



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN

**ESPECIALIDAD:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**



PROYECTO DE TRABAJO:

“Eficacia del Carnet Perinatal en la referencia del primer al segundo nivel de atención de gestantes con Trastorno Hipertensivo del Embarazo, Red II Cajamarca 2018”

Para optar por el Grado:
Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia

Presentado por:
M.C. Galo Terrones Julcamoro

Asesor:
M.C. Jorge Luis Mejía Torres

Cajamarca - Perú
2018

INDICE

I.- GENERALIDADES		
1.1	Título.....	4
1.2	Autora.....	4
	1.2.1 Nombres y apellidos	
	1.2.2 Grado académico	
	1.2.3 Título profesional	
	1.2.4 Dirección, e- mail y teléfonos	
1.3	Asesor.....	4
	1.3.1 Nombre y apellidos	
	1.3.2 Grado académico	
	1.3.3 Título profesional	
	1.3.4 Dirección laboral y/o domiciliaria, e- mail y teléfonos	
1.4	Tipo, área y línea de investigación.....	4
	1.4.1 Tipo de investigación	
	1.4.2 Área de investigación	
	1.4.3 Línea de investigación	
1.5	1.5.1 Localidad (ubicación).....	4
	1.5.2 Institución	

II.- PLAN DE INVESTIGACIÓN		
2.1	El Problema de investigación.....	5
	2.1.1 Planteamiento del problema.....	5
	1. Contextualización.....	5
	2. Descripción del Problema.....	11
	3. Formulación del Problema	10
	2.1.2 Justificación.....	12
	a) Justificación científica.....	12
	b) Justificación técnica-práctica.....	13
	c) Justificación institucional y persona.....	14
	2.1.3 Delimitación de la investigación.....	15
	2.1.4 Objetivo (s) de la investigación: general y específicos.....	15
	2.1.5 Hipótesis: General y Específicas.....	16
	2.1.6 Variables/categorías.....	16
	2.1.7 Operacionalización de las variables.....	17
2.2	Marco Teórico.....	20
	2.2.1 Marco Legal.....	20
	2.2.2 Antecedentes.....	21
	2.2.3 Marco Conceptual.....	23
	2.2.4 Definición de términos básicos.....	29
2.3	Marco Metodológico.....	30

2.3.1 Ubicación geográfica.....	30
2.3.2 Métodos de investigación.....	30
2.3.3 Diseño de la Investigación.....	31
2.3.4 Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación....	32
2.3.5 Técnicas e instrumentos de recopilación de información.....	33
2.3.6 Técnicas para el procesamiento y análisis de la información.....	33
2.3.7 Consideraciones Éticas.....	33
2.3.8 Equipos, materiales, insumos, etc.....	34
2.3.9 Matriz de consistencia metodológica.....	35
III.- ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO	
3.1 Fecha de presentación del proyecto.....	38
3.2 Duración de la ejecución del proyecto.....	38
3.3 Cronograma.....	38
3.4 Recursos.....	38
3.4.1 Personal	
3.4.2 Bienes	
3.4.3 Servicios	
3.5 Presupuesto.....	39
3.6 Financiamiento.....	39
3.6.1 Con recursos propios	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40

ANEXOS.....	43
--------------------	-----------

- **GENERALIDADES**

- 1.1. **Título**

“EFICACIA DEL CARNET PERINATAL EN LA REFERENCIA DEL PRIMER AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN DE GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO, RED II CAJAMARCA 2018”

- 1.2. **Autor**

- 1.2.1. Nombres y apellidos: Galo Terrones Julcamoro

- 1.2.2. Grado académico: Bachiller en Medicina

- 1.2.3. Título profesional: Médico Cirujano

- 1.2.4. Dirección, e- mail y teléfonos: Jr. Bolognesi N° 321

- GTERRONESJ_epg17@edu.com.pe

- 982185264

- **Asesor**

- 1.3.1. Nombre y apellidos: Jorge Luis Mejía Torres

- 1.3.2. Título Profesional: Médico Cirujano

- 1.3.3. Especialidad: Ginecología y Obstetricia

- **Tipo, área y línea de investigación**

- 1.4.1. Tipo de investigación: Descriptiva, analítica.

- 1.4.2. Área de investigación: Salud Publica,

- 1.4.3. Línea de investigación: Mortalidad Materna.

- **Localidad e institución donde se desarrollará el proyecto**

- 1.5.1. Localidad (ubicación): Provincia de Cajamarca

1.5.2. Institución (si es pertinente): Hospital Regional Docente de Cajamarca
y Red de Servicios de Salud II
Cajamarca

II.- PLAN DE INVESTIGACIÓN

2.1. El Problema de investigación

2.1.1. Planteamiento del problema

2.1.1.1. Contextualización

La mortalidad materna representa un problema de salud pública de atención prioritaria, con consecuencias serias en la familia, comunidad y sociedad, que es reflejado en el desarrollo del país. Es un indicador de desarrollo, que permite visualizar la desigualdad social, educativa y laboral, la inequidad de género y la capacidad de respuesta del sistema de salud.

Se define como muerte materna, a la muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. Las muertes maternas se subdividen en dos grupos:

- Muertes Obstétricas directas: las muertes obstétricas directas son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los arriba mencionados.

- Muertes Obstétricas indirectas: las muertes obstétricas indirectas son aquellas que derivan de enfermedad previamente existente o enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo.

Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. El 99% de las muertes maternas que se registran en el mundo corresponden a los países en desarrollo. Más de la mitad tienen lugar en el África subsahariana, y un tercio en Asia Meridional. La razón de mortalidad materna (RMM) en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. Existiendo grandes disparidades entre los países, pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana.

Para el 2015 da RMM para el Perú de 68 por cada 100 000 nacidos vivos siendo así una de las más altas de la región. En el 2017 a nivel nacional se produjeron 375 Muertes Maternas, de las cuales el 90 (24.1%) se debieron a Trastornos Hipertensivos del Embarazo, siendo así la primera causa de Muerte Materna a nivel nacional . En la región Cajamarca durante el año 2017 se produjeron 31 muertes maternas, siendo la segunda Región a nivel nacional en número de Muertes Maternas, de las cuales 10 (33%) del total de muertes maternas se asociaron a Trastornos Hipertensivos del Embarazo, 11 (35.5%) fueron pacientes de la Red de Salud II Cajamarca, tener en consideración que 17 (55%) corresponden a muertes

ocurridas en su domicilio o el trayecto a un Establecimiento de Salud; 12 (38.7%) tuvieron menos de 6 Controles Prenatales y 24 (77.4%) no se hizo plan de parto o este fue considerado NO EFECTIVO , lo que nos haría inferir un bajo acceso, demanda, oferta o percepción de calidad que brindan los Establecimientos de Salud del Primer nivel de atención.

Los trastornos hipertensivos complican a 5 a 10% de todos los embarazos y constituye uno de los miembros de la tríada letal, junto con la hemorragia y la infección, que contribuye en buena medida a las tasas de morbilidad y mortalidad materna. 16% de las Muertes Maternas se debe a Trastornos Hipertensivos del Embarazo, además de ser importante señalar que más del 50% de estos fallecimientos relacionados con la Hipertensión son evitables.

