



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

CONOCIMIENTO DE LA USUARIA PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DE LA
PREECLAMPSIA
TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Licenciatura en Enfermería

Presenta:

Erika Adriana Mejía Resendiz
María Guadalupe Vázquez Rodríguez
Silvia Belen García Malagón

Dirigido por:

M.C.E. Gabriela Palomé Vega

SINODALES

M.C.E. Gabriela Palomé Vega
Presidente

Firma

Lic. Enf. Cristian H. González Chávez
Secretario

Firma

Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón
Vocal

Firma

Dra. Blanca Lilia Reyes Rocha
Suplente

Firma

Dra. Ruth Magdalena Gallegos Torres
Suplente

Firma

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Febrero 2012
México

DEDICATORIA

ERIKA ADRIANA MEJÍA RESENDIZ

Dedicado a mis padres Erik y Tere, y a mi hijo Haziél por ser mi mejor motivo.

MARÍA GUADALUPE VÁZQUEZ RODRÍGUEZ

A mis padres por luchar día a día para ver logrado mi sueño de cumplir una meta más en mi vida, la más importante y significativa; por sus consejos, valores, fortaleza y principalmente amor. A mis hermanos por su gran apoyo y consejos. A Julio Cesar Moreno Ángeles por compartir sus conocimientos que hacen que aprenda algo nuevo en mi desempeño.

SILVIA BELEN GARCÍA MALAGÓN

La presente tesis se la dedico a mi familia que gracias a sus consejos y palabras de aliento crecí como persona, mi padre Alfonso por brindarme los recursos necesarios y estar a mi lado apoyándome y aconsejándome siempre. A mi madre María Reyna por hacer de mi una mejor persona a través de sus consejos, enseñanzas y amor. A mi hermana Samantha por estar siempre presente, cuidándome y brindándome aliento.

AGRADECIMIENTO

ERIKA ADRIANA MEJÍA RESENDIZ

Mi agradecimiento principalmente a Dios por la vida y vocación que me ha dado, a mis padres por sus enseñanzas, amor, confianza y apoyo incondicional, a mi hijo por darme la fuerza de seguir adelante, a mi hermano Gabriel y tío Damián por sus consejos y ejemplo, a los maestros por sus conocimientos compartidos y a quienes han creído en mí y me han brindado palabras de aliento.

MARÍA GUADALUPE VÁZQUEZ RODRÍGUEZ

A Dios por permitir llegar hasta esta etapa de mi vida y por llenarme de bendiciones. A mis padres, porque hoy sin escatimar esfuerzos gracias a ustedes puedo ver alcanzada mi meta. Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. A Mis hermanos y a Julio Cesar Moreno que me han brindado su apoyo incondicional, consejos y amor.

SILVIA BELEN GARCÍA MALAGÓN

Agradezco a mis padres y hermana por su apoyo, confianza y amor, gracias por ayudarme a cumplir mis objetivos como persona y estudiante, un agradecimiento en especial a la directora de esta tesis M.C.E. Gabriela Palomé Vega por hacer posible esta tesis y a los sinodales por el apoyo brindado, A mis compañeras de tesis quienes me acompañaron en esta trayectoria de investigación apoyándome y brindándome su amistad fiel, sincera y de hermandad.

RESUMEN

La presente tesis es un trabajo realizado en el Centro de Salud del municipio de Cadereyta de Montes Querétaro, cuyo objetivo fue determinar el conocimiento de la usuaria para la detección oportuna de la preeclampsia. Se trata de un estudio cuantitativo, prospectivo, y de nivel descriptivo, utilizando para ello un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia con una muestra de 91 usuarias que llevan un control prenatal en la Unidad de Cadereyta; se aplicó un cuestionario de 30 reactivos, dividido en 3 apartados, con datos socioeconómicos, antecedentes del embarazo y conocimiento de Preeclampsia, validado mediante técnica Delphi. La media de la edad fue de $21 \pm$; el estado civil que más predomina fue la unión libre. El 42.9% cursó el nivel medio superior y solo el 9.9% trabaja. El 52.7% de las usuarias no sabe qué es la preeclampsia, el 57.1% desconoce los signos de alarma que conducen a la eclampsia. El 7% de las usuarias ha padecido preeclampsia. El 90% de las mujeres refirieron no tener antecedentes de Preeclampsia. Para el 59.3% de las usuarias la enfermera le brinda la orientación sobre su embarazo solamente cuando acude a consulta. Para la mayoría de las usuarias la enfermera ha dado seguimiento completo de su embarazo. Como conclusión se espera que para las instituciones de salud estos resultados orienten la planeación de estrategias para la implementación de los programas dirigidos a la prevención de la preeclampsia y eclampsia, todo ello para contribuir, sensibilizar y mejorar la atención y orientación a la mujer embarazada.

Palabras clave: Preeclampsia, conocimiento, usuaria.

SUMMARY

This thesis is a work in the Health Center Township Forestry Cadereyta Querétaro, whose objective was to determine the knowledge of the user for the early detection of preeclampsia. This is a quantitative, prospective, and descriptive level, using a non-probability sampling rate of convenience with a sample of 91 clients who have a prenatal control Cadereyta Unit, we applied a questionnaire of 30 reagents, divided into 3 sections, with socioeconomic data, background knowledge of pregnancy and preeclampsia, validated by Delphi. The mean age was 21 +, the most prevalent marital status was the union. The 42.9% passed the high school level and only 9.9% work. The 52.7% of users do not know what is preeclampsia, 57.1% do not know the warning signs that lead to eclampsia. 7% of users have had preeclampsia. 90% of women reported no history of preeclampsia. For 59.3% of users the nurse gives guidance on pregnancy only when she comes to visit. For most users has monitored the nurse complete her pregnancy. In conclusion it is expected that health institutions these results will guide the planning of strategies for the implementation of programs aimed at preventing pre-eclampsia and eclampsia, all to help, raise awareness, improve care and counseling to pregnant women.

Keywords: Preeclampsia, knowledge user.

CONTENIDO

| | |
|--|--------|
| DEDICATORIA | i |
| AGRADECIMIENTO | ii |
| RESUMEN..... | iii |
| I. INTRODUCCIÓN..... | - 1 - |
| 1.1. Planteamiento del Problema..... | - 3 - |
| 1.2. Justificación | - 8 - |
| 1.3 Objetivos | - 9 - |
| II. REVISIÓN LITERARIA..... | - 10 - |
| 2.1. Antecedentes | - 10 - |
| 2.2. Preeclampsia..... | - 11 - |
| 2.3 Clasificación de la preeclampsia..... | - 12 - |
| 2.4 Cuadro Clínico. | - 13 - |
| 2.4.1. Signos y síntomas | - 13 - |
| 2.4.2. Diagnóstico..... | - 14 - |
| 2.4.3. Tratamiento..... | - 15 - |
| 2.4.4. Complicaciones..... | - 16 - |
| 2.4.5. Pronóstico..... | - 17 - |
| 2.5 Estrategias para la reducción de la mortalidad materna | - 18 - |
| 2.6 Funciones de enfermería en la atención prenatal | - 20 - |
| 2.7. Estudios Relacionados | - 21 - |
| III. METODOLOGÍA | - 23 - |
| 3.1. Diseño | - 23 - |
| 3.2. Universo y muestra | - 23 - |
| 3.3. Material y método | - 24 - |

| | |
|--|--------|
| 3.4. Plan de análisis | - 24 - |
| 3.5. Ética de estudio | - 25 - |
| IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... | - 26 - |
| 4.1 Resultados | - 26 - |
| 4.2 Discusión..... | - 36 - |
| V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS | - 38 - |
| 5.1. Conclusiones..... | - 38 - |
| 5.2 Sugerencias..... | - 39 - |
| VI. BIBLIOGRAFÍA | - 40 - |
| VII. ANEXOS | - 44 - |
| 7.1 Carta de Consentimiento Informado..... | - 44 - |
| 7.2 Instrumento | - 45 - |
| 7.3 Operacionalización de Variables..... | - 52 - |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|--------|
| Tabla No. 1 Mortalidad materna..... | - 4 - |
| Tabla No. 2 Principales causas de defunción..... | - 5 - |
| Tabla No. 3. Muertes maternas obstétricas ocurridas en el estado de Querétaro 2007, por lugar de ocurrencia..... | - 6 - |
| Tabla No. 4 Categorías del significado de preeclampsia para las usuarias .- | 34 - |
| Tabla No. 5 Signos de alarma de la preeclampsia según las usuarias. | - 35 - |

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estado sociodemográfico de pacientes que llevan control prenatal en el Centro de Salud Unidad Cadereyta..... - 27 -

Figura 2. Semanas de gestación de usuarias que llevan control prenatal en el Centro de Salud Unidad Cadereyta..... - 29 -

Figura 3. Conocimiento de la usuaria sobre la preeclampsia..... - 31 -

Figura 4. Orientación del personal de enfermería sobre el embarazo..... - 32 -

I. INTRODUCCIÓN

Enfermería es una profesión que se ha ocupado del cuidado del paciente, a través de las acciones implementadas en los niveles de prevención, de las diferentes patologías para adecuar el cuidado que se les brinda a todo tipo de personas, desde los niños, adolescentes, jóvenes, adultos, ancianos, de ambos sexos y a la mujer en edad reproductiva.

La mujer embarazada es un grupo vulnerable, pues a mayor aumento de embarazos también se presentan mayor número de complicaciones y una de las más comunes es la preeclampsia, la cual tiene una prevalencia entre el 7 y el 10% de la población gestante, afectando preferentemente a mujeres en edades extremas: menores de 15 y mayores de 35 años, las de raza negra y sin antecedentes cardiovasculares o renales, tienen la característica reversible en el posparto (OMS, 2010).

Por todo esto es interesante saber si la paciente posee los conocimientos necesarios para la detección oportuna de la preeclampsia, los cuales se les brinda a toda embarazada dentro del control prenatal, logrando de esta forma una correcta promoción e implementación de cuidados preventivos como:

- Consulta mensual, control de peso, toma de TA, monitoreo cardiaco del bebé.
- Orientación sobre la dieta (reducción de consumo de sal), reposo.
- Estrecha vigilancia del bebé ya que debido a la alteración de la presión arterial puede ocurrir desprendimiento de placenta, lo que conlleva a un nacimiento prematuro.

