación e información que le brindamos como personal de salud a la madre gestante respecto a la hipertensión arterial inducida al embarazo no es asimilada por las diferentes condiciones o características sociodemográficas que presenta además de las condiciones en que vive con la pareja o familia y los aspectos de vulneración como la violencia o la edad en el caso de la adolescencia que la hacen vulnerable a la hipertensión y a las complicaciones tanto para la madre como para el feto. Por lo cual es necesario desarrollar programas educativos de enfermedades vinculantes para fortalecer la educación de las madres y ejerzan el autocuidado de su salud.

El tercer resultado nos muestra la evaluación de la atención prenatal realizada a las gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial donde encontramos que, el 70,8% fueron atendidas antes de las 14 semanas de gestación, el 94,4% acuden con frecuencia a sus atenciones según cita, el 75,0% tiene más de 6 controles. Respecto a la atención prenatal si es completa, solo el 19,4% realiza el examen físico, al 75% se toma las medidas antropométricas para el cálculo del IMC, al 25,0% se realiza evaluación reflejo osteotendinosos, al 93,1% se realiza el examen obstétrico completo según edad gestacional, el 72,2% es evaluado ginecológicamente, el 88,9% elabora plan de parto, al 98,6% se toma los exámenes de laboratorio, 97,2% y 98,6% administración de sulfato ferroso y ácido fólico según norma respectivamente.

Resultado que se relaciona con Pacora P, Ingar W, Oliveros M, Guibovich A, Huiza L, Barreda A. (2014), quienes señalan que la pre-eclampsia es manifestación del síndrome metabólico del embarazo y su diagnóstico requiere de profesionales competentes durante la atención prenatal.

Por lo mencionado las gestantes con hipertensión se asocia a bajo grado de instrucción de la mujer, que no le permitiría acceder a la atención de su salud en forma oportuna y de calidad y es en la atención prenatal que debe identificarse y tomar las medidas correctivas mediante la terapéutica y la educación para el ejercicio del autocuidado de su salud. La mujer gestante educada al conocer todas las actividades que le debe realizar puede exigir la atención completa al proveedor de los servicios de salud.

El cuarto resultado nos muestra la estructura del programa para fortalecer la gestión de la atención prenatal, donde debemos tener en cuenta la existencia de dos poblaciones en nuestro país y las acciones deben ser enfocadas a las que muestran los peores resultados como es la población de bajos recursos. Debemos tener en cuenta que los factores predominantemente asociados con mal desenlace del embarazo son distintos en los diferentes niveles socioeconómicos. Por ello debemos conocerlos y aplicar las medidas de acuerdo a las prioridades sanitarias con enfoque de riesgo. Además, es un requisito indispensable que toda intervención haya demostrado ser beneficiosa antes de ser aplicada. La utilización de intervenciones comprobadas puede generar impacto positivo reduciendo la pérdida de tiempo, expectativas, dinero y hasta vidas.

Resultado que se relaciona con Morillo O, Pimentel M. (2006), quienes concluyen que un programa de orientación sobre Hipertensión Inducida por el Embarazo, es efectivo para que la embarazada de alto riesgo asuma una conducta saludable y que permita obtener un embarazo a feliz término y un niño sano. Igualmente se relaciona Gómez A, Martínez C, Payares M. (2000), quienes concluyen que como los datos del estudio de factibilidad fueron positivos, se justifica la implementación del programa de Educación para la Salud propuesto. A su vez se relaciona con Cedeño M, Guevara E, Mercado O. (2003), quienes determinaron que el programa puede incrementar que el nivel de información de las embarazadas en cuanto a las generalidades, fisiología y fisiopatología de la enfermedad que es muy bajo.

