

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**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**

(Trabajo Especial de Grado, presentado como requisito parcial para optar al título
de Licenciado en Enfermería)

AUTORES:

Morillo, Olga

C.I. 6.515.668

Pimentel, Maury

C.I. 10.335.632

TUTOR:

Mgs. Zaida Domínguez

Caracas, 2006

**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**

INTRODUCCIÓN

El embarazo representa un período en la vida de la mujer que abarca desde el momento de la concepción hasta el parto. Durante este proceso ocurren notables alteraciones del cuerpo de la mujer, muchos de estos cambios continúan durante toda la gestación.

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 preeclampsia.

La preeclampsia es un trastorno de hipertensión (presión alta) que puede ocurrir a partir de la veintava semana de gestación. Puede ir acompañada de otros síntomas como retención de líquidos, cefaleas, infecciones urinarias, hasta convulsiones. En la actualidad en Venezuela, está dentro de las tres primeras causas de morbilidad materna y perinatal (Ministerio de Salud y Desarrollo Social: 1999).

La orientación que debe recibir la embarazada en riesgo de padecer este trastorno debe ser precisa en cuanto a los cuidados que debe tener para evitar

mayores complicaciones. En este sentido el profesional de enfermería está en la capacidad de ofrecer un asesoramiento continuo, fomentando mejores hábitos de salud en las embarazadas.

De allí la necesidad de elaborar propuestas específicas de orientación en salud, a fin de disminuir el impacto que este trastorno tiene sobre el embarazo, el parto y el producto de este.

Este trabajo fué estructurado de la siguiente manera:

El capítulo I, con el planteamiento del problema, los objetivos y su justificación. El Capítulo II, donde se presenta el Marco Teórico, con los antecedentes, las bases teóricas, el sistema de variables y su operacionalización. El Capítulo III, correspondiente al Diseño Metodológico; el Capítulo IV, donde se hace la presentación y análisis de los resultados y el Capítulo V, con las conclusiones y recomendaciones pertinentes al estudio.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

La hipertensión inducida por el embarazo es mejor conocida como preeclampsia, y usualmente ocurre después de las 20 semanas de gestación. Está determinada por un incremento en la presión sanguínea, acompañada por proteinuria, edema o ambas.

La preeclampsia, es una patología obstétrica, de la cual no se conoce la etiología a ciencia cierta. Una predisposición genética, factores ambientales como virus, y el sistema inmune, han sido involucrados sin poder explicar ninguno de ellos completamente la causa de esta enfermedad. No obstante, aunque algunos aún no están bien definidos, según algunas investigaciones, existen determinados factores de riesgo. Estos son: gestación múltiple y multiparidad, historia familiar de preeclampsia, hipertensión crónica, edades extremas: menores de 18 años y mayores de 35 años, y diabetes.

El diagnóstico de los diferentes estados hipertensivos en el embarazo está basado en los antecedentes personales y familiares de hipertensión inducida por el embarazo o hipertensión arterial crónica, edema, así como también se observa

un aumento de la resistencia vascular periférica renal e incremento de la sensibilidad de la acción presora de sustancias como la angiotensina. Esta hipersensibilidad es una de las características más importantes de la preeclampsia y está presente meses antes de que ocurran las manifestaciones clínicas de la complicación.

La tasa elevada de prematuridad y retardo del crecimiento fetal intrauterino asociados a este trastorno incrementa la morbilidad y la mortalidad perinatal. De acuerdo a Arévalo, O. (1999), "la incidencia de preeclampsia a nivel mundial fluctúa entre 5% a 10%, promedios similares a los que se observa en los centros asistenciales de nuestro país (Colombia), donde los niveles de prevalencia alcanzan el 17%"(p. 2).

En Venezuela la mortalidad por preeclampsia es considerablemente alta. Al respecto Oyarzún, E. y Valdés, G. (2000), manifiestan que:

La enfermedad hipertensiva es una de las complicaciones más frecuentes del embarazo, y comparte con el aborto séptico, el primer lugar entre las causas de mortalidad materna en nuestro país. Su prevalencia varía entre 7 y 10% de la población (p.14)

De acuerdo a estas cifras, la preeclampsia es una patología frecuente en el embarazo, la cual afecta sobre todo a primigestas; aún sin haber presentado

antecedentes cardiovasculares o renales. La misma puede tener manifestaciones en el postparto.

En el contexto del Hospital “Dr. Domingo Luciani”, de Llanito, la situación de preeclampsia es de especial atención; de acuerdo a las estadísticas del Departamento de Epidemiología del Hospital, para el segundo semestre del año 2005, se atendieron 180 casos de preeclampsia leve y 220 de preeclampsia severa. Cifras que resultan preocupantes para el equipo de salud, quien es 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 del que el personal de enfermería realiza sus funciones en la medida de sus posibilidades, las embarazadas de dicha consulta llegan hasta el momento del parto presentado signos y síntomas de preeclampsia; complicación que tiene que ver con el no seguir por parte de la embarazada, las indicaciones médicas y del personal de enfermería, 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.

Esta situación conduce a pensar que si se realiza un esfuerzo conjunto del equipo de salud, es posible lograr cambios en la condición de la embarazada con riesgo de preeclampsia, ya que es la enfermera quien en su función educativa y orientadora puede lograr cambios significativos en estas circunstancias, con una orientación sistemática, coordinada y bien planificada puede llegarse a buenos resultados.

Ante este contexto, se plantean las siguientes interrogantes:

¿Cuál es la información que poseen las embarazadas de la consulta de alto riesgo relacionada con aspectos generales de la hipertensión inducida por el embarazo (HIE), factores de riesgo y fisiopatología?

¿Cuál es la información que posee la embarazada relacionada con las medidas de autocuidado para prevenir la hipertensión inducida por el embarazo (HIE)?

¿Es posible diseñar un programa educativo referido a la hipertensión inducida por el embarazo (HIE), dirigido a las embarazadas de la consulta de alto riesgo obstétrico?

Para dar respuesta a estas interrogantes se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la información que poseen las embarazadas que asiste a la consulta de alto riesgo obstétrico en relación a la hipertensión inducida por el embarazo, en el hospital “Dr. Domingo Luciani” del Llanito?

1.2. Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Ejecutar un programa de orientación sobre hipertensión inducida por el embarazo (HIE) dirigido a las embarazadas que asisten a la consulta de alto riesgo obstétrico del hospital “Dr. Domingo Luciani” del Llanito, año 2006.

Objetivos Específicos

Identificar la información que posee la embarazada de la consulta de alto riesgo obstétrico relacionada con las generalidades de la HIE y promoción de la salud, antes de participar en el programa educativo.

Diseñar el programa de orientación relacionado con la hipertensión inducida por el embarazo, dirigido a la embarazada de la consulta de alto riesgo obstétrico.

Desarrollar el programa de orientación sobre hipertensión inducida por el embarazo (HIE) dirigido a las embarazadas de la consulta de alto riesgo obstétrico.

Comparar la información que posee la embarazada sobre hipertensión inducida por el embarazo (HIE) en la consulta de alto riesgo obstétrico, antes y después de participar en el programa educativo.

1.3. Justificación

El embarazo y el parto producen cambios tanto en la anatomía y fisiología de la mujer 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 enfermería.

La enfermera como miembro del equipo de salud, es la más cercana a la embarazada, este personal está capacitado para promocionar educación en salud y así prevenir complicaciones como la preeclampsia, que pone en riesgo la vida de la mujer y del feto.

De allí la importancia de realizar esta investigación, que tiene como propósito, diseñar un programa de orientación sobre preeclampsia dirigido a las embarazadas que asisten a la consulta de alto riesgo obstétrico; lo que significaría un aporte a los profesionales de enfermería y al equipo de salud, como estrategia para abordar situaciones problemáticas como la preeclampsia.

Para la institución sería de especial significación, 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.

Igualmente desde la perspectiva metodológica, esta investigación servirá de antecedente a otras investigaciones. Además de brindar la oportunidad de que el profesional de enfermería desarrolle los conocimientos adquiridos y su función de orientación en un sentido más amplio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la Investigación

A medida que ha evolucionado la tecnología, los profesionales de la salud se han interesado en desarrollar una serie de estudios relacionados con diversos aspectos del embarazo y sus complicaciones, como los que se mencionan a continuación y sirven de referencia para esta investigación.

Cabello, G. – García, T y Millán, N. (2000), realizaron un estudio al que titularon “Acciones de enfermería dirigidas a las adolescentes embarazadas preeclámpticas 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 preeclámpticas. 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.