Si la usuaria ya es diagnosticada con un cuadro severo, la mujer debe ser hospitalizada porque implica alto riesgo tanto para ella como para el bebé, con manifestación de sufrimiento fetal, restricción de crecimiento intrauterino y la muerte.

La enfermera debe establecer una buena relación de confianza con la paciente, de ésta manera se podrá identificar el inicio de la sintomatología o señales que indique peligro para la vida de la madre e hijo. Esto permitirá, brindar un seguimiento continuo de cuidados de la paciente, como base deberá existir una actualización de conocimientos y la calidad de su práctica, contribuyendo así en la prevención y detección temprana de las complicaciones.

El propósito de ésta investigación es determinar el conocimiento de la usuaria para la detección oportuna de la preeclampsia en el Centro de Salud Unidad Cadereyta, esto permitirá conocer la atención y el cuidado que brinda el personal de enfermería para la detección de posibles complicaciones maternas y perinatales en futuros estudios.

1.1. Planteamiento del Problema

En la actualidad han surgido muchas complicaciones en el periodo del embarazo una de las cuales es la preeclampsia, que se caracteriza por el aumento de la presión arterial $>$ o igual a 140/90 y la determinación de proteinuria en 24 horas $>$ a 30mg. A pesar de que se desconoce la causa exacta de la preeclampsia, hay factores que ayudan a desencadenarla como los problemas placentarios, vasculares, genéticos, metabólicos, renales, hepáticos, hematológicos, inmunológicos o mixtos a los que suman factores culturales, sociales, económicos y geográficos. Además, se ha notado que existen otras circunstancias que se convierten en factores de riesgo como ser el primer embarazo, desnutrición, obesidad, ser menor de 15 años y mayor de 35 años, tener embarazos múltiples y/o antecedentes de diabetes, de presión arterial alta o de complicaciones en el riñón (Secretaría de Salud, 2007)

En la mayoría de los casos, la preeclampsia aparece en las últimas semanas del embarazo y con un adecuado control médico obstétrico, reposo, dieta sana y supervisión de la salud del bebé, no hay riesgos importantes para la salud de la madre y el bebé (Córdova, et al. 2007).

La preeclampsia se asocia a una vasoconstricción arterial, lo que provoca una disminución en la llegada de sangre a órganos maternos importantes como los riñones, hígado, cerebro y también la placenta. Como consecuencia hay una disminución de la llegada de alimentos y oxígeno al bebé que le impide un crecimiento intrauterino adecuado, favorece una disminución en el volumen de líquido amniótico, y en casos extremos puede ser causa de un desprendimiento prematuro de placenta, asociado a numerosos riesgos en la salud del bebé. (García, et al.2006).

La retención de líquidos o edema asociado a la preeclampsia se debe a la disminución de proteínas en la sangre y a alteraciones en los vasos capilares, que

permite la salida de líquidos a los tejidos y también la eliminación de proteínas por la orina. (Briones, et al. 2008).

De acuerdo con estadísticas internacionales, la incidencia de preeclampsia a nivel mundial oscila entre el 3 y el 14 por ciento, con el índice más bajo en Canadá, Inglaterra y Estados Unidos, en tanto que la cifra más alta se registra en países del Caribe, América Latina y Asia (IMSS, 2007).

Tabla No. 1, en México, durante el año 2010 se registraron 49.8 muertes maternas por cada 100 mil nacimientos y hasta el 05 de enero del 2011, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) estimada era de 48.9 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, lo que representa un decremento del 13.4% con respecto a lo registrado a la misma fecha de año pasado (Sinave/DGE/salud, 2011).

Tabla No. 2, las principales causas de defunción siguen siendo Preeclampsia-Eclampsia, Hemorragia y Aborto que suman el 48.7% del total de defunciones (Sinave/DGE/salud, 2011).

Tabla no. 1 Mortalidad materna.

| Año | Cierre definitivo DGIS | | Cierre preliminar DGE | | A la semana de corte DGE | |
|------|------------------------|------|-----------------------|------|--------------------------|------|
| | defun | RMM | defun | RMM | defun | RMM |
| 2006 | 1166 | 58.6 | 1121 | 56.3 | 1022 | 51.4 |
| 2007 | 1097 | 55.6 | 1113 | 56.4 | 967 | 49.0 |
| 2008 | 1119 | 57.2 | 1074 | 54.9 | 989 | 50.6 |
| 2009 | 1207 | 62.2 | 1254 | 64.6 | 1105 | 57.0 |
| 2010 | ** | ** | ** | ** | 945** | 48.9 |

*RMM: Razón de mortalidad materna por 100mil nacidos vivos

**Incluye 3 defunciones extranjeras, no considerada para cálculo de Tasa

Fuente: Sinave/DGE/salud, 2011.

Tabla no. 2 Principales causas de defunción.

| Defunciones por causa | | | |
|--|------------|-------------|------------|
| Causa | Total | RMM** | % |
| Preeclampsia-Eclampsia | 232 | 12.0 | 24.6 |
| Hemorragia postparto | 153 | 7.9 | 16.2 |
| Aborto | 75 | 4.0 | 7.9 |
| Neumonía** | 74 | 3.8 | 7.8 |
| Otras causas obstétricas directas | 69 | 3.6 | 7.3 |
| Septicemia | 38 | 2.0 | 4.0 |
| Alteraciones placentarias | 37 | 1.9 | 3.9 |
| Trauma obstétrico | 36 | 1.9 | 3.8 |
| Embolia pulmonar | 35 | 1.8 | 3.7 |
| Patologías RAMOS*** | 43 | 2.2 | 4.6 |
| Alteraciones digestivas | 31 | 1.6 | 3.3 |
| Neoplasias | 30 | 1.6 | 3.2 |
| Causas infecciosas | 29 | 1.5 | 3.1 |
| Cardiopatías | 16 | 0.8 | 1.7 |
| Alteraciones del SNC | 11 | 0.6 | 1.2 |
| Cardiopatías congénitas | 6 | 0.3 | 0.6 |
| Alteraciones de tejidos blandos | 5 | 0.3 | 0.5 |
| Alteraciones metabólicas y de la nutrición | 3 | 0.2 | 0.3 |
| Padecimientos cutáneos | 3 | 0.2 | 0.3 |
| Alteraciones hematológicas | 3 | 0.2 | 0.3 |
| Alteraciones respiratorias | 2 | 0.1 | 0.2 |
| Alteraciones renales | 2 | 0.1 | 0.2 |
| Causas NO MATERNAS | 12 | 0.6 | 1.3 |
| Total | 945 | 49.1 | 100 |

Fuente: Sinave/DGE/salud, 2011

En estadísticas estatales en Querétaro la causa de muerte materna obstétrica durante el 2007 básicamente son dos: hemorragia o preeclampsia-eclampsia. Se ha descendido la tasa de defunción de hemorragia o preeclampsia por cada 10 mil recién nacidos vivos, desde el 2001 que hubo 4.49, luego 4.51, 4.55 y en el 2005 hubo 4, es decir en el 2006 hubo 3.59. El año 2005 hubo defunciones de señoras embarazadas que son menos que las que se presentaron en los años anteriores. (SESEQ, 2007.)

En la tabla 3 se muestran las muertes maternas obstétricas ocurridas en el estado de Querétaro durante el 2007, describiendo el lugar donde ocurrieron, siendo la mayoría en la SESEQ con 8 muertes, divididas en el Hospital del Niño y la Mujer con 6 y Hospital General de Querétaro con 2 muertes; los diagnósticos obtenidos más comunes son la hemorragia y el síndrome HELLP. El nombre de HELLP proviene de sus iniciales en inglés: H: hemolisis, EL: elevated liver enzymes y LP low platelets. En términos generales y prácticos, se define como síndrome de HELLP a aquellas pacientes que presentan una enfermedad aguda hipertensiva

en la gestación, ya sea preeclampsia, inminencia de eclampsia, y con datos de plaquetopenia, disfunción hepática y hemolisis. (Sánchez, et al. 2007).

Tabla no. 3. Muertes maternas obstétricas ocurridas en el estado de Querétaro 2007, por lugar de ocurrencia

| LUGAR | MUERTES MATERNAS | DIAGNÓSTICOS |
|----------------------------|------------------|---|
| HOGAR | 2 | HEMORRAGIA HEMORRAGIA |
| SESEQ 6 HNYM 2 HGQRO | 8 | HEMORRAGIA HEMORRAGIA PREECLAMPSIA HEMORRAGIA SEPSIS (GUANAJUATO) LUPUS SEPSIS |
| IMSS | 6 | ECLAMPSIA HELLP SEPSIS Síndrome de HELLP (SESEQ) FOSFOLIPIDICO/SEPSIS HELLP |
| TRASLADO | 1 | ECLAMPSIA |
| ISSSTE | 1 | HELLP (GUANAJUATO) |
| PRIVADAS | 2 | HELLP (GUANAJUATO) |

Fuente: Mortalidad Materna obstétricas 2007, SESEQ.

De acuerdo a la gran prevalencia de la preeclampsia se deberá poner mayor atención y observación en la información proporcionada durante el control prenatal para así lograr que la usuaria reconozca los signos y síntomas antes que se hagan evidentes e identifique cualquier cambio en ella durante y después del embarazo.

Las mujeres pobres de zonas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada. Esto es especialmente cierto en regiones con pocos profesionales sanitarios cualificados, como el África subsahariana y Asia Meridional. Aunque la atención prenatal ha aumentado en muchas partes del mundo durante el último decenio, solo el 66% de las mujeres de los países en desarrollo se benefician de una atención especializada durante el

parto. Esto significa que millones de partos no son asistidos por un médico, una matrona o una enfermera diplomada. En los países de ingresos elevados, prácticamente todas las mujeres realizan como mínimo cuatro consultas prenatales, son atendidas durante el parto por profesionales sanitarios capacitados y reciben atención posnatal. En los países de ingresos bajos y medios solo realizan como mínimo cuatro consultas prenatales menos de la mitad de las embarazadas (OMS, 2007).

Otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son:

- la pobreza,
- la distancia,
- la falta de información,
- la inexistencia de servicios adecuados,
- las prácticas culturales.

Para mejorar la salud materna, hay que identificar y eliminar los obstáculos al acceso a servicios de salud materna de calidad en todos los niveles del sistema sanitario.

En función de la revisión del estado del arte se identificó una ausencia, en el estado de Querétaro, de estudios que demuestran el conocimiento de la usuaria con respecto a la Preeclampsia.