Por lo mencionado anteriormente podemos establecer que una estrategia innovadora de educación e información para mejorar la gestión de la atención prenatal en la hipertensión inducida a la gestación puede desarrollarse positivamente por que las mujeres puede conocer la enfermedad de hipertensión arterial, establecer sus causas y consecuencias, cumplir con el tratamiento adecuadamente y auto cuidarse y cuidar a su bebe para que terminen en un parto saludable. Es importante tener presente que la planificación de la atención prenatal debe tener en cuenta la existencia de dos poblaciones en nuestro país y las acciones deben ser enfocadas a las que muestran los peores resultados como es la población de bajos recursos y más vulnerables. Debemos tener en cuenta que los factores predominantemente asociados con el mal desenlace del embarazo son distintos en los diferentes niveles socioeconómicos. Por ello debemos conocerlos y aplicar las medidas de acuerdo a las prioridades. Además, es un requisito indispensable que todo método de evaluación o toda intervención haya demostrado ser beneficiosa antes de ser aplicada. La utilización de intervenciones no comprobadas puede generar una gran pérdida de tiempo, expectativas, dinero y hasta vidas.

VI. CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas de las gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial son: el 59,7% oscila entre 20 – 34 años; el 62,5% son de estado civil conviviente, el 36,1% son de educación secundaria completa y el 80,6% viven con su pareja, el 37,5% tuvo 2 embarazos.

2. El nivel de conocimiento que tienen las gestantes sobre la hipertensión arterial, encontramos que el 38,9% tiene un nivel bajo, seguido del 30,6% tienen nivel medio y alto respectivamente.

3. Según la evaluación de la gestión de la atención prenatal realizada a las gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial encontramos: el 70,8% se atendieron antes de las 14 sem., el 94,4% acuden con frecuencia a sus citas, el 75,0% tiene más de 6 controles. Respecto a la atención prenatal si es completa: solo el 19,4% realiza el examen físico, al 75% se toma las medidas antropométricas para el cálculo del IMC, al 25,0% se realiza evaluación reflejo osteotendinosos, al 93,1% se realiza el examen obstétrico completo según edad gestacional, el 72,2% es evaluado ginecológicamente, el 88,9% elabora plan de parto, al 98,6% se toma los exámenes de laboratorio, 97,2% y 98,6% administración de sulfato ferroso y ácido fólico según norma respectivamente.

4. Según la estructura y contenidos del programa, permitirá fortalecer la gestión de la atención prenatal por el personal de salud y elevar el nivel de conocimiento de las gestantes con hipertensión según los componentes: aspectos generales, complicaciones, tratamiento y medidas de autocuidado.

VII. RECOMENDACIONES

1. A los Directivos y personal de salud del servicio de Obstetricia, identificar las características sociodemográficas de las gestantes como edad, embarazos previos y antecedentes de hipertensión arterial para evaluar integralmente a la gestante y llegar al diagnóstico oportuno para evitar complicaciones en la madre y el feto.

2. Al personal de salud obstetras y médicos que atienden durante la atención prenatal a la gestante educar permanentemente sobre la hipertensión arterial y las otras enfermedades que pueda o tenga la gestante.

3. A los jefes del servicio, coordinadores de los programas y personal de salud obstetras y médicos realizar una adecuada gestión de la atención prenatal siendo vigilantes que los procesos se cumplan enfatizando el examen físico y evaluación reflejo osteotendinosos que no se cumplen mayoritariamente durante la atención. Así mismo generar un trabajo articulado con la Universidad y Colegios profesionales para garantizar la competencias profesionales.

4. A los Directivos y personal de salud asistencial tomar el programa propuesto como alternativa para fortalecer la gestión de la atención prenatal en gestantes con hipertensión y abordar sus componentes previa preparación del personal y previa identificación del conocimiento que traen las madres para así ahondar en los aspectos generales, complicaciones, tratamiento y medidas de autocuidado según sea necesario.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Balestena J. Comportamiento de la pre-eclampsia grave. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2001.

2. Juarte D, Bonora D, Hernández A. Factores de riesgo de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2006

3. Parra M. Espectro clínico de la pre-eclampsia: estudio comparativo de sus diversos grados de severidad. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2007; 72(3): p. 169-175. Santiago de Chile. Chile 2007.