Halk, F., Torres, M. y Sánchez, M. (2000), en un estudio realizado por estudiantes de Medicina de la Universidad del Zulia, al que titularon “Cambios vasculares y lesiones placentarias en la Preeclampsia y su incidencia en la morbimortalidad perinatal”, 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.

En cuanto a los antecedentes de propuestas educativas en enfermería, se tienen que:

Gómez, A., Martínez, C., y Payares, M. (2000), realizaron un estudio titulado “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 “. 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 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.

Peralta, B. y Rivero, D. (2000), realizaron un estudio titulado “Programa Educativo orientado a la prevención de Infección por V.P.H”., en el Ambulatorio de Yagua. Edo. Carabobo; se trato de un estudio descriptivo, con una muestra de 1000 usuarias. Los resultados evidenciaron la importancia de implementar programas educativos que orienten a las usuarias con relación a medidas preventivas para evitar el V.P.H.

Cedeño, M.; Guevara, E. y 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 enfermeras 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).

Estos dos trabajos se consideran como referencia por tratarse de propuestas educativas implementadas por el profesional de enfermería, estrategias que se utilizara en el presente estudio.

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.

Conviene destacar lo señalado por Figuera, E.; Méndez, D.; Montaña, R.; Pérez, A. y Sánchez, R. (2000), al definir programa:

Es un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios, realizada simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados en relación con problemas de salud precisos y ello para una población definida. (p.573)

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 la enfermera(o) debe

diseñar programas educativos a fin de proporcionar información a las embarazadas con riesgo de preeclampsia.

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" (p.421). 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 enfermera(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.

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.

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.

Contenidos de un Programa de Orientación sobre Hipertensión Inducida por el Embarazo.

Generalidades de la Hipertensión Inducida por el embarazo

Concepto.

La Hipertensión Inducida por el embarazo (preeclampsia) 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 preeclampsia en embarazos previos. Según Zigheelboim, I., Guariglia, D. (2000) manifiesta que:

La hipertensión inducida por el embarazo (HIE) es una enfermedad que abarca un espectro clínico que va desde la Preeclampsia 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. (p.365).

De acuerdo a la Norma Oficial Venezolana para la atención integral en la Salud Reproductiva (2001), el control prenatal persigue la “prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones que pueden afectar el proceso reproductivo” (p. 40). Esto quiere decir, que toda mujer al saber que está embarazada, debe acudir al centro de salud más cercano a su residencia para iniciar su control prenatal y así evitar complicaciones durante la gestación, como la preeclampsia.

La preeclampsia 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 Preeclampsia. 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. (p. 2)

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 preeclampsia, es el control prenatal.

Ahora bien, en el embarazo normal se presentan diversos cambios fisiológicos que permiten que la embarazada 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, prostaciclina, entre otros”*(p 55)

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.

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, mineralocorticoide potente secretado por la corteza suprarrenal, estimula la resorción de sodio y agua en los tubulos 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 pérdida de sodio en los tubulos 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., y Myers, J. (1998)

Las plaquetas permanecen en límites normales (de 150000/ L a 400000/ L). El fibrinogeno 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 (p.499).

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.

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 Oyarzun, E., y 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 (p. 4)

Según lo citado, esta anomalía 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, P., y Myers, J. (1998), expresan que “puede estar causado por el aumento de la presión hidrostática capilar, obstrucción venosa (várices, tromboflebitis), compresión por escayola, insuficiencia cardíaca congestiva, sobrecarga de fluido parenterales, insuficiencia renal, reacciones inflamatorias” (p. 433).

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 (p.436).

De acuerdo a la citada referencia, la enfermera 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., Guariglia, D. (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 mas en una muestra tomada al azar. Tiene un importante valor pronóstico (p.369).

En este aspecto la enfermera 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 Preeclampsia

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

Refiere Zigheelboim, I., Guariglia, D. (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” (p365).

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” (p. 300).

En este sentido, la enfermera 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 preeclampsia.

Refiere Zigheelboim, I., Guariglia, D. (2000) "otro síntoma es dolor epigástrico, el cual se atribuye a hemorragias subcapsulares del hígado y puede indicar una convulsión inminente" (p.365). 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.

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 una daño. En consecuencia, riesgo se define, según la Organización Panamericana de la Salud O.P.S (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.. (p.47)"

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, Herrera, J. (2001), los define como: “conjunto de factores que al estar presentes en la mujer embarazada, aumentan la probabilidad de que esta experimente un daño” (p. 87).

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 preeclampsia 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 preeclampsia, tiene que ver con que las madre, hermanas e hijas de pacientes que han presentado preeclampsia 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 (Cedeño, M. Guevara, E. y Mercado, O. 2003, Cabello, G. – García, T y Millán, N. 2000), demuestran una incidencia mayor de preeclampsia ante de los 20 años y después de los 35 años.

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 riesgo fetales y neonatales, Olds, S., London, M., y Ladewing, P. (2000), señalan que:

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. (p. 502)

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

Zigelboim, I., Guarglin. D. (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 coagulopatía” (p.366).

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 ser la 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, esta a favor de la prostaciclina. Puede darse una síntesis disminuida de prostaciclina en pacientes con HIE.

Coagulopatía: en la preeclampsia 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.

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 vasoespasma 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 mas frecuente de la muerte por eclampsia (p.502).

En cuanto a las complicaciones que significan riesgos fetales y neonatales. Olds, S.; London, M. y Ladewing, P. (2000), 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 (p.502).

De allí que sea importante que las embarazadas manejen esta información, ya que, ayudaría a que ellas asumieran una conducta saludables 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 preeclampsia 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 preeclampsia 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.

La enfermera brinda atención educativa a la embarazada con relación al auto cuidado, consultas sucesivas, alimentación, reposo, descanso y sueño, control de peso y control de tensión arterial, para de esta manera mantenerlas informadas en cuanto a la prevención de la preeclampsia.

Oyarzún, E. y Valdés, G.(2000) señala que en el caso de preeclampsia 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. (p. 8).

La enfermera debe evaluar estos aspectos en forma minuciosa para proporcionarle apoyo a la prenatal en todos los procedimientos, además de vigilar los efectos de los medicamentos administrados y dar una buena orientación para que la paciente colabore en su recuperación.

Al respecto, Herrera, J. (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 preeclampsia 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 preeclampsia se empezó a utilizar desde el año 1993. (p. 36)

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 preeclampsia. Al respecto, en el artículo publicado en *Hypertension*, 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 preeclampsia. 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. (p. 12)

El artículo concluye que es claro el beneficio de la aspirina a bajas dosis en embarazadas con alto riesgo de preeclampsia, 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 preeclampsia.

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 preeclampsia no se conoce ninguna manera de prevenir la preeclampsia, 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 enfermera 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 preeclampsia. En cuanto al examen físico, Oyarzun, E. y Valdés, 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 dorsal o lateral izquierdo” (p. 4).

De esto se desprende que es importante realizar una medición precisa de estos niveles para saber si están en riesgo de preeclampsia.

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 cardíaca, 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 (vasoespasma importante, retina brillante edematosa, exudados, hemorragias, edema de paila)”(p.4).

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 Figuera, E.; López, G. y Méndez, D. (1996), refieren:

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. (p. 56)

Esta referencia hace pensar en la responsabilidad de enfermería en la detección temprana de los signos y síntomas y la posibilidad de transmitir la información oportuna para prevenirlos, no sólo a nivel de la embarazada sino también de su núcleo familiar. Situación que es posible a través de las acciones educativas que deben propiciarse en las consultas prenatales, además de las labores de asistencia, las cuales deben ser según la Norma Oficial de Salud Reproductiva (1999):

Primera Consulta: Preclínica y toma de signos vitales, examen físico integral, exámenes de laboratorio, inmunización con Toxoide Tetánico, indicación de suplementos nutricionales, educación para la salud, jerarquización según enfoque de riesgo y referencia oportuna. Consultas Sucesivas: Preclínica y control de signos vitales, cálculo de edad gestacional, examen físico integral con especial atención en la exploración de las mamas, pesquisa de edema, cifras tensionales y valoración del incremento de peso, jerarquización del riesgo nuevamente de la usuaria y referir oportunamente de acuerdo al caso. También se incluyen las actividades educativas (p. 44-45)

En todas estas actividades la participación de enfermería es fundamental, tanto en la realización de las mismas como en la activación de un conjunto de acciones educativas oportunas para prevenir las complicaciones.

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.

Uno de los contenidos de vital importancia que debe promocionar la enfermera 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 preeclampsia.