El control prenatal es la estrategia respaldada por los organismos internacionales para brindar atención adecuada a la gestante y disminuir la morbilidad y la mortalidad de madres y niños. Sus objetivos y atributos están claramente planteados, pero poco se ha profundizado en el conocimiento de cómo estos esfuerzos se materializan en acciones en el escenario real de la atención.

El Control Prenatal brinda la oportunidad de hacer competente a la embarazada para cuidar su salud y la de su hijo, detectar oportunamente los riesgos, buscar la atención necesaria y fomentar hábitos y conductas saludables.

El Carnet Perinatal es un instrumento originalmente diseñado para su uso en los servicios de Gineco-obstetricia y neonatología por parte del Centro Latinoamericano de

Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR), como parte de una estrategia que busca garantizar la calidad de las prestaciones y el flujo de la información a quien atiende el caso en el lugar y en el momento en que lo haga, y que todos los datos necesarios para el correcto manejo estén en su poder .

La demanda de un servicio médico por parte del usuario es resultado de la combinación de múltiples factores, entre ellos la disponibilidad y la aceptación del servicio, la percepción de la necesidad y la evaluación que el usuario hace de la calidad del mismo (El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Publica Mex 1985). Siempre que se hace un juicio sobre la cantidad en un servicio, está implícito un juicio sobre su calidad . Un servicio con baja utilización tiene barreras de acceso, de demanda, de oferta, de percepción de calidad o todas ellas. Por lo que es necesario evaluar la calidad tanto en su componente técnico como en el institucional, encontrándose estas dos dimensiones están íntimamente relacionadas y son interdependientes.

Teniendo en consideración que la mayoría de Muertes Maternas son evitables, que pueden estar asociados a la calidad del control prenatal, además de considerar que los Trastornos Hipertensivos del Embarazo son un conjunto de patologías que tienen en común un proceso de instalación lento hasta su manifestación florida o sus complicaciones, y tiene además como alerta un conjunto de factores de riesgo para tomar en consideración, por lo que podría detectarse y tratarse adecuadamente mucho antes de la aparición de sus complicaciones potencialmente mortales; brindando así al investigador la oportunidad necesaria de buscar una posible deficiencia en los procesos de evaluación en el primer de atención a fin de

corregir, sabiendo que hay una falta de evidencias exitosas sobre el adecuado uso del carnet de control prenatal en el diagnóstico de pacientes con Trastorno Hipertensivo del Embarazo, no ha permitido intervenir con políticas que ayuden a disminuir la morbi-mortalidad materna asociada a este problema.

2.2.1.2. Descripción del problema

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria.

Al ver que es posible acelerar la reducción, los países han adoptado una nueva meta para reducir aún más la mortalidad materna. Una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible consiste en reducir la RMM mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos y lograr que ningún país tenga una mortalidad materna que supere el doble de la media

mundial, entre el 2016 y 2030. (United Nations. We can end Poverty. Millennium Development Goals and Beyond 2015 2017)

A nivel nacional entre los años 2014 y 2015, se evidenció un incremento de muertes maternas en un 8% comparado al año 2013, para el año 2016 la disminución de muertes llegó al 21% en relación al año anterior. Hasta la Semana Epidemiológica 52 - 2017, se notificaron, al sistema de vigilancia epidemiológica, 375 muertes maternas directas e indirectas, presentándose un incremento del 14,3% de muertes en comparación al año 2016.

La región de Cajamarca a nivel Nacional es la cuarta Región que contribuye con la tasa de Mortalidad Materna, y junto con Lima, La Libertad, Piura y Puno concentran el 53% de las Muertes maternas a nivel Nacional a Junio del 2016 (INEI 2016) Cajamarca al año 2017 tuvo un incremento importante de casos (+12) con relación al año 2016 (boletín epidemiológico 2017)

De acuerdo al lugar de ocurrencia de la Muerte Materna se ve que el 55% de estas se presentan en el domicilio o en trayecto al Establecimiento de Salud, y el 45% se produce en un Establecimiento de Salud o en el Hospital.

A nivel Nacional los Trastornos Hipertensivos del Embarazo son la primera causa de Muerte Materna con 28.8%, a nivel de Cajamarca los THE son responsables del 33% de las muertes maternas . En el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el quinquenio del 2012 al 2016 los THE asociados a Muerte Materna de causa directa es de 51.6% (ASIS HRDC 2016)

El Hospital Regional Docente de Cajamarca, es un hospital de referencia regional, que cuenta con servicios especializados como el Departamento de Gineco-Obstetricia, el cual recibe referencias Obstétricas de toda la Región Cajamarca; dentro del servicio de obstetricia los THE, son la tercera causa de hospitalización con 23.7% y son la primera causa de hospitalización de Unidad de Cuidados Intensivos por causa Obstétrica.

Al evaluar y analizar los indicadores de salud, podemos mencionar que la Red II Cajamarca, cuenta con el mayor número de reporte de muertes maternas al año 2017 con 14 (45.2%), lo cual podríamos atribuir a un desempeño laboral inadecuado en el uso del Carnet Perinatal, condicionado por factores personales e institucionales, los cuales serán determinados y analizados, no sin dejar de proponer alternativas, acciones y estrategias de solución.

-

2.2.1.3. Formulación del problema (Pregunta general y auxiliares)

¿Cuál es la **eficacia** (utilidad????) del buen uso del Carnet Perinatal en la referencia del primer al segundo nivel de las gestantes con diagnóstico de Trastorno Hipertensivo del embarazo, Red II Cajamarca durante el periodo de Julio a Diciembre 2018?

2.1.2. Justificación

- **Justificación científica**

Con la presente investigación se pretende obtener información acerca de la calidad de Control Prenatal mediante la evaluación del Carnet Perinatal y la eficacia de este instrumento para la decisión de Referencia Institucional oportuna por parte del Personal de Salud del Primer nivel

de Atención en gestantes con diagnóstico de Trastorno Hipertensivo del Embarazo; asimismo, se pretende evidenciar si existen carnets prenatales completos e interpretados correctamente ya que la patología puede estar instalada desde el primer control prenatal, pero si no existe profesionales capacitados para su identificación e interpretación se estaría obviando la identificación oportuna de los signos y síntomas de los trastornos hipertensivos del embarazo, así como también las pruebas auxiliares necesarias para su referencia a un nivel de mayor complejidad, generando indirectamente un impacto negativo en la salud de las gestantes con esta patología conllevando a presentarse complicaciones severas en la madre y el feto que posteriormente puede terminar en una Muerte Materna perinatal.

Estos datos resultantes nos permitirán dar los argumentos necesarios para establecer políticas de Salud Pública relacionadas a mejorar el Control Prenatal y/o adecuar el Carnet Perinatal a la realidad encontrada de nuestra localidad, con el fin de disminuir la Morbi-Mortalidad Materna perinatal asociada a los Trastornos Hipertensivos del Embarazo, con lo que se podría disminuir en teoría hasta la tercera parte de Muertes Maternas en la Región.

- **Justificación técnica-práctica**

La mortalidad materna está incluida en una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, ya que ha sido considerada como un Problema de salud Pública que requiere atención prioritaria; sin embargo, las capacitaciones e intervenciones por parte del Gobierno

Regional, las Redes y las Micro-redes de Salud de Cajamarca son ineficientes conduciendo a plantear estrategias y políticas inadecuadas a la realidad de la población, conllevando a presentar índices de mortalidad materna por encima de las cifras establecidas por la Organización Mundial de Salud (OMS).

