

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANO

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**Conocimientos, actitudes y prácticas de los signos y
síntomas de preeclampsia en puérperas con este
síndrome durante la gestación y los resultados
perinatales**

Instituto Nacional Materno Perinatal, 2010

TESIS

para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTORES:

Reyna Cecibell Angeles Palacios

Yuly Cusihuamán Auccacusi

ASESOR:

Erasmus Huertas Tacchino

Lima-Perú

2011

DEDICATORIA

A Dios, por darnos la vida y guiar nuestros pasos hacia esta carrera maravillosa, humana y de servicio; a nuestros padres y hermanos, que siempre nos han apoyado y brindado sus consejos; a nuestro asesor que compartió sus conocimientos y valioso tiempo; a nuestros amigos que nos alentaron a seguir con nuestras metas y por último a todas las personas que confiaron en nosotras e hicieron posible la culminación de nuestra tesis.

INDICE

I. Resumen ejecutivo	5
II. Introducción	
1. Planteamiento del problema.....	6
2. Identificación y definición del problema.....	6
3. Formulación del problema.....	7
4. Marco teórico – Antecedentes.....	7
5. Justificación e importancia del problema.....	17
6. Objetivos de la investigación	
1. Objetivo general.....	18
2. Objetivos específicos.....	18
7. Hipótesis.....	18
II. Metodología	
1. Tipo de estudio.....	19
2. Diseño de estudio.....	19
3. Definición de la población de estudio	
a. Criterios de inclusión.....	20
b. Criterios de exclusión.....	20
c. Criterios de eliminación.....	20
4. Diseño muestral	
a. Tamaño de muestra.....	20
b. Tipo de muestra.....	21
c. Procedimientos de muestreo.....	21
5. Variables del estudio.....	21
6. Recolección de datos	
a. Plan de recolección de datos.....	22
b. Diseño de instrumentos	22
c. Técnica.....	22
d. Control de datos.....	22
e. Plan de procedimientos y plan de análisis	23
7. Aspectos éticos.....	23

III. Resultados.....	24
IV. Discusión.....	32
V. Conclusiones	39
VI. Recomendaciones.....	40
VII. Referencias bibliográficas.....	41
VIII. Anexos	
a. Instrumentos.....	47
b. Consentimiento Informado.....	51
c. Operacionalización de variables	53
d. Tabulación de datos.....	58

I. RESUMEN EJECUTIVO

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE PREECLAMPSIA EN PUÉRPERAS CON ESTE SÍNDROME DURANTE LA GESTACIÓN Y LOS RESULTADOS PERINATALES. INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. 2010”

Objetivo: Relacionar los conocimientos, actitudes y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia en puérperas con este síndrome durante la gestación y los resultados perinatales, atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, durante el año 2010.

Diseño: Estudio descriptivo - correlacional, transversal, prospectivo. **Metodología:** Se aplicó una entrevista estructurada con 19 preguntas cerradas a 203 puérperas seleccionadas aleatoriamente con diagnóstico de preeclampsia durante la gestación y los datos perinatales se obtuvo de las historias clínicas. **Resultados:** Se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre el peso, edad gestacional y el peso en relación a la edad gestacional y los conocimientos, actitudes y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia. Las pacientes con conocimientos buenos, actitudes positivas y prácticas adecuadas tienen neonatos con peso normal en un 54,2%, 51,4% y 53,6% respectivamente. Las pacientes con conocimientos buenos, actitudes positivas y prácticas adecuadas tuvieron neonatos a término en un 48,7%, 46,2% y 51,9% respectivamente. Por último, las pacientes con conocimientos buenos, actitudes positivas y prácticas adecuadas tuvieron neonatos adecuados para la edad gestacional en un 52,1%, 49,1% y 52,8% respectivamente. Según los resultados no existe una asociación significativa entre el apgar del recién nacido y los conocimientos, actitudes y prácticas ($p > 0,05$). **Conclusiones:** Los conocimientos, actitudes y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia repercuten favorablemente en los resultados perinatales.

Palabras claves: Preeclampsia, conocimientos, actitudes y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia y resultados perinatales.

II. INTRODUCCION

1. Planteamiento del problema

Conocimientos, actitudes y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia en puérperas con este síndrome durante la gestación y su relación con los resultados perinatales.

2. Identificación y definición del problema

La mortalidad materna es un problema de salud pública que refleja inequidad y exclusión social, además de evidenciar las desigualdades e inequidades de género, económicas y culturales, así como el grado de organización de los servicios de salud y la comunidad, la accesibilidad y la calidad de atención, es decir, no solo es un indicador de salud, es un indicador de desarrollo.

La mortalidad materna peruana, es en incidencia, una de las más altas del mundo: 103 por cada cien mil nacidos vivos.⁽¹⁾

En los países subdesarrollados las causas más frecuentes de muerte materna son: hemorragia, toxemia, infección, parto obstruido y aborto inducido, siendo este último el que presenta mayor subregistro y posiblemente su incidencia real sea mayor.

A pesar de los grandes esfuerzos realizados por el sistema regional de salud pública, las mujeres continúan falleciendo por complicaciones del embarazo, parto y puerperio como las principales causas, cuyas características multifactoriales están relacionadas tanto con las condiciones sociales, económicas y culturales de los lugares en las que ocurren como con las condiciones de entrega de los establecimientos de salud que son los responsables de su atención, pero no sólo el personal de salud esta comprometido con la salud materna, sino también las gestantes, que deben acudir periódicamente a sus controles prenatales para una atención integral de su salud y la de su bebé. El control prenatal debe ser completo, es decir debe tomar en cuenta el examen general de la gestante, examen y evaluación del embarazo y crecimiento fetal, atención nutricional, atención odontológica, atención sobre inmunizaciones, atención en su salud mental, atención social y visitas domiciliarias, si es que lo necesita, y educación para la salud.⁽²⁾ Este ultimo es de vital importancia ya que si la mujer es educada adecuadamente, esta tomará conciencia de su salud y la de su bebé, y acudirá al establecimiento de salud si se presentara cualquier eventualidad.

Actualmente se observa que las gestantes acuden al establecimiento de salud al presentar algún signo o síntoma de alarma, sin embargo en su mayoría lo hacen tardíamente, se sabe que si no se reconoce a tiempo estos signos no se detectaría oportunamente alguna patología, afectando así no solo la salud materna sino también la perinatal; sumado a esto en nuestro medio no se cuentan con trabajos de investigación relacionados a esta problemática. En vista de que la preeclampsia, es la segunda patología más frecuente durante la gestación y que la mayoría de los signos y síntomas consultados por las gestantes están dirigidos a esta patología, es que nos planteamos buscar si existe o no una relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia por parte de la gestante y los resultados perinatales.

3. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia en puérperas con este síndrome durante la gestación y los resultados perinatales, atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, durante el año 2010?

4. Marco teórico – Antecedentes

4.1 Marco Teórico:

Se habla de hipertensión en el embarazo cuando la tensión arterial diastólica es > 90 mmHg y la sistólica es > 140 mmHg, o un incremento de la Tensión arterial sistólica de por lo menos 30 mmHg del valor basal o de diastólica de por lo menos 15 mmHg sobre el valor basal. ⁽³⁾

4.1.1 Clasificación de la Hipertensión durante el embarazo:

A. Preeclampsia: Hipertensión en el embarazo asociado a proteinuria ≥ 300 mg en 24 horas o $\geq 1+$ en el examen cualitativo que aparece a partir de las 20 semanas de gestación. Se subdivide en:

- *Preeclampsia leve:* Presión arterial mayor o igual de 140/90 mmHg y proteinuria ≥ 300 mg/dl a < 2 gr.
- *Preeclampsia severa:* Presión arterial mayor o igual de 160/110 mmHg y proteinuria mayor de 2 grs. en 24 horas. Pueden asociarse los llamados signos de alarma

(cefalea, escotomas, tinnitus, epigastralgia, etc). Además existe daño a órganos blanco y compromiso fetal como el retardo del crecimiento intrauterino.

Eclampsia: Presencia de convulsiones tónica-clónicas en gestantes con preeclampsia. No es necesaria la presencia de los llamados signos de alarma para que una mujer tenga eclampsia.

B. Hipertensión arterial crónica: es el alza tensional detectada antes del embarazo o durante las primeras 20 semanas de gestación.

C. Hipertensión arterial mas preeclampsia:

La hipertensión arterial que se exagera durante el embarazo y/o se asocia a edema y proteinuria, se denomina Hipertensión arterial crónica más preeclampsia.

D. Hipertensión arterial transitoria: se refiere al alza tensional transitoria que se presenta en forma recurrente en embarazos sucesivos. Para otros es aquella que se desarrolla durante el embarazo, especialmente al final de la gestación, en el parto o en las primeras 24 hs del puerperio. No se asocia a proteinuria. Se normaliza en los primeros 10 días posteriores al parto. ⁽⁹⁾

4.1.2 Factores de riesgo:

a) *Edad:* más frecuente en menores de 18 años y mayores de 35, aunque algunos estudios demuestran que el riesgo se puede observar en embarazos en menores de 21 años. ⁽⁶⁾⁽¹⁰⁾

b) *Paridad:* las primigestas tienen más posibilidades de enfermedad hipertensiva del embarazo, son 6 a 8 veces más susceptibles que las multíparas. ⁽⁴⁾ El riesgo de Preeclampsia es generalmente inferior en segundos embarazos que en primeros, pero no si la madre tiene un nuevo compañero para el segundo embarazo. Una explicación es que reducen el riesgo con la exposición repetida maternal y la adaptación a antígenos específicos del mismo compañero. Sin embargo la diferencia en el riesgo podría en cambio ser explicado por el intervalo entre nacimientos. Un intervalo de internacimiento más largo puede ser asociado tanto con un cambio de compañero como con un riesgo más alto de Preeclampsia. ⁽¹¹⁾

c) *Antecedente Familiar:* las hijas de madres que tuvieron preeclampsia tienen la posibilidad de padecerla hasta en un 26% de los casos, importante el papel hereditario

de esta enfermedad. ⁽⁶⁾ La contribución de genes paternos al feto pueden ser importantes en la fisiopatología de Preeclampsia, y genes maternos pueden tener un papel clave en la placentación. ⁽¹²⁾

d) *Mola hidatiforme e hidrops fetalis*: tienen un Riesgo Relativo (RR) de 10, ambos en nulíparas. ⁽⁶⁾

e) *Embarazos Gemelares*: con un RR de 5. ⁽¹⁰⁾⁽⁶⁾

f) *Diabetes Gestacional*: es un factor de riesgo potenciador cuando aparece. ⁽¹³⁾

g) *Polihidramnios*: no influye en aparición de la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo. ⁽¹³⁾

h) *Enfermedades autoinmunes*.

4.1.3 Fisiopatología de la Preeclampsia:

Se han desarrollado varias teorías que tratan de explicar el origen de los síndromes hipertensivos del embarazo y se acepta hoy en día que sea multifactorial, donde factores vasoactivos celulares y séricos desempeñan un papel muy importante.