El referente empírico muestra que las mujeres carecen de la información necesaria para identificar y prevenir la Preeclampsia y con ella disminuir el riesgo para el producto y ella misma.

De lo anterior se deriva la siguiente pregunta de investigación:

- ¿Cuál es el conocimiento que posee la usuaria para la detección oportuna de la Preeclampsia?

1.2. Justificación

La presencia de preeclampsia se ha convertido en uno de los principales problemas que afectan a las mujeres embarazadas, pues actualmente los hábitos y estilos de vida han cambiado radicalmente.

Debido a que la mujer cada vez se incorpora más en el ámbito laboral, ocasionándole estrés y de igual manera provocando que tenga una mala alimentación por omisión de alguna de las comidas necesarias al día o consumiendo productos industrializados que alteran su salud.

Por esto es interesante conocer tanto las causas de la patología y sus consecuencias para lograr una correcta promoción y prevención de la enfermedad y si ya la hay, una planificación y planteamiento de cuidados de enfermería adecuados, todo esto dará un beneficio a las instituciones y al mismo profesional de enfermería ya que la población tendrá más conocimiento sobre esta patología y ayudará al personal de enfermería para la pronta identificación y saber actuar adecuadamente cuando se presente alguna complicación con alguna paciente con preeclampsia.

El hecho de que la usuaria esté más informada sobre la preeclampsia dará un beneficio en ella ya que llevará un buen control prenatal e información de los posibles riesgos a lo largo de su embarazo. Lo que da como resultado una disminución en las complicaciones tanto de la madre como del feto.

Al conocer las causas y consecuencias de la Preeclampsia, se logra una correcta promoción e implantar cuidados preventivos como:

- Consulta mensual, control de peso, toma de TA, monitoreo cardiaco del feto.
- Orientación sobre dieta y reposo.
- Estrecha vigilancia del bebé.

Lo que reducirá costos a las instituciones por consiguiente una menor incidencia de complicaciones por Preeclampsia en el Segundo Nivel de Atención.

1.3 Objetivos

Objetivo General

Determinar el conocimiento de la usuaria para la detección oportuna de la preeclampsia.

Objetivos Específicos

1. Identificar el conocimiento de los signos y síntomas de alarma por cada trimestre que posee la usuaria para la detección oportuna de la preeclampsia.
2. Definir las variables sociodemográficas de la usuaria que acude a control en el centro de salud.

II. REVISIÓN LITERARIA

En este capítulo se revisarán los antecedentes de los cuidados perinatales, la preeclampsia, su clasificación, cuadro clínico, estrategias de reducción de la mortalidad materna, control prenatal, y algunos estudios relacionados con el tema.

2.1. Antecedentes

Los cuidados perinatales, que incluyen la vigilancia prenatal y la asistencia intraparto, tienen como objetivo conseguir que todo embarazo y parto culminen con una madre y un hijo sanos. La evaluación de la calidad y eficacia de los cuidados perinatales es una preocupación y un objetivo de cualquier institución, hospital, región o país (Cunningham y Macdonald, 2006). De esta evaluación se pueden deducir los cuidados sanitarios y de las estrategias diagnósticas y terapéuticas adoptadas, así como las posibles deficiencias y limitaciones.

En México, la civilización indígena se adelantó a muchas épocas en lo referente a cuidados pre y postnatales, la historia de la atención obstétrica como oficio reconocido se remonta a la época precolombina, donde la partera o Tlamalquiticitl era una personalidad respetada y estimada en la sociedad. La Tlamalquiticitl tenía un papel verdaderamente complejo, pues no se encargaba tan sólo de aconsejar y vigilar a la mujer durante el embarazo, atender el parto y el puerperio, sino que sus importantes funciones comenzaban desde antes de la concepción -en una extraordinaria similitud al concepto que expresa Williams (Miguel y Fabre, 2007)

Según la norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-1993, "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio", el control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvicovaginales

e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación (NOM-007-SSA2-1993)

El control prenatal con enfoque de riesgo se basa en el análisis de todos aquellos factores intrínsecos o extrínsecos a la mujer, que pueden desarrollar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto (Chavez y Gaña, 2008)

La atención materna representa aproximadamente la mitad de las intervenciones médicas, cada día mueren en todo el mundo unas 1000 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2008 murieron 358 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países en desarrollo y la mayoría de ellas podrían haberse evitado (OMS, 2010)

2.2. Preeclampsia

Se define como la aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 del embarazo. Se suele acompañar de edema. Si no es tratada adecuadamente puede ser causa de graves complicaciones tanto para la mujer embarazada como para el feto (Villanueva y Collado, 2007).

En la gestante, puede complicarse evolucionando a una eclampsia, o puede manifestarse con el grave cuadro de Síndrome HELLP, pero también en forma de hemorragias cerebrales, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal, etc. que explican que sea una de las cuatro grandes causas de mortalidad materna incluso en países desarrollados. En el feto, se suele acompañar de insuficiencia

placentaria que suele manifestarse por la Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCrIU), pero que puede llegar a provocar la muerte fetal. Es habitual obligue a terminar la gestación antes de término, de forma que junto a la rotura prematura de membranas, es una de las causas más frecuentes de prematuridad extrema. Es variable, probablemente debido a factores genéticos, ambientales y especialmente a la nutrición (Cararach y Botet, 2008).

2.3 Clasificación de la preeclampsia.

Según la Secretaria de Salud en el año 2007 la clasificación de la preeclampsia se divide en 4.

PREECLAMPSIA:

Es un síndrome hipertensivo inducido por el embarazo acompañado de proteinuria, edema vinculándose con alteraciones en otros sistemas de órganos. Por lo regular se establece la proteinuria >300mg de proteína en 24 horas.

PREECLAMPSIA LEVE:

Presión arterial de 140/90mm Hg o más, o elevación de 30 mm de Hg en sistólica y 15mm Hg en diastólica, cuando son reconocidas las cifras basales se presenta después de la semana 20 hasta 300 días posparto, existiendo proteinuria más de 300 mg en 24 horas y con ausencia de síntomas de vasoespasmo.

PREECLAMPSIA SEVERA:

Presión arterial de 160/110 mm Hg o más después de la semana 20 hasta 30 días posparto, con proteinuria mayor de 5g en 24 horas, acompañada de cefalea, acúfenos, fosfenos y edema generalizado.

ECLAMPSIA:

El desarrollo de convulsiones o coma en pacientes con signos y síntomas de preeclampsia en ausencia de otras causas de convulsiones. Estas aparecen por primera vez antes del trabajo de parto en un 50% de los casos, durante él en un 25% y temprano en posparto en otro 25%.

2.4 Cuadro Clínico.

2.4.1. Signos y síntomas

Los autores Córdova, Hernández y Uribe en el año 2007 describen las siguientes manifestaciones clínicas en el manual de prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/ eclampsia.

- Edema generalizado
- Dolores de cabeza: suelen estar presentes en las formas moderadas o graves de la preeclampsia. El dolor puede ser en la frente o en la parte posterior de la cabeza, pulsátil o continuo, puede acompañarse de síntomas visuales y suele llegar a ser muy intenso, sobre todo cuando precede a la aparición de convulsiones
- Cambios en el estado de ánimo
- Dolor en la parte alta del abdomen junto a la presencia de náuseas y vómitos son recurrentes en las formas graves de la enfermedad y suele comenzar antes de que aparezcan otros síntomas
- Respiración entrecortada
- Aumento repentino de peso en 1 ó 2 días
- Alteraciones visuales y agitación y confusión

Las autoras Cárdenas y Carrillo en el 2006 nombran que además de la elevación de la TA y de la proteinuria, los signos que nos deben poner alerta, como indicadores de situación grave de la embarazada y como signos premonitorios de comienzo de eclampsia son:

- Mal funcionamiento de los riñones con retención de líquidos tanto a nivel de extremidades como de órganos:
- Cerebro: originando convulsiones
- Pulmón: causando dificultad respiratoria, y, lo más grave
- Coagulación intravascular diseminada (se forman coágulos en todo el sistema circulatorio).

2.4.2. Diagnóstico

Los autores Rosas y Lomeli en el año 2008, muestran el diagnóstico de la preeclampsia según la clasificación.

Preeclampsia leve:

Se establece el diagnóstico de preeclampsia leve cuando se presentan los siguientes criterios después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras seis semanas posparto en una mujer sin hipertensión arterial previa.

- Presión sistólica mayor o igual a 140 mm Hg o presión diastólica mayor o igual a 90 mm Hg
- Proteinuria mayor o igual a 300 mg. en una colección de orina de 24 hr. Esta se correlaciona usualmente con la presencia de 30 mg/dl. en tiras reactivas (se requieren 2 determinaciones o más con un lapso de 6 horas en ausencia de infección de vías urinarias o hematuria).

Preeclampsia severa

Se establece el diagnóstico de preeclampsia severa cuando se presentan uno o más de los siguientes criterios después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras seis semanas posparto.

- Presión sistólica mayor o igual a 160 mm Hg o Presión diastólica mayor o igual a 110 mm Hg
- Proteinuria a 2 gr en orina de 24 horas o su equivalente en tira reactiva
- Creatinina sérica > 1.2 mg/dl
- Trombocitopenia $\leq 150\ 000$ cel/mm³
- Incremento de la deshidrogenasa láctica ≥ 600 UI
- Cefalea, alteraciones visuales o cerebrales persistentes
- Epigastralgia
- Restricción en el crecimiento intrauterino
- Oligohidramnios
- Oliguria ≤ 500 ml en 24 horas
- Edema agudo de pulmón
- Dolor en hipocondrio derecho

Eclampsia:

El diagnóstico se establece cuando pacientes con preeclampsia, presentan convulsiones o estado de coma en ausencia de otras causas de convulsiones.

- Presión arterial sistólica mayor de 185 mm Hg o presión arterial diastólica mayor igual de 115 mm Hg
- Proteinuria mayor o igual a 5 gr/dl.
- Náusea, vómito, cefalea
- Epigastralgia
- Trastornos de la visión
- Hiperreflexia generalizada
- Estupor
- Irritabilidad

2.4.3. Tratamiento

Leis y Rodríguez en el 2009 muestran el tratamiento que se debe llevar la paciente con preeclampsia.

Preeclampsia leve.

Terminar la gestación al llegar a término sin sobrepasar la semana 40.