Por lo tanto, la presente investigación busca evaluar las aptitudes, conocimientos, condiciones técnicas propias de los puestos de salud que repercuten en la inoportuna referencia de las gestantes con Trastornos Hipertensivos del Embarazo hacia el segundo nivel de atención, donde a pesar de los esfuerzos encaminados a disminuir y controlar las complicaciones propias de esta patología en muchas oportunidades las gestantes ya han presentado complicaciones severas que afectaran negativamente la salud materna perinatal por lo que en muchas ocasiones solo se valora riesgo beneficio sobre la salud las pacientes con diagnóstico de trastornos hipertensivos del embarazo.

No obstante, los datos del perfil profesional relacionado al uso del carnet perinatal, el conocimiento de la patología, las condiciones del instrumental usado en el primer nivel de atención para la evaluación de estas gestantes, nos permitirá evaluar el escenario real y las condiciones en las cuales se está registrando la atención de estas pacientes, con el fin de diagnosticar y referir oportunamente a pacientes con diagnóstico de trastornos hipertensivos del embarazo.

c) Justificación institucional y personal

Como médico cirujano, con especialidad en Ginecología y Obstetricia, actualmente a cargo de la Jefatura del Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, he evidenciado los problemas, debilidades; así como también las oportunidades que representa el buen uso del Carnet Perinatal por parte del Personal de Salud del Primer Nivel de Atención de la Red de Servicios de Salud II Cajamarca, como estrategia para disminuir la Morbi – Mortalidad Materna asociada a los Trastornos Hipertensivos del Embarazo; esto impulsa el inicio hasta la culminación del presente trabajo de investigación para obtener información sobre cómo se está utilizando este instrumento (Carnet Perinatal) en la evaluación de gestantes con diagnóstico de Trastorno Hipertensivo del Embarazo, lo que ayudara a generar mejores competencias en el personal de salud y la institución, a fin de garantizar una atención con mejores resultados de salud para la población gestante.

Esta investigación se justifica también en que, a pesar de la alta tasa de Mortalidad Materna en nuestra Región de Cajamarca, hasta la fecha no hay una política de Salud clara en relación a buscar disminuir esta tasa, motivo por el cual parte de los objetivos de esta investigación es, de así demostrarlo y plantear estrategias para fortalecer destrezas y competencias en el personal del Primer nivel de atención.

2.1.3. Delimitación de la investigación

La presente investigación se realizará en los Establecimientos de salud de la Red II Cajamarca que tengan la categoría I-1, I-2 y I-3, con datos sacados del Hospital Regional Docente de Cajamarca donde iniciara la captación de las pacientes referidas a este establecimiento con el diagnóstico de Trastorno Hipertensivo del Embarazo.

El periodo de estudio comprenderá de Julio a Diciembre del 2018.

2.1.4. Objetivo (s) de la investigación: general y específicos

Objetivo General:

- **Evaluar la eficacia del uso del Carnet Perinatal en la referencia del primer al segundo nivel de atención de gestantes con diagnóstico de Trastorno Hipertensivo del Embarazo, Red II Cajamarca durante el periodo de Julio a Diciembre del año 2018.**

Objetivos Específicos:

- Determinar el estado de los instrumentos de evaluación clínica necesarios en el apoyo al diagnóstico de gestantes con Trastorno Hipertensivo del Embarazo, en el Primer Nivel de Atención de la Red de salud II Cajamarca, Julio a diciembre del 2018.
- Describir los datos consignados en el Carnet Perinatal según trimestre de edad gestacional asociados al diagnóstico de Trastorno Hipertensivo del Embarazo, en el Primer Nivel de Atención de la Red de Salud II Cajamarca, Julio a diciembre 2018.
- Determinar el uso del carnet perinatal de acuerdo al perfil, grupo, profesional en la red de servicios de Salud II Cajamarca, Julio a diciembre del 2018.
- Determinar la correlación entre los datos consignados en el Carnet Perinatal y el estado clínico de las gestantes con diagnóstico de Trastorno Hipertensivo del

Embarazo al momento del ingreso de la referencia al Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo de Julio a Diciembre del año 2018.

- Valorar el nivel de conocimiento del personal de salud del primer nivel de atención acerca del trastorno hipertensivo del embarazo, prevención y tratamiento.

2.1.5. Hipótesis: general y específicas

General:

- - La eficacia (**utilidad**) del uso del carnet perinatal en la referencia oportuna del primer al segundo nivel de las gestantes con diagnóstico de Trastorno Hipertensivo de embarazo está asociada al uso instrumentos calibrados necesarios en la evaluación del control prenatal, a la presencia de datos útiles para el diagnóstico en el carnet perinatal según los trimestres, así como a la apropiada identificación e interpretación de estos al grupo profesional a cargo de la paciente y al uso de instrumentos calibrados que sirven de apoyo para el diagnóstico.

2.1.6. Variables/categorías

- **Categorías**
- **VARIABLE DEPENDIENTE:** Trastorno hipertensivo del embarazo.
- **VARIABLE INDEPENDIENTE:** Eficacia del uso del carnet perinatal.

2.1.7 Operacionalización/ categorización de los componentes de las hipótesis

"Impacto del Carnet Perinatal en la referencia al II nivel de las gestantes con diagnóstico de Trastorno Hipertensivo del Embarazo, Red de Salud II Cajamarca.2018"					
Hipótesis	Definición conceptual de las variables	Definición Operacional de las Variables			Fuente o instrumento de recolección de datos.
		Categorías	Factores	Cualidades	
VARIABLE: DEPENDIENTE/INDEPENDIENTE					
<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>La eficacia del uso del carnet perinatal en la referencia oportuna del primer al segundo nivel de las gestantes con diagnóstico de Trastorno Hipertensivo de embarazo está asociada al llenado completo y presencia de</p>	<p>DEFINICIÓN CONCEPTUAL:</p> <p>CARNÉT PERINATAL: herramienta que permite el registro de las características de las gestantes, duplicando la información de la historia clínica.</p> <p>TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO: El aumento de la</p>	-CARNÉT PERINATAL	ESTADO DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN CLÍNICA	Calibrado	Evaluación Técnica
				No Calibrado	
			NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE SALUD	Bueno	Encuesta que se aplicará al personal de salud.
				Regular	
				Malo	
			DATOS CONSIGNADOS EN EL CARNET PERINATAL	Datos completos	Evaluación de los Carnét Perinatales
				Datos incompletos	
			PROFESIONAL DE SALUD QUE HIZO USO DEL CARNET PERINATAL	Obstetra	
				Médico general	
				Enfermera	
				Técnico	

datos útiles en el carnet perinatal. Así mismo, a la apropiada interpretación de estos, a los instrumentos calibrados que sirven de apoyo para el diagnóstico y a la adecuada capacidad del profesional de salud para medir la presión arterial y peso de la gestante.	presión arterial sistólica 140mmHg y/o diastólica 90 mmHg.		CORRELACIÓN DE DATOS DEL CARNET PERINATAL CON EL ESTADO CLÍNICO DE LA PACIENTE	Existen	Evaluación De Los Carnet Perinatal E Historia Clínica		
				No existen			
	TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO	PREECLAMPسيا-ECLAMPسيا			Preeclampsia sin datos de severidad	Evaluación De Los Carnet Perinatal E Historia Clínica	
					Preeclampsia con datos de severidad		
					Eclampsia		
		HIPERTENSIÓN CRÓNICA					Hipertensión crónica antes del embarazo
							Hipertensión crónica antes de las 20 semanas del embarazo
		HIPERTENSIÓN CRÓNICA CON PREECLAMPسيا SOBREAPEGADA					Aumento de la presión mayor de 20 semanas
							Aparición de proteinuria
							Aparición de datos de severidad
HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO				Aumento de la presión en ausencia de proteinuria			
				Aumento de la presión en ausencia de Signos de severidad			