En este contexto, la enfermera debe solicitar toda la cooperación de la paciente a fin de que cubra sus requerimientos nutricionales. Esto se facilita cuando la enfermera 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, Burroug, A. (2000), comenta:

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). (p. 94)

Es por ello, que la enfermera debe ayudar a la embarazada con riesgo de preeclampsia 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 preeclampsia deben incluir una valoración nutricional completa. La enfermera 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 preeclampsia, 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 enfermera 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.

Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorotea E. Orem.

Para los efectos de este estudio, esta teoría se adecua, pues se centra en la práctica educativa de enfermería, la cual se describe como la

asistencia proporcionada a las actividades del cuidado propio cuando el individuo es incapaz de realizarla.

De allí la importancia de este modelo, en el contexto de la orientación educativa enunciada en este trabajo, dirigido a las prenatales de la consulta de alto riesgo obstétrico. El objetivo central sería brindarle los conocimientos necesarios para que asuman su autocuidado con la consecuente respuesta de un embarazo feliz y un producto sano.

En este sentido, el modelo demuestra que cuando las capacidades de una persona son inadecuadas o insuficientes para satisfacer sus necesidades de autocuidado, la enfermera debe diseñar y aplicar un sistema de enfermería que compense las limitaciones encontradas en el paciente. De allí la justificación de una propuesta educativa para cubrir el déficit de autocuidado en la prenatal con riesgo de preeclampsia, con miras a mejorar su estado de salud y recuperación.

Existen ciertos requisitos para el autocuidado a saber: a) requisitos universales del autocuidado; b) requisitos del autocuidado relativos al desarrollo, c) requisitos del autocuidado cuando falla la salud.

Los requisitos universales del autocuidado son comunes a todos los seres humanos, dentro de los que se incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, actividad y descanso, necesidad de soledad e interacción social, prevención de riesgos y promoción de la actividad humana. De aquí se desprende que cuando el autocuidado o la asistencia dependiente organizada se proporciona en forma eficaz, fomentan positivamente la salud y el bienestar. Por esta razón, el personal de enfermería debe ser un guía u

orientador de la embarazada a fin de que ésta contribuya por sí misma y con sus familiares a la restauración de la salud y la preservación de su calidad de vida.

En cuanto al autocuidado relativo al desarrollo, se asocia con el desenvolvimiento de los procesos que se presentan durante el ciclo de vida. al respecto, Taylor, S. y Cols. (1998), refiere que se definen como “aquellos que tienen por objeto promover mecanismos que ayuden a vivir y madurar y a prevenir enfermedades que perjudiquen dicha maduración o a aliviar sus efectos” (p. 177).

Puede inferirse que, esta categoría tiene relación con la conservación de los procesos que favorecen el crecimiento humano y permiten una vida saludable, y por otra parte, se relaciona con la prevención de efectos nocivos al crecimiento, desarrollo humano y a la acumulación de conocimientos para superar estos efectos.

En el contexto de esta investigación se aplican supuestos teóricos, en el sentido de que la enfermera 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 preeclampsia. 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. (p. 177).

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 enfermeras 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.

Sistema de Variables

Variable: Conocimiento sobre hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia) dirigido a las embarazadas que asisten a la consulta de alto riesgo obstétrico.

Definición conceptual: Briceño, L. y Durán, C. (2005), definen el conocimiento como “aquello que modifica de alguna forma la estructura de un comportamiento. Es la forma visible o audible con que transformamos nuestros saberes cuando deseamos comunicarlo a alguien”(p. 91)

Definición Operacional: Se refiere a la información que poseen las embarazadas que asisten a la consulta de alto riesgo obstétrico, sobre las generalidades de la hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia) y la promoción de la salud para su autocuidado.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable: Conocimiento sobre hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia) dirigido a las embarazadas que asisten a la consulta de alto riesgo obstétrico.

Definición Operacional: Se refiere a la información que poseen las embarazadas que asisten a la consulta de alto riesgo obstétrico, sobre las generalidades de la hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia) y la promoción de la salud para su autocuidado.

Dimensión	Indicadores	Subindicadores	Ítems
Generalidades de la H.I.E.: Se refiere a la información que poseen las embarazadas acerca de: los aspectos generales de la preeclampsia, complicaciones y tratamiento.	Aspectos generales de la HIE: Se refiere a la información que posee la embarazada de alto riesgo relacionada con la definición, clasificación, signos y síntomas, y factores de riesgo de la HIE. Complicaciones: Referido a la información que poseen las embarazadas de alto riesgo relacionada con: las complicaciones maternas, fetales y neonatales. Tratamiento: Se refiere a la información que poseen las embarazadas de alto riesgo relacionada a las recomendaciones de tratamiento para la	Definición de H.I.E.	1
		Clasificación de la H.I.E.	2,3
		Signos	4
		Síntomas	5,6
		Factores de riesgo	7
		Fetales	8,9
		Maternos	10
		Neonatales	11
		Hospitalización	12
		Antihipertensivos	13
		Anticonvulsivantes	14

<p>Promoción de la salud: Se refiere a la información que tienen las embarazadas en relación a las medidas de autocuidado para evitar la hipertensión inducida por el embarazo.</p>	<p>HIE.</p> <p>Medidas de autocuidado: Referido a la información que poseen las embarazadas en cuanto a las acciones que deben tomar para su propio cuidado, relacionado con:</p>	<p>Dieta</p> <p>Reposo</p> <p>Posición para dormir</p> <p>Control prenatal</p> <p>Hábitos Sociales</p>	<p>15,16,17,18</p> <p>19</p> <p>20</p> <p>21,22</p> <p>23,24</p>
--	--	--	--

2.4. Definición de términos básicos

Antihipertensivo: Cualquier agente que reduce la presión arterial.

Atención Integral: Se refiere a la atención en salud orientada a atender el desarrollo integral de las personas, familias y comunidades.

Convulsión: Contracción involuntaria de los músculos por estimulación cerebral anormal por muchas causas.

Diuresis: Secreción de Orina.

Edema: Hinchazón por acumulo de líquido seroso en los tejidos de una zona específica del cuerpo.

Educación para la Salud: Proceso de formación de responsabilidad del individuo a fin de que adquiera conocimientos, actitudes y hábitos básicos para la defensa y promoción de la salud individual y colectiva.

Gestación: Indica el período de desarrollo fetal intrauterino, desde la concepción hasta el nacimiento.

Hemorragias: Escape de sangre de un vaso. El término arterial, capilar venoso designa el tipo de vaso del que proviene.

Hiperreflexia: Trastorno neurológico caracterizado por un aumento de las reacciones reflejas.

Hipertensión: Trastorno muy frecuente, a menudo asintomático, caracterizado por la elevación mantenida de la tensión arterial por encima de 140/90 mmHg.

Medidas Preventivas: Acciones dirigidas a evitar que el individuo o la colectividad, o para evitar la muerte.

Prevención: Es el acto dirigido a prevenir la enfermedad y promover la salud.

Proteinuria: Proteínas en la orina. Presencia de albúmina en la orina. El trastorno puede ser temporal y desaparecer por completo, como en muchos estados febriles.

Riesgo: Estado de vulnerabilidad de un individuo o una población frente a una enfermedad o lesión en particular. Los factores que determinan el riesgo pueden ser ambientales o fisiológicos.

CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO

En este capítulo se describe cómo se llevará a cabo la investigación, y está estructurado de la siguiente manera: tipo de estudio, población y muestra, métodos e instrumentos de recolección de información, validez, confiabilidad, procedimientos para la recolección de información, y plan de tabulación y análisis.

Tipo de estudio

Según la ocurrencia de los hechos y el registro de la información es un estudio prospectivo, pues se recoge información según van ocurriendo los fenómenos o hechos. De acuerdo a Canales, F. Pineda, E.; y Alvarado, E. (2004), en estos estudios, "... los hechos se registran a medida que ocurren"(p..81)

Por otra parte, de acuerdo al período y secuencia del estudio, es longitudinal pues se estudia la variable a lo largo de un período determinado (1 semana). Para Canales, F. Pineda, E.; y Alvarado, E. (2004), los estudios longitudinales son aquellos donde "...se estudia una o más variables a lo largo de un período, que varía según el problema investigado y las características de la variable que se estudia" (p.81).

Según el nivel de análisis y los alcances de la investigación, se trata de un estudio cuasiexperimental de un solo grupo; con aplicación de una prueba pretest y post test; es decir se hacen mediciones al grupo que participó en el programa de orientación sobre hipertensión inducida por el embarazo, para identificar las diferencias de información entre los dos momentos.