4. Voto S. Hipertensión en el embarazo. Sección hipertensión arterial. Booksmedicos.org. ISBN: 978-950-9030-69-5. Rosario Argentina. 2008. http://www.circulomedicodezarate.org/e-books/Hipertension_en_el_Embarazo_Lilliana_Voto.pdf

5. Molina D. Concepto de orientación educativa: diversidad y aproximación. Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales Ezequiel Zamora. Venezuela. 2002. file:///C:/Users/admin/Downloads/736Molina108.PDF

6. Morillo O, Pimentel M. Programa de orientación sobre hipertensión inducida por el embarazo, dirigida a la embarazada que asiste a la consulta de alto riesgo obstétrico del hospital "Dr. Domingo Luciani" del Llanito". Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. Trabajo especial de grado, presentado como requisito parcial para optar al título de Licenciado en Enfermería. Pág. 11.Caracas Venezuela. 2006. Consulta 20.08.18 http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://saber.ucv.ve/bitstream/123456789/459/1/tesis.pdf

7. Cabello G, García T, Millán N. "Acciones de enfermería dirigidas a las adolescentes embarazadas pre-eclámpticas hospitalizadas en la Unidad Clínica Gineco - Obstetricia del Hospital Dr. Luis Razzetti de Barcelona, Estado Anzoátegui". Barcelona España.

2000. Consulta 20.08.15. https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cumplimiento-promocion-salud-embarazada/4/

8. Hallk F, Torres M, Sánchez M. Cambios vasculares y lesiones placentarias en la Preeclampsia y su incidencia en la morbimortalidad perinatal. Estudiantes de Medicina. Universidad del Zulia. Venezuela. 2000. Consulta 20.08.15. https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cumplimiento-promocion-salud-embarazada/4/

9. Gómez A, Martínez C, Payares M. Propuesta de un programa de educación para la salud dirigido a usuarios con ulcera gástrica del servicio de gastroenterología del Hospital "Dr. Domingo Luciani", El Llanito. Edo. Miranda. Trabajo Especial de Grado. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. U.C.V. Caracas Venezuela. 2000.

10. Cedeño M, Guevara E, Mercado O. Programa Educativo referido a factores de riesgo a Pre-eclampsia en las embarazadas que asisten a la consulta prenatal del Hospital "Dr. Raúl Leoni Otero, San Félix, Estado Bolívar. Venezuela 2003.

11. Morales C. Factores de riesgo asociados a pre-eclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. Revista Peruana de Epidemiología. 2011 Abril; 15(2)

12. Pacora P, Ingar W, Oliveros M, Guibovich A, Huiza L, Barreda A. Factores de riesgo, morbilidad y mortalidad en la pre-eclampsia. Revista Latinoamericana de perinatología. 2014; 17(4).

13. Asenii J. La Función Tutorial en la Formación Docente". Madrid. Facultad de Educación, Departamento de métodos, Universidad Complutense de Madrid. Año 1997. (Disponible en:http://web.ua.es/es/ice/documentos/tutorial/material/ivjornada/la-funcion-tutorial.pdf; recuperado el 26 de febrero del 2015.)

14. Díaz J y Árraga M. Revista Mexicana. Orientación Educativa, publicación Marzo del 2012. Vol. IX N° 22 Enero – Junio 2012. (Disponible en: http://www.remo.ws/;recuperado el 27 de febrero del 2015)

15. Zighelboim I. Hipertensión arterial crónica. Clínica Obstétrica. Caracas-Venezuela. 5ta Edición. Año 2000. (Disponibleen:http://health.usnews.com/doctors/israel-zighelboim-429183;recuperado el 27 de febrero del 2015).

16. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre Maternidad sin Riesgo. Washington. 1998. (Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_spa.pdf; recuperado el 27 de febrero del 2015

17. Pritchard J. Modificaciones Fisiológicas durante el embarazo. México. Editorial Salvat. Obstetricia de Williams, Editorial Salvat. Año 1999. (Disponible en: http://pritchardlab.stanford.edu/home.html; recuperado el 28 de febrero del 2015).