En la preeclampsia, por factores genéticos y/o inmunológicos, existe falla de la invasión trofoblástica a las paredes de arterias espirales durante la placentación. Se modifica la musculatura arterial a material fibrinoide, la luz arterial está disminuida; hay aterosclerosis aguda, con agregación de fibrina, plaquetas y macrófagos cargados de lípidos, trombosis e infartos, lo cual puede bloquear las arterias. Por lo tanto, la perfusión placentaria disminuye hasta 50%, con menor flujo al feto, desnutrición crónica y RCIU (retardo de crecimiento intrauterino). ⁽⁸⁾

Existiría una "intolerancia inmunológica" entre los vasos uterinos maternos (arterias espirales) y las células trofoblásticas fetales que invaden los capilares uterinos maternos, esto desencadena una respuesta inflamatoria con la siguiente liberación de multitud de mediadores y factores lesivos endoteliales que modifican la producción de los factores vasculares.

Se detectaron concentraciones significativamente más altas de factor de necrosis tumoral en el suero de las pacientes con preeclampsia. Estos datos sugieren que el factor de necrosis tumoral juega un papel importante en la patogénesis de la preeclampsia. El factor de necrosis tumoral- α es capaz de alterar el crecimiento y la proliferación de células trofoblásticas, inhibiendo la síntesis de Ácido Ribonucleico, se limita así la invasión trofoblástica en el útero.

El factor de necrosis tumoral- α es capaz de producir daño celular mediante la activación de proteasas, colagenasas o fosfolipasas A2, enzimas todas liberadoras de RLO; también es capaz de exacerbar la actividad procoagulante. ⁽¹³⁾

La fisiología del endotelio se altera, con disminución de sus sustancias relajantes (prostaciclina (PGI₂), óxido nítrico), aumento de las sustancias contractivas (aniones superóxidos, peróxidos lipídicos, tromboxano A₂ (TxA₂) y endotelina 1) y modificaciones de las prostaglandinas vasodilatadoras (Pgl 2, PgE 2) y vasoconstrictoras (Pgf2 α , tromboxano A₂). La Pgl₂ es un mediador relevante del flujo sanguíneo feto placentario, teniendo su deficiencia un rol importante en la preeclampsia. ⁽¹⁴⁾⁽⁶⁾

Por lo tanto, la preeclampsia podría tener etiologías heterogéneas, que convergerán en la hipoperfusión placentaria y el daño endotelial materno ⁽⁹⁾

4.1.4 Cuadro clínico:

En muchas oportunidades la primera manifestación de la preeclampsia es la elevación de las cifras tensionales que generalmente es asintomática y es pesquisada en el control prenatal.

Preeclampsia leve: Tensión arterial mayor o igual de 140/90 mmHg pero < 160/110 o incremento de 30 y 15 mmHg en la tensión arterial sistólica y tensión arterial diastólica respectivamente. Proteinuria mayor o igual de 300 mg en 24 horas o mayor o igual a 1 cruz en las tiras reactiva, para esa edad gestacional. La tensión arterial vuelve a la normalidad como máximo tras 12 semanas postparto

Preeclampsia severa: Tensión arterial sistólica mayor o igual de 160 mmHg y/o tensión arterial diastólica mayor o igual de 110 mmHg, proteinuria mayor de 2g/en orina de 24hs. Algunas veces la presión puede encontrarse a niveles de la preeclampsia leve, pero si aparecen signos y síntomas (dolor epigástrico, alteraciones visuales, cefalea, tinnitus) la preeclampsia pasa a ser severa. Además pueden estar presentes: oliguria menos de 400 ml/24hs, trombocitopenia, elevación de las transaminasas (síndrome HELLP) y/o edema pulmonar. ⁽⁶⁾

La proteinuria es considerada patológica cuando la concentración de proteínas es mayor a 300 mg en orina de 24 hs. La magnitud de la proteinuria reviste especial importancia para evaluar severidad y progresión de la preeclampsia.

El edema puede expresarse en forma precoz, por un aumento de peso exagerado. La retención hidrosalina en cara, manos y región lumbosacra se instala tardíamente.⁽⁹⁾

Se aprecian clínicamente por la depresión que deja la presión del dedo sobre la cara interna de la tibia. El edema es la expresión de la retención de líquido en el espacio intersticial, consecutivamente aparece oliguria mantenida.⁽¹⁵⁾

Cuando se presente elevación tensional durante el embarazo, aun cuando no se documente la presencia de proteinuria, si se acompaña de cefaleas, visión borrosa, epigastralgia, acufenos, hiperreflexia o alteraciones en las pruebas de laboratorio se debe considerar como muy probable la preeclampsia severa.⁽¹⁶⁾

Es importante mencionar que en el curso de la preeclampsia, aparecen trastornos de coagulación, así como de las pruebas de funcionamiento hepático. La alteración hepática usualmente es subclínica aunque puede manifestarse con náuseas, vómitos y dolor epigástrico o en hipocondrio derecho y con menos frecuencia ictericia, esto, secundario a la distensión de la cápsula de Glisson. Estos síntomas son frecuentes en la preeclampsia grave y más aun cuando ésta se complica con el síndrome de Hellp.⁽⁷⁾

4.1.5 Descripción de los signos y síntomas de preeclampsia

1. Cefalea: Este término hace referencia a los dolores y molestias localizadas en cualquier parte de la cabeza, en los diferentes tejidos de la cavidad craneana, en las estructuras que lo unen a la base del cráneo, los músculos y vasos sanguíneos que rodean el cuero cabelludo, cara y cuello.

2. Tinnitus: Es un fenómeno perceptivo que consiste en escuchar ruidos como zumbidos, timbrazos, golpeteos o pulsaciones, cuando no hay sonido exterior que los cause. Este zumbido o campanilleo se produce por el aumento de la actividad de las áreas cerebrales que intervienen en la audición, y aparece asociado a los trastornos del aparato auditivo. Puede ser provocado por gran número de causas, generalmente traumáticas.

3. Escotomas: Mancha inmóvil que oculta una parte del campo visual, situada unas veces en el centro y otras en la periferia; es regular o irregular y está producida generalmente por una lesión del nervio óptico.
4. Epigastralgia: Se define como el dolor en epigastrio, siendo ésta la región situada en la parte anterior, superior y central del abdomen.
5. Edema: Es la acumulación de líquido en el espacio tisular intercelular o intersticial, además de en las cavidades del organismo.
6. Hiperreflexia: Es una reacción del sistema nervioso autónomo (involuntario) a la estimulación excesiva, también se define como la presencia de reflejos desproporcionados; que parece estar relacionado con una lesión neuronal.

4.1.6 Resultados perinatales

La etapa del recién nacido o neonato comprende desde el momento del nacimiento hasta el primer mes de vida extrauterina. Es una etapa marcada por la adaptación y llena de muchas manifestaciones, este período corresponde a una etapa de rápidos y amplios cambios, una adaptación y maduración de todos los órganos y sistemas, la puesta en marcha del mecanismo de homeostasis, que en el útero eran asumidos por la madre y la readecuación respiratoria y circulatoria indispensable desde el nacimiento para sobrevivir en el ambiente extrauterino. ⁽¹⁷⁾

La preeclampsia además de ser causa de muerte materna también es causa de morbilidad y mortalidad fetal - neonatal en muchos países desarrollados y subdesarrollados.

Se considera como fetopatía por preeclampsia-eclampsia (FPE) al conjunto de alteraciones observadas en los recién nacidos de mujeres con diagnóstico de preeclampsia-eclampsia. ⁽¹⁸⁾

En los casos leves de esta enfermedad no hay repercusiones significativas para el feto; en cambio cuando la preeclampsia es grave las consecuencias pueden variar: desde fetos que cursan asintomáticos, con un crecimiento y desarrollo adecuados para la edad de gestación, hasta ser la causa de óbito fetal.

Las manifestaciones más frecuentes de esta entidad ante un cuadro severo pueden estar asociadas a alteraciones del crecimiento intrauterino y la homeostasis en la vida fetal, durante el trabajo de parto y posterior al nacimiento. Algunas alteraciones en la homeostasis fetal se dan a nivel del peso, Apgar, edad gestacional y la relación entre el peso y la edad gestacional. ⁽⁴⁾

Cuando nace un bebé de una mujer con preeclampsia, se debe realizar un examen inmediato, en donde se trata de una pesquisa rápida del estado postparto del niño para definir su vitalidad, para ello hacemos uso del índice de Apgar al minuto y a los cinco minutos, según la bibliografía solo un 1.2 % de neonatos cursan con un Apgar < 7 al minuto, el resto (98.8 %) presenta apgar normal, sin embargo si comparamos el apgar de un recién nacido de una mujer con preeclampsia durante la gestación y el apgar obtenido por un recién nacido de una mujer sin Preeclampsia, el puntaje de apgar de este último será superior al del primero. ⁽¹⁹⁾

En cuanto al peso del neonato, la asociación de neonato de peso bajo para la edad gestacional y la presencia de preeclampsia en sus madres han sido motivo de estudio por muchos años, se menciona que la proteinuria materna puede ser un marcador de daño vascular que limita el flujo sanguíneo materno al útero, por lo que existe hipoxia fetal crónica y retardo del crecimiento. Normalmente la migración del trofoblasto a las arterias espirales del útero ocurre en dos fases: desplazándose a la capa del músculo elástico que al dilatarse las arterias espirales se transforma de un sistema de alta resistencia en uno de baja resistencia, facilitando el intercambio máximo de nutrientes. La migración se completa hacia la semana 20 de la gestación, por lo que la dilatación de las arterias favorece el bienestar fetal. La penetración incompleta que ocurre en las gestantes que presentan preeclampsia evita la denervación fisiológica de los nervios adrenérgicos con un desequilibrio en el sistema del ácido araquidónico, disminución de prostaciclina e incremento de tromboxano A-II, vasoconstrictor y proagregante plaquetario, por lo que se produce un predominio de la vasoconstricción que conduce a isquemia uteroplacentaria, y podría provocar un retardo del crecimiento intrauterino al disminuir el aporte sanguíneo al útero. Cabe esperar, entonces, que en mujeres con preeclampsia grave, los recién nacidos muestren un retardo de su crecimiento intrauterino, con complicaciones secundarias a la desnutrición. ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾ Se considera que la desnutrición intrauterina es debida a infartos placentarios que impiden la perfusión sanguínea de la placenta en el 50 a al 65 % de los casos, por lo cual el feto no alcanza a cubrir sus necesidades nutricias. ⁽⁵⁾

La preeclampsia grave y en ciertas ocasiones las de tipo leve, también se relacionan con neonatos dados a luz con frecuencia prematuramente (Nacidos Pretérmino < 37 semanas) posiblemente por la interrupción precoz de la gestación ante la posibilidad de resultados perinatales mas adversos que si continuara la gestación con un feto en deterioro progresivo. Muchos de estos neonatos sufren durante el parto y requieren por lo general maniobras de resucitación. ⁽²²⁾

El recién nacido de madre con preeclampsia leve y aún el de preeclampsia grave que no muestre repercusiones significativas, que presente un apgar satisfactorio y con un peso mayor a 2,500 g puede recibir el manejo habitual para el recién nacido normal. De acuerdo a las condiciones y evolución el hijo de madre con preeclampsia debe ser colocado en incubadora para un mejor control térmico, con oxígeno suplementario en caso necesario. ⁽²³⁾

El recién nacido de madre con preeclampsia es susceptible también de desarrollar alteraciones hematológicas en forma aislada o asociada. Entre las alteraciones hematológicas se citan la policitemia, neutropenia, trombocitopenia y trastornos de coagulación, oscilando la incidencia de la policitemia entre 16 a 37% y la de la neutropenia entre 7,6% a 27,7%, según los diferentes estudios. ⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾

4.2 Antecedentes:

A pesar de los enormes esfuerzos médicos en la investigación de esta patología en los últimos años, todavía no se sabe cuál es la verdadera causa que la produce. Sin embargo en la actualidad se cuenta con trabajos de investigación que sugieren una relación entre la preeclampsia y algunos factores de riesgo.