VARIABLE INTERVINIENTE: FACTORES DE RIESGO

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	CRITERIOS DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
FACTORES DE RIESGO	Interviniente	Edad	-Menor de 17 años -De 17 a 35 años -Mayor de 35 años	Intervalo	Ficha de recolección
		Grado de instrucción	-Analfabeta. -Primaria incompleta. -Primaria completa. -Secundaria incompleta. -Secundaria completa. -Superior Universitario incompleto. -Superior universitario completo. -Superior técnico incompleto. -Superior técnico completo	Ordinal	
		Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> • Zona rural • Zona urbana • Zona urbano-marginal 	Nominal	
		Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera. • Conviviente. • Casada. • Viuda. • Separada. 	Nominal.	
		Nivel socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> • Quintil 5 • Quintil 4 • Quintil 3 • Quintil 2. • Quintil 1. 	Nominal	
		Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Trabaja • Trabaja y estudia. • No trabaja 	Nominal	
		Paridad	-Nulípara -Múltipara	Nominal	
		IMC	-18.5 – 24.9 -25 – 29.9 -> 30	Intervalo	
		Antecedentes	-Antecedentes personales -Antecedentes familiares -Antecedentes obstétricos	Nominal	
		Edad gestacional	-Menor de 20 semanas.		

			-Mayor de 20 semanas	Nominal	
--	--	--	----------------------	---------	--

2.2. Marco Teórico

2.2.1. Marco legal

- Ley N° 26842 | Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; por lo que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla
- Ley N° 27657 | Ley del Ministerio de Salud, señala que el Ministerio de Salud, como órgano del Poder Ejecutivo es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte.
- Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA del 26 de julio 2004, Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.

- Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA del 24 de diciembre 2013, Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de salud Materna del Ministerio de Salud.

2.2.2. Antecedentes de la investigación o marco referencial

- **Milena Alfaro (2005)** encontró que el control prenatal adecuado de las preeclámpticas fue de 45%, menor que las no preeclámpticas (62.5%), y control prenatal inadecuado de las preeclámpticas fue de 55%, mayor que las no preeclámpticas (37.5%); y con respecto al grado de asociación entre el control prenatal y la Preeclampsia se desprende que existe dos veces más probabilidad de no tener un control prenatal adecuado y terminar en Preeclampsia (IC 95%, 0.8 a 5.0) comparado con tener control prenatal adecuado y terminar sin Preeclampsia (20)
- **Fred Morgan y colb (2010)** refieren que un buen control prenatal permite identificar factores de riesgo y la aparición temprana de la enfermedad en pacientes embarazadas, principalmente en los grupos de mayor riesgo. En este trabajo una proporción menor de pacientes del grupo de Preeclampsia tuvo un control prenatal regular.
- **Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas J.** en su estudio denominado **“Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia”**, de tipo descriptivo transversal realizada en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre agosto 2010 y enero 2011, y tras un análisis de la historia clínica y carnet materno perinatal (CLAP) a 384 puérperas, se concluyó lo siguiente: el

66,05% recibieron 6 o más controles prenatales del cual solo 7,36% tuvo un CPN adecuado. Así también, sus características epidemiológicas fueron las siguientes: edad promedio 26,4 años, 71,6% era conviviente y el 50% tenía secundaria completa.

- **Ching-Ming Liu***, **Shuenn-Dyh Chang**, **Po-Jen Cheng**, en la investigación: “**Relationship between prenatal care and maternal complications in women with preeclampsia: Implications for continuity and discontinuity of prenatal care**” realizado a 385 pacientes con preeclampsia del cual, 198 se clasificaron como pacientes con poca o ninguna atención prenatal y 187 se clasificaron como pacientes de control que recibió atención prenatal continua en un hospital. Los resultados de dicho estudio demuestran que, los casos que mantuvieron una atención hospitalaria, tenían menos probabilidades de presentar complicaciones tales como parto prematuro, bajo peso al nacer, muy bajo peso al nacer y la restricción del crecimiento intrauterino. Mientras que las gestantes que recibieron poca o ninguna atención prenatal, presentaron factores asociadas a la preeclampsia: la presión arterial diastólica 105 mmHg, el nivel de aspartato transaminasa sérica 150 IU / L y los partos de bajo peso al nacer. Por lo tanto se concluyó que este estudio demuestra el efecto dosis-respuesta del estado de atención prenatal inadecuada, intermedia, adecuada e intensiva en el peso al nacer del feto y los períodos de gestación.

2.2.3. Marco conceptual

CARNET PERINATAL

El carnet perinatal es una herramienta que permite el registro de las características de la gestante, duplicando la información de la Historia Clínica, queda en poder de la usuaria para efectos de referencia. Este instrumento forma parte del SIP 2000 (Sistema Informático Perinatal)

El diseño del carnet Perinatal consta de:

- Identificación.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales y obstétricos.
- Gestación actual, finalización de Parto o aborto.
- Enfermedades durante el embarazo.
- Exámenes auxiliares, entre otros.

Completar los datos adecuadamente en el carnet perinatal, permite y garantiza el cumplimiento de los objetivos de la estrategia en la disminución de la mortalidad materna perinatal; por ello, la calidad de este servicio, resulta ser muy indispensable (22).

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

- **Definición:**

Son problemas médicos que explican una proporción elevada de complicaciones maternas y fetales, teniendo como complicación más grave a la Preeclampsia (21).

Al momento, a pesar de los decenios de investigación aún no se descubre como el embarazo causa o agrava la Hipertensión.. Se considera que existe alteración de las células endoteliales pertenecientes a las arterias espirales del útero, ocasionándose una invasión del citotrofoblasto en estas arterias de manera inadecuada; se genera alteración de la placentación, síndrome isquémico en el tejido placentario y afectación de varios órganos de la madre. Los mecanismos fisiopatológicos propuestos fueron; tipo hipóxico, metabólico, inmune y genético, con elevación de factores anti-angiogénicos, estrés oxidativo placentario, citoquinas aberrantes, ocasionando respuesta inflamatoria sistémica excesiva.

La característica común para todas es la Hipertensión, que se diagnostica de forma empírica cuando la medición correcta de la presión arterial sistólica es ≥ 140 mmHg o la diastólica es ≥ 90 mmHg, teniendo en consideración la Fase V de Korotkoff se usa para definir la presión diastólica. Los incrementos de 30 mmHg de la presión sistólica o 15 mmHg la presión diastólica, actualmente no se usan como criterios diagnósticos, pero deben vigilarse más de cerca, porque algunas mujeres cuya presión se mantiene $< 140/90$ mmHg han tenido convulsiones eclámpicas .