18. Beare P. Tratado de Obstetricia. 2ª edición. Editorial Mosby. España. 1998. (Disponible en: http://www.pamf.org/dr-john-p-beare.html; recuperado el 28 de febrero del 2015).

19. Valdez G. Attenuation of age-related changes in mouse neuromuscular synapses by caloric restriction and exercise. 2010. (Disponible en:http://research.vtc.vt.edu/people/gregorio-valdez/ ;recuperado el 28 de febrero del 2015).

20. Organización Panamericana de la Salud. Alto Riesgo Obstétrico. Ediciones Escuela de Medicina de la Universidad Pontificia de Chile. 2000. (Disponible en :http://research.vtc.vt.edu/people/gregorio-valdez/;recuperado el 29 de febrero del 2015).

21. Coca A. Manejo del Paciente Hipertenso en la Práctica clínica". Madrid .Editorial Medica Panamericana, Año 2009. (Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=jqHLowBhMNwC&pg=PA139&dq=Herrera,+J+factores+de+riesgo&hl=es&sa=X&ei=7GbzVO2ALMy0sATKyoDoDg&ved=0CC0Q6AEwAw#v=onepage&q&f=false; recuperado el 29 de febrero del 2015)

22. Cubas F. Consumo dietario de calcio y su relación con la enfermedad hipertensiva en gestantes del hospital Regional de Huancavelica Marzo 2014. Tesis de Maestría en Gestión y Docencia en Alimentación y Nutrición. Huancavelica – Perú. 2014. (Recuperado el 28 de febrero del 2015).

23. Olds S, London M, Ladewing P. Enfermería Materno Infantil: México. Interamericana: McGraw Hill. 2000. (Recuperado el 28 de febrero del 2015)

24. Lopez-Jaramillo P, Narvaez M, Weigel R, Yéspez R. Hypertension. Calcium supplementation reduces the risk of pregnancy induced hypertension in an Andean population". British Journal of Obstetrics and Gynecology. E.E. U.U. 1996. (Disponible en:http://hyper.ahajournals.org/; recuperado el 29 de febrero del 2015).

25. Abrate S. Manual Práctico -Madre e hijo: los cuidados más importantes durante el embarazo y los primeros años del niño" Madrid. Año 1999. (Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=G0nOxfNJm04C&q=embarazo+y+cuidados&dq=embarazo+y+cuidados&hl=es&sa=X&ei=dGzzVNjROJeKsQTjqYLgCA&ved=0CBsQ6AEwAA; recuperado el 29 de febrero del 2015.)

VII. ANEXOS

Anexo N° 01: Instrumentos de Recolección de datos

Universidad Nacional de San Martín Tarapoto

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

Ficha de recolección de datos de la Gestión de la Atención Prenatal para gestantes con hipertensión arterial

Introducción: El estudio tiene por objetivo diseñar una estrategia innovadora para mejorar la gestión de la atención prenatal en gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidas en el Hospital II– 2 MINSA Tarapoto, por lo cual solicitamos que la información a tomar sea veraz y precisa, por tratarse de un estudio de investigación.

Gestión de la Atención Prenatal	**No**	**Si**
Precoz: 1ra consulta ≤ 14 sem.		
Periódico: -Frecuencia de controles según cita -≥ 6 controles		
Completo: -Se elaboró anamnesis -Toma de funciones vitales -Examen físico -Toma de medidas antropométricas (peso, talla y valoración estado nutricional) -Evaluación presencia de edema -Evaluación reflejos osteotendinosos -Examen obstétrico completo según edad gestacional (altura uterina, Nro. -Fetos, FCF, movimientos fetales) -Evaluación ginecológica (mamas, genitales, toma de PAP) -Solicitud de evaluación odontológica -Elaboración plan de parto -Carné perinatal llenado -Vacunación antitetánica según calendario -Identificación de signos de alarma -Condicionantes de riesgo biopsicosocial a la gestante -Detección de enfermedades asociadas e inducidas por el embarazo. -Toma de Exámenes de laboratorio -Toma de ecografía -Test no estresante -Administración de sulfato ferroso según norma -Administración de ácido fólico según norma		

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

Encuesta para medir el conocimiento de la hipertensión arterial en gestantes

Introducción: El estudio tienen por objetivo diseñar una estrategia innovadora para mejorar la gestión de la atención prenatal en gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidas en el Hospital II– 2 Tarapoto, por lo cual solicitamos que sus respuestas sean sinceras y veraces por tratarse de un estudio de investigación, así mismo le aseguramos confiabilidad de la información que Ud. nos brinde ya que sólo será usada con fines de investigación.