Población y muestra

Población: La población estuvo constituida por 80 gestantes que asisten a la consulta de alto riesgo obstétrico del Hospital “Dr. Domingo Luciani” del Llanito.

Muestra: La muestra se conformó con el 20% de la población; 16 gestantes de alto riesgo que aceptaron participar en el programa de orientación. El tipo de muestreo fue intencional u opinático, ya que los criterios para su escogencia fueron: querer participar y ser un embarazo de alto riesgo.

Métodos e instrumentos de recolección de información:

Para la recolección de información se eligió la encuesta como método y el cuestionario como técnica. El mismo fue elaborado por las investigadoras y constó de 24 ítems que representaron los contenidos de los indicadores de

la variable en estudio, con respuestas dicotómicas (SI y NO). El mismo se aplicó a las embarazadas participantes en diferentes momentos. (Anexo A)

Validez: Para determinar la validez del instrumento, el mismo fue sometido a juicio de experto a fin de verificar el grado en que se logra medir la variable 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. Los participantes de la validez fueron expertos en metodología de la investigación, enfermería materno infantil y comunitaria y obstetricia. (Anexo B)

Procedimiento para la recolección de información

Luego de validado el instrumento se procedió a la recolección de la información, la cual pasó por varias instancias.

En primer lugar se solicita la autorización de la institución para realizar la investigación a través de la dirección de enfermería del Hospital “Dr. Domingo Luciani”.

Luego se realizó una charla participativa en la consulta de alto riesgo para explicarle a las gestantes en que consistía su participación y aplicar el pretest.

Finalmente se desarrollaron los contenidos del programa (Anexo C) durante 1 semana por 2 horas diarias, el mismo se desarrolló de acuerdo a los contenidos propuestos en el programa, los cuales se determinaron a través del cuestionario donde se evidenció la necesidad de trabajar algunos

contenidos. Para la dinámica del programa se utilizaron algunas herramientas para romper el hielo, así como técnicas de grupo; para cada sesión se finalizaba con un resumen de los contenidos trabajados. Luego de culminada la semana de trabajo con el grupo, se aplicó el instrumento post test para evaluar el proceso de orientación.

Plan de tabulación y análisis

Para la tabulación se elaboró de forma manual una matriz de datos, para determinar la frecuencia de las respuestas. El análisis se realizó en función de los indicadores, estableciendo la frecuencia y porcentajes respectivos de acuerdo a las respuestas de cada ítem. Con la finalidad de establecer las diferencias entre ambos momentos, se determinó la frecuencia de ocurrencia de las respuestas correctas.

De acuerdo al nivel de medición se analizaron los datos utilizando la estadística descriptiva (frecuencia y porcentaje), para mostrar las diferencias entre el inicio del programa y el final del mismo. Así mismo se utilizó una escala de conocimientos correspondiente a las categorías: Deficiente de 10-40%, Regular de 41 a 50% y Bueno de 51 a 100%.

Una vez obtenida la información se procedió a organizar los datos en una tabla de doble entrada, agrupando los ítems correspondientes a cada indicador; posteriormente se elaboraron las tablas con el análisis respectivo y se ilustraron gráficamente.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

A continuación se presenta el análisis, la representación gráfica y la interpretación de los resultados obtenidos en el presente estudio

Las tablas que a continuación se exponen representan las frecuencias de respuestas, que expresaron las embarazadas acerca de la hipertensión inducida por el embarazo.

A esas frecuencias se les determinó su porcentaje, agrupándolos por indicadores. Finalmente se representan los resultados mediante tablas estadísticas y gráficos, que reflejan la información numérica obtenida.

TABLA N° 1

**DISTRIBUCIÓN DE LOS DATOS DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DE
RESPUESTAS DE LAS EMBARAZADAS CON RELACIÓN AL INDICADOR
ASPECTOS GENERALES DE LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA. HOSPITAL
“DR. DOMINGO LUCIANI”. EL LLANITO.
JULIO 2006**

ITEMS	Aspectos generales de la Hipertensión Inducida por el Embarazo								TOTAL
	<i>pre test</i>				<i>post test</i>				
	<i>si</i>		<i>no</i>		<i>si</i>		<i>no</i>		
F	%	F	%	F	%	F	%		
1	5	31	11	69	16	100	0	0	16
2	6	38	10	63	15	94	1	6	16
3	6	38	10	63	16	100	0	0	16
4	8	50	8	50	15	94	1	6	16
5	7	44	9	56	14	88	2	12	16
6	7	44	9	56	14	88	2	12	16
7	7	44	9	56	14	88	2	12	16

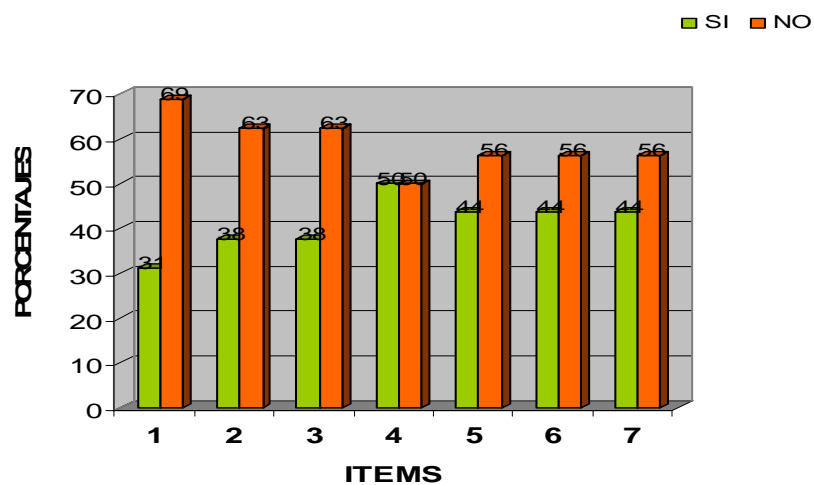
Fuente: Instrumento Aplicado.

De acuerdo a la tabla N° 1, en el pre test las información que manejaban las embarazadas con respecto a los aspectos generales de la preeclampsia fue para la Definición de H.I.E. 31% SI y 69% NO, en cuanto a la Clasificación de la H.I.E. 38% SI y 63% NO, para los signos el resultado fue 50% SI y 50% NO, para los síntomas 44% SI y 56% NO y en los factores de riesgo 44% SI y 56% NO. Lo que refleja una falta de orientación en estos aspectos. Luego de realizado el taller de orientación los resultados cambian radicalmente hacia el 100% SI, exceptuando la clasificación y los signos con un 6% No y los síntomas y factores de riesgo que maniaten un 12% de NO.

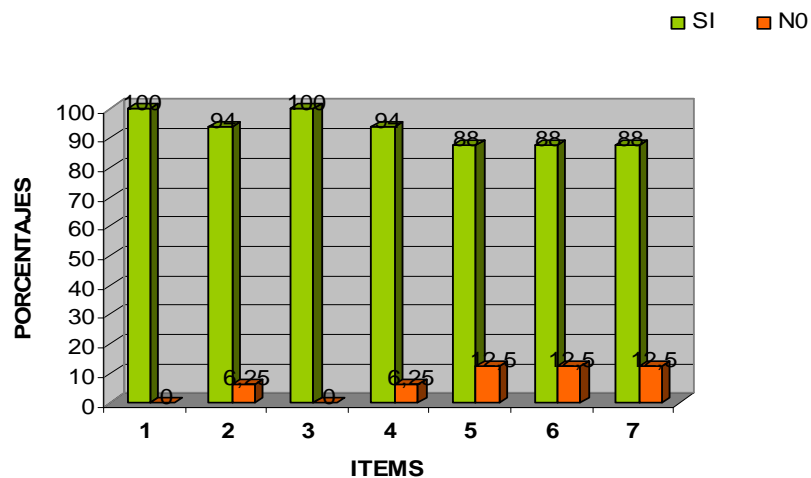
GRÁFICO Nº 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS DATOS DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DE RESPUESTAS DE LAS EMBARAZADAS CON RELACIÓN AL INDICADOR ASPECTOS GENERALES DE LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EEL EMBARAZO. HOSPITAL "DR. DOMINGO LUCIANI". EL LLANITO. JULIO 2006

PRE TEST



POST TEST



Fuente: Tabla Nº 1.