- **Clasificación:**

- Preeclampsia-eclampsia

Preeclampsia: El colegio americano de obstetras y ginecólogos (APOG), define en la actualidad a Preeclampsia como una enfermedad hipertensiva del embarazo que compromete a todos los órganos y que se presenta después de las semanas de gestación y que se puede superponer a otra enfermedad hipertensiva .

Eclampsia: Se encuentra definida como la aparición por primera vez de convulsiones de tipo epilépticas en una gestante que con diagnóstico de Preeclampsia antes, durante o después del parto, generando una lesión cerebral acompañada de edema y cambios en la sustancia blanca (síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible)

- Hipertensión crónica:

Es la aparición de la hipertensión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg antes del embarazo, antes de la semana veinte de gestación o hasta pasadas las 12 semanas postparto.

- Hipertensión inducida por el embarazo:

Es aquella hipertensión que aparece después de las 20 semanas de embarazo, pero no se encuentra asociada a proteinuria. Incluso pasada las 12 semanas postparto las presiones las presiones se normalizan .

- Hipertensión arterial crónica añadida a Preeclampsia

Aquellas gestantes que presentan una presión arterial de 140/90 mmHg antes de las 20 semanas de gestación o antes del embarazo, denominándose como Hipertensión Crónica, pero además existe hipertensión nueva después de las 20 semanas acompañada de

proteinuria de inicio reciente y de otros signos y síntomas, entonces se diagnostica una Preeclampsia superpuesta.

- **Factores de riesgo asociado a la preeclampsia**

- Edad
- Paridad
- Bajo nivel socioeconómico
- Edad gestacional
- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales
- Índice de masa corporal
- Ocupación
- Grado de instrucción
- Estado civil

- **Medidas de prevención primarias.**

- **Ácido acetilsalicílico:**

El resultado de múltiples estudios indica que la administración oral de 75 a 100 mg de aspirina todos los días a partir de la semana 12 de gestación hasta el día del parto a las mujeres con alto riesgo de preeclampsia, reduce de manera significativa la aparición de severidad de la enfermedad, así como sus consecuencias. La USPSTF recomienda el uso de la aspirina en dosis bajas (81 mg/DI), como forma de prevención después de las 12 semanas.

- **Carbonato de calcio**

Es la administración profiláctica de calcio, que se brinda a la gestante a partir de las 20 semanas de gestación hasta el término. En países como Chile y el Perú, en sus medidas preventivas para la incidencia de la pre-eclampsia, dio resultados con la administración de 1 gr de carbonato de calcio al día a partir de la semana 20 de embarazo, conllevando a tener estadísticas pequeñas de gestantes con preeclampsia

- **Doppler de arterias uterinas:**

El Doppler de las arterias uterinas se valora mediante los índices de pulsatilidad y resistencia de la onda de velocidad de flujo (OVF) de la arteria uterina, cuyos valores están determinados por la relación de velocidades del flujo en sístole y en diástole; cuando dichos valores se encuentran por encima de los puntos de corte (percentil 95), tienen asociación con la preeclampsia y la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).

- **Plan diagnóstico en el nivel primario**

- Antecedentes familiares: Se busca indagar la presencia de algún familiar con hipertensión arterial por ser una enfermedad de origen genético, considerando como riesgo el poder desarrollar dicha enfermedad durante el embarazo
- Antecedentes personales: Generalmente se indaga con el objetivo de identificar si en sus embarazos anteriores o antes del embarazo desarrollo hipertensión arterial teniéndolos en cuenta para el actual embarazo.

- Monitoreo de la presión arterial: Es la toma a diario de presión arterial a gestantes con antecedentes de riesgo asociados a trastornos hipertensivos del embarazo. La toma debe realizarse de la siguiente manera:
 - Reposo: Por lo menos de 10 minutos antes de la toma de la presión.
 - Gestante sentada con, espalda recta con un buen soporte.
 - Brazo izquierdo descubierto apoyado a la altura del corazón.
 - Piernas sin cruzar y pies apoyados cómodamente sobre el suelo.
 - Evitar hacer la medición en casos de malestar, con vejiga llena, necesidad de defecar, etc.
 - El esfigmomanómetro manual y el manómetro deben ser calibrados en los últimos seis meses.
 - El manómetro debe estar a 4 cm por encima del antebrazo
- Proteinuria: Es definida como la excreción urinaria de proteínas, valorando su presencia mediante el uso de tiras reactivas; si se obtiene un resultado de 1+ o más, se recomienda la confirmación de proteinuria significativa orina de 24 horas, para descartar la presencia de un posible trastorno hipertensivo del embarazo
- Educación en signos de alarma:
 - Cefalea

- Escotomas
- Acufenos
- Epigastralgía
- Edema en miembros superiores e inferiores
- Ganancia excesiva de peso
-

DEFINICIÓN DE TÉRMINO BÁSICOS

- **Edad gestacional**

Tiempo de duración de la gestación expresada en días y semanas o, el cual, se mide desde la aparición del último ciclo menstrual hasta el momento que se realiza el cálculo

- **Atención prenatal reenfocada**

Es la vigilancia y evaluación integral de madre-feto, con preferencia antes de las 14 semanas para ofrecer el paquete básico de atención cuyo fin es el detectar oportunamente los signos de alarma y factores de riesgo. Permite además, educar sobre el autocuidado y la importancia de la participación en familia con un enfoque de género e interculturalidad

- **Atención prenatal:** Según el Ministerio de Salud (MINSA) la define como "La vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre"

2.3. Marco Metodológico

2.3.1. Ubicación geográfica (de acuerdo con la naturaleza de la investigación)

La Población de estudio estará conformada por las gestantes que ingresan referidas del primer nivel de atención al Hospital Regional Docente de Cajamarca, cuya procedencia sea de los Establecimientos de Salud de la Red II Cajamarca de categoría I-1 al I-3, que tiene una población asignada de 405 953 habitantes, de las cuales se tiene programado para el 2018 un total de 6010 gestantes.

2.3.2. Métodos de investigación

Para el presente trabajo de investigación se utilizará los siguientes métodos:

- **Método deductivo:** debido a que se logra deducir que mediante la eficacia del uso del carnet perinatal se logrará referir oportunamente a las gestantes con diagnóstico de Trastorno Hipertensivo del embarazo y por lo tanto, reducir los

índices de mortalidad materna en nuestra localidad, cuya problemática aun no se ha logrado resolver de una manera eficaz.

- **Método Analítico:** A partir del análisis, se logrará identificar que la eficacia del uso del Carnet perinatal necesita de un correcto y completo llenado de datos, pero también, a las capacidades del profesional de salud para utilizar los instrumentos de apoyo clínico, mantenimiento de su estado de calibrado, e interpretación de los datos del carné perinatal.
- **Método Comparativo:** debido que mediante la investigación se logrará comparar a dos grupos de estudio, uno donde la gestante es referida oportunamente y cuenta con un carné perinatal eficiente y otro grupo de una gestante complicada referida que cuenta con un carnet ineficiente.

2.3.3. Diseño de la Investigación

El presente estudio corresponde a una investigación de diseño correlacional, descriptivo, de corte transversal y prospectivo.