En un estudio realizado por la Lic. Milena Alfaro Chávez en el año 2004 demostró un grado de asociación entre el control prenatal y la preeclampsia, en el cual se encontró que existe dos veces más probabilidad de terminar en preeclampsia si llevo un control prenatal inadecuado (IC 95%, 0.8 a 5.0) comparado con tener un control prenatal adecuado y terminar sin preeclampsia. ⁽²⁷⁾. Estudios nacionales como los de Gutierrez ⁽²⁸⁾, Alarcón ⁽²⁹⁾, Ruiz ⁽³⁰⁾, Alcántara ⁽³¹⁾, Castro ⁽³²⁾, y Bachean ⁽³³⁾ mencionan que la mayoría de gestantes con pre-eclampsia no tienen un control pre-natal adecuado.

Ramiro y col. en su investigación: “Estudio de Línea en Salud Materna y Perinatal”-Bolivia, de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal. Este concluye que 3 de cada 4 mujeres percibió e identificó algún signo y síntoma de alarma durante su último embarazo y sólo el 40% de estas mujeres solicitó ayuda en los servicios de salud, lo que implica que el porcentaje restante pudo morir o poner en riesgo la vida. ⁽³⁴⁾

Condori, T y col. en su investigación: “Nivel de conocimientos sobre Riesgos en la Salud Reproductiva y factores que influyen en mujeres en edad fértil de la ciudad de Potosí”-Bolivia, de tipo transversal, descriptivo, retrospectivo, entre los hallazgos se encontró que 56.8 % de las mujeres entrevistadas contestó que los signos y síntomas de la preeclampsia no significan ningún riesgo sino todo lo contrario es considerada una señal de que el embarazo está bien y que no hay ninguna complicación. El 43.2% reconoció que se trata de un riesgo que puede llevar a la mujer a la muerte o provocar bajo peso en el recién nacido. ⁽³⁵⁾

Cordillo, M y col. en su estudio: “Conocimiento de signos de alarma entre mujeres embarazadas y seres cercanos, en collco Puno 1998”- Perú, de tipo transversal, descriptivo, prospectivo, incluyó a las embarazadas de las comunidades de Pilcuyo y Camicachi y familiares, tomo una muestra de 54 entre embarazadas y personas cercanas para ser entrevistadas. Se encontró que únicamente el dolor en la zona del epigastrio y el dolor de cabeza fueron mencionados por un 63% de la población. Los que mencionaron inflamación, pérdida de líquido amniótico, convulsiones, tinitus y el feto inmóvil fueron cero o casi cero. El 30% de las entrevistadas coincidieron en que ante la presencia de los 3 signos y síntomas más comunes (dolor en el epigastrio, cefalea intensa y epilepsia) se tendría que acudir al Puesto de Salud. El 13% de los entrevistados respondieron que de todos los signos de alarma del embarazo solo el dolor en el epigastrio se asociaron con algo grave como para causar la muerte, mientras que ni un solo entrevistado lo asocio con la cefalea o tinitus. La inflamación, fiebre y tinitus son atribuidos al frío, la tristeza, preocupación y otros factores psicológicos son posibles causas de dolor de cabeza y convulsiones, mientras que esfuerzos físicos son precedidas como posibles causas de hemorragia vaginal y pérdida de líquido amniótico. ⁽³⁶⁾

Davila, M. y col. en su estudio: “Análisis de una Intervención de Salud Pública en comunidades campesinas del Departamento de Huancavelica Enero- Mayo 2003”-Perú, de tipo descriptivo transversal, realizada al 75% de las mujeres de la población, mostrando que el 21.5% de gestantes, no recibió Control Prenatal. El 27.3% no recibió explicaciones sobre síntomas y complicaciones durante el embarazo. Los resultados obtenidos antes de la

intervención en relación al reconocimiento de signos de peligro durante la gestación; donde una de cada 5 madres no podía mencionar ni un solo signo de peligro, y los signos más frecuentemente mencionados fueron “dolor de cabeza” 42.9%, “vómitos excesivos” 39.3%, “hinchazón del cuerpo” 29.8% y “hemorragia” 26.2%, “bebé no se mueve y pérdida de líquido” lograron 6% y 4.8% respectivamente. ⁽³⁷⁾

Carhuachin, Y. y col. en su tesis: “Nivel de conocimiento de las gestantes sobre los signos y síntomas durante el embarazo en el Hospital de Apoyo de Barranca; Septiembre 2003-mayo 2004”- Perú, de tipo descriptivo correlacional, transversal con una muestra de 86 gestantes a las cuales se aplicó un cuestionario. Se llegó a las siguientes conclusiones: que el nivel de conocimiento de las gestantes sobre signos y síntomas de alarma es medio, que corresponde a un 48.8% del total, el 59.3% de las gestantes recibieron información acerca de los signos y síntomas de alarma durante el embarazo por parte del personal de salud, y el 8.1 % lo hizo por parte de su vecina; del total de las gestantes encuestadas el 93% respondieron que ante la presencia de cualquier signo y síntoma de alarma del embarazo acudirían a un establecimiento de salud. ⁽³⁸⁾

Cruz, M. y col. en su estudio: Conocimiento sobre los factores de riesgo de las embarazadas adolescentes del barrio Teodoro López, IV Trimestre 2004, de tipo descriptivo cualitativo de corte transversal, la muestra para este estudio fue del 10% de las embarazadas adolescentes del barrio Teodoro López, aplicando entrevista a cada una de ellas. De las 24 adolescentes entrevistadas con respecto a signos de peligro, un 16.7% respondieron hemorragia y aborto, un 8.3% dicen cefalea, salida de líquido, parto prematuro y aborto. Un buen porcentaje de ellas no tienen ni idea de los que son los factores de riesgo que les puede ocurrir durante el embarazo, solamente algunas mencionaron cuales serían estos posibles riesgos. El 100% de ellas han recibido información de los signos de peligro, en la radio el 50%, porque es la que tiene a su alcance y es la que les gusta escuchar, muy poco en la TV (20.8%), escuela, padres de familia y unidad de salud (4.2%). Todas han asistido alguna vez a la unidad de salud y han recibido consejería por parte del personal de salud que la atiende; pero en su mayoría no tienen el conocimiento exacto de la importancia de conocer los síntomas y signos de peligro en el embarazo. ⁽³⁹⁾

Conejo, M. (2006), en la evaluación final de su investigación: “Proyecto Supervivencia Materna”- Ecuador, de tipo descriptivo prospectivo y comparativo con una muestra de 23 mujeres embarazadas que representan el 88% del total de las mujeres de cinco comunidades nativas concluyó que existe un incremento del nivel de conocimientos sobre señales de peligro materno de mujeres embarazadas en relación a la línea de base. Las

señales de peligro más identificadas por las mujeres embarazadas fueron: sangrado vaginal (87%), dolor de cabeza (78%) y la visión borrosa/desmayos (70%). Se apreció que 19 mujeres que representan el 83% acudirían al Hospital en caso de presentar alguna señal de peligro, 4 embarazadas que representa el 17% acudiría a la partera. ⁽⁴⁰⁾

Si bien se han encontrado trabajos de investigación sobre el nivel de conocimientos de las gestantes acerca de los signos de alarma o peligro y la preeclampsia, sin embargo no se han realizado trabajos que demuestren asociación entre los conocimientos, actitudes y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia y los resultados perinatales.

5. Justificación e importancia del problema

En el Perú la incidencia de preeclampsia fluctúa entre el 3 y 10% de la población general, siendo más frecuente en las poblaciones menos favorecidas. En nuestro país esta patología es una causa importante de morbilidad materna perinatal y pese a la gran importancia de los trastornos que conlleva esta patología, su etiopatogenia no ha sido aclarada y la interrupción de la gestación sigue siendo la única intervención capaz de detener el proceso fisiopatológico de la enfermedad.

En vista de que aún no se conoce la patogénesis de la preeclampsia, nuestras estrategias para la prevención son limitadas, sin embargo el conocimiento sobre los signos y síntomas de la preeclampsia aseguraría que la gestante acuda inmediatamente al establecimiento de salud para el manejo adecuado y oportuno de esta patología, reduciendo así la morbilidad materna perinatal.

Consideramos que como corresponsables de la salud materno perinatal, es nuestro deber contribuir en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, sólo así podremos asegurar el preservar la salud y evitar que la gestante evolucione hacia formas más graves de la enfermedad.

En vista de las consideraciones expuestas y que el Instituto Materno Perinatal (ex Maternidad de Lima) es el establecimiento de salud categorizado como III-2 según la norma técnica de categorización de establecimientos del sector salud y es el centro de referencia nacional materno perinatal más representativo del país, se realizará el presente estudio con el objetivo de relacionar los conocimientos, actitudes y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia en puérperas con este síndrome durante la gestación y los resultados perinatales.

6. Objetivos de la investigación

1. Objetivo general

- Relacionar los conocimientos, actitudes y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia en puérperas con este síndrome durante la gestación y los resultados perinatales, atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, durante el año 2010.

2. Objetivos específicos

- Establecer las características generales y obstétricas de las puérperas con diagnóstico de preeclampsia durante la gestación.
- Establecer los resultados perinatales de los hijos de las puérperas con preeclampsia durante la gestación.
- Relacionar los conocimientos de los signos y síntomas de preeclampsia en puérperas con este síndrome durante la gestación y su relación con los resultados perinatales.
- Relacionar las actitudes ante los signos y síntomas de preeclampsia en puérperas con este síndrome durante la gestación y su relación con los resultados perinatales.
- Relacionar las prácticas ante los signos y síntomas de preeclampsia en puérperas con este síndrome durante la gestación y su relación con los resultados perinatales.

7. Hipótesis

Los conocimientos buenos, las actitudes positivas y las prácticas adecuadas de los signos y síntomas de preeclampsia, repercuten favorablemente en los resultados perinatales.

II. Metodología

1. Tipo de estudio

a. Según la finalidad del estudio:

Es descriptivo – correlacional; descriptivo, pues describe las características de la población estudiada y correlacional, porque busca evaluar la relación entre la variable independiente – conocimientos, actitudes y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia – con la variable dependiente – resultados perinatales.

b. Según la secuencia del estudio:

Es transversal, puesto que se realizó una sola medición de las variables al aplicar el instrumento de recolección de datos.

c. Según el inicio del estudio y registro de la información:

Es prospectivo; porque la aplicación del instrumento de recolección de datos (ver anexos), el recojo de la información de fuente secundaria (historia clínica materna y perinatal) y el análisis de estos datos se realizó durante la realización del estudio.

c. Según el control de la asignación de los factores de estudio:

Es observacional, porque no se manipulan las variables en estudio y únicamente se observó el comportamiento de las variables en estudio.

2. Diseño de estudio

Estudio descriptivo - correlacional, transversal, prospectivo.