TABLA Nº 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS DATOS DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DE RESPUESTAS DE LAS EMBARAZADAS CON RELACIÓN AL INDICADOR COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO. HOSPITAL “DR. DOMINGO LUCIANI”. EL LLANITO. JULIO 2006

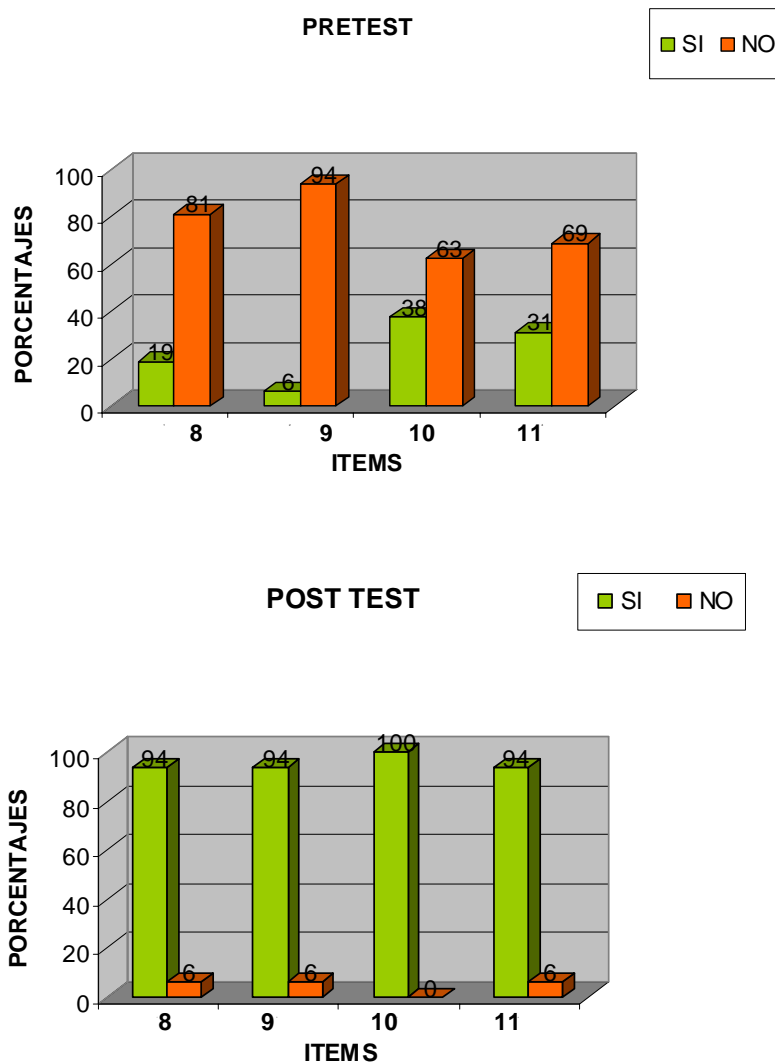
ITEMS	COMPLICACIONES								TOTAL
	<i>pre test</i>				<i>post test</i>				
	<i>si</i>		<i>no</i>		<i>si</i>		<i>no</i>		
F	%	F	%	F	%	F	%		
8	3	19	13	81	15	94	1	6	16
9	1	6	15	94	15	94	1	6	16
10	6	38	10	62	16	100	0	0	16
11	5	31	11	69	15	94	1	6	16

Fuente: Instrumento Aplicado.

En la tabla Nº 2, se puede observar que la orientación con respecto a las complicaciones de la Hipertensión Inducida por el embarazo en el pre test es de 19% SI en relación al bajo peso al nacer y un 81% NO, en cuanto a la dificultad respiratoria como complicación del recién nacido los resultados indican que el 6% reconoció que si es una complicación y el 94% No; para el ítem referido a que la preeclampsia puede provocar convulsiones en la embarazada, el 38% respondió que si y el 62% que no. En cuanto a que la preeclampsia puede ser causa de parto prematuro los resultados evidencian que el 31% de las embarazadas que participaron en el estudio indicaron que si y el 69% que no. En el post test, los resultados muestran que hubo un cambio a partir de la orientación brindada por enfermería en cuanto que el 94% respondió afirmativamente a los ítems referidos a las complicaciones fetales, el 100% respondió si a las maternas y el 94% afirmó que las proposiciones si son complicaciones neonatales.

GRÁFICO Nº 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS DATOS DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DE RESPUESTAS DE LAS EMBARAZADAS CON RELACIÓN AL INDICADOR COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO. HOSPITAL "DR. DOMINGO LUCIANI". EL LLANITO. JULIO 2006



Fuente: Tabla Nº 2.

TABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS DATOS DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DE RESPUESTAS DE LAS EMBARAZADAS CON RELACIÓN AL INDICADOR TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO. HOSPITAL “DR. DOMINGO LUCIANI”. EL LLANITO. JULIO 2006

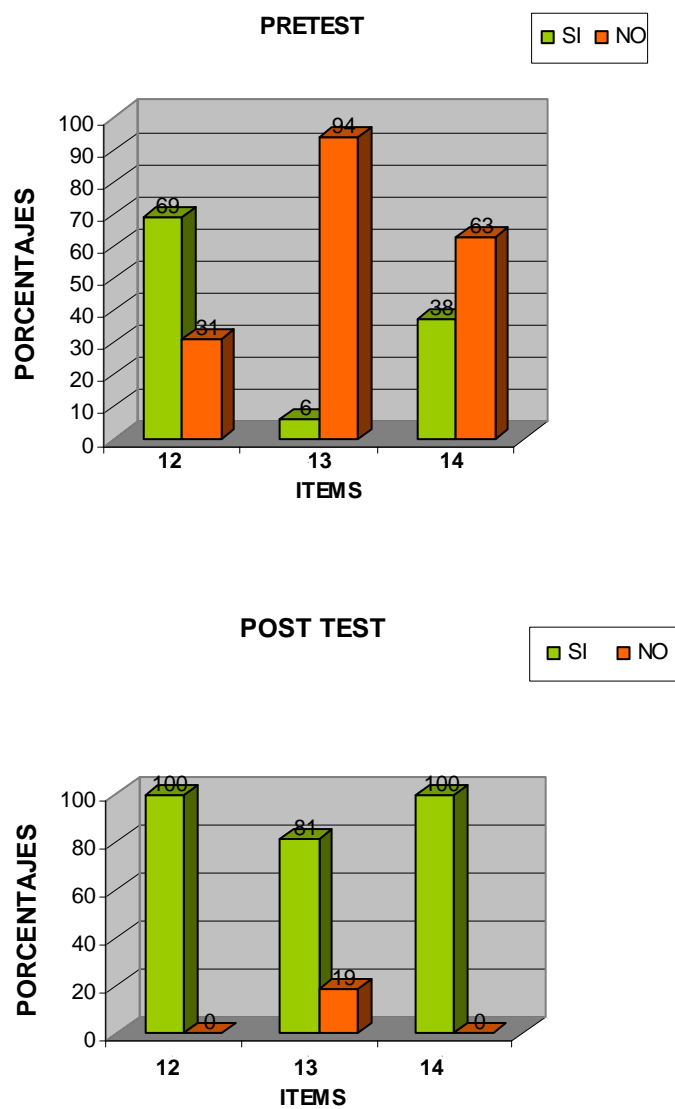
ITEMS	TRATAMIENTO								TOTAL
	<i>pre test</i>				<i>post test</i>				
	<i>si</i>		<i>no</i>		<i>si</i>		<i>no</i>		
F	%	F	%	F	%	F	%		
12	11	69	5	31	16	100	0	0	16
13	1	6	15	94	13	81	3	19	16
14	6	38	10	62	16	100	0	0	16

Fuente: Instrumento Aplicado.

En cuanto al tratamiento para la hipertensión inducida por el embarazo, la tabla N° 3, muestra que en el pre test, el 69% de las embarazadas encuestadas indicó que el tratamiento único para la preeclampsia leve es la hospitalización y el 31% indicó que no. En relación con el tratamiento para la preeclampsia severa el 6% indicó que si es la hospitalización, antihipertensivos y anticonvulsivos, y el 94% indicó que no. Con respecto a la aspirina como medida para tratar la preeclampsia, el 38% indicó que si y el 62% indicó que no. Después de realizada la orientación por parte de enfermería los resultados son: el 100% de las embarazadas respondió afirmativamente en cuanto al tratamiento para la preeclampsia leve y el uso de aspirina y un 81% respondió afirmativamente acerca del tratamiento de la preeclampsia severa, quedando un 19% que manifestó que no. Es necesario reforzar estos conocimientos.