- **Descriptivo:** porque busca describir las características sociodemográficas, actitudes y prácticas en relación con el uso del Carnet Perinatal en la referencia oportuna de pacientes con Trastornos Hipertensivos del Embarazo.
- **Retrospectivo:** porque el estudio se realizará en el presente, pero con datos que se recogerán de historias pasadas de casos ya diagnosticados con THE que haya sido referidas al Hospital Regional Docente de Cajamarca.
- **Corte transversal:** debido a que se analizará a la muestra en un tiempo dado, es decir, la valoración de las variables se hace en el mismo momento.

Diseño específico: Casos y controles

Caso: Gestante que ingresa al Hospital Regional Docente de Cajamarca referida de un Establecimiento de Salud I-1, I-2 y I-3 de la Red II Cajamarca con diagnóstico de Trastorno Hipertensivo del Embarazo.

Control: Gestante admitida posteriormente al caso en su Establecimiento de Salud de origen, cuyo embarazo se haya complicado con Trastorno Hipertensivo del Embarazo.

2.3.4. Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación

Población: todas las gestantes hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca, que ingresen referidas con Diagnóstico de Trastorno Hipertensivo del Embarazo y cuyos Controles Prenatales se realizaron en Centros de Salud con categoría I-1, I-2 y I-3 de la Red II Cajamarca, y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Gestantes hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca que tenga el diagnóstico de Trastorno Hipertensivo del Embarazo, procedentes de los Establecimientos de Salud de la Red II Cajamarca I-1, I-2 y I-3.

- Gestantes diagnosticadas con trastornos hipertensivos del embarazo como rutina de control en consultorios externos.

Criterios de exclusión

- Trastornos Hipertensivos del Embarazo asociado a Enfermedad Trofoblástica Gestacional.
- Gestantes con controles prenatales en establecimientos de salud Categoría I-4, o que estén dentro del programa piloto wawa-red.

Muestra:

Será determinada con la fórmula de tamaño muestral para una proporción finita y conocida, con un intervalo de confianza del 95% y una precisión del 5%, teniendo en cuenta la fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2}$$

Unidad de análisis:

Unidad de observación: Carnet Perinatal de las gestantes incluidas en el Estudio y las encuestas realizadas al personal de salud del Centro de Salud de referencia y a las pacientes referidas o a sus familiares.

2.3.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información

Como técnicas de recopilación de datos se elaborará dos instrumentos a considerar: a) Ficha de evaluación de datos validados para la evaluación de pacientes con diagnóstico de

Trastorno Hipertensivo del Embarazo y b) ficha de evaluación de aptitudes y conocimientos para el personal de salud de los Establecimientos de donde proceden las pacientes ingresadas al estudio, además de Consentimiento Informado.

2.3.6. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

Los datos obtenidos del estudio se procesarán mediante el programa Stata versión 12, consolidándose en tablas de una y doble entrada. El análisis de los mismos se realizará a través de cifras relativas y porcentuales. Para determinar los factores asociados a uso inadecuado en la referencia de gestantes con diagnóstico de Trastorno Hipertensivo del Embarazo, se aplicará la prueba de independencia de Criterios de Chi Cuadrado. Todas las pruebas estadísticas serán leídas al 95% de confiabilidad.

2.3.7 Consideraciones éticas

Para ejecutar el presente estudio se tiene en consideración la autorización de las autoridades de los puesto de salud del primer nivel de atención y del Hospital Regional Docente de Cajamarca, así mismo, se tendrá el consentimiento informado dirigido al personal de salud responsable del primer nivel de atención.

2.3.8. Equipos, materiales, insumos, etc.

EQUIPOS	<ul style="list-style-type: none">• Laptop• Computadora de escritorio• Cámara video-gráfica• Proyector
	<ul style="list-style-type: none">• Lapiceros

MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas bond • USB • Fotocopias • Impresiones
INSUMOS	<ul style="list-style-type: none"> • Refrigerios

2.3.9. Matriz de consistencia metodológica

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Categoría	Factores	Cualidades	Instrumento de recolección de datos	Metodología	Población y muestra
¿Cuál es la eficacia del buen uso del Carnet Perinatal en la referencia del primer al II nivel de las gestantes con diagnóstico de Trastorno Hipertensivo del embarazo, Red II Cajamarca durante el periodo de Julio a diciembre 2018?	Objetivo General: Evaluar la eficacia del uso del Carnet Perinatal en la referencia del primer al segundo nivel de atención de gestantes con diagnóstico de Trastorno Hipertensivo del Embarazo, Red II Cajamarca durante el periodo de Julio a diciembre del año	General: La eficacia del uso del Carnet Perinatal en la referencia oportuna del primer al segundo nivel de las gestantes con diagnóstico de Trastorno Hipertensivo del embarazo está asociada al llenado completo y presencia de datos útiles en el carnet	CARNET PERINATAL	Estado de los instrumentos de evaluación clínica	calibrado	Evaluación técnica	se realizará la siguiente metodología:	Población: Todas las gestantes referidas del primer nivel de atención I - I, I - II Y I - III, con diagnóstico o de trastornos hipertensivos del embarazo. Muestra: Será determinada con la fórmula de tamaño muestral para una proporción finita y
					Mal calibrado			
				Capacidad del profesional de salud	Adecuada	Encuesta que se aplicara al personal de salud	Método deductivo: debido a que se logra deducir que mediante la eficacia del uso del carnet perinatal se logrará referir oportunamente a las gestantes con diagnóstico de Trastorno Hipertensivo y por lo tanto, reducir los índices de mortalidad materna en	
					No adecuada			
				Datos consignados en el carnet perinatal	Datos completos y útiles	Evaluación de los carnets perinatales		
					Datos completos y no útiles			
					Datos no completos y útiles			
					Datos no completos y no útiles.			
				Interpretación de datos del carnet perinatal	Apropiada	Evaluación de los carnets perinatales		
					No apropiada			

<p>2018.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>- Identificar los datos consignados en el Carnet Perinatal y su relación con el estado de las gestantes diagnosticadas con Trastorno Hipertensivo del Embarazo al momento del ingreso de la referencia al Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo de Julio a Diciembre del año 2018.</p> <p>- Analizar la interpretación</p>	<p>perinatal. Así mismo, a la apropiada interpretación de estos, a los instrumentos calibrados que sirven de apoyo para el diagnóstico y a la adecuada capacidad del profesional de salud para medir la presión arterial y peso de la gestante.</p>	<p>TRASTORNOS HIPERTENSIVOS</p>	<p>Preeclampsia - Eclampsia</p> <p>Hipertensión Crónica</p> <p>Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada</p> <p>Hipertensión inducida por el embarazo</p>	<p>Preeclampsia sin datos de severidad</p> <p>Preeclampsia con datos de severidad</p> <p>Eclampsia</p> <p>Hipertensión crónica antes del embarazo</p> <p>Hipertensión crónica antes de las 20 semanas</p> <p>Aumento de la presión después de las 20 semanas</p> <p>Aparición de proteinuria</p> <p>Aparición de datos de severidad</p> <p>Aumento de la presión en ausencia de signos de severidad</p>	<p>se historia clínica</p> <p>Evaluación de los carnets perinatales e historia clínica</p>	<p>nuestra localidad, cuya problemática aún no se ha logrado resolver de una manera eficaz.</p> <p>Método Analítico: A partir del análisis, se logrará identificar que la eficacia del uso del Carnet perinatal necesita de un correcto y completo llenado de datos, pero también, a las capacidades del profesional de salud para utilizar los instrumentos de apoyo clínico, mantenimiento de su estado de calibrado, e interpretación de los datos del carné perinatal.</p>	<p>conocida.</p>
---	---	---------------------------------	---	---	--	---	------------------