No se ha demostrado que se mejore con reposo, ni con tratamiento hipotensor. Se debe controlar la aparición de signos de gravedad, para poder iniciar el tratamiento en el momento oportuno.

Preeclampsia grave. En todos los casos se debe:

1. Controlar la TA con hipotensores manteniendola a ser posible por debajo de los valores indicados como de gravedad, pero por encima de 140/90 para no disminuir la perfusión placentaria en exceso. Se usará labetalol (oral o iv) o metil-dopa (oral) si es preciso asociados a hidralazina(oral o iv). No usar betabloqueantes (atenolol) ni IECAs. ni ARA-II.
2. Hacer prevención del riesgo de Eclampsia y la posible la hiperreflexia, con sulfato de magnesio (SO₄Mg)

3. Vigilar la aparición de otros signos de gravedad S. HELLP, CID clínica, insuficiencia cardíaca, renal, etc.

4. Controlar el bienestar fetal con NST periódico, perfil biofísico y Doppler para comprobar el grado de afectación fetal y si existen signos de redistribución vascular, para poder indicar la extracción fetal antes de la afectación de los vasos venosos, momento que por lo que sabemos hasta ahora, coincide con el inicio de la acidosis fetal

5. Finalizar la gestación:

5.1. A término: En cuanto la situación materna esté estabilizada

5.2. Pretérmino >32 semanas, en cuanto se compruebe la madurez pulmonar fetal, o antes si hay indicación materna o fetal.

5.3. Pretérmino <32 semanas: siempre que exista indicación materna por aparición de complicaciones graves o fetales con signos de redistribución ante la hipoxia:

5.4. 28-32 semanas: madurar con corticoides y valoración del riesgo de prematuridad correspondiente a cada semana y peso fetal frente a los signos de redistribución ante la hipoxia con afectación de vasos venosos o indicación materna. A partir de la semana 30 probablemente nos inclinaremos por la extracción fetal con feto madurado.

5.5. Pretérmino <28 semanas: Siempre maduración fetal y finalizar si el riesgo materno o fetal es superior al de la inmadurez. (Cararach, Botet, 2008).

2.4.4. Complicaciones

Los autores Hernández, Estrada, Brito, Vila y Juárez en 2007 describen las complicaciones que pueden llegar a tener las madres y los bebés a consecuencia de la preeclampsia.

Consecuencias para la madre:

- Baja el aporte de sangre que suministra oxígeno y nutrientes al feto. Esto puede retrasar el crecimiento del feto.

- Aumenta el riesgo de desprendimiento de la placenta de la pared uterina antes del parto, que puede provocar hemorragia abundante y shock, lo que pone en peligro a la madre y al bebé.
- El síntoma más común es la hemorragia vaginal después de las 20 semanas de embarazo, por lo que se recomienda a las mujeres embarazadas informar cualquier hemorragia vaginal a su médico de inmediato.
- La preeclampsia puede, en raros casos, evolucionar rápidamente y convertirse en una condición potencialmente letal llamada eclampsia, que provoca convulsiones y estado de coma. Afortunadamente, la eclampsia es poco común en mujeres que reciben atención prenatal a intervalos regulares.

Consecuencias para el bebé:

- Prematurez y retraso en el crecimiento fetal
- Bajo peso al nacer
- Predisposición a infecciones
- Complicaciones respiratorias graves
- Muerte dentro del útero (Infogen 2008).

2.4.5. Pronóstico

Arias en la guía práctica para el embarazo y parto de alto riesgo del 2009 determina los factores que pueden servir para pronosticar una preeclampsia.

Debe aplicarse tanto a la madre como al feto. Este desorden es una de las tres causas principales de muerte durante la gestación en la mayoría de los países del mundo. Es además, una de las causas importantes de muerte perinatales. Los principales factores que pueden servir de base para pronosticar una hipertensión crónica posteriormente son:

-Las mujeres jóvenes que han sufrido PE (Preeclampsia) o eclampsia en el primer embarazo, se considera que tienen un riesgo de recurrencia en el segundo

embarazo de 19.5% para la moderada y 25.9% para la severa y de 1.4% para eclampsia, así como un riesgo mayor de sufrir hipertensión y diabetes mas tarde.

-El síndrome de HELLP tiene una posibilidad de recurrencia del 5% y hay un aumento en la posibilidad de desarrollar hipertensión.

-La mortalidad fetal intermedia, tardía y la perinatal son proporcionales a la gravedad del cuadro hipertensivo.

-La evolución del proceso también influye en el pronóstico materno fetal. Más de la mitad de los fetos pueden morir en los casos graves. El funcionamiento renal es un factor muy valioso para el pronóstico.

-Cuando la PE (Preeclampsia) o la eclampsia ocurren lejos del término se debe pensar en un síndrome antifosfolípidos. Se deben hacer los exámenes necesarios, para determinar el riesgo de recurrencia.

-Se han analizado compuestos relacionados con el estrés oxidativo, con la autoinmunidad, la trombofilia, hormonas placentarias, resistencia a la insulina, marcadores genéticos y muchos más.

En resumen, es muy obvio que la preeclampsia tiene un factor hereditario muy complejo, similar al de las enfermedades crónicas tales como la diabetes, la hipertensión y el asma. La genética de las enfermedades crónicas comprende muchos sitios de susceptibilidad a la enfermedad, así como interacciones ambientales genéticas. La potencia del componente fetal (paterno), complica aún más la elucidación del modo hereditario de la preeclampsia.

2.5 Estrategias para la reducción de la mortalidad materna

Durante la cumbre de la organización de las naciones unidas sobre los ODM, celebrada en septiembre de 2010, el secretario general Ban Ki-moon presentó una estrategia mundial de salud materna e infantil donde refiere que la mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el

parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales sanitarios especializados, puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte.

Las hemorragias graves tras el parto pueden matar a una mujer sana en dos horas si no recibe la atención adecuada. La inyección de oxitocina inmediatamente después del parto reduce el riesgo de hemorragia. Las infecciones tras el parto pueden eliminarse con una buena higiene y reconociendo y tratando a tiempo los signos tempranos de infección (Donat, 2006).

La preeclampsia debe detectarse y tratarse adecuadamente antes de la aparición de convulsiones (eclampsia) u otras complicaciones potencialmente mortales. La administración de fármacos como el sulfato de magnesio a pacientes con preeclampsia puede reducir el riesgo de que sufran eclampsia. (Hofmeyr, et al. 2008).

La obstrucción del parto se produce cuando la cabeza del niño es demasiado grande para la pelvis de la madre o cuando tiene una mala posición para nacer. Una forma simple de identificar estos problemas tempranamente es el partograma (una gráfica de la progresión del parto y del estado materno y fetal). Los profesionales experimentados pueden utilizar el partograma para identificar y tratar el parto lento antes de que ponga en peligro la vida de la madre y del niño. En caso de necesidad se puede practicar una cesárea. (Seguranes, 2006).

Para evitar la muerte materna también es fundamental que se eviten los embarazos no deseados o a edades demasiado tempranas. Todas las mujeres, y en particular las adolescentes, deben tener acceso a la planificación familiar, a servicios que realicen abortos seguros en la medida en que la legislación lo permita, y a una atención de calidad tras el aborto.

2.6 Funciones de enfermería en la atención prenatal

Los autores Barrios y Montes en el año 2007 describen como se debe otorgar la atención holística a la embarazada durante el periodo gestacional con base en la identificación oportuna de los factores de riesgo ya que cuenta con los conocimientos y aptitudes para:

1. Confirmar el embarazo y determinar el riesgo obstétrico con base en los criterios de clasificación establecidos y derivar oportunamente al siguiente nivel de atención en caso de detección de alto riesgo mediante las siguientes acciones:

1.1 Integrar historia clínica gineco-obstétrica, lo que comprende aplicar técnicas y procedimientos tales como:

1.1.1 Realizar el interrogatorio general y obstétrico.

1.1.2 Efectuar exploración física general y ginecológica.

1.1.3 Realizar somatometría.

1.1.4 Determinar las cifras de las constantes vitales.

1.1.5 Valorar altura del fondo uterino.

1.1.6 Realizar las maniobras de Leopold.

1.1.7 Auscultar la frecuencia cardíaca fetal.

1.1.8 Valorar el estado nutricional de la madre.

1.1.9 Solicitar exámenes básicos de laboratorio.

1.2 Determinar el riesgo obstétrico una vez efectuadas las actividades anteriores y en cada una de las consultas.

1.3 Referir oportunamente al siguiente nivel de atención embarazos de alto riesgo.

2. Concertar con la embarazada el plan de control y cuidados dependiendo de las condiciones físicas, emocionales, espirituales, sociales y culturales mediante las siguientes acciones:

2.1 Programar el número de consultas de acuerdo con el estado general, edad gestacional y características individuales y familiares.

2.2 Iniciar terapéutica preventiva encaminada a evitar procesos anémicos en la madre y defectos del producto al nacimiento.

2.3 Capacitar a la embarazada para que identifique oportunamente signos y síntomas de alarma en el embarazo.

2.4 Informar sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco, alcohol, drogas y exposición a agentes químicos.

2.5 Valorar el proceso de adaptación individual y familiar ante el evento obstétrico e identificar cambios en el estado emocional que requieran de atención especializada.

2.6 Proponer acciones de preparación del ambiente familiar para recibir al recién nacido.

2.7 Promover la adquisición de hábitos higiénicos dietéticos saludables durante el embarazo.

2.8 Orientar sobre los aspectos de actividad física, recreativa y sexual

2.9 Preparar física y emocionalmente a la pareja para la lactancia materna.

2.10 Brindar consejería a la pareja sobre aspectos de planificación familiar.

2.7. Estudios Relacionados

En un estudio llevado a cabo por Díaz y Serrano en el año 2008 denominado Oportunidades de investigación en preeclampsia, desde la perspectiva de prevención primaria se encontró que la información disponible sobre lo que piensan y sienten las embarazadas sobre el riesgo que su gestación tiene, sobre el control prenatal, la atención recibida o el parto hospitalario, entre otros, es escasa, tiene muy poca visibilidad o es nula. las percepciones que tienen las gestantes y que orienta a la hora de desarrollar estrategias para mejorar la adherencia al control prenatal, se puede tomar del Brasil, donde las gestantes pobres sólo consideran útil el control prenatal por la práctica de pruebas de orina para detectar infecciones urinarias o por el tamizaje que se hace para descartar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

En un estudio llevado a cabo por Matamoros y Guzmán en el año 2007 denominado percepción de los usuarios y usuarias sobre el quehacer de enfermería en el primer nivel de atención se encontró que las mujeres que experimentaron preeclampsia no alcanzaron a captar durante las visitas al médico más que el mensaje atemorizante de que su embarazo estaba en problemas y que ella o su bebé podrían morir, pero no entendieron qué era la preeclampsia, cómo se manifestaba ni que podría terminar en un parto prematuro; esto tuvo incidencia en la poca adherencia al control prenatal o a las recomendaciones hechas por el médico. Esto es relevante, ya que no necesariamente haber sufrido la enfermedad significa que la paciente comprende lo que ocurre durante la enfermedad o que sea consciente del mayor riesgo que ella tiene en caso de un nuevo embarazo o su vida cardiovascular futura.