GRÁFICO Nº 3

DISTRIBUCIÓN DE LOS DATOS DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DE RESPUESTAS DE LAS EMBARAZADAS CON RELACIÓN AL INDICADOR TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO. HOSPITAL "DR. DOMINGO LUCIANI". EL LLANITO. JULIO 2006



Fuente: Tabla Nº 3

TABLA N° 4

DISTRIBUCIÓN DE LOS DATOS DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DE RESPUESTAS DE LAS EMBARAZADAS CON RELACIÓN AL INDICADOR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO EN LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO. HOSPITAL “DR. DOMINGO LUCIANI”. EL LLANITO. JULIO 2006

ITEMS	MEDIDAS DE AUTOCUIDADO								TOTAL
	<i>pre test</i>				<i>post test</i>				
	<i>si</i>		<i>no</i>		<i>si</i>		<i>no</i>		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
15	5	31	11	69	16	100	0	0	16
16	10	62	6	38	13	81	3	19	16
17	6	38	10	63	16	100	0	0	16
18	15	94	1	6	16	100	0	0	16
19	3	19	13	81	16	100	0	0	16
20	3	19	13	81	16	100	0	0	16
21	8	50	8	50	16	100	0	0	16
22	7	44	9	56	16	100	0	0	16
23	10	62	6	38	16	100	0	0	16
24	8	50	8	50	16	100	0	0	16

Fuente: Instrumento aplicado.

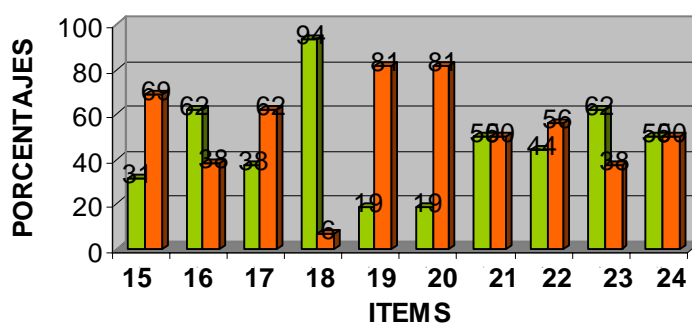
Con relación a las medidas de autocuidado para la hipertensión inducida por el embarazo, en la tabla N° 4 se observa que antes de impartir el programa de orientación las embarazadas respondieron que sin son medidas la dieta en un 31% si y 69% no, los complementos nutricionales en un 62% si y 38% no, ingerir calcio un 38% y el 63% no y con relación al aumento de peso sugerido de un kilo por mes, el 94% indicó que si y el 6% no. En el caso de las otras medidas de autocuidado, se tiene que el 19% indicó el reposo y la posición para dormir si y el 81% no, finalmente, para el control prenatal y hábitos sociales los resultados fueron: 50% y 44% si y 50% y 56% no; y 62% y 50% si y 38% y 50% no, respectivamente. En el post test, los resultados cambian y se inclinan hacia un 100% afirmativo para los ítems referidos al autocuidado.

GRÁFICO Nº 4

DISTRIBUCIÓN DE LOS DATOS DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DE RESPUESTAS DE LAS EMBARAZADAS CON RELACIÓN AL INDICADOR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO EN LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO. HOSPITAL "DR. DOMINGO LUCIANI". EL LLANITO. JULIO 2006

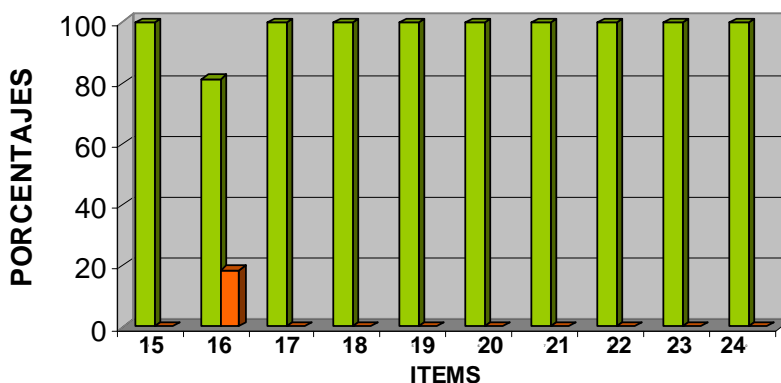
PRE TEST

■ SI ■ NO



POST TEST

■ SI ■ NO



Fuente: Tabla Nº 4.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Luego de analizados los datos, se pudo arribar a las siguientes conclusiones:

- 1) En cuanto a las generalidades de la Hipertensión Inducida por el embarazo, de acuerdo a los resultados se evidencia que la orientación que tenían las embarazadas participantes en el programa era regular, sobre todo en los aspectos referidos a la definición, clasificación y signos. Lo que después de participar en el programa educativo cambio positivamente.
- 2) En relación con las complicaciones, la información que poseían las embarazadas de alto riesgo podría catalogarse de deficiente, ya el reconocimiento de los riesgos fetales, maternos y neonatales no era preciso. Luego de participar en el programa de orientación sobre Hipertensión Inducida por el Embarazo, las respuestas de las participantes fueron más asertivas.
- 3) Para el tratamiento los resultados indican que la orientación brindada por enfermería a través del programa de orientación fue positiva, en cuanto que la información que tenían antes de participar en el programa era algo imprecisa en cuanto al tratamiento con antihipertensivos, anticonvulsivos y la aspirina. Situación que cambió radicalmente hacia lo positivo.

- 4) Finalmente para el indicador medidas de autocuidado, se evidencia que la orientación que poseían las embarazadas de alto riesgo era suficiente, lo que indujo a reforzar los contenidos a través del programa para que la totalidad de la muestra, reconociera las medidas de autocuidado.
- 5) Se demuestra a través de los resultados 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.

Recomendaciones

A partir de los resultados se recomienda:

- 1.- Hacer del conocimiento de las autoridades de la institución los resultados de esta investigación, pues contribuirían a mejorar la calidad de atención.
- 2.- Motivar al profesional de enfermería, para que utilice esta herramienta de manera sistemática y constante para disminuir los riesgos de complicaciones de las embarazadas de alto riesgo.
- 3.- Hacer un seguimiento de las embarazadas que participaron en el estudio, a fin de ver cuáles son los resultados de la orientación brindada por enfermería al momento del parto. Lo que no se hace difícil pues quienes se controlan en el Hospital del Llanito por lo general realizan su parto allí mismo y mas si existe alto riesgo de embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARÉVALO, O. (1999) **Preeclampsia: alerta ante la Hipertensión**. Recuperado el 20 de mayo de 2006, de <http://yupims.com/mujerfutura>.

ASENSI, Jesús (1997). **Educación integral de adultos**. Tomo III. Ediciones Santillana, S.A. Madrid – España.

ASOCIACIÓN AMERICANA DEL CORAZÓN (2000) **Hypertension**. Recuperado el 15 de Abril de 2006, de <http://cardiovascular.com/aac>

BEARE, P. y MYERS, J. (1998): **Tratado de Enfermería**. 2ª edición. Editorial Mosby: España.

BRICEÑO, L. Y DURÁN, C. (2005) **Conocimiento que poseen los adolescentes de 5to y 6to grados sobre planificación en la escuela básica bolivariana “Campo Alegre”, San Fernando de Apure**. Trabajo Especial de Grado U.C.V.

BURROUG, A.. (2000): **Enfermería Materno Infantil de Bleier**. 6ta edición. Interamericana McGraw Hill. México.

CABELLO, G. – GARCÍA, T Y MILLÁN, N. (2000), **Acciones de enfermería dirigidas a las adolescentes embarazadas preeclámplicas hospitalizadas en la Unidad Clínica Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Luis Razzetti de Barcelona, Estado Anzoátegui**. Trabajo Especial de Grado. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. U.C.V.

CEDEÑO, M. GUEVARA, E. Y MERCADO, O. (2003) **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**. Trabajo Especial de Grado. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. U.C.V.

Conferencia Internacional sobre Maternidad sin Riesgo (1997). O.M.S. Washington.

DELGADO, S., RODRÍGUEZ, R., y MORALES, M. (2003), **Autocuidado y conocimiento informado en mujeres en etapa de premenopausia, en México**. Facultad de Enfermería. U.A.N.L. México

FIGUERA, E.; LÓPEZ, G. y MÉNDEZ, D. (1996): **Módulo de Enfermería Materno Infantil**. Ediciones de la Universidad Central de Venezuela. Caracas.

FIGUERA, Evelia; MÉNDEZ, Doris; MONTAÑO, Ricarda; PÉREZ, Aura, y SÁNCHEZ, Rosario (2000) **Módulo instruccional enfermería comunitaria III**. Editorial Imprenta Universitaria. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela.