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1. Edad: ……

2. Estado civil: a. Soltera ( ) b. Casada ( ) c. Conviviente ( ) d. Divorciada ( ) e. Viuda ( ).

3. Grado de instrucción:

a. Analfabeta ( ) b. Primaria incompleta ( ) c. Primaria completa ( ) d. Secundaria completa ( ) e. Secundaria incompleta ( ) f. Superior no universitaria ( ) g. Superior universitaria ( )

4. Con quien vive:

a. Padres ( ) b. Pareja ( ) c. Hermanos ( ) d. Sola ( )

II. DATOS OBSTÉTRICOS:

1) Considerando el embarazo actual, ¿cuántos embarazos ha tenido?

a. 1 ( ) b. 2 ( ) c. 3 ( ) d. 4 ( ) e. 5 a + ( )

2) ¿Cuántas semanas de embarazo tiene usted? _____

III. CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL EMBARAZO

No = 0 **Si =** 1

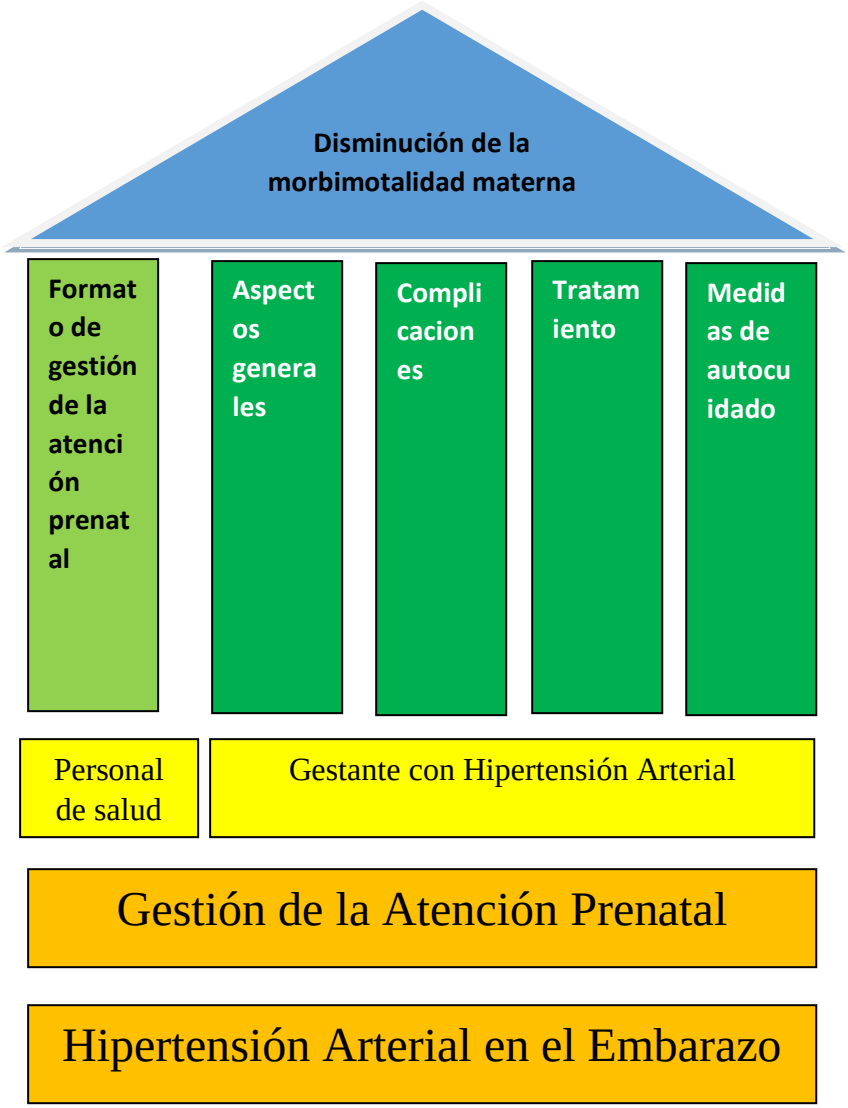
Condiciones	**No**	**Si**
1. ¿La hipertensión es una enfermedad que produce un aumento brusco de la presión arterial durante el embarazo?		