III. METODOLOGÍA

3.1. Diseño

Es un estudio

Cuantitativo por que miden los parámetros de las variables y de acuerdo al resultado se brinda la orientación.

Prospectivo se registra la información, según van ocurriendo los fenómenos.

Y de nivel descriptivo tiene como objetivo describir la relación entre dos o más variables en un momento determinado.

3.2. Universo y muestra

Universo

Mujeres embarazadas que llevaron un control prenatal en el Centro de Salud Unidad Cadereyta, Jurisdicción Sanitaria #3 en el periodo de Enero- Marzo 2011.

Muestra

100% (Censo) de las usuarias que llevaron un control prenatal en el Centro de Salud Unidad Cadereyta.

Muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia.

Criterio de inclusión

Mujeres embarazadas que llevaron a cabo un control prenatal en el Centro de Salud Unidad Cadereyta en cualquier trimestre del embarazo y que acudieron a las pláticas prenatales impartidas en la misma unidad.

Criterios de exclusión

Usuarias que no tuvieron al menos un registro de asistencia a control prenatal.

Mujeres que no llevaron control prenatal en el Centro de Salud Unidad Cadereyta

Criterios de eliminación

Instrumentos que se encuentran incompletos por falta de datos.

Usuarias que determinaron salirse del estudio de forma voluntaria

3.3. Material y método

Una vez obtenida la autorización del Comité de Investigación de la FEUAQ se procedió a realizar una prueba piloto en la clínica de Lagunillas Huimilpan se tomaron 25 de 33 encuestas realizadas, los cuestionarios eliminados siendo ocho fue por falta de datos, al revisar se encontró confusión entre preguntas y respuestas, se procedió a realizar los cambios necesarios.

De acuerdo a las características de la investigación, la obtención de datos se realizó mediante un cuestionario que fue estructurado por los autores de este estudio y fue validado mediante la técnica Delphi con expertos en la temática, el cual consta de 30 preguntas divididas en tres partes: Datos socioeconómicos, Antecedentes del embarazo y Conocimiento de Preeclampsia.

Previo a la contestación del cuestionario se les otorgó a los participantes una carta de consentimiento informado, la cual tiene como finalidad informar al participante acerca de los objetivos de la investigación y temática, así como la confidencialidad de los datos obtenidos.

La recolección de la información se realizó en el Centro de Salud Unidad Cadereyta se aplicaron 91 instrumentos y se eliminaron 6 por estar incompletos por la falta de datos.

3.4. Plan de análisis

Se utilizó la estadística descriptiva mediante el programa estadístico SPSS versión 18, los resultados más significativos obtenidos del estudio se representan en gráficas y tablas con porcentajes de cada apartado del instrumento.

3.5. Ética de estudio

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD, 2007.

Que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación.

CAPITULO IV

DE LA INVESTIGACIÓN EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL, EMBARAZADAS, DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, PUERPERIO, LACTANCIA Y RECIÉN NACIDOS; DE LA UTILIZACIÓN DE EMBRIONES, OBITOS Y FETOS Y DE LA FERTILIZACIÓN ASISTIDA.

ARTÍCULO 40.- Se entiende por:

Embarazo.- Es el periodo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.

ARTÍCULO 41.- Además de las disposiciones generales de ética que deberán cumplirse en toda investigación en seres humanos, aquéllas que incluyan a los sujetos a que se refiere este capítulo.

ARTICULO 43.- Para realizar investigaciones en mujeres embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio y lactancia; en nacimientos vivo o muertos; de utilización de embriones, óbitos o fetos; y para la fertilización asistida, se requiere obtener la carta de consentimiento informado de la mujer y de su cónyuge.

ARTÍCULO 45.- Las investigaciones en mujeres embarazadas, cuyo objetivo sea obtener conocimientos generalizables sobre el embarazo, no deberán representar un riesgo mayor al mínimo para la mujer, el embrión o el feto.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el Centro de Salud Unidad Cadereyta. Se exponen de acuerdo con los apartados que se manejaron en el instrumento.

4.1 Resultados

En lo que respecta a los datos, la distribución socio-demográfica de las 91 usuarias que participaron en la investigación que se presenta en la gráfica No.1, destaca que el grupo de edad con mayor frecuencia en los 5 grupos fue el de 17 a 21 años. El estado civil que más predomina es la unión libre con un 56% siendo estas las de mayor porcentaje, obteniendo un 29.7% las Casadas, 13.2% Solteras y 1.1% a Divorciadas. Se omitieron datos en cuanto a Viudas por no haber obtenido ningún dato.

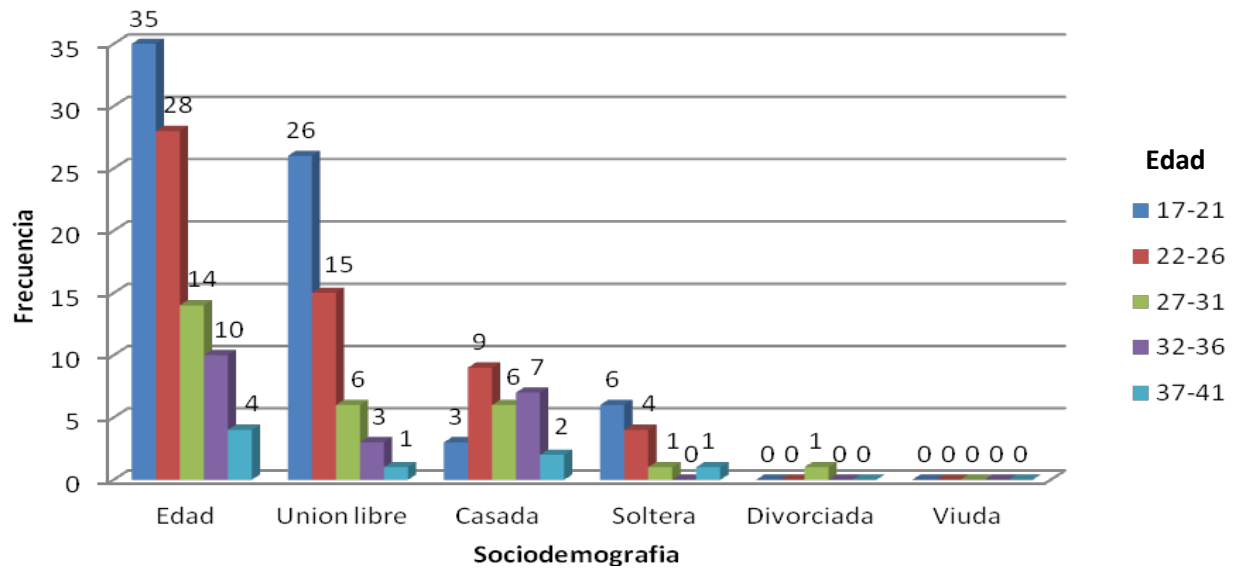
Respecto a la procedencia el 78.02% de las mujeres encuestadas proceden del área rural, correspondiendo el 21.98% al área urbana. Al preguntar sobre su nivel académico el 42.9% de las mujeres han estudiado la secundaria, el 36.3% representa a las que solo han estudiado primaria, el 16.5% a preparatoria y el 4.4% a profesional.

El 83.5% de las mujeres son ama de casa, el 9.9% son empleadas, el 4.4% estudiantes y el 2.2 contestó que tienen otra ocupación. El 9.9% de las mujeres empleadas el 3.3% están en turno matutino, 3.3% en vespertino y otro 3.3% en mixto.

Del 100% de mujeres encuestadas el 85.7% no contestaron por qué no trabajan, el 6.6% dijo que trabaja menos de 8 horas, el 3.3% que trabaja 8 horas, otro 3.3% contestó que trabaja más de 12 horas y el 1.1 dijo que trabaja más de 8 horas.

Figura 1. Estado sociodemográfico de pacientes que llevan control prenatal en el Centro de Salud Unidad Cadereyta

N= 91



Fuente: Cuestionario aplicado en Centro de Salud Unidad Cadereyta. Enero-Marzo 2011.

Las usuarias que contestaron que trabajan, el 6.6% contestaron que el 20% de la jornada está parada, el 2.2% que medio tiempo permanece de pie, el 3.3% contestó que permanece parada el 75 % de la jornada, el 1.1% permanece el mayor tiempo de la jornada de pie.

En cuanto al gasto que aportan en su hogar, el 92.9% de las mujeres no aportan, el 4.4% contestaron que aporta menos del 50% para el gasto familiar, el 2.2% aporta el 50% y el 0.5% dijo que aporta el 100% de gasto.

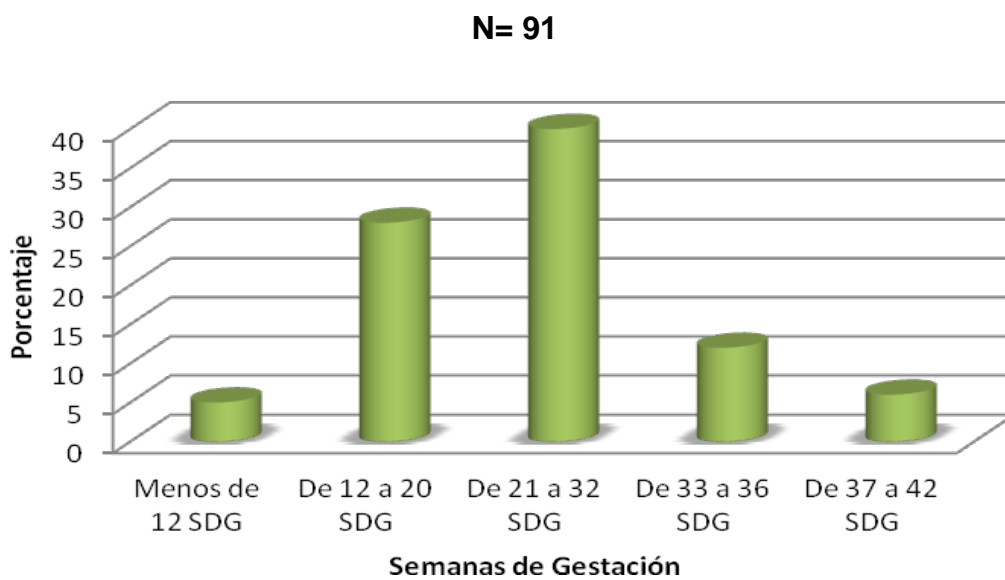
En cuanto al segundo apartado del instrumento sobre los antecedentes del embarazo se obtuvo:

La mayoría de la usuarias encuestadas refieren tener solo un hijo esto con un 41% y sólo el 1.1% tiene 6.