GÓMEZ, A., MARTÍNEZ, C., Y PAYARES, M. (2000), **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.

Hallk, F., Torres, M. y Sánchez, M. (2000), **Cambios vasculares y lesiones placentarias en la Preeclampsia y su incidencia en la morbimortalidad perinatal**. Trabajo de Grado no publicado. Universidad del Zulia.

HERRERA, J. (2001) **Calcium supplementation reduces the risk of pregnancy induced hypertension in an Andean population**. British Journal of Obstetrics and Gynecology. E.E. U.U.

Norma Oficial Venezolana para la atención integral en Salud Reproductiva. (1999). Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Caracas.

Norma Oficial Venezolana para la atención integral en Salud Reproductiva.(2001) Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Segunda Revisión. Caracas.

OREM, D. (1998) **“Teoría del déficit de Autocuidado”**. En Modelos y Teorías de Enfermería. 4^{ta} Edición Harcourt Brace. Madrid.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998) **Conferencia Internacional sobre Maternidad sin Riesgo**. Washington.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (O.P.S.) . (2002) **Reducir los Riesgos del Embarazo.** La Formación en Epidemiología .Ginebra.

OLDS, S., LONDON, M., Y LADEWING, P. (2000) **ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL.** Interamericana: McGraw Hill: México.

OYARZÚN, E. Y VALDÉS, G. (2000) **Alto Riesgo Obstétrico.** Ediciones Escuela de Medicina de la Universidad Pontificia de Chile.

PERALTA, B. Y RIVERO, D. (2000), **Programa Educativo orientado a la prevención de Infección por V.P.H”., en el Ambulatorio de Yagua. Edo. Carabobo.** Trabajo Especial de Grado. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. U.C.V.

PINEDA, E.; CANALES, F. Y ALVARADO, E. (2004) **Metodología de la Investigación.** 2^{da} Edición. O.P.S. Washington.

PRITCHARD, Jhon. (1999): **Modificaciones Fisiológicas durante el embarazo.** Obstetricia de Williams, Editorial Salvat. México.

REEDER, S., MARTÍN, L. Y KONIAT, S. (1997) **Enfermería Materno Infantil.** 16^{va} Edición: Harla. México..

TAYLOR, S., COMPTON, A.,DONOHUE, J. EMERSON, S.; GASHTI, N.; MARRINER, A.; NATION, M.; POAT, M.; POPPA, L.; WOESTE, R. y ZORETICH, S. (1998): **Teoría del Déficit de Autocuidado.** En Modelo y Teorías de Enfermería. 4ta edición Harcourt Brace. Madrid.

SANTELLI, C. (2002) **Trabajo con Individuos, Familias y Comunidades para mejorar la salud de la madre y el recién nacido.** O.M.S. Washington.

ZIGHEELBOIM, I., y GUARIGLIA, D. (2000) **Clínica Obstétrica.**5^{ta} Edición. Caracas: Venezuela.

ANÁLISIS DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se llevó a cabo la prueba de KUDER RICHARSON 20, de acuerdo a la información recolectada mediante la prueba piloto del instrumento de recolección de información correspondiente a la variable del 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**, La prueba dio como valor del coeficiente K – R 20 una cifra igual a 0,87. Este resultado es favorable. El valor antes mencionado se obtuvo aplicando la siguiente fórmula:

$$K R 20 = (N^{\circ} \text{ total de items} / N^{\circ} \text{ total de items} - 1) * (1 - (\text{suma de las varianzas de los items} / \text{varianza total de la prueba}))$$

$$KR 20 = (24/23) * (1 - (2,11/ 12,55))$$

$$KR20= 1,04 * 1 - 0,16$$

$$KR20= 1,04 * 0,84$$

$$KR20= 0,87$$

Este resultado permite concluir que el instrumento usado en la prueba piloto es confiable y puede ser aplicado a la muestra seleccionada para el estudio.

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**INSTRUMENTO PARA RECOLECCTAR DATOS SOBRE LA INFORMACIÓN
QUE POSEEN LAS EMBARAZADAS ACERCA DE LA HIPERTENSIÓN
INDUCIDA POR EL EMBARAZO (HIE)**

**AUTORES:
Morillo, Olga
C.I. 6.515.668
Pimentel, Maury
C.I. 10.335.632**

Caracas 2006

PRESENTACIÓN

El presente instrumento tiene como propósito, recoger información acerca de la orientación que tiene usted sobre la HIE, esta información servirá como base para realizar una investigación.

Su colaboración es importante en el sentido de que ofrecerá los contenidos necesarios para proponer un programa educativo, pues se trata de reflejar la implementación de medidas efectivas para lograr mejores resultados en su embarazo.

Este instrumento es de carácter anónimo, por favor no lo firme.

MUCHAS GRACIAS

INSTRUCCIONES

1. LEA CADA PREGUNTA CUIDADOSAMENTE
2. MARQUE CON UNA EQUIS (x) LA RESPUESTA QUE MÁS SE ADECUE A SU OPINIÓN.
3. SI TIENE ALGUNA DUDA CONSULTE CON LAS ENCUESTADORAS.
4. DEBE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS.
5. AL FINALIZAR, NO LO FIRME.

INFORMACIÓN SOBRE HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO

1. ¿La preeclampsia es una enfermedad que produce un aumento brusco de la presión arterial durante el embarazo?

SI ____ NO ____

2. ¿ La preeclampsia puede ser leve?

SI ____ NO ____

3. ¿ La preeclampsia puede ser severa?

SI ____ NO ____

4. ¿El edema de los pies, manos, cara y otras partes del cuerpo son signos de HIE?

SI ____ NO ____

5. ¿En una prueba de orina con resultados positivos de proteínas, es un signo de HIE?

SI ____ NO ____

6. ¿La HIE puede ocasionar trastornos visuales?

SI ____ NO ____

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 HIE?

SI ____ NO ____

8. ¿A causa de la preeclampsia el recién nacido puede presentar la complicación de bajo peso al nacer?

SI ____ NO ____

9. ¿Una de las complicaciones de la preeclampsia puede ser dificultad respiratoria del recién nacido?

SI ____ NO ____

10. ¿La preeclampsia puede provocar convulsiones en la embarazada?

SI ____ NO ____

11. ¿La preeclampsia puede ser causa de parto prematuro?

SI ____ NO ____

12. ¿El tratamiento de la preeclampsia leve es solamente hospitalización?

SI ____ NO ____

13. ¿El tratamiento de la preeclampsia severa es la hospitalización, antihipertensivos y anticonvulsivos?

SI ____ NO ____

14. ¿La aspirina se utiliza como medida para tratar la preeclampsia?

SI ____ NO ____

15. ¿La dieta a seguir durante el embarazo debe ser baja en sal y grasas para evitar el aumento excesivo de peso?

SI ____ NO ____

16. ¿ Los complementos nutricionales recomendados durante el embarazo son vitamina C y Complejo B?

SI ____ NO ____

17. ¿Tomar calcio previene la preeclampsia?

SI ____ NO ____

18. ¿El aumento de peso debe ser 1 kilo por mes para prevenir la preeclampsia?

SI ____ NO ____

19. ¿Es importante guardar reposo en cama cuando se padece de preeclampsia?

SI ____ NO ____

20. ¿Se debe tener la posición lateral izquierda es la adecuada para dormir o descansar durante el embarazo?

SI ____ NO ____

21. ¿El cumplir con las citas a su control prenatal evita la preeclampsia?

SI ____ NO ____

22. ¿El control diario de la presión arterial durante el embarazo puede alertar la presencia de HIE?

SI ____ NO ____

23. ¿Durante el embarazo el consumir alcohol puede aumentar el riesgo de padecer preeclampsia?

SI ____ NO ____

24. ¿El consumir cigarrillos durante el embarazo puede aumentar el riesgo de padecer preeclampsia?

SI ____ NO ____

DEDICATORIA

A mi Dios todopoderoso, su presencia esta en todos mis actos.

A mis padres y hermanos, quienes me supieron brindar su apoyo en los momentos difíciles de mis estudios motivándome.

A mis hijos Anyela, Alix y Samantha, quienes significaron el mayor estímulo para la culminación de mi carrera y para que este ejemplo le sirva en su futuro.

A dios por darme iluminación, sabiduría y entendimiento.

A mi compañera Crisel por su constancia y dedicación durante el desarrollo de esta investigación.

Al Hospital Domingo Luciani, al personal de enfermería, a las embarazadas que participaron en el estudio, por su invaluable colaboración.

Olga

DEDICATORIA

Antes que nada y por sobre todas las cosas a Dios Padre Todopoderoso por haberme creado.