2. ¿La hipertensión puede ser leve?		
3. ¿La hipertensión puede ser severa?		
4. ¿El edema de los pies, manos, cara y otras partes del cuerpo son signos de la hipertensión?		
5. ¿En una prueba de orina con resultados positivos de proteínas, es un signo de la hipertensión?		
6. ¿La hipertensión puede ocasionar trastornos visuales?		
7. ¿La nuliparidad, la historia familiar, grupo de edad extremo, embarazo múltiple, hipertensión crónica previa, y diabetes mellitus son factores de riesgo maternos para la hipertensión?		
8. ¿A causa de la preeclampsia el recién nacido puede presentar la complicación de bajo peso al nacer?		
9. ¿Una de las complicaciones de la hipertensión puede ser dificultad respiratoria del recién nacido?		
10. ¿La hipertensión puede provocar convulsiones en la embarazada?		
11. ¿La hipertensión puede ser causa de parto prematuro?		
12. ¿El tratamiento de la hipertensión leve es solamente hospitalización?		
13. ¿El tratamiento de la hipertensión severa es la hospitalización, antihipertensivos y anticonvulsivos?		
14. ¿La aspirina se utiliza como medida para tratar la hipertensión?		
15. ¿La dieta a seguir durante el embarazo debe ser baja en sal y grasas para evitar el aumento excesivo de peso?		
16. ¿Los complementos nutricionales recomendados durante el embarazo son vitamina C y Complejo B?		
17. ¿Tomar calcio previene la hipertensión?		
18. ¿El aumento de peso debe ser 1 kilo por mes para prevenir la hipertensión?		
19. ¿Es importante guardar reposo en cama cuando se padece de hipertensión?		
20. ¿Se debe tener la posición lateral izquierda es la adecuada para dormir o descansar durante el embarazo?		
21. ¿El cumplir con las citas a su control prenatal evita la hipertensión?		
22. ¿El control diario de la presión arterial durante el embarazo puede		

alertar la presencia de hipertensión?		
23. ¿Durante el embarazo el consumir alcohol puede aumentar el riesgo de padecer hipertensión?		
24. ¿El consumir cigarrillos durante el embarazo puede aumentar el riesgo de padecer hipertensión?		
25. ¿El personal de salud le brindó información sobre la hipertensión arterial?		

Anexo N° 02: Estrategia innovadora para mejorar la atención prenatal en gestantes con hipertensión arterial.

Esquema



Introducción

La enfermedad de hipertensión arterial en el embarazo es un problema de salud pública que conlleva al incremento de la morbimortalidad materna perinatal y debemos vencer oportunamente. Con los resultados obtenidos del estudio diagnóstico que claro que la gestante desconoce del problema y amerita involucrarse activamente en las acciones de prevención por lo que se procede a elaborar el programa de acuerdo a las necesidades de conocimiento de la embarazada sobre Hipertensión Inducida por el Embarazo.

Objetivo general

Orientar a las embarazadas que asisten a la consulta prenatal sobre hipertensión inducida por el embarazo (pre-eclampsia), para promover en ella una conducta de autocuidado durante el proceso de embarazo que garantice un parto feliz y a un recién nacido sano.

Objetivos específicos:

1. Contribuir al mejor manejo de la pre-eclampsia por parte de la embarazada de alto riesgo obstétrico, a través de la información oportuna y la participación activa en las actividades educativas.