En relación a si alguna vez han tenido algún aborto el 83.52% de las mujeres refirió no haber tenido y solo el 15.38% han tenido uno.

En cuanto a las semanas de gestación de las usuarias se obtuvo que el 44% de las mujeres tienen de 21-32 SDG, un 30.8% de 12-20 SDG, 13.2% de 32-36 SDG, un 6.6% contestó que de 37-42 SDG y con un 5.5% menos de 12 SDG. (Figura 2)

Figura 2. Semanas de gestación de usuarias que llevan control prenatal en el Centro de Salud Unidad Cadereyta.



Fuente: Cuestionario aplicado en Centro de Salud Unidad Cadereyta. Enero-Marzo 2011.

En lo que respecta al tercer apartado sobre el conocimiento de preeclampsia los resultados obtenidos fueron:

En la figura 3 se muestra que el 82% lleva a cabo el control prenatal, el 81% tiene una orientación sobre su embarazo, el 48% de las usuarias encuestadas no sabe que es la preeclampsia y el 52% no conoce los signos de alarma.

Respecto a la pregunta si alguna vez ha padecido preeclampsia, el 93% de mujeres refiere no haber padecido nunca de preeclampsia y el 7% dijo que si.

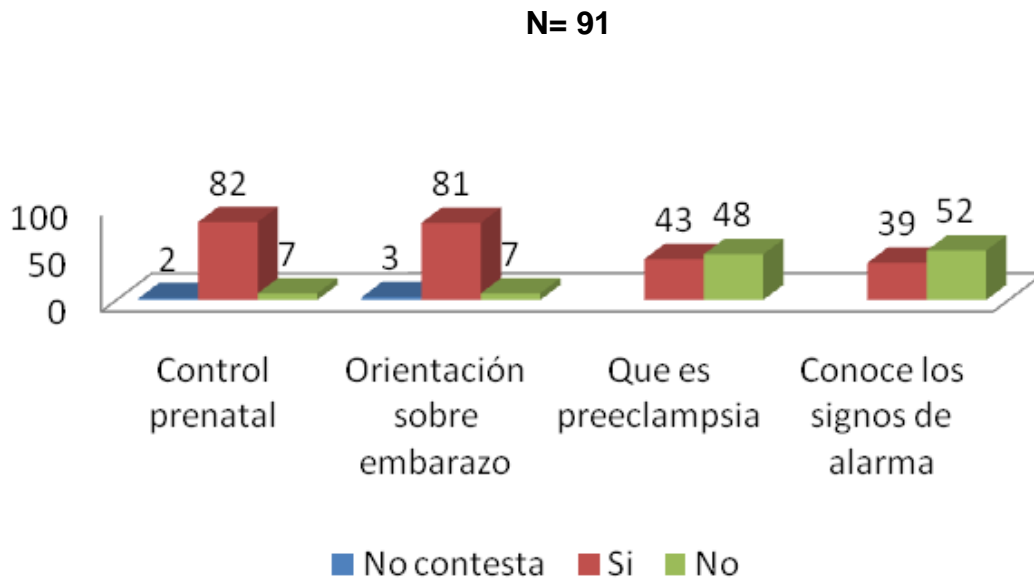
Aunque el 93% contestó que nunca ha padecido preeclampsia, el 7% ha padecido a lo largo de algún embarazo de preeclampsia, de este porcentaje un 3.3 la tuvo en el primer embarazo, el 2.2 en el segundo y 1.1 en el tercer embarazo.

En cuanto a las usuarias encuestadas, el 90% refieren que no tienen antecedente heredofamiliar de preeclampsia, y un 10% sí.

En relación a la pregunta de a partir de cuál semana de gestación comenzó con su control prenatal, el 52% de las mujeres iniciaron antes de las 12 SDG, teniendo un 37% a las que iniciaron de 12-19 SDG, un 8% a las que inician de 20-31 SDG, 1 sola mujer contesto que inicio su control después de 36 SDG y finalmente un 2% no contesto.

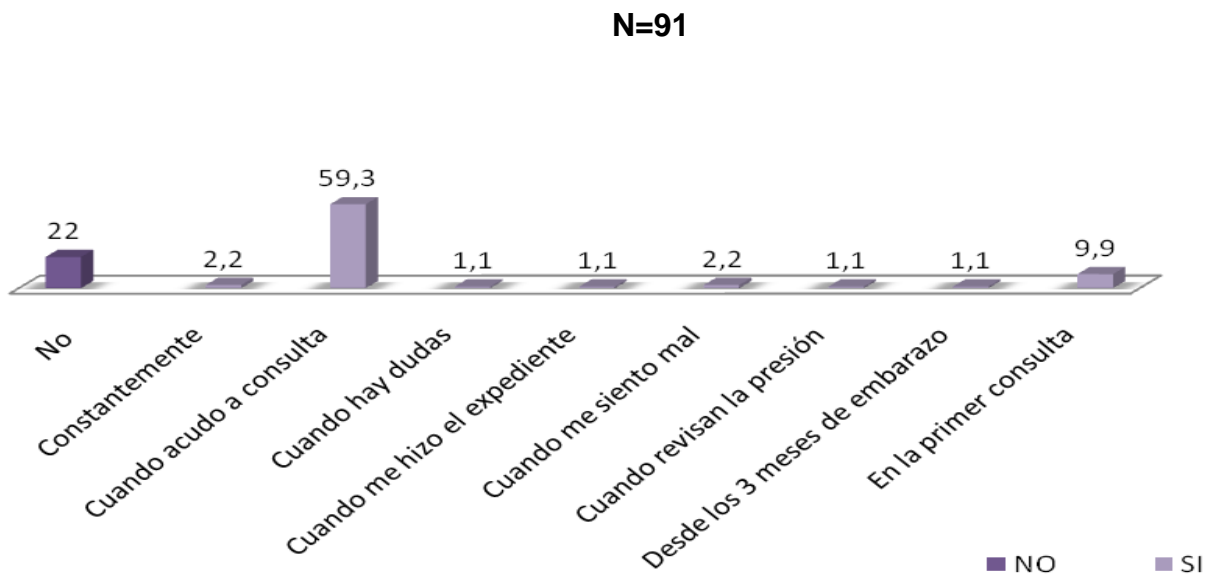
En lo que refiere a la figura No.4, se presentó que para la mayoría de las usuarias con un 59.3% la enfermera le brinda la orientación sobre su embarazo solamente cuando acude a consulta, habiendo 22 a las que no se les brinda una orientación.

Figura 3. Conocimiento de la usuaria sobre la preeclampsia.



Fuente: Cuestionario aplicado en Centro de Salud Unidad Cadereyta. Enero-Marzo 2011.

Figura 4. Orientación del personal de enfermería sobre el embarazo.



Fuente: Cuestionario aplicado en Centro de Salud Unidad Cadereyta. Enero-Marzo 2011.

En la tabla no. 4 la cual se refiere al establecimiento de categorías del concepto de preeclampsia, se elaboró de forma abierta para identificar cuál es el conocimiento real que tiene la usuaria sobre esta patología. El 56% no contestó, el 52.7% no sabe que es la preeclampsia. El 19.8% dice que es cuando la presión está alta, hinchazón de cuerpo, el 17.6% que es la presión alta durante el embarazo, teniendo 2.2% donde dicen que es la alteración de la presión arterial a más de 140/90, otro 2.2% no tuvo congruencia al decir que son síntomas similares a la menopausia, se obtuvo 2 respuestas con un 1.1% dando en conjunto 2.2% quienes dicen que hay dolor de cabeza y mareos, coinciden con dolor de cabeza, zumbido de oídos y la presión mayor de 140/90. De los 7 signos y síntomas referidos en el cuadro clínico, se estima que deben mencionar al menos 3 signos y/o síntomas para considerar que tienen el conocimiento acerca de la preeclampsia.

En la tabla No 5 se muestra el conocimiento que tiene la usuaria sobre los signos de alarma de la preeclampsia teniendo un 54% a las mujeres que no contestaron, el 26.7% contestó hinchazón, presión alta, zumbido de oídos y ver luces, el resto del porcentaje coincide con dolor de cabeza, mareos, debilidad, bochornos y estrés.

Tabla No. 4 Categorías del significado de preeclampsia para las usuarias

N= 91

| Categorías | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| No contestaron | 51 | 56.0 |
| Alteración de la presión arterial a más de 140/90 | 2 | 2.2 |
| Dolor de cabeza y mareos | 1 | 1.1 |
| Dolor de cabeza, zumbido de oídos, presión mayor de 140/90 | 1 | 1.1 |
| Presión alta durante el embarazo | 16 | 17.6 |
| Presión alta, hinchazón de cuerpo | 18 | 19.8 |
| Síntomas similares a la menopausia | 2 | 2.2 |
| Total | 91 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario aplicado en Centro de Salud Unidad Cadereyta. Enero-Marzo 2011

Tabla No. 5 Signos de alarma de la preeclampsia según las usuarias.