3. Definición de la población de estudio

Todas las púerperas con diagnóstico de preeclampsia durante la gestación y sus respectivos recién nacidos hospitalizadas en el servicio de Obstetricia C y puerperio, en el Instituto Nacional Materno Perinatal cuyos partos se atendieron del 01/09/10 al 30/11/10.

a. Criterios de inclusión:

- Puérperas con diagnóstico de preeclampsia durante la gestación, confirmado con proteinuria cualitativa (+) o cuantitativa ($\geq 300\text{mg}/24\text{hrs}$).
- Puérperas cuyo parto haya sido atendido en el Instituto Nacional Materno perinatal.
- Firma del consentimiento informado por la paciente y/o los tutores en caso de ser menor de edad.
- Historia clínicas con datos completos.

b. Criterios de exclusión:

- Otras causas de hipertensión arterial en el embarazo.
- Gestantes diabéticas.
- Gestantes con embarazo múltiple.
- Gestantes con enfermedad renal.
- Recién nacido con malformaciones congénitas.

c. Criterios de eliminación:

- Mujeres que en un principio aceptaron participar en la investigación, y que después decidieron retirarse.

4. Diseño muestral

a. Tamaño de muestra:

- $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ (debido a que el valor de confiabilidad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso $5\% = 0.05$)
- $q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.05 = 0.95$)
- d = precisión (en este caso deseamos un 3%)

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

Con esos datos el valor de n : 203

Según las estadísticas del Instituto Nacional Materno Perinatal al año 2008, los casos de preeclampsia registrados fueron de 1270; si dividimos el número de casos entre los días del año (1270/365) nos da como resultado de 3 a 4 casos por día. Puesto que la recolección de datos se realizó en un período de 3 meses, en este tiempo se contó con un aproximado de 270 a 360 casos, de las cuales solo se escogió 203 casos en forma aleatoria y tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

b. Tipo de muestra:

Probabilística aleatoria simple.

c. Procedimientos de muestreo:

El proceso de aleatorización consistió en la elección de un sobre cerrado para determinar si la puérpera integraría la presente investigación, previa información general de la investigación, cada sobre contiene una hoja rotulada indicando si ingresa o no al estudio. Este procedimiento se realizó hasta completar el total de muestra requerida para la investigación.

5. Variables del estudio

a. Variable Independiente: Conocimientos, actitudes y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia.

- Cefalea intensa.
- Epigastralgia.
- Escotomas.
- Tinnitus (zumbido de oídos).
- Edema de miembros inferiores y superiores.

b. Variable dependiente: Resultados perinatales

- Peso del recién nacido
- Puntaje de Apgar (1'-5')
- Edad gestacional al parto (Capurro)
- Peso/Edad gestacional

c. Variables Intervinientes:

- Edad materna
- Ocupación
- Grado de instrucción
- Paridad
- Número de atenciones prenatales
- Tipo de parto
- Tipo de preeclampsia

6. Recolección de datos

a. Plan de recolección de datos:

La recolección de los datos se realizó previa comunicación y coordinación con el jefe de servicio de obstetricia “C” y puerperio. La recolección de la data se realizó a través del instrumento de recolección de datos previamente validados en la prueba piloto, tomando en cuenta los datos proporcionados por la historia clínica materna – perinatal.

b. Diseño de instrumentos:

Se aplicó una entrevista estructurada con 19 preguntas cerradas, de 15 minutos de duración aproximadamente, con la finalidad de obtener los conocimientos, actitudes y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia, elaborada en base a los objetivos propuestos según las escalas de medición correspondientes.

c. Técnica:

Entrevista (ver anexo)

d. Control de calidad de datos:

Para el presente estudio el control de la calidad de los datos se realizó a través de la revisión de las respuestas obtenidas en las entrevistas y verificando que los datos obtenidos a través de la historia clínica estén completos.

e. Plan de procedimientos y análisis de datos:

Se aplicó una escala de calificación que constó de tres criterios: bueno, regular y malo para la variable conocimientos; para la variable actitudes la escala de calificación consta de tres criterios: positiva, indiferente y negativa; por último para la variable prácticas consta de dos criterios adecuada e inadecuada. Se clasifica como conocimiento bueno de 14 a 16 puntos, regular de 10 a 12 puntos y malo si es menor de 8 puntos. Para la variable actitudes se clasifica como positiva de 12 a 15 puntos, indiferente de 8 a 11 puntos y negativa menos de 8 puntos. Por último la variable práctica se considerará adecuada de 8 a 12 puntos e inadecuada menos de 8 puntos.

Los datos se registraron en una base elaborada en la hoja de cálculo del programa *SPSS versión 19.0*, con el se realizó el análisis descriptivo y correlacional.

Para el análisis descriptivo de las variables intervinientes (edad materna, ocupación, grado de instrucción, paridad, atenciones prenatales, tipo de parto y tipo de preeclampsia) y la variable dependiente (resultados perinatales) se usó distribución de frecuencias (número y porcentaje); para el análisis de las variables independientes en relación a las variables intervinientes se uso tablas de contingencia, teniendo como estadístico el coeficiente de contingencia, asimismo se uso este estadístico para ver si existe o no asociación entre las variables independientes y dependientes. El resultado fue estadísticamente significativo si el $p < 0,05$.

7. Aspectos éticos:

El presente estudio respetará el derecho de autonomía que posee cada participante, así como también se mantendrá en anonimato los nombres de los participantes. Los datos recogidos de la madre y del recién nacido a través del instrumento serán de uso exclusivo para el fin de la investigación y no siendo usados con otros fines.

Los participantes que integrarán la investigación deberán previamente haber leído y comprendido el contenido del consentimiento informado, así también ratificar su participación en el estudio al firmar este documento.

Si las participantes deciden no brindar ciertos datos personales o retirarse en medio de la entrevista, se respetara su libre decisión y se les agradecerá por su colaboración.

III. RESULTADOS

Tabla N°1

Características de las pacientes. INMP.2010

		N	%
Edad	15-19 años	41	20,1
	20-34 años	121	59,6
	35 o mas	41	20,1
Paridad	Nulípara	104	51,2
	Primípara	48	23,6
	Múltipara	51	25,1
Atención prenatal	< 6 APN	90	44,3
	≥ 6 APN	113	55,7
Grado de instrucción	Primaria	16	7,9
	Secundaria	149	73,4
	Técnica	27	13,3
	Superior	11	5,4
Ocupación	Estudiante	7	3,4
	Ama de casa	168	82,8
	Empleada	28	13,8
Preeclampsia	Leve	84	41,4
	Severa	119	58,6
Tipo de parto	Normal	70	34,5
	Cesárea	133	65,5

En cuanto a las características generales de las pacientes, la primera variable interviniente evaluada fue la edad, evidenciándose que en su mayoría, el 59,6% del total de la muestra (203 puérperas) corresponde al grupo de mujeres en edad reproductiva. La segunda

variable interviniente es la paridad, encontrándose que el mayor porcentaje (51,2%) son nulíparas. La tercera variable fue la atención prenatal, observándose que el 55,7% acudió a 6 o más atenciones prenatales. La cuarta variable evaluada fue el grado de instrucción, evidenciándose que el mayor porcentaje de la muestra (73,4%) cursó el nivel secundario y un mínimo porcentaje (5,4%) pudo beneficiarse de una educación superior. La quinta variable interviniente evaluada fue la ocupación, encontrándose que el mayor porcentaje (82,8%) estaba constituido por las amas de casa. La sexta variable interviniente evaluada fue el tipo de preeclampsia, observándose que el 58,6% del total de la muestra curso con una preeclampsia de tipo severa. Por último se evaluó el tipo de parto, encontrándose que el 65,5% del total de la muestra culminó su gestación en una cesárea. (Tabla 1)

Tabla N°2
Resultados perinatales. INMP. 2010

		N°	%
Peso	Bajo peso	59	20,1
	Normal	144	70,9
Apgar	<07 (1')	13	6,4
	≥07 (1')	190	93,6
	<07(5')	3	1,5
	≥07(5')	200	98,5
Edad gestacional	Pretérmino	47	23,2
	A término	156	76,8
Peso/edad gestacional	PEG	40	13,7
	AEG	163	80,3

En cuanto a los resultados perinatales, se obtuvo que el 70,9% de los recién nacidos tiene un peso normal. En cuanto al apgar; al minuto, se notó que el 93,6% obtuvo una puntuación mayor de 7 y a los 5 minutos, el 98,5% obtuvo una puntuación mayor de 7. En cuanto a la edad gestacional, se obtuvo que en su mayoría (76,8%) fueron a término. Por último se consideró el peso en relación a la edad gestacional, evidenciándose que el 80,3% nació con adecuado peso para la edad gestacional. (Tabla 2)

Tabla N°3

Conocimientos de los signos y síntomas de preeclampsia según edad, paridad, atención prenatal y grado de instrucción.INMP.2010.

Conocimientos de los signos y síntomas de preeclampsia

		Bueno		Regular		Malo	
		N	%	N	%	N	%
Edad	15-19 años	14	34,1	7	17,1	20	48,8
	20-34 años	56	46,3	16	13,2	49	40,5
	35 o mas	20	48,8	4	9,8	17	41,5
Paridad	Nulípara	47	45,2	15	14,4	42	40,4
	Primípara	22	45,8	7	14,6	19	39,6
	Múltipara	21	41,2	5	9,8	25	49
Atención prenatal	< 6 APN	27	30	11	12,2	52	57,8
	≥ 6 APN	63	55,8	16	14,2	34	30,1
Grado de instrucción	Primaria	3	18,8	0	0	13	81,3
	Secundaria	73	49	22	14,8	54	36,2
	Técnica	10	37	4	14,8	13	48,1
	Superior	4	36,4	1	9,1	6	54,5

El nivel de conocimientos en las adolescentes, es en su mayoría (48,8%) un nivel de conocimientos malo, en el grupo de edad reproductiva (20-34 años) el 46,3% tiene un nivel de conocimientos bueno y en el grupo con edad mayor o igual a 35 años se observa un nivel de conocimientos bueno, en un 48,8%. Con respecto a la paridad, las nulíparas poseen en un 45,2% un nivel de conocimientos bueno, en las primíparas el 45,8% obtuvo un nivel de conocimientos bueno y las múltiparas tienen un nivel de conocimientos malo en el 49%. En cuanto a la atención prenatal, se obtuvo que el 57,8% obtuvo un nivel de conocimientos malo cuando tuvieron menos de 6 atenciones; mientras que con 6 o más atenciones prenatales, el 55,8% tiene un nivel de conocimientos bueno. Por último en el grado de instrucción, observamos que el 81,3% con un nivel primario tiene un nivel de conocimientos malo, con un nivel de educación secundaria el 49% tiene un nivel de conocimientos bueno, con un grado de instrucción técnica se obtuvo que el 48,1% tiene un nivel de conocimientos malo y con un grado de instrucción superior el 54,5% posee un nivel de conocimientos malo. (Tabla 3)

Tabla N°4

Actitudes ante los signos y síntomas de preeclampsia según edad, paridad, atención prenatal y grado de instrucción.INMP.2010.