2. Mejorar el nivel de conocimiento de las embarazadas de alto riesgo obstétrico a partir del desarrollo de la orientación por parte del profesional obstetra.

3. Impulsar el desarrollo de las capacidades y conocimientos científicos que posee el profesional obstetra, a través de programas de orientación a las pacientes embarazadas de alto riesgo obstétrico.

4. Motivar la integración individuo, familia, comunidad, equipo de salud, a través de la participación activa en la estrategia de orientación propuesta, a fin de que se asuman estilos de vida saludables.

Estructura de la estrategia

Como se trata de una estrategia a desarrollar en el contexto del hospital, su estructura está sujeta a los recursos humanos, materiales y de espacio físico que se requieren para realizarla. Así que esta estrategia se estructura de la siguiente manera:

DENOMINACIÓN	DEFINICIÓN	PROPROSITO	DIMENSIONES	TEMATICA
Estrategia Innovadora de gestión de la atención prenatal en gestantes con hipertensión arterial	Se refiere a la información que se impartirán a las embarazadas que serán beneficiarias de la estrategia innovadora en salud, sobre las generalidades,	Orientar a las embarazadas que asisten a la consulta de alto riesgo obstétrico sobre la hipertensión arterial por el embarazo, para inducir a una	Aspectos generales de la hipertensión inducida al embarazo	Definición de la hipertensión arterial
				Clasificación de la Hipertensión arterial
				Signos
				Síntomas
				Factores de riesgo
			Complicaciones	Fetales
				Maternos
				Neonatales

	complicaciones, tratamiento y medidas de autocuidado en la hipertensión arterial en el embarazo.	conducta de autocuidado saludables que garantice un parto sin complicaciones y una madre y recién nacido sanos.	Tratamiento	Hospitalización
				Antihipertensivos
				Anticonvulsivantes
			Medidas de autocuidado:	Dieta
				Posición para dormir
				Control prenatal
				Hábitos Sociales
				Reposo

Contenidos:

Los mismos están centrados en generalidades de la hipertensión arterial, así se impartiría orientación sobre el concepto de Hipertensión Inducida por el Embarazo (pre-eclampsia y eclampsia), Clasificación de la hipertensión., Signos y Síntomas, Factores de riesgo. En relación a sus complicaciones explicaríamos las fetales, maternos y neonatales. En el tratamiento abordaríamos la hospitalización, antihipertensivos y anticonvulsivantes; y por último en las medidas de autocuidado se abordaría la dieta, posición para dormir, atención prenatal, hábitos sociales y reposo.

Estrategia metodológica:

De acuerdo al contexto y los recursos disponibles se propone la dinámica de taller participativo, por ser la estrategia que más se adecua al contexto hospitalario. La duración de cada taller será de 2 a 4 horas. El profesional de obstetra servirá de facilitador de cada taller.

Dinámica:

Para cada taller se utilizarán estrategias de enseñanza – aprendizaje que permita la participación activa de las embarazadas, de allí que se proponen como dinámicas grupales, los grupos focales por ser una alternativa que permite la participación de todas, que no implica esfuerzo físico (dado su condición), y que los resultados dependen de la opinión de las participantes.

Evaluación:

La evaluación será formativa, a través de la estrategia Pre-test y Pos-test.

Contenido programático

Objetivo final: las embarazadas estarán en capacidad de manejar la información pertinente acerca de la hipertensión arterial en el embarazo y sus implicaciones de forma fluida, para de adoptar una conducta de autocuidado ante la enfermedad.