A mis hijos Victoria Elena y Santiago José, por ser la continuación de mi existencia.

A mis Padres, fuente de vida y sabiduría.

A mi tía Edy, por su compañía y apoyo incondicional.

A Luís Félix, por ser mi compañero.

A mis hermanos, por confiar y creer en mí.

Maury

AGRADECIMIENTO

A Dios, que bendice nuestras vidas y nos proporciona paz, amor y sabiduría par el cumplimiento de nuestros proyectos.

A la Profesora Zaida Domínguez, por su estímulo y apoyo.

A la Universidad Central de Venezuela, por brindarnos la oportunidad de pertenecer a esa magna casa de estudios.

A todas aquellas personas, que hicieron posible el logro de nuestras metas.

A TODOS MUCHAS GRACIAS

Olga y Maury

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del trabajo especial de grado 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** presentado por las T.S.U.. Morillo, Olga C.I. 6.515.668, Pimentel, Maury, C.I. 10.335.632 , considero que el mismo cumple con los requisitos de ley para ser sometido a la presentación y evaluación del jurado que se le designe.

En Caracas, a los _____ del mes de _____ del 2007.

MGS. Zaida Domínguez

INDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	V
APROBACIÓN DEL TUTOR	VI
LISTA DE TABLAS	IX
LISTA DE GRÁFICOS	X
RESUMEN	XI
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULOS	
I EL PROBLEMA	3
Planteamiento del Problema	3
Objetivos de La Investigación	7
Justificación	8
II MARCO TEÓRICO	10
Antecedentes	10
Bases Teóricas	13
Sistema de variables	38
Operacionalización de la Variable	39
Definición de Términos Básicos	41
III DISEÑO METODOLÓGICO	43
Tipo de Estudio	43
Población y Muestra	44
Métodos e Instrumento	44
de Recolección de Información	
Validez	45
Procedimiento para recoger información	45
Plan de Tabulación y Análisis	46

IV PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	46
V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	61
A: Programa de Orientación	
B: Instrumento	
C: Certificados de Validez	

LISTA DE TABLAS

Tabla		Pág.
1	DISTRIBUCIÓN DE LOS DATOS DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DE RESPUESTAS DE LAS EMBARAZADAS CON RELACIÓN AL INDICADOR ASPECTOS GENERALES DE LA PREECLAMPSIA. HOSPITAL “DR. DOMINGO LUCIANI”. EL LLANITO. JULIO 2006.	48
2	DISTRIBUCIÓN DE LOS DATOS DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DE RESPUESTAS DE LAS EMBARAZADAS CON RELACIÓN AL INDICADOR COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO. HOSPITAL “DR. DOMINGO LUCIANI”. EL LLANITO. JULIO 2006	50
3	DISTRIBUCIÓN DE LOS DATOS DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DE RESPUESTAS DE LAS EMBARAZADAS CON RELACIÓN AL INDICADOR TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO. HOSPITAL “DR. DOMINGO LUCIANI”. EL LLANITO. JULIO 2006	52
4	DISTRIBUCIÓN DE LOS DATOS DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DE RESPUESTAS DE LAS EMBARAZADAS CON RELACIÓN AL INDICADOR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO EN LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO. HOSPITAL “DR. DOMINGO LUCIANI”. EL LLANITO. JULIO 2006	54

LISTA DE GRÁFICOS

Tabla		Pág.
1	DISTRIBUCIÓN DE LOS DATOS DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DE RESPUESTAS DE LAS EMBARAZADAS CON RELACIÓN AL INDICADOR ASPECTOS GENERALES DE LA PREECLAMPSIA. HOSPITAL “DR. DOMINGO LUCIANI”. EL LLANITO. JULIO 2006.	49
2	DISTRIBUCIÓN DE LOS DATOS DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DE RESPUESTAS DE LAS EMBARAZADAS CON RELACIÓN AL INDICADOR COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO. HOSPITAL “DR. DOMINGO LUCIANI”. EL LLANITO. JULIO 2006	51
3	DISTRIBUCIÓN DE LOS DATOS DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DE RESPUESTAS DE LAS EMBARAZADAS CON RELACIÓN AL INDICADOR TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO. HOSPITAL “DR. DOMINGO LUCIANI”. EL LLANITO. JULIO 2006	53
4	DISTRIBUCIÓN DE LOS DATOS DE ACUERDO A LA FRECUENCIA DE RESPUESTAS DE LAS EMBARAZADAS CON RELACIÓN AL INDICADOR MEDIDAS DE AUTOCUIDADO EN LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO. HOSPITAL “DR. DOMINGO LUCIANI”. EL LLANITO. JULIO 2006	55

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**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**

AUTORES:

Morillo, Olga

Pimentel, Maury

TUTOR: Mgs. Zaida Dominguez

AÑO: 2006

RESUMEN

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. En este contexto se realizó esta investigación cuyo objetivo fue Ejecutar un programa de orientación sobre hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia) 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: pretest y postest, 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 mas 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.

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**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**

**AUTORES:
Morillo, Olga
C.I. 6.515.668
Pimentel, Maury
C.I. 10.335.632**

INTRODUCCIÓN

Luego de obtenidos los resultados del estudio diagnóstico 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 DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO SOBRE HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO (PREECLAMPSIA), PARA INDUCIR A 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 preeclampsia 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 de enfermería.

3.- Impulsar el desarrollo de las capacidades y conocimientos científicos que posee el profesional de enfermería, 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 el programa de orientación propuesto, a fin de que se asuman estilos de vida saludables.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

Como se trata de un programa 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 este programa se estructura de la siguiente manera:

CONTENIDOS: Los mismos están centrados en Generalidades de la H.I.E., así se impartiría orientación sobre el concepto de Hipertensión Inducida por el Embarazo (preeclampsia y eclampsia), Clasificación de la H.I.E., Signos y Síntomas, Factores de riesgo, sus complicaciones: Fetales, Maternos y Neonatales, tratamiento y medidas de autocuidado.

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 enfermería servirá de facilitadores de cada taller.

DINÁMICA: Para cada taller se utilizarán estrategias de enseñanza – aprendizaje que permitan 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 Pretest - Postest.

CONTENIDO PROGRAMÁTICO

OBJETIVO TERMINAL: Al finalizar las actividades las embarazadas estarán en capacidad de manejar la información pertinente acerca de la H.I.E, y sus implicaciones de forma fluida, para de adoptar una conducta de autocuidado ante la enfermedad.

Objetivos Específicos	Contenido	Estrategia Metodológicas	Recursos	Evaluación
Definir y Clasificar la H.I.E.	Concepto de H.I.E. de Preeclampsia.	Exposición del facilitador. Discusión Grupal	Facilitadores Rotafolio	Formativa
Identificar los signos y síntomas	Reconocimiento del edema, hipertensión arterial.	Exposición del facilitador. Demostración de toma de tensión y prueba de proteinuria.	Láminas Retroproyector Tensiómetro	Pretest
Identificar Factores de Riesgo	Factores de riesgo. Caracterización del dolor de cabeza, trastornos visuales y proteinuria.	Grupos focales.	Marcadores, lápices, papel bond.	Diagnóstica
Conocer las principales complicaciones maternas, fetales y neonatales	Complicaciones Maternas. Complicaciones fetales Complicaciones Neonatales	Discusión de grupos focales Plenaria	Papel Bond, Lápices Rotafolio	Formativa

<p>Explicar las medidas terapéuticas indicadas para disminuir el riesgo de complicaciones.</p>	<p>Medidas Terapéuticas: Definir el tratamiento para la preeclampsia, hospitalización, antihipertensivos, antoconvulsivos, importancia de signos vitales, exámenes de laboratorio.</p>	<p>Exposición del facilitador. Lluvia de ideas Grupos focales</p>	<p>Papel Bond, Lápices Rotafolio, Láminas</p>	<p>Formativa</p>
<p>Orientar sobre las medidas de autocuidado que debe seguir una embarazada en riesgo.</p>	<p>Medidas de Autocuidado: Tipo de dieta que debe seguir. Importancia de la ingesta de líquidos Importancia del control de peso y diuresis diaria.</p>	<p>Exposición facilitador Grupos focales Demostración de menú</p>	<p>Láminas Retroproyector</p>	<p>Formativa</p>
	<p>Importancia del reposo Posición corporal para el reposo Frecuencia de realización de exámenes. Hábitos sociales.</p>	<p>Charla participativa. Discusión de grupo Demostración de posición para el reposo</p>	<p>Papel Bond Rotafolio Lápices Colchoneta</p>	<p>Post- test</p>