		Positiva		Indiferente		Negativa	
		N	%	N	%	N	%
Edad	15-19 años	10	24,4	18	43,9	13	31,7
	20-34 años	51	42,1	40	33,1	30	24,8
	35 o mas	22	53,7	10	24,4	9	22
Paridad	Nulípara	38	36,5	34	32,7	32	30,8
	Primípara	23	47,9	16	33,3	9	18,8
	Múltipara	22	43,1	18	35,3	11	21,6
Atención prenatal	< 6 APN	25	27,8	33	36,7	32	35,6
	≥ 6 APN	58	51,3	35	31	20	17,7
Grado de instrucción	Primaria	4	25	7	43,8	5	31,3
	Secundaria	64	43	50	33,6	35	23,5
	Técnica	10	37	8	29,6	9	33,3
	Superior	5	45,5	3	27,3	3	27,3

En la variable edad, observamos que las adolescentes tienen en un 43,9% una actitud indiferente, en el grupo de 20 a 34 años, el 42,1% tiene una actitud positiva y en el grupo con edad mayor o igual a 35 años se observa que en un 53,7% tiene una actitud positiva. Con respecto a la variable paridad, las nulíparas poseen en un 36,5% una actitud positiva, las primíparas el 47,9% obtuvo una actitud positiva y las múltiparas tienen una actitud positiva en un 43,1%. En cuanto a la atención prenatal, se obtuvo que el 36,7% obtuvo una actitud indiferente con menos de 6 atenciones y con 6 o más atenciones prenatales, el 51,3% tiene una actitud positiva. Por último tenemos el grado de instrucción, observamos que el 43,8% con un nivel primario tiene una actitud indiferente, con un grado de instrucción de secundaria el 43% tiene una actitud positiva, con un grado de instrucción técnica se obtuvo que el 37% tiene una actitud positiva y por último con un grado de instrucción superior el 45,5% posee una actitud positiva. (Tabla 4).

Tabla N°5

Prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia según edad, paridad, atención prenatal y grado de instrucción.INMP.2010

Prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia

		Adecuada		Inadecuada	
		N	%	N	%
Edad	15-19 años	11	26,8	30	73,2
	20-34 años	57	47,1	64	52,9
	35 o mas	22	53,7	19	46,3
Paridad	Nulípara	42	40,4	62	59,6
	Primípara	23	47,9	25	52,1
	Multípara	25	49	26	51
Atención prenatal	< 6 APN	28	31,1	62	68,9
	≥ 6 APN	62	54,9	51	45,1
Grado de instrucción	Primaria	4	25	12	75
	Secundaria	72	48,3	77	51,7
	Técnica	8	29,6	19	70,4
	Superior	6	54,5	5	45,5

En la variable edad, observamos que las adolescentes tienen en un 73,2% una práctica inadecuada, en el grupo de 20 a 34 años, el 52,9% tiene una práctica inadecuada y con edad mayor o igual a 35 años se observa que en un 53,7% tiene prácticas adecuadas. Con respecto a la paridad, las nulíparas poseen en un 59,6% prácticas inadecuadas, las primíparas el 52,1% obtuvo prácticas inadecuadas y las multíparas tienen prácticas inadecuadas en un 51%. En cuanto a la atención prenatal, se obtuvo que el 68,9% obtuvo prácticas inadecuadas con menos de 6 atenciones, mientras que con 6 o más atenciones prenatales el 54,9% tiene prácticas adecuadas. Por último en el grado de instrucción, observamos que el 75% con un nivel primario tiene prácticas inadecuadas, con un grado de instrucción de secundaria el 51,7% tiene prácticas inadecuadas, con un grado de instrucción técnica se obtuvo que el 70,4% tiene prácticas inadecuadas y con un grado de instrucción superior el 54,5% tiene prácticas adecuadas. (Tabla 5)

Tabla N° 6

Resultados perinatales según los conocimientos de los signos y síntomas de preeclampsia. INMP.2010

Conocimientos de los signos y síntomas de preeclampsia

		Bueno		Regular		Malo		Coef. Contig.	P
		N	%	N	%	N	%		
Peso	Bajo peso	12	20,3	5	8,5	42	71,2	0,351	0,000
	Normal	78	54,2	22	15,3	44	30,6	0,351	0,000
Apgar	<07(1')	4	30,8	1	7,7	8	61,5	0,101	0,348
	≥07(1')	86	45,3	26	13,7	78	41,1	0,101	0,348
	<07(5')	1	33,3	0	0	2	66,7	0,067	0,634
	≥07(5')	89	44,5	27	13,5	84	42	0,067	0,634
Edad gestacional	Pretérmino	14	29,8	4	8,5	29	61,7	0,210	0,009
	A término	76	48,7	23	14,7	57	36,5	0,210	0,009
Peso/edad gestacional	PEG	5	12,5	2	5	33	82,5	0,373	0,000
	AEG	85	52,1	25	15,3	53	32,5	0,373	0,000

En los resultados perinatales según la variable conocimientos, se obtuvo que las pacientes que poseían un nivel de conocimientos malo tuvieron recién nacidos con bajo peso en un 71,2%, por otro lado con un peso normal el 54,2% de las pacientes tiene un nivel de conocimientos bueno. En cuanto al apgar al minuto con un puntaje menor a 7, el 61,5% de las pacientes tiene un nivel de conocimientos malo, con un puntaje mayor a 7 al minuto el 45,3% está conformado por un nivel de conocimientos bueno; con respecto al apgar a los 5 minutos con un puntaje menor a 7 se obtuvo que el 66,7% de la muestra tiene un nivel de conocimientos malo y con un puntaje mayor o igual a 7 se observa que el 44,5% tiene un nivel de conocimientos bueno. El 61,7% de las pacientes que poseía un nivel de conocimientos malo tenían neonatos pretérminos y el 48,7% de ellas que obtuvo un nivel de conocimientos bueno tenían neonatos a término. Finalmente el 82,5% de la muestra con un nivel de conocimientos malo obtuvieron pequeños para la edad gestacional, mientras que el 52,1% con un nivel de conocimientos bueno obtuvieron recién nacidos adecuados para la edad gestacional. (Tabla 6).

Tabla N°7

Resultados perinatales según las actitudes ante los signos y síntomas de preeclampsia.INMP.2010

Actitudes ante los signos y síntomas de preeclampsia

		Positiva		Indiferente		Negativa		Coef. Contig.	P
		N	%	N	%	N	%		
Peso	Bajo peso	9	15,3	31	52,5	19	32,2	0,324	0,000
	Normal	74	51,4	37	25,7	33	22,9	0,324	0,000
Apgar	<07(1')	5	38,5	5	38,5	3	23,1	0,028	0,924
	≥07(1')	78	41,1	63	33,2	49	25,8	0,028	0,924
	<07(5')	1	33,3	1	33,3	1	33,3	0,024	0,945
	≥07(5')	82	41	67	33,5	51	25,5	0,024	0,945
Edad gestacional	Pretérmino	11	23,4	17	36,2	19	40,4	0,216	0,007
	A término	72	46,2	51	32,7	33	21,2	0,216	0,007
Peso/edad gestacional	PEG	3	7,5	24	60	13	32,5	0,331	0,000
	AEG	80	49,1	44	27	39	23,9	0,331	0,000

En los resultados perinatales según la variable actitudes, se obtuvo que el 52,5% de las pacientes con actitud indiferente tiene recién nacidos con bajo peso y el 51,4% con una actitud positiva tienen recién nacidos con peso normal. El apgar al minuto con un puntaje menor a 7 el 38,5% lo constituye pacientes con una actitud positiva, con un puntaje mayor a 7 al minuto el 41,1% de ellas posee una actitud positiva; con respecto al apgar a los 5 minutos con un puntaje menor a 7 se obtuvo que el 33,3% de la muestra obtuvieron una actitud positiva, mientras que con un puntaje mayor o igual a 7 las pacientes tiene una actitud positiva en un 41%. Con una edad gestacional pretérmino el 40,4% de las pacientes tiene una actitud negativa y con una edad gestacional a término el 46,2% de estas obtuvo una actitud positiva. Finalmente, el peso según la edad gestacional, se obtuvo que el 60% de las muestra con una actitud indiferente tuvieron neonatos pequeños para la edad gestacional, mientras que el 49,1% de ellas con actitud positiva tienen neonatos adecuados para la edad gestacional. (Tabla 7)

Tabla N°8

Resultados perinatales según las prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia. INMP.2010

Prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia

		Adecuada		Inadecuada		Coef. Contig.	P
		N	%	N	%		
Peso	Bajo peso	9	15,3	50	84,7	0,351	0,000
	Normal	81	56,3	63	43,8	0,351	0,000
Apgar	<07(1')	4	30,8	9	69,2	0,071	0,309
	≥07(1')	86	45,3	104	54,7	0,071	0,309
	<07(5')	2	66,7	1	33,3	0,055	0,433
	≥07(5')	88	44	112	56	0,055	0,433
Edad gestacional	Pretérmino	9	19,1	38	80,9	0,268	0,000
	A término	81	51,9	75	48,1	0,268	0,000
Peso/edad gestacional	PEG	4	10	36	90	0,324	0,000
	AEG	86	52,8	77	47,2	0,324	0,000

En los resultados perinatales según la variable prácticas, el 84,7% de las pacientes con prácticas inadecuadas obtuvieron recién nacidos con bajo peso, mientras que el 56,3% de estas con prácticas adecuadas tienen recién nacidos con peso normal. El apgar al minuto con un puntaje menor a 7, se encontró que el 69,2% de ellas poseía prácticas inadecuadas, si el puntaje fue mayor a 7 al minuto el 54,7% de las pacientes obtuvo prácticas inadecuadas; con un puntaje menor a 7 a los cinco minutos el 66,7% del total tiene prácticas adecuadas, mientras que un puntaje de apgar mayor o igual a 7 el 56% posee prácticas inadecuadas. El 80,9% de las pacientes con prácticas inadecuadas tuvieron neonatos pretérmino y el 51,9% de estas con prácticas adecuadas tuvieron neonatos a término. Por último, el peso según la edad gestacional, se observa que el 90% de las pacientes con prácticas inadecuadas tuvieron recién nacidos pequeños para la edad gestacional y el 52,8% de ellas con prácticas adecuadas tuvieron recién nacidos adecuados para la edad gestacional. (Tabla 8).

IV. DISCUSIÓN

La preeclampsia-eclampsia sigue representando en la actualidad un problema de salud pública puesto que constituye una causa importante de morbi-mortalidad materna con repercusiones en el neonato, en el Perú, la incidencia de los trastornos hipertensivos varía entre 4,8% - 7,3% y la mortalidad por preeclampsia representa el 15,8% de total de muertes maternas; mientras que la mortalidad perinatal en neonatos de madres con preeclampsia leve y severa es del 1 y 7%, respectivamente. ⁽⁴¹⁾

Además es todo un reto para los investigadores biomédicos y clínicos, ya que a pesar de los grandes avances en el conocimiento de esta patología aun se desconoce su génesis, por lo que las estrategias en el tratamiento de este síndrome son limitadas. Sin embargo el desconocimiento de la causa no ha sido impedimento para las investigaciones con la finalidad de encontrar una relación de esta entidad con factores de riesgo, así como condiciones fisiopatológicas y clínicas predictoras de la enfermedad.