	<p>n del carnet perinatal por parte del profesional responsable de la atención y referencia de las gestantes con diagnóstico de Trastorno Hipertensivo del Embarazo al Hospital Regional Docente de Cajamarca.</p> <p>-</p> <p>Determinar el estado calibrado de los instrumentos de evaluación clínica necesarios en el apoyo al diagnóstico de gestantes con Trastorno Hipertensivo</p>				<p>Aumento de la presión con signos de severidad</p>		<p>Método</p> <p>Comparativo: debido que mediante la investigación se logrará comparar a dos grupos de estudio, uno donde la gestante es referida oportunamente y cuenta con un carnet perinatal eficiente y otro grupo de una gestante complicada referida que cuenta con un carnet ineficiente.</p>	
--	---	--	--	--	--	--	---	--

	<p>o del Embarazo, en el Primer Nivel de Atención.</p> <p>- Valorar la capacidad del profesional responsable de la atención al tomar la presión arterial y la ganancia de peso en gestantes con diagnóstico de Trastorno Hipertensivo o del Embarazo, en el Primer Nivel de Atención.</p>							
--	---	--	--	--	--	--	--	--

- **ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO**
- **Fecha de presentación del proyecto**

La fecha de presentación será: 10 de abril del 2018

- **Duración de la ejecución del proyecto**

La duración de la ejecución del Proyecto será de 6 meses, consignados desde el 01 de Julio al 01 de Diciembre del 2018.

Actividades	Meses											
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Formulación del Proyecto	■											
Ampliación del Marco Teórico		■	■	■								
Elaboración de los Instrumentos					■	■	■	■	■			
Desarrollo de la Investigación	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

- **Cronograma de Actividades**

- **Recursos**

- Personal

- Investigador.
- 01 estadístico.
- 01 Asesor.

- Bienes

- De consumo (fungibles)

- Refrigerios.

- De Inversión (fija).

- Material de escritorio.
- Impresiones.
- Fotocopias.

- Servicios
 - 01 Estadístico.
 - 01 Asesor.

- **Presupuesto**

De acuerdo al numeral 3.4. (Recursos: personal, bienes y servicios).

Nº	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO S/.	PRECIO TOTAL S/.
1.0	RECURSOS HUMANOS				S/. 8,150.00
	Investigador	Hh	300	25	7500
	Asesor	Und	1	650	650
2.0	EQUIPOS				S/. 2,500.00
	Laptop, impresora	Glb	1	2500	2500
3.0	SERVICIOS				S/. 2,900.00
	Encuestas	Glb	1	500	500
	Procesamiento de datos	Glb	1	400	400
	Logística	Glb	1	500	500
	Gasto de transporte	Glb	1	750	750
	Otros	Glb	1	750	750
TOTAL					S/. 13,550.00

- **Financiamiento**

- Con recursos propios

El presente proyecto de Investigación será autofinanciado por el Investigador a cargo: Galo Terrones Julcamoro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1.	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. BOLETIN EPIDEMIOLOGICO DEL PERU. Lima: Ministerio de Salud Perú , Lima; 2017. Report No.: Volumen 26.
2.	Organización Mundial de Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio. Ginebra: OMS, Departamento de Salud Reproductiva e investigación; 2012.
3.	Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. [Online]. Ginebra; 2016 [cited 2018 Marzo 20. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/ .
4.	Centro Regional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades. BOLETIN EPIDEMIOLOGICO 2017. Boletín. Cajamarca: Dirección Regional de Salud Cajamarca, Centro Regional de Epidemiología; 2017.
5.	Cunningham LBSDHEA. Williams Obstetricia. 24th ed. EDITORES MGHI, editor. México: Mc Graw Hill; 2015.
6.	Maria CMFd. El Control Prenatal, una Reflexión Urgente. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2009 Mayo; 60(2).
7.	Organización Panamericana de la Salud. SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL: HISTORIA CLINICA PERINATAL Y FORMULARIOS COMPLEMENTARIOS. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y

	Reproductiva, Salud de la Familia y Comunidad; 2011. Report No.: ISBN.
8.	A. D. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Salud Publica de México. 1990 marzo-abril; 32(2).
9.	Claudia Arispe MSGTCG,JLR. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Rev Medica Herediana. 2011 octubre-diciembre; 22(4).
10.	Ching-Ming Liu SDPJ. Relationship between prenatal care and maternal complications in women with preeclampsia: Implications for continuity and discontinuity of prenatal care. ELSEVIER. 2012 Enero; 51(4).
11.	Romero JP. Introducción al Simposio de Preeclampsia. Rev Peru Ginecol Obstet. 2017 enero-marzo; 63(2).
12.	Lina Vanessa Beltrán Chaparro PBJALRWOH. ESTADOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO: REVISIÓN. Rev. U.D.C.A Act. & Div. Cient.. 2014 julio-diciembre; 17(2).
13.	Sánchez SE. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. Rev. peru. ginecol. obstet. 2014 octubre a diciembre; 60(4).
14.	Leonardo Sosa MG. Estados hipertensivos del embarazo. Rev.Urug.Cardiol. 2013 Agosto; 28 (2).
15.	Colombia UNd. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2013 Julio a Septiembre; 64(3).
16.	MINSA. NORMA TECNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATRENA. In PROYECTO DE NTS N° - MINSA/DGSP.V.01; 2013; Lima. p. 61.
17.	Herrera JD. calcio y embarazo. Rev Medica Herediana. 2013 Julio a Septiembre; 24(3).

18.	Guzman JJPVJCMAGFWATAPA. ECOGRAFIA DOPPLER COMO FACTOR DE PREDICCIÓN DE PREECLAMPSIA Y RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL. Rev. méd. (Cochabamba). 2008 julio; 19(29).
19.	John Apaza Valencia MHG. Flujo sanguíneo uterino en el embarazo. Rev. peru. ginecol. obstet. 2015 abril- junio; 61(2).
20.	Alfaro Chaves M. Asociación entre el control prenatal y la Preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé- 2004. [Tesis Profesional] Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2004
21.	Paau Tot a. Factores de riesgo asociados a los trastornos hipertensivos del embarazo en pacientes atendidas en el hospital de Cobán, alta Verapaz, del año 2010 al 2013. [tesis profesional]. Guatemala. Universidad Rafael Landívar. 2015
22.	Gutiérrez Fernández R. Calidad de información registrada en el carnet de control prenatal en puérperas hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia del hospital vitarte agosto octubre 2015. [Tesis profesional]. Perú. Universidad Ricardo Palma. 2016

ANEXO

ANEXO N° 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente instrumento tiene por objetivo determinar la eficacia del buen uso del carnet perinatal en gestantes con diagnóstico de trastornos hipertensivos del embarazo referidas del primer al segundo nivel de atención. Red Cajamarca. 2018