N= 91

| Signos | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| No contestaron | 54 | 59.3 |
| Bochornos, estrés | 1 | 1.1 |
| Dolor de cabeza, vómito, desmayo | 1 | 1.1 |
| Dolor de cabeza, zumban los oídos, ven borroso o lucesitas, vómito | 1 | 1.1 |
| Dolor de cabeza, zumbido de oídos | 6 | 6.6 |
| Hinchazón, presión alta, zumbido de oídos, ver luces | 27 | 29.7 |
| Mareos, debilidad | 1 | 1.1 |
| Total | 91 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario aplicado en Centro de Salud Unidad Cadereyta. Enero-Marzo 2011

4.2 Discusión

Con base a los resultados obtenidos en la investigación, se puede determinar que las pacientes gestantes en cualquier etapa del embarazo, a pesar de llevar a cabo un control prenatal en el Centro de Salud Unidad Cadereyta, con todo lo que esto implica, como acudir a consulta periódicamente y asistir a pláticas prenatales, no tienen el conocimiento adecuado sobre la preeclampsia, aspecto que coincide con lo señalado por Díaz y Serrano (2008), desde la perspectiva de prevención primaria, refiere que la información disponible sobre lo que piensan y sienten las embarazadas sobre el riesgo que su gestación tiene, que sobre el control prenatal tienen muy poca visibilidad o nula. En Brasil las gestantes pobres sólo consideran útil el control prenatal por la práctica de pruebas de orina para detectar infecciones urinarias.

De igual manera, en el Estudio percepción de los usuarios y usuarias sobre el quehacer de enfermería en el primer nivel de atención, se encontró que las mujeres que experimentaron Preeclampsia no alcanzaron a captar durante las visitas al médico, más que el mensaje atemorizante de que su embarazo estaba en problemas y que ella o su bebé podrían morir, pero no entendieron qué era en sí el padecimiento, cómo se manifestaba ni que podría terminar en un parto prematuro (Matamoros y Guzmán, 2007.)

Esto es relevante, ya que no necesariamente haber sufrido la enfermedad significa que la paciente comprende lo que ocurre durante ésta o que sea consciente del mayor riesgo que ella tiene en caso de un nuevo embarazo o su vida cardiovascular futura.

La preeclampsia ha sido estudiada como un factor para el conocimiento tanto de la usuaria como del personal de enfermería. La tarea del profesional de enfermería es elegir aquellas intervenciones que tienen más probabilidades de conseguir los resultados esperados en el paciente.

Pero no sólo entre las pacientes hay que adelantar este tipo de acciones, también entre los profesionales de salud, ya que tanto su actitud como sus conocimientos frente al riesgo de desarrollar Preeclampsia son claves para la información y atención brindada a las pacientes.

Para que la labor tenga un real impacto en las personas, los médicos deben estar convencidos del papel que tienen como asesores de sus pacientes, tanto de aquellas que van a control prenatal como de las que presentan o presentaron trastornos hipertensivos del embarazo.

V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1. Conclusiones

Ante todo lo anterior, es necesario desarrollar investigaciones que permitan evaluar qué conocimientos, actitudes, sentimientos y prácticas tienen las gestantes y sus familias respecto al riesgo gestacional en general y la Preeclampsia en particular, con miras a diseñar, evaluar y orientar los programas de atención prenatal que se desarrollan en el país.

Teniendo un porcentaje del 48% de las usuarias que no sabe que es preeclampsia y un 52% que no conoce los signos de alarma de la misma patología lo que nos da a conocer el efecto devastador que puede llegar a tener la enfermedad sobre la mujer y su hijo, la necesidad de realizar mayor esfuerzo en el ámbito de la prevención el tener en cuenta que al hablarle a las personas y tratar de orientarlas, se debe realizar cuidando cómo hacerlo y verificando que hayan comprendido realmente para mejorar los cuidados de enfermería, y fortalecer el componente disciplinar y teórico de la profesión.

Existe una deficiencia en la información que se les proporciona en su control prenatal acerca de la preeclampsia y que muy pocas veces se les brindan pláticas sobre esta patología. Siendo la alimentación, higiene, lactancia materna y planificación familiar los temas que más predominan.

Por ello se espera que para las instituciones de salud este tipo de investigaciones y en lo que corresponde a los resultados obtenidos, sea de gran ayuda en el momento de hablar a los usuarios sobre ciertos temas de prevención de la salud y así lograr un mejor resultado.

Todo esto para contribuir, sensibilizar y mejorar la atención y orientación a la mujer embarazada, para que así no exista saturación en un segundo nivel de atención, o bien que no existan consecuencias irreversibles que perjudiquen el embarazo, la

vida de la mujer gestante y del feto, como un parto prematuro, cesárea de urgencia, retraso del crecimiento del feto, entre otros aspectos.

5.2 Sugerencias

Se espera que estos resultados orienten la planeación de estrategias para las instituciones de salud para la implementación o modificación de programas dirigidos a la prevención de la preeclampsia y eclampsia. A continuación se presentan algunas sugerencias:

- Reforzar lo referente a la calidad de las pláticas que se dirigen a las usuarias por parte del personal de salud.
- Promover la asistencia al control prenatal en todas las mujeres embarazadas para la detección temprana de la Preeclampsia.
- En la primera consulta de primer nivel, a todas las embarazadas debe realizarse la historia clínica y el examen físico para investigar factores de riesgo conocidos para la aparición subsecuente de Preeclampsia.
- A todas las pacientes deben comunicárseles de una manera clara y comprensible, los síntomas y signos de alarma de la Preeclampsia, para promover la auto-referencia inmediata y prevenir complicaciones.
- Referencia inmediata a un especialista en ginecoobstetricia, o al segundo nivel, de preferencia antes de la semana 20 con preeclampsia previa y 2 o más factores de riesgo.
- Promover la capacitación del personal que realiza la toma de presión arterial, para asegurar el apego a la técnica correcta.

VI.BIBLIOGRAFÍA

- Arias F. Guía Práctica para el embarazo y parto de alto riesgo. 2ª edición. Edit. Mosby Doyma. Madrid, 2009.
- Barrios. G.A. Montes M. N. H. Revista Paceyña de Medicina Familiar “Control Prenatal”. 4(6)/ 2007.
- Briones V. C.G., Meneses C. J., Moreno S. A.A., González D. J.I., Díaz de León P. M.A., Briones G. J.C., Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica Y TERAPIA INTENSIVA, Preeclampsia: Una nueva teoría para un viejo problema, Vol. XXII, Núm. 2 / Abr.-Jun. 2008.
- Cancino. M. D. E. León. H.M. T. Secretaria de Salud de Bogotá. Obstetricia y Ginecología. Guía de Control Prenatal y Factores de Riesgo/ 2007.
- Cararach R. V., Botet M. F., Asociación Española De Pediatría, Instituto Clínico De Ginecología, Obstetricia Y Neonatología, Preeclampsia. Eclampsia Y Síndrome HELLP, 2008.
- Cárdenas. M.T. Carrillo. C.N. Boletín de Información Científica para el Cuidado en Enfermería, Instituto Nacional de Salud Publica. Control Prenatal./ Oct. 2006.
- Chávez AV; Gaña EB. Valoración del riesgo reproductivo en mujeres que trabajan. Rev Med IMSS (Méx). 2008.
- Córdova. V. J. A. Hernández. A.M, Uribe. Z.P. Manual de Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia./ 2007.

- Cunnigham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV, Clark SL. Obstetricia de Williams. 22^a ed. Buenos Aires (Argentina): Edit. . mc graw hil, 2006.
- Díaz M LA, Serrano D NC, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, “Oportunidades de investigación en preeclampsia, desde la perspectiva de prevención primaria”. Un artículo de reflexión. Vol.59 Núm. 3/ Bogotá 2008.
- Donat C. F., Enfermería Maternal y Ginecológica./ Editorial Masson, 2006.
- García G JC, Pech D BJ, Desarrollo Científico de Enfermería, Factor de Riesgo y Etapa del Embarazo en que se Presenta la Preeclampsia./ Mar.2006.
- González H NP, Ballardo M MG, Domínguez L IF, Magaña R S, Molina H OA, Uriarte O S, Revista electrónica Enfermería Global “Conocimiento de la Enfermera en la atención a usuario con Preeclampsia y Eclampsia”. Núm. 14/ México, Octubre 2008.
- Hernández P. J.A., Estrada A. A., Brito B. B., Vila H. S., Juárez A. S., Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica Y TERAPIA INTENSIVA, “Comparación del pronóstico y evolución de la preeclampsia severa/eclampsia”, Vol. XXI, Núm. 4 / Oct.-Dic. 2007.
- Hofmeyr G J, Atallah A N, Duley L, La Biblioteca Cochrane Plus (traducida), Suplementos de calcio durante el embarazo para la prevención de los trastornos hipertensivos y problemas relacionados./ 2008.

- Leis. M. M.T. Rodríguez. B. M. R. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, Guías de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Preeclampsia-Eclampsia./ Septiembre 2009.
- Mares F. A., Modelo de atención de enfermería obstétrica, Coordinación del proyecto, Comisión Interinstitucional de Enfermería de la secretaría de salud del gobierno federal, 2006.
- Matamoros Q. K., Guzmán A. A., Revista Enfermera actual en Costa Rica, “Percepción de los usuarios y usuarias sobre el quehacer de enfermería en el primer nivel de atención, ISSN 1409-4568, No. 12/ Septiembre 2007.
- Miguel JR, Fabre E. Etiología de la mortalidad perinatal. En: Gynécologie 5200-A-05. Encycl Med Chir. París (Francia): Elsevier; 2007.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- Núñez U JP, Sánchez A MT, Morales G LA, Sánchez N VM, Revista de la Asociación Mexicana de Medicina “Enfermedad Hipertensiva del Embarazo”, Vol. 24, Núm.4/ 2004-2010.
- Organización de las Naciones Unidas, Objetivos de desarrollo del milenio, septiembre 2010.
- Organización Mundial de la Salud, Mortalidad materna, Nota descriptiva N°348, Noviembre de 2010.

- Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, 2007.
- Rosas M., Lomelí C., Mendoza G. C., Lorenzo J.A., Méndez A., Férrez S. SM., Attie F., Instituto Nacional de Cardiología, Hipertensión arterial sistémica en el embarazo, Vol. 78 Supl. 2/ Abril-Junio 2008.
- Sánchez J B, Hernandez T M, Lartigue B T, Perinatal Reproducción Humana. Estrategia educativa de enfermería para fortalecer el autocuidado durante el control prenatal./ 2007.
- Sandoval T A, Marín C MA, Hernández A J, Desarrollo Científico de Enfermería, Proceso de enfermería en el cuidado prenatal, desde la perspectiva de patrones funcionales./ Sept. 2007.
- Secretaria de salud, Prevención, diagnóstico y manejo de la Preeclampsia/eclampsia, lineamientos técnicos./ Abril 2007.
- Seguranes G. G., Enfermería Maternal., Serie Manuales de Enfermería. Editorial Masson./ Barcelona 2006.
- SINAVE/DGE/SALUD. Sistema de Muertes Maternas/Información, subsecretaria de prevención y promoción de la salud dirección general de epidemiología, secretaria de salud, Enero de 2011.
- Velázquez M GP, Desarrollo Científico de Enfermería, Estimación de la calidad técnica de la atención prenatal en una Unidad Médica Familiar./ May. 2010.
- Villanueva E. L.A., Collado P. S.P., Rev Fac Med UNAM, Conceptos actuales sobre la preeclampsia-eclampsia. Vol.50 No.2./ Marzo-Abril 2007.