En los resultados obtenidos podemos apreciar las características generales de las pacientes, tenemos que el 59,6% estuvo conformado por el grupo de 20-34 años, seguidas por las adolescentes y añosas con un 20,1%, si bien el mayor porcentaje se ubica dentro de la edad reproductiva, existe un alto porcentaje en las adolescentes y añosas, coincidiendo con la literatura, que las edades extremas de la vida reproductiva es un factor de riesgo para el desarrollo de esta patología. ⁽⁶⁾⁽¹⁰⁾ Nuestros resultados es similar a lo reportado en otros estudios, en un estudio realizado por la Dra. Barreto se encontró que el 18% del total de la muestra (150) correspondía a las adolescentes, otro estudio obtuvo en un 26% población adolescente realizado por la Dra. Trujillo, mientras que en el estudio realizado por la Dra. Sánchez este porcentaje fue mayor con un 39,22% del total (102). ⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾

Con respecto a la paridad se obtuvo que el 51,2% estuvo conformado por las nulíparas, seguido de las múltiparas y primíparas con un 25,1% y 23,6% respectivamente, esto corresponde con las fuentes bibliográficas donde la nuliparidad es un factor de riesgo para preeclampsia. ⁽¹¹⁾ nuestros resultados coinciden con lo descrito por otros autores, donde el 71,6%, 47,2% y 53,92% del total de sus muestras son nulíparas ⁽⁴⁵⁾⁽⁴⁴⁾⁽⁴³⁾; así también la Lic. Alfaro ⁽²⁷⁾ describió que las gestantes nulíparas tuvieron 0.6 veces mayor riesgo de presentar preeclampsia (IC de 95%, 0.1 a 2.2) que las gestantes que no fueron nulíparas.

En nuestro estudio el 55,7% de la muestra cumplió con 6 o más atenciones prenatales. En un estudio realizado por Salvis y col. ⁽⁴⁵⁾ encontraron que el 67% del total acudió alguna vez a una atención prenatal, mientras que en otro estudio el 78,43% asistió a menos de 3 atenciones prenatales. ⁽⁴³⁾ por otro lado Salvador y col. encontraron que el 31% de su población adolescente asistieron a 6 o más atenciones prenatales y el 20% no asistió a ninguna atención prenatal. ⁽⁴⁷⁾. Es importante recalcar que si bien mas del 50 % acudió a un establecimiento de salud para su atención prenatal, un buen porcentaje no lo hizo o lo hizo de forma incompleta lo cual explicaría la falta de diagnósticos oportunos de las patologías obstétricas.

En cuanto al grado de instrucción, todas poseían algún grado de instrucción, en su mayoría (73,4%) culminó el nivel secundario y solo el 5,4% curso el nivel superior; lo encontrado es similar a lo reportado en otras publicaciones. ⁽⁴²⁾⁽²⁷⁾⁽⁴⁴⁾ ; en general diversos autores relacionan que el nivel alcanzado en el grado de instrucción afecta el estado socioeconómico, tal es así que las mujeres con un nivel socioeconómico bajo son más vulnerables al desarrollo de la preeclampsia. En el estudio realizado por Morgan y col. halló que el nivel socioeconómico de medio a bajo fue en mayor proporción en las pacientes con casos de preeclampsia que en el grupo control ($p < 0.05$). ⁽⁴⁶⁾

En cuanto a la ocupación el 82,8% del total de la muestra lo constituyen las amas de casa, estos resultados coinciden con el 77,5% encontrado en un estudio ⁽⁴⁴⁾, además en el estudio realizado por Salvador y col. encontraron que el 92% de las adolescentes son amas de casas y solo el 3% era estudiante. ⁽⁴⁷⁾

Según el grado en que se presenta la enfermedad, la mayoría tuvo una preeclampsia severa con un 58,6%, esto se muestra en concordancia con el 85% de casos encontrados en un estudio ⁽²⁷⁾, sin embargo estos hallazgos son contrarios a los obtenidos por Hernández y Col, donde la preeclampsia leve fue 54,5% y la preeclampsia severa fue 39%. Así como también Lugo y Col obtuvieron un 61,1% para preeclampsia leve y preeclampsia severa con un 13,9% ⁽⁴⁸⁾⁽⁴⁹⁾ ; además otras investigaciones respaldan los mismos resultados. ⁽⁴⁴⁾⁽⁴³⁾ Esto se puede deber a que durante las atenciones prenatales no se está diagnosticando de manera oportuna la preeclampsia, llevando a esta patología a sus estadíos más graves; otra posible causa es la falta de reconocimiento de los signos y síntomas de la preeclampsia, por lo que las gestantes acuden tardíamente a un establecimiento de salud; una tercera explicación sería que como el instituto nacional materno perinatal es un centro de referencias, recibe con mayor frecuencia patologías obstétricas en sus formas más graves, como la preeclampsia severa, eclampsia y/o síndrome de Hellp.

La vía más frecuente de culminación de la gestación fue la cesárea en un 65,5%, este hallazgo es similar a otros estudios en el que el 61% y 65% del total culminaron en una cesárea. ⁽⁴⁵⁾⁽²⁷⁾ En un estudio realizado en el INMP el 96,5% de las pacientes con preeclampsia severa también culminó su gestación por vía alta. ⁽⁴²⁾ Sin embargo en otra investigación el 59% del total terminó en un parto normal. ⁽⁴⁴⁾ Esto podría relacionarse con las altas cifras de preeclampsia severa encontradas en nuestro estudio, en el cual muchas veces para evitar repercusiones neonatales se requiere que el parto sea por la vía más rápida, lo cual justificaría la mayor incidencia de cesárea.

Con respecto a los resultados perinatales tenemos que el 70,9% de los recién nacidos tuvieron un peso normal (>2500 gramos), esta cifra corresponde con otros estudios donde se encontró que el 70% de los recién nacidos que formaban parte del estudio tenían un peso mayor o igual a 2500 gramos. ⁽²⁷⁾ sin embargo se sabe por la literatura que cuanto más severa es la enfermedad las repercusiones neonatales se ven más afectadas; y esto es corroborado en una investigación realizada en el INMP ⁽⁴²⁾, donde se encontró que el 61,6% de los neonatos, hijos de madres con preeclampsia severa, tenían bajo peso (< de 2500 g). Otro estudio que respalda esto es el realizado por Flores y col. ⁽⁵⁰⁾ quienes estudiaron las variantes del peso de acuerdo a la presencia de la patología, encontrando así que en el grupo con preeclampsia el promedio del peso fue 2653 ± 717, mientras que en el grupo sin preeclampsia los neonatos pesaron en promedio 3047 ± 740.

En cuanto al apgar del recién nacido, tanto al minuto como a los 5 minutos, se obtuvo que en su mayoría tenía un puntaje adecuado (≥ 7) con un 93,6% y con un 98,5% respectivamente. Estos resultados se corroboran con el estudio realizado en el INMP en donde se encontró que el 96,1% de los neonatos hijos de madres con preeclampsia severa obtuvieron un puntaje mayor a 6 a los 5 minutos y solo el 3,9% cursó con una depresión neonatal. ⁽⁴²⁾; así también resultados similares se obtuvieron en otros estudios. ⁽²⁷⁾⁽⁵¹⁾⁽⁵³⁾⁽⁵⁴⁾

Con respecto a la edad gestacional, el 76,8% estuvo conformado por los recién nacidos a término (> de 37 semanas), estos resultados son similares a otras publicaciones, encontrándose que en el grupo con preeclampsia el promedio de la edad gestacional fue 37 ± 2, mientras que en el grupo sin preeclampsia los neonatos contaron con una edad gestacional de 38 ± 2. ⁽⁵⁰⁾ En otros estudios se obtuvieron cifras similares. ⁽²⁷⁾ Sin embargo en la investigación realizada en el INMP se obtuvo resultados diferentes, el 55,8% de los neonatos, hijos de mujeres con preeclampsia severa, fueron prematuros. ⁽⁴²⁾

Por último, en cuanto al peso en relación a la edad gestacional se obtuvo que el 80,3% de los recién nacidos fueron adecuados para la edad gestacional (AEG), este hallazgo coincide con lo mencionado por la Dra. Barreto en el INMP donde dos de sus estudios, llevados a cabo en diferentes periodos, los resultados fueron los siguientes: 78,7% y 75,6% fueron AEG.^{(42) (52)} Sin embargo otro estudio encontró que el 55,6% eran pequeños para la edad gestacional.⁽¹⁹⁾

Es importante señalar que si bien la mayoría de pacientes en nuestro estudio curso con preeclampsia severa, los resultados perinatales observados, en especial peso y edad gestacional, fueron adecuados, la posible causa es que el INMP es un ente especializado en la atención materno perinatal, por lo cual la finalidad es preservar y asegurar que la gestación culmine en las mejores condiciones, esto implica prolongar la gestación teniendo como objetivo que el feto alcance un grado de madurez y un peso adecuado; sin embargo si la severidad de esta patología compromete el bienestar materno-fetal, se decide culminar la gestación teniendo como consecuencia las cifras de prematuridad y el bajo peso al nacer.

Si evaluamos los conocimientos, actitudes y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia según la edad, encontramos que las adolescentes tienen en un 48,8% un conocimiento malo, una actitud indiferente en un 43,9% y una práctica inadecuada en un 73,2%, lo que nos lleva a pensar en dos posibilidades, la falta de compromiso por parte del profesional de salud en brindar una orientación adecuada y asegurarse que hayan comprendido la importancia del reconocimiento de estos signos y síntomas, otro es que las adolescentes aún no están concientizadas sobre su gestación. Estos resultados son similares al estudio realizado por Condori y col.⁽³⁵⁾ donde refiere que las jóvenes de 15 a 20 años tienen menos conocimientos a comparación de las adultas.

En las mujeres de edad reproductiva en su mayoría tiene un conocimiento bueno, una actitud positiva y una práctica inadecuada, con un 46,3%, 42,1% y 52,9%; respectivamente. Esta contrariedad de tener conocimientos buenos y actitudes positivas pero una práctica inadecuada se puede deber a que las gestantes cuando se presenta algún signo y/o síntoma de preeclampsia, consultan con otras personas, dejando así la decisión de acudir a un establecimiento de salud a terceros, originando así uno de los cuatro retrasos que conlleva a la mortalidad materna.

En cuanto a las añosas obtuvieron conocimientos buenos (48,8%), actitudes positivas (53,7%) y prácticas adecuadas (53,7%).

Las nulíparas tienen un nivel de conocimientos bueno, actitudes positivas y prácticas inadecuadas con un 45,2%, 36,5% y 59,6% respectivamente. Mientras que las primíparas obtuvieron cifras similares con un 45,8% para conocimientos bueno, 47,9% actitudes positivas y 52,1% practicas inadecuadas. Por otro lado las multíparas obtuvieron en un 49% conocimiento malo lo que conlleva que el 51% del total tuviera prácticas inadecuadas.

En cuanto a las atenciones prenatales se puede decir que a mayores atenciones prenatales los conocimientos, actitudes y prácticas son más adecuadas, puesto que 55,8% del total obtuvo conocimientos bueno con 6 o más atenciones prenatales, lo mismo sucede con las prácticas donde el 54,9% del total obtuvo prácticas adecuadas. Sin embargo si solo acude a menos de 6 atenciones prenatales existe mayor probabilidad de contar con un nivel de conocimientos malo y tener practicas inadecuadas, esto se refleja en el 57,8% del total donde obtuvieron conocimientos malo y el 68,9% con practicas inadecuadas.

Goicochea y col. ⁽⁵⁵⁾ encontraron en su investigación que más de la cuarta parte de las encuestadas no mencionó ningún signo o síntoma de alarma y concluyeron que se debe hacer un gran esfuerzo en difundir mensajes sobre este tema ya que el control prenatal (75% de encuestados si tienen un control prenatal) no es suficiente. En otra investigación Dávila y col. ⁽³⁷⁾ hallaron que del 75% de las gestantes, el 21.5% no recibió control prenatal, y el 27.3% no recibió explicaciones sobre síntomas y complicaciones durante el embarazo; de ahí que una de cada 5 madres no reconocían ni un solo signo de peligro durante la gestación.