- **Edad (años):** _____
- **Procedencia:** _____
- **Ocupación:**
 - Ama de casa
 - Estudiante
 - Profesional
- **Edad gestacional por FUR (SEM):** _____
- **G** ____ **P** _____
- **Estado civil:** Soltera ____ Casada ____ Conviviente ____ Viuda ____ Divorciada ____
- **Grado de instrucción:**

•

Analfabeta ____
Primaria incompleta ____
Primaria completa ____
Secundaria incompleta ____
Secundaria completa ____
Superior técnico ____
Superior universitario ____

-
- **Antecedente de parto prematuro:** si () _____ no () _____
- **Madre o hermana con antecedente de embarazo complicado con Trastorno Hipertensivo del embarazo. ¿Parentesco?:**
 - si () _____
 - no () _____
- **¿Sufre o padeció de algunas de estas enfermedades?**
 - Ninguno
 - Hipertensión
 - Preeclampsia
 - Diabetes
 - Obesidad
- **Tuvo presión alta en sus embarazos anteriores:** sí () _____ no () _____
- **A las cuantas semanas de embarazo inicio su primer control prenatal: ____ ¿Por qué?: _____**

- **A las cuantas semanas de embarazo se realizó su primera ecografía: _____**

¿Por qué?:_____

- **¿Cuántos controles prenatales tuvo durante todo su embarazo?**
 - Ninguno
 - Menos de 6 controles prenatales
 - Hasta 6 controles prenatales
 - Más de 6 controles prenatales
- **Durante este último embarazo ¿En qué posición le median la presión arterial en su puesto de salud?**
 - Sentada
 - Parada
 - Echada
- **¿Descanso por lo menos 10 minutos desde que llego al puesto hasta que le tomaron la presión arterial? Si_____ No_____**
- **¿Qué edad gestacional tuvo cuando le encontraron Presión arterial elevada en su centro de salud? _____**
- **Al momento de pesarla en el Puesto de Salud:**
 - La pesaban con toda su ropa ()
 - Le pedían desvestirse y colocarse una bata para pesarla ()

- **¿Alguien más aparte del personal del Puesto de Salud le ayudaba a controlar su embarazo?**

Si___ No___ ¿Quién?: _____

- **¿Con cuántos Kg inicio su embarazo?:**_____
- **¿Cuántos kilogramos subió durante todo su embarazo?:**
- **¿En su puesto de salud le recomendaron uso de aspirina antes de las 16 semanas?**
 - Si_____
 - No_____
- **¿En su puesto de salud le dieron calcio a partir de las 20 semanas?**
 - Si_____
 - No_____

ANEXO N° 2

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL PERFIL PROFESIONAL DE SALUD CON RESPECTO A LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

- **Usted como personal de salud es:**

Médico ()

Enfermera ()

Obstetriz ()

Técnico de Enfermería ()

- **¿Alguna vez fue capacitado en el adecuado llenado y uso del carnet perinatal?**

Si ()

No ()

- **amksjd**

- **¿Qué valor se considera hipertensión arterial en el embarazo?**

- PAS \geq 160 mmHg y/o PAD \geq 110 mmHg

- PAS \geq 140 mmHg y/o PAD \geq 90 mmHg

- Elevación de PAS $>$ 30 mmHg o Elevación de PAS $>$ 15 mmHg de basal

- Ninguna
- Todas
- **¿Cuál o cuáles de los siguientes signos y síntomas consideras importante para referir a una gestante?**
 - Epigastralgia
 - Acufenos
 - Escotomas
 - Hiperreflexia
 - PAS \geq 160 y/o PAD \geq 110 mmHg
 - PAS \geq 140 y/o PAD \geq 90 mmHg
 - Todos
- **¿Qué condiciones tendría en cuenta para una adecuada toma de la presión arterial?**
 - Posición sentada
 - Posición acostada
 - Reposo mínimo 10 minutos
 - Manubrio 2 traveses de dedos por encima de flexura del codo
 - Manubrio de acorde al brazo de la paciente
 - IV ruido de Korotkoff para medir la PAD
 - V ruido de Korotkoff para medir la PAD

- Ninguna
- Todas
- **¿Que condiciones toma en consideración para un adecuada toma de peso?**
 - Quitar zapatos y subir a la balanza
 - Restar de 0.5 a 1 Kg de peso según la cantidad de ropa que lleva la paciente
 - Pesar con solo una bata a las pacientes
 - Calibrar a cero la balanza con cada paciente
- **Que antecedentes considera como factor de riesgo para desarrollar trastorno hipertensivo del embarazo:**
 - Antecedente de Preeclampsia en embarazo previo
 - Antecedente de THE en familiar 1 grado
 - Primiparidad
 - Primipaternidad
 - Gestante Adolescente
 - Gestante añosa
 - Hipertensa crónica
 - Diabetes mellitus
 - Obesidad
 - Ninguna

- Todas

- **La ecografía del primer trimestre nos sirve para:**
 - Calcular la edad gestacional
 - Evaluar localización del embarazo
 - Evaluar viabilidad fetal
 - Evaluar número de fetos
 - Predictor de Preeclampsia
 - Ninguna
 - Todas

- **¿Qué intervenciones consideraría en la prevención de THE en gestantes con factores de riesgo?**
 - Antihipertensivo en gestantes con antecedente de Hipertensión crónica
 - Iniciar Aspirina en dosis bajas antes de 14 semanas
 - Iniciar Carbonato de calcio a partir de 20 semanas

- **¿Ante qué condiciones clínicas considera necesaria la referencia de una gestante al segundo nivel con THE?**
 - PAS \geq 160 mmHg
 - PAS \geq 140 mmHg

- PAD \geq 110 mmHg
 - PAD \geq 90 mmHg
 - Sintomatología de alarma
 - Proteinuria en orina
- **¿Cuándo fue la última renovación de equipo para toma de presión arterial en su puesto de salud? _____**
 - **¿Cuándo fue a última calibración de su equipo para toma de presión arterial en su puesto de salud? _____**
 - **¿Cuándo fue la última renovación de equipo para toma de peso en su puesto de salud? _____**
 - **¿Cuándo fue le última calibración de equipos para toma de Peso? _____**
 - **¿Cuánto tiempo en años, tienen los equipos del puesto de salud necesarios en la toma evaluación de sus pacientes?**

Tensiómetro: _____

Estetoscopio: _____

Balanza: _____

- **¿Con que test cuenta su establecimiento para evaluación de proteinuria en gestante?**
 - Proteinuria de 24 horas ()

- Tira reactiva en orina ()
- Test ácido sulfosalicílico ()
- **¿Su persona o alguien del establecimiento fue capacitado para el uso del ácido sulfosalicílico? Si o No, y hace cuanto tiempo:**
 - Si () _____
 - No ()
- **¿Cuándo fue el último curso o capacitación de su persona sobre Trastornos Hipertensivos del Embarazo?**
 - Hace 1 año o menos
 - Entre 1 a 2 años
 - Más de 2 años
- **¿Cuánto tiempo en años, tienen los equipos del puesto de salud necesarios en la toma evaluación de sus pacientes?**

Tensiómetro: _____

Estetoscopio: _____

Balanza: _____

- **¿Cuál es su centro referencial ante el diagnóstico de una gestante con trastorno hipertensivo de embarazo?**

- **¿Hay discusión de los casos clínicos de gestantes referidas con diagnóstico de Trastorno Hipertensivo del Embarazo en su establecimiento?**

Si ()

No ()