VII. ANEXOS

7.1 Carta de Consentimiento Informado



SECRETARÍA
DE SALUD



**SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO
HOSPITAL GENERAL CADEREYTA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

CONOCIMIENTO DE LA USUARIA PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DE LA PREECLAMPSIA

Cadereyta de Montes, Querétaro. A _____ de _____ de 2011.

Por médio del presente documento doy mi consentimiento para participar en la investigación sobre el conocimiento de la usuaria para la detección oportuna de la preeclampsia, el cual está realizado por estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autônoma de Querétaro.

Mi participación consiste en responder un cuestionario en el cual proporcionaré datos personales los cuales serán manejados con confidencialidad y anonimato.

Firma de conformidad

Firma del investigador

7.2 Instrumento



SECRETARÍA
DE SALUD



**SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO
HOSPITAL GENERAL CADEREYTA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

CONOCIMIENTO DE LA USUARIA PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DE LA PREECLAMPSIA

Folio_____

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste marcando con una **X** según corresponda.

I.- DATOS SOCIOECONÓMICOS

1.-Edad: _____ años.

2.- Estado civil:

- a) Soltera ()
- b) Casada ()
- c) Divorciada ()
- d) Viuda ()
- e) Unión libre ()

3.- Procedencia:

- a) Urbana (ciudad) ()
- b) Rural (comunidad, campo) ()

4.-Escolaridad:

- a) Primaria ()
- b) Secundaria ()
- c) Preparatoria ()
- d) Profesional ()
- e) Otra ()

5.- Ocupación (marque las opciones que necesite):

- a) Ama de casa ()
- b) Empleada ()
- c) Estudiante ()
- d) Otras ()

Si no trabaja favor de pasar a la pregunta 10

6.-Turno:

- a) Matutino ()
- b) Vespertino ()
- c) Nocturno ()
- d) Mixto ()

7.- Jornada laboral:

- a) Menos de 8 hrs ()
- b) 8 hrs ()
- c) Más de 8 hrs ()
- d) Jornada acumulada (igual o más de 12 horas) ()

8.- ¿Cuánto tiempo permanece parada durante la jornada laboral?

- a) El 20% de la jornada laboral permanece parada ()
- b) El 50% de la jornada laboral permanece parada ()
- c) El 75% de la jornada laboral permanece parada ()
- d) El 90% de la jornada laboral permanece parada ()

9.- Qué porcentaje aporta para el gasto familiar

- a) Menos del 50% ()
- b) El 50% ()
- c) El 75% ()
- d) El 100% ()

II.- ANTECEDENTES DE EMBARAZO

10.- Gestas (número de embarazos): _____

11.- Número de abortos: _____

12.- Semanas de gestación (SDG) del embarazo:

- a) Menos de 12 SDG () b) De 12 a 20 SDG ()
- c) De 21 a 32 SDG () d) De 33 a 36 SDG ()
- e) De 37 a 42 SDG ()

III.- CONOCIMIENTO DE PREECLAMPSIA

13.- ¿Sabes qué es la preeclampsia?

- a) SI ()
- b) NO ()

Defínala con sus propias palabras:

14.- ¿Conoces los signos de alarma de la preeclampsia?

- a) SI ()
- b) NO ()

¿Cuáles son?

15.- ¿Ha padecido usted de preeclampsia?

a) SI ()

b) NO ()

¿Cuándo?

16.- Antecedentes heredofamiliares de preeclampsia (mamá, hermanas, etc):

a) SI ()

b) NO ()

17.- ¿Lleva a cabo un control prenatal?

a) SI ()

b) NO ()

18.- ¿A partir de qué SDG comenzó su control prenatal?

a) Antes de las 12 SDG ()

b) De 12 a 19 SDG ()

c) De 20 a 31 SDG ()

d) De 32 a 35 SDG ()

e) Después de 36 SDG ()

19. ¿Conoce que pasa con su estado de salud cuando algo está mal con su embarazo?

a) SI ()

b) NO ()

¿Cuáles son?

20.- ¿Conoce los signos y síntomas de una amenaza de aborto?

a) SI ()

b) NO ()

¿Cuáles son?

21.- ¿La enfermera le ha brindado orientación e información sobre su embarazo?

a) SI ()

b) NO ()

¿Cuándo?

22.- ¿De cuáles de los temas que a continuación se presentan le han hablado?

a) Alimentación ()

g) Sexualidad en el embarazo ()

b) Higiene ()

h) Planificación familiar ()

c) Vestimenta ()

i) Cuidados del recién nacido ()

d) Qué hacer después del nacimiento del bebe ()

j) Salud bucal ()

k) Lactancia materna ()

e) Ejercicio ()

Otros _____

f) Preeclampsia/Eclampsia ()

23.- ¿En

donde? _____

24.- ¿Qué papel ha tenido la enfermera en el seguimiento de su embarazo? puede marcar varias opciones si lo requiere

- a) Ha hecho el seguimiento completo ()
- b) Ha dado información y consejos sobre el tema ()
- c) Ha resuelto dudas y problemas ()
- d) Solo recoge datos ()
- e) Ninguno ()
- f) Otro: _____

25.- ¿Qué profesional de salud le brinda las pláticas de su Control Prenatal?

- a) Enfermera ()
- b) Médico ()
- c) Nutriólogo ()
- d) Trabajadora Social ()

26.- ¿Qué actividades realiza el personal de enfermería antes de su consulta médica?

- a) Control de Peso y Talla ()
- b) Toma de Temperatura ()
- c) Toma de Presión Arterial ()
- d) Todas ()
- e) Otras ()

27.- Cuando acude a las pláticas, ¿La información que le brindan es clara y comprensible?

- a) SI ()
- b) NO ()

¿Por qué?

28.- ¿La enfermera revisa su carnet prenatal y expediente clínico?

a) SI ()

b) NO ()

¿Por qué cree usted que es así?

29.- ¿Recomendaría la atención por enfermería a otras personas?

a) SI ()

b) NO ()

¿Por qué?

30.- ¿Cómo definiría su satisfacción personal con el trato recibido de la enfermera durante su embarazo?

a) Muy satisfecha ()

b) Satisfecha ()

c) Indiferente ()

)

d) Poco satisfecha ()

e) Nada satisfecha ()

¿Por qué?

¡Muchas gracias por su apoyo!

Encuestadores: García Malagón Silvia Belén,

Vázquez Rodríguez María Guadalupe,

Mejía Reséndiz Erika Adriana.

7.3 Operacionalización de Variables

Variable Independiente: Preeclampsia

Variable Dependiente: Conocimiento

Variables intervinientes: Detección Oportuna

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICIÓN | DEFINICIÓN OPERACIONAL | INDICADOR |
|---------------------------------|---|---|--|
| PREECLAMPSIA (V.I) | Trastorno del embarazo caracterizado por la aparición de hipertensión aguda después de la semana 24 de gestación con presencia de proteína en orina | Patología en la que la presión arterial se eleva después de la mitad del embarazo asociado con edemas y proteinuria | Optimo <120/80 Normal 120/80 Normal ^130/90 Hipertensión 1140-59/9099 Hipertensión 2 160-179/100-109 Hipertensión 3 >180/>110 |
| CONOCIMIENTO (V.I) | Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje el cual puede ser transmitido de un sujeto a otro. | Información que puede tener una persona sobre un tema. | 1.- Bueno. (>3) 2.- Malo (<2) |
| DETECCION OPORTUNA (V.I) | Actividades destinadas a la prevención de complicación en un proceso patológico o condición de Salud. | | Promoción Prevención Detección |
| TENSIÓN ARTERIAL | Fuerza ejercida por la sangre circulante sobre las paredes de las arterias | Presión con la que la sangre golpea las paredes arteriales. | Normal 120/80mmHg Preclampsia 140/90mmHg Preclampsia grave o severa 160/110mmHg |
| EDAD | Número de años transcurridos entre la fecha de nacimiento de una persona, hasta el momento de la entrevista | Periodo de tiempo de una persona que ha vivido desde que nació | 20-25 26-30 31-35 36-40 41-45 46-50 |

| | | | |
|-------------------------|---|--|---|
| HERENCIA | Información genética en la que la separación y recombinación de genes durante la meiosis y fertilización posterior a la intervención de influencias del desarrollo durante la embriogénesis | Es el conjunto de características paternas son transmitidas al feto durante el periodo de la fecundación en el embarazo de la madre. | 1.- Aumentada 2.- Disminuida. |
| NUMERO DE GESTAS | Número de hijos procreados de la paciente hasta el momento de la entrevista | Hijos que una persona ha procreado | 0-1 2-3 4-5 6 o mas |
| OCUPACIÓN | Acción o función que se desempeña para ganar el sustento, desempeño de un cargo, trabajo o tarea | Actividad realizada cotidianamente de la cual puede depender una persona económicamente para vivir | Ama de casa Empleada Desempleada Comerciante |
| ALIMENTACIÓN | Conjunto de acciones por medio de las cuales se proporcionan alimentos al organismo | Ingesta de alimentos de acuerdo a la cultura, religión etc... de la persona. | Nutrición Desnutrición |
| PESO | Composición corporal óptima de acuerdo a las características, edad, sexo y talla. | Cantidad medida en gramos de la masa corporal de una persona | Medición por medio de la báscula |
| ESTADO CIVIL | Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles | Condición social y/o rol que se asigna a una persona libre o unida a otra. | 1.- soltera 2.- casada 3.- divorciada. 4.- viuda 5.- unión libre. |
| TALLA | Medida en cm de la altura desde la planta del pie hasta la parte superior de la cabeza de una persona | Estatura de todo hombre o mujer | Medición con la cinta métrica o la misma báscula. |