Carhuachin y col. ⁽³⁸⁾ llegó a las siguientes conclusiones: que el nivel de conocimiento de las gestantes sobre signos y síntomas de alarma es medio, que corresponde a un 48.8% del total, el 59.3% de las gestantes recibieron información acerca de los signos y síntomas de alarma durante el embarazo por parte del personal de salud, y el 8.1 % lo hizo por parte de su vecina; del total de las gestantes encuestadas el 93% respondieron que ante la presencia de cualquier signo y síntoma de alarma del embarazo acudirían a un establecimiento de salud. Cruz y col. ⁽³⁹⁾ en su investigación halló que el 100% de su población había recibido información de los signos de peligro y todas han asistido alguna vez a la unidad de salud y han recibido consejería por parte del personal de salud que la atiende; pero en su mayoría no tienen el conocimiento exacto de la importancia de conocer los síntomas y signos de peligro en el embarazo.

El nivel de conocimientos de los signos y síntomas se ve influenciado por el grado de instrucción, puesto que con un nivel primario el 81,3% tiene conocimientos malo, mientras que con un nivel secundario el 49% tiene conocimientos bueno. Igualmente las actitudes varían de acuerdo al grado de instrucción, tenemos que con un nivel primario el 81,3% tiene una actitud indiferente, mientras que con un nivel de estudios de secundaria, técnica y/o superior las actitudes son positivas. Con respecto a las prácticas los resultados son contrarios, se observa que con grado de instrucción secundaria y/o técnica las prácticas son inadecuadas con un 51,7% y 70,4% respectivamente, pero si tiene un nivel de educación superior las prácticas son adecuadas (54,5%) y con un nivel de educación primaria las prácticas son inadecuadas. (75%).

Los resultados perinatales se ven afectados según el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas, esto se evidencia en los resultados de nuestro estudio, con respecto al peso, se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con los conocimientos, actitudes y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia, donde las pacientes que poseían conocimientos malos, actitudes indiferentes y prácticas inadecuadas tuvieron neonatos con bajo peso al nacer (< 2500 gramos) en un 71,2%, 52,7% y 84,7% respectivamente, mientras que las pacientes con conocimientos buenos, actitudes positivas y prácticas adecuadas tuvieron recién nacidos con peso normal (≥ 2500 gramos) en un 54,2%, 51,4% y 53,6% respectivamente.

Según los resultados obtenidos no existe una asociación significativa entre el apgar del recién nacido al minuto como a los cinco minutos en relación a los conocimientos, actitudes y prácticas ($p > 0,05$). Esto es explicable puesto que la valoración del apgar, que es inmediata al nacimiento, depende de factores como la madurez del recién nacido y alteraciones en este, dentro de las que podemos citar: enfermedades cardiacas, respiratorias, neuromusculares, infecciones congénitas y medicamentos ⁽⁵⁶⁾⁽⁵⁷⁾, además cabe señalar que cuando se interpretan los resultados del apgar puede hacerse una valoración inadecuada y/o una falta de congruencia en las puntuaciones entre quienes observan a los neonatos ⁽⁵⁸⁾; por lo tanto el puntaje de apgar podría ser independiente de los conocimientos, actitudes y prácticas que posea la madre.

En cuanto a la edad gestacional se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con los conocimientos, actitudes y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia, donde las pacientes que poseían conocimientos malos, actitudes negativas y prácticas inadecuadas tuvieron neonatos pretérminos (< 37 semanas) en un 61,7%, 40,4% y 80,9% respectivamente, mientras que las pacientes con conocimientos buenos, actitudes

positivas y prácticas adecuadas tuvieron recién nacidos a término (≥ 37 semanas) en un 48,7%, 46,2% y 51,9% respectivamente.

Los hallazgos obtenidos al relacionar el peso con la edad gestacional también tienen una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con los conocimientos, actitudes y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia, donde las pacientes que poseían conocimientos malos, actitudes indiferente y prácticas inadecuadas tuvieron neonatos pequeños para la edad gestacional (PEG) en un 82,5%, 60% y 90% respectivamente, mientras que las pacientes con conocimientos buenos, actitudes positivas y prácticas adecuadas tuvieron recién nacidos adecuados para la edad gestacional (AEG) en un 52,1%, 49,1% y 52,8% respectivamente.

Si la gestante posee un buen nivel de conocimientos sobre los signos y síntomas de preeclampsia, sabrá que tiene que acudir inmediatamente a un establecimiento de salud permitiendo así detectar a tiempo la patología, de esta manera se dará un tratamiento oportuno a la gestante, evitando que los resultados perinatales se vean afectados.

Una gestante con actitudes positivas permitirá que tome decisiones acertadas, y por lo tanto no verse influenciada por su entorno social o la familia, donde estos basados en sus creencias y costumbres creen que los signos y síntomas que la gestante presenta son un proceso propio de la gestación, lo cual retrasaría la decisión de acudir o no al establecimiento de salud.

Por lo general, si se cumple con los conocimientos y actitudes, esto conllevaría a realizar prácticas adecuadas, esto implica comunicar la presencia de los signos y/o síntomas en las atenciones prenatales o acudiendo a los servicios de emergencia más cercanos, permitiendo al profesional de salud hacer un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado, por lo tanto disminuir la probabilidad de un daño materno-perinatal.

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos afirmar que un buen nivel de conocimientos, con actitudes positivas y con prácticas adecuadas repercuten favorablemente en los resultados perinatales.

V. CONCLUSIONES

- Los conocimientos buenos, actitudes positivas y las prácticas adecuadas de los signos y síntomas de preeclampsia repercuten favorablemente en los resultados perinatales.
- Las puérperas con diagnóstico de preeclampsia en su gestación tenían las siguientes características: Edad comprendida entre 20 – 34 años, con grado de instrucción secundaria, nulíparas, con más de 6 atenciones prenatales, preeclampsia severa y un parto tipo cesárea.
- Si la gestante tiene 6 o más atenciones prenatales tendrá conocimientos buenos, actitudes positivas y prácticas adecuadas.
- Los neonatos obtuvieron en su mayoría un peso normal, con una edad gestacional a término, apgar óptimo y adecuados para la edad gestacional.
- Con un nivel de conocimiento bueno sobre los signos y síntomas de preeclampsia, la gestante tendrá en más del 50% neonatos con un peso mayor o igual a 2500 gramos y/o neonatos adecuados para la edad gestacional.
- Una actitud positiva ante los signos y síntomas de preeclampsia en la gestante significa que obtendrá neonatos con un peso mayor o igual a 2500 gramos en más del 50%, en un 46% neonatos a término y en un 49% neonatos adecuados para la edad gestacional.
- Las prácticas adecuadas de las gestantes ante los signos y síntomas de preeclampsia implica que tendrá neonatos en más del 50% con un peso mayor o igual a 2500 gramos, neonatos a término y/o adecuados para la edad gestacional.

VI. RECOMENDACIONES

- Los profesionales de salud deben estar involucrados en esta contienda, estar comprometidos de manera asistencial y educativa al cambio de esta realidad tomando conciencia y responsabilidad al respecto, aprovechando la etapa de la gestación para fomentar la salud materno perinatal, bajo la premisa de que cada mujer gestante bien informada y educada en salud reproductiva es primordial para la conservación de su propio bienestar.
- Es importante conocer los signos y síntomas de alarma para reducir la mortalidad materna, que tiene un impacto significativo sobre los diferentes factores que condicionan la inequidad y el subdesarrollo de un país. Por esta razón se debe tratar de mejorar los servicios de salud enfocados hacia la gestante con la formulación y aplicación de estrategias y planes dentro de sus políticas de Salud.
- Es necesario que durante las atenciones prenatales el profesional de salud eduque a la gestante sobre los signos y síntomas de la preeclampsia, para que al ser identificadas por ésta acuda lo antes posible al establecimiento de salud más cercano.
- Continuar realizando trabajos de investigación acerca de la influencia de los conocimientos, actitudes y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia sobre los resultados perinatales, así como también sus repercusiones en la salud materna, para mejorar la atención obstétrica, y en base a estos detectar y evitar las complicaciones materno-perinatales.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INEI. Epidemiología de la Mortalidad Materna en el Perú; 2009. Disponible en: <http://www1.inei.gob.pe/web/NotaPrensa/Attach/10646.pdf>
2. MINSA. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. 2004.
3. Hasbún AJ. Preclampsia-eclampsia. En: Botero J, Jubiz A, Henao G, ed. Obstetricia y ginecología texto integrado 5ta edición Medellín: Intermedicina: 1994: 167-177.
4. Gómez-Gómez M, Danglot-Banck C. El neonato de madre con preeclampsia-eclampsia. Rev Mex Ped 2006; 73 (2): 82-88. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2009/imi092g.pdf - 7
5. Hernández J, Ulloa C, Martín V, Castellanos J, Linares R, Suárez O. Repercusión de la enfermedad hipertensiva gravídica en los indicadores de morbimortalidad perinatal y materno 1996-2005. Rev Cubana Obst Gin. [Serie en Internet] 2006; 22(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0138600X19960001&lng=es&nrm=iso
6. García Santos FJ, Costales Badillo CA, Jimeno JM. Fisiopatología y factores etiopatogénicos de la hipertensión arterial en el embarazo. Revisión de la literatura. *Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Cátedra de Obstetricia y Ginecología. Toko-Ginecología Práctica* Mayo 2000; Número 645 p. 194 - 212.
7. Peralta Pedrero ML, Guzmán Ibarra MA, Cruz Alvear A, Martínez García MC. Utilidad para establecer el diagnóstico y severidad de los síntomas y signos más frecuentes de la paciente preecláptica. Gaceta médica de México 2004; 140: 513-517.
8. Pacheco J. Preclampsia-eclampsia. Revista de la Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2001; 47: 26- 30.
9. Votta RA. Obstetricia. Segunda edición. Buenos Aires: López librerías, 1995:327-352.

10. Fernandez Contreras R, Gomez Llambi H, Ferrarotti F, Lorge F. Extraído de "Guía para el manejo de la Hipertensión Arterial". *Instituto de Investigaciones Cardiológicas- Facultad de Medicina-UBA*. 2000.
11. Skjærven R, Wilcox AJ, Lie RT. The Interval between Pregnancies and the Risk of Preeclampsia. *New England Journal Medical* January 3, 2002 Number 1; Volume 346:33-38.
12. Esplin MS, Fausett MB, Fraser A, Kerber R, Mineau G, Carrillo J, Varner MW. Paternal and Maternal components of predisposition to Preeclampsia. *N Engl J Med* Mar 22, 2001; 344:867-872.
13. Quintana N P, Rey D F, Sisi T G, Antonelli C A. Preeclampsia. *Rev de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina*. 2003;133 (-)
14. Gómez Sosa E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. *Revista cubana de obstetricia y ginecología* 2000; 26: 17-21
15. Uranga Imaz F, Uranga Imaz F. *Obstetricia*. 5ta edición. Buenos Aires: intermedicina: 1983: 714-754.
16. Quesada Vargas O, f.a.c.p La hipertensión durante el embarazo. Artículo de revisión. 2009; 97(6):1-11
17. Cifuentes J, Ventura-Juncá P. Recién Nacido, concepto, riesgo y clasificación - MINSA. Disponible en:
www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc.../Pediatria_Neonatologia.pdf
18. García Cuevas G. Hijo de madre con Preeclampsia – Eclampsia. Curso clínico. *Rev Mex Ped* 2007; Vol. I, No. 1 • Enero-Abril 2009 pp 20-21. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2009/imi091g.pdf>
19. Pinedo A, Orderique L. Complicaciones materno - perinatales de la preeclampsia eclampsia. *Rev Ginecol Obstet (Perú)* 2001; 47 (1): 41-46.
20. Vázquez JC, Vázquez J. Asociación entre la hipertensión arterial durante el embarazo, bajo peso al nacer y algunos resultados del embarazo y el parto. *Rev*

Cubana Obstet Ginecol. [serie en la Internet] 2003;29(1). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X5&lng=es&nrm=iso

21. Ganfong Elías A, Nieves Andino A, Simonó Bell NM, González Pérez JM, Díaz Pérez MC, Ramírez Robert R, *et. al.* Hipertensión durante la gestación y su repercusión en algunos resultados perinatales en el Hospital "Dr. Agostinho Neto", Guantánamo. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet] 2007; 33(3) Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol33_3_07/gin01307.html
22. Cloherty J, Eichenwald E, Stark A. Manual de cuidados Neonatales: Enfermedades maternas que afectan al Recién Nacido. 4ta edi. Barcelona (España): Editorial MASSON; 2005. Pág. 34, 40
23. Gómez-Gómez M, Cruz-Bolaños JA, Jiménez-Balderas EA, Tudón-Garcés H. Recién nacido hijo de madre toxémica (fetopatía toxémica). *Bol Med Hosp Infant Mex* 1985; 42:32-36
24. Cruz Bolaños JA, Gómez Gómez M, Kably Ambé A. El recién nacido de madre con hipertensión arterial. *Bol. Med. Hosp. Infant. Méx* Ene 1986; 43(1):32-9. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud, Vol. 4(2) Diciembre 2006* 36
25. Martínez Ortago J, Sáez Pérez E, García Aparicio J. Predicción de complicaciones en el hijo de madre hipertensa. *An. Esp. Pediatr.* 1990; 35(4):233-7.
26. Rivero MI, Perna E, Sosa T, Benitez A. Impacto de la presencia de preeclampsia-eclampsia sobre los resultados perinatales. *Rev. Méd. Del Nordeste – N° 7 – Octubre 2005.* Disponible en:
<http://med.unne.edu.ar/fisiologia/revista7/resultadosperinatales.pdf>
27. Milena Alfaro CH. Asociación entre el control prenatal y la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. [Trabajo para optar el título profesional de Lic. En Obstetricia]. Lima – Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2004. Disponible en:
<http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/alfaro_cm/pdf/alfaro_cm.pdf>
28. Gutiérrez BI. Factores de riesgo asociados al embarazo. [Tesis de Bachiller en Medicina]. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1993.

- 29.** Alarcón RA. Preeclampsia algunos aspectos maternos y neonatales en el INAMI-Hospital "San Bartolomé" durante Febrero de 1988-Enero 1989. Tesis de Bachiller en Medicina. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1990.
- 30.** Ruiz J, Trelles J, Gonzáles Del Riego M. Enfermedad hipertensiva del embarazo I. Revista de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología 1985; 29(1).
- 31.** Alcántara AP. Frecuencia y algunos aspectos epidemiológicos de la eclampsia en el Hospital Arzobispo Loayza [Tesis de Bachiller en Medicina]. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1988.
- 32.** Castro AR. Mortalidad materna en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 1985-1992. Tesis de Bachiller en Medicina. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1993.
- 33.** Bachman C. Manejo de la paciente con toxemia gravídica. Rev Viernes Med 1972; 23(1): 78-89.
- 34.** Ramiro, E. Estudio de Línea en Salud Materna y Perinatal. Bolivia. 1998. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=&indexSearch=ID>
- 35.** Condori, T. Nivel de conocimientos sobre Riesgos en la Salud Reproductiva y factores que influyen en mujeres en edad fértil de la ciudad de Potosí. Bolivia. 1998 Disponible en: <http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Briefs/bolivia/bolab45.htm>
- 36.** Cordillo, M., Pinazo, Cl.; Vallena, S y Giménez, O.; León, F. Conocimiento de signos de alarma entre mujeres embarazadas y seres cercanos, en Collco- Puno. 1998. Perú.
- 37.** Dávila, M.; Urbano, C. y Taipe, R. Análisis de una Intervención de Salud Pública en comunidades campesinas del Departamento de Huancavelica Enero - Mayo 2003. Perú: Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rpp/v57n3/pdf/a04.pdf>
- 38.** Carhuachin, Y. y Penas, C. Nivel de conocimiento de gestantes sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo en el Hospital de Apoyo de Barranca;

- Setiembre 2003, Mayo 2004. Perú. [Tesis para optar el título de licenciado en Obstetricia.]
39. Cruz, M. y Romero, M. Conocimiento sobre los factores de riesgo de las embarazadas adolescentes del barrio Teodoro López, IV Trimestre 2004. [Trabajo de grado en enfermería técnica superior]. Universidad Politécnica de Nicaragua. 2005.
 40. Conejo, M. Proyecto de supervivencia materna. Estudio de evaluación de proyecto. Diciembre 2005 - Agosto 2006. Ecuador. Disponible en:
<http://www.careevaluations.org/Evaluations/EQU%20%20Supervivencia%20Materna%20-%20Final%20-%20Sep%202006.doc>.
 41. Sánchez S, Ware-Jaúregui S, Larrabure G, et al. Factores de riesgo para preeclampsia en mujeres peruanas. *Ginecol Obstet* 2001; 47:102-11.
 42. Barreto S. Preeclampsia Severa, Eclampsia y Síndrome de Hellp: características maternas y resultado neonatal. Unidad de cuidados intensivos Maternos. INMP. Lima, Perú. 1999-2000.
 43. Sánchez de la Torre. "Factores de riesgo para preeclampsia-eclampsia en mujeres atendidas en el hospital provincial general de Iatacunga en el período comprendido entre enero 2008 a enero 2009". [Tesis de grado previo a la obtención del título de: médico general]. Riobamba – Ecuador. 2009.
 44. Trujillo B. Manejo de las pacientes con preeclampsia en el servicio de aro II en el período comprendido de octubre del 2002 - octubre del 2003. Universidad nacional autónoma de Nicaragua. 2004.
 45. Salviz M, Cordero L, Saona P. Pre-eclampsia: Factores de riesgo. Estudio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev Med Hered*. 1996; 7: 24-31
 46. Morgan F, Calderón S, Martínez J, González A, Quevedo E. Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles. *Ginecol Obstet Mex* 2010; 78(3):153-159
 47. Salvador J, Martínez Y, Lechuga A, Ruiz R, Terrones A. Situación psicosocial de la adolescentes y toxemia del embarazo. *Salud Pública de México*. 2000; 42(2):99-105.

48. Lugo A, Álvarez V, Rodríguez A. "Factores epidemiológicos de la hipertensión en el embarazo". Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa. Ciudad de la Habana. Rev Cub Obst y Gin. 1999, 25(1): 61-5.
49. Hernández J, Suárez Roberto. "Enfermedad hipertensiva gravídica: consideraciones sobre su influencia en indicadores de morbimortalidad perinatal y materna durante 1997". Rev. Cubana obstet ginecol 1998; 24(3): 122-7
50. Flores G, Lino M, López M. Morbilidad y mortalidad en neonatos de madres con preeclampsia severa, 2002. Rev Mex Ped; 69 (1):14-18
51. García G. El hijo de madre con preeclampsia – Eclampsia, Curso clínico. Hospital de Ginecología y Obstetricia IMIEM, Toluca, Estado de México. 2009; 1(1):20 – 21
52. Barreto S. Factores de riesgo y resultados perinatales en la preeclampsia severa: estudio caso control. INMP. Lima, Perú. Rev. Hosp. Mat.Inf. Ramón Sardá 2003,22(3):116-120.
53. Parra M, San Martín A, Valdés E, Hasbún J, Quiroz L, Schepeler M, et al. Espectro clínico de la preeclampsia: estudio comparativo de sus diversos grados de severidad. Rev Chil Obstet Ginecol.2007; 72(3): 169-175.
54. Perez J, Montúfar C, Lasso M. Resultados perinatales en pacientes con hiperetension gestacional severa. Pediatr Panamá. 2004; 33(1): 17-20.
55. Goicochea, P.; Verastegui, L.; Perez, M.; Tellez, R.; Borneck, M. En su estudio: "Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud materna"- Perú. 1998.
56. Kaempffer A, Medina E. Análisis de la mortalidad infantil y factores condicionantes. Rev Chil Pediatr. 2000; 71: 405-12.
57. Salvo H, Flores J, Alarcón J, Nachar R, Paredes A. Factores de riesgo de test de apgar bajo en recién nacidos. Rev Chil Pediatr. 2007; 78 (3): 253-260
58. Cárdenas R, Roselló A, Pérez R. Factores de riesgo para el apgar bajo al nacer. Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna" en el periodo de enero – diciembre del año 2004. [Tesis para obtener especialidad de neonatología].

VIII. Anexos

a. Instrumentos:

ENTREVISTA: “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE PREECLAMPSIA EN PUÉRPERAS CON ESTE SINDROME DURANTE LA GESTACIÓN Y LOS RESULTADOS PERINATALES. INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. 2010”

NÚMERO: _____

DATOS GENERALES:

1. Edad: _____
2. Ocupación : _____
3. Grado de Instrucción: Iletrada _____ Primaria _____
 Secundaria _____ Técnica/Universitaria _____
4. Paridad: _____
5. Número de atenciones prenatales: _____
6. Preeclampsia: leve _____ severa _____
7. Tipo de parto: Parto vaginal _____ Cesárea _____

I. CONOCIMIENTOS

1. ¿Consideró Ud. que el dolor de cabeza es un síntoma de preeclampsia?
 - a. Sí
 - b. No

2. ¿Consideró Ud. que el dolor/ardor en la boca del estomago es un síntoma de preeclampsia?
 - a. Sí
 - b. No

3. ¿Consideró Ud. que ver lucécitas es un síntoma de preeclampsia?
 - a. Sí
 - b. No

4. ¿Consideró Ud. que el zumbido de oídos es un síntoma de preeclampsia?
 - a. Sí
 - b. No

5. ¿Consideró Ud. la hinchazón de manos es un signo de preeclampsia?
 - a. Sí
 - b. No

6. ¿Consideró Ud. la hinchazón por sobre la rodilla un signo de preeclampsia?
 - a. Sí
 - b. No

7. ¿Pensó Ud. que los signos y síntomas de preeclampsia pueden afectar su salud?
 - a. Sí
 - b. No

8. ¿Pensó Ud. que los signos y síntomas de preeclampsia pueden afectar la salud de su bebe?
 - a. Sí
 - b. No

II. ACTITUDES

1. Me preocupé cuando se presentó algún signo de alarma.
 - a. De acuerdo
 - b. Indeciso
 - c. Desacuerdo

2. Me importó conocer los signos de alarma de preeclampsia.
 - a. De acuerdo
 - b. Indeciso
 - c. Desacuerdo

3. Cuando presente algún signo de alarma me comunique con un familiar.
 - a. De acuerdo
 - b. Indeciso
 - c. Desacuerdo

4. Durante el control prenatal pregunté sobre