Objetivos Específicos	Contenido	Estrategia metodológica	Recursos	Evaluación
Definir y Clasificar la hipertensión arterial	Concepto de hipertensión arterial – hipertensión inducida al embarazo – pre-eclampsia.	Exposición Discusión Grupal	Facilitadores Rotafolio.	Formativa Pretest
Identificar los signos y síntomas	Reconocimiento del edema, hipertensión arterial.	Exposición del facilitador. Demostración de toma de tensión y prueba de proteinuria.	Ppt. Proyector multimedia Tensiometro Marcadores, lápices, papel bond	Diagnóstica
Identificar Factores de Riesgo	Factores de riesgo. Caracterización del dolor de cabeza, trastornos visuales y proteinuria.	Grupos focales.	Papel Bond, Lápices Rotafolio	Formativa
Conocer las principales complicaciones maternas, fetales y neonatales	Complicaciones Maternas. Complicaciones fetales Complicaciones Neonatales	Discusión de grupos focales Plenaria	Papel bond, lápices, rotafolio, láminas	Formativa
Explicar las medidas terapéuticas indicadas para disminuir el riesgo de complicaciones.	**Medidas Terapéuticas**: Definir el tratamiento para la preeclampsia, hospitalización, antihipertensivos, antoconvulsivos, importancia de signos vitales, exámenes de laboratorio.	Exposición del facilitador. Lluvia de ideas Grupos focales	Láminas Retroproyector	Formativa
Orientar sobre las medidas de autocuidado que debe seguir una embarazada en riesgo	Medidas de autocuidado Tipo de dieta que debe seguir Importancia de la ingesta de líquidos Importancia del control de peso y diuresis diaria. Importancia del reposo Posición corporal para el reposo Frecuencia de realización de exámenes. Hábitos sociales.	Exposición del facilitador, grupos focales, demostración del menú Charla participativa. Discusión de grupo Demostración de posición para el reposo	Papel Bond Rotafolio Lápices Colchoneta	Post - test

Cartilla de la evaluación de la gestión prenatal para personal de salud

Gestión de la Atención Prenatal	**No**	**Si**
Precoz: -1ra consulta ≤ 14 sem.		
Periódico: -Frecuencia de controles según cita -> 6 controles		
Completo: -Se elaboró anamnesis -Toma de funciones vitales -Examen físico -Toma de medidas antropométricas (peso, talla y valoración estado nutricional) -Evaluación presencia de edema -Evaluación reflejos osteotendinosos -Examen obstétrico completo según edad gestacional (altura uterina, Nro. -Fetos, FCF, movimientos fetales) -Evaluación ginecológica (mamas, genitales, toma de PAP) -Solicitud de evaluación odontológica -Elaboración plan de parto -Carné perinatal llenado -Vacunación antitetánica según calendario -Identificación de signos de alarma -Condicionantes de riesgo biopsicosocial a la gestante -Detección de enfermedades asociadas e inducidas por el embarazo. -Toma de Exámenes de laboratorio -Toma de ecografía -Test no estresante -Administración de sulfato ferroso según norma -Administración de ácido fólico según norma		

Anexo N° 03: Otros datos relevantes del estudio

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Se realizó el cálculo para la categorización de las dimensiones de la variable conocimiento, se aplicó la escala de Estones en la curva de Gauss, usando una constante 0,75, dividiéndolo en tres categorías: Bajo, Medio y Alto.

1. Categorización de la variable conocimiento:

Promedio (X) = **19.83**
Desv. Standar = **12.93**

Establecimiento de a y b

a = X – 0.75 (DS)

Reemplazando:

a = 19.83 - 0.75 (12.930)

a = 19.83 - 9.698

a = 10.133 = **10**

b = X + 0.75 (DS)

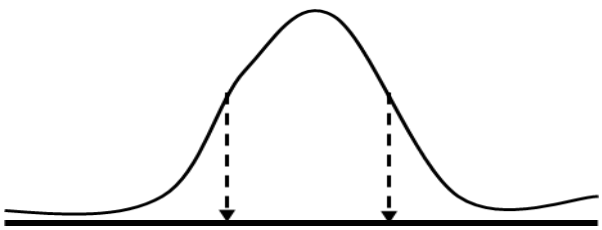
Reemplazando:

b = 19.83 + 0.75 (12.930)

b = 19.83 + 9.698

b = 29.528 = **30**

Intervalos:



Bajo 8 Medio 18 Alto

Alto : **18 - 25 puntos**
Medio : **9 - 17 puntos**
Bajo : **0 - 8 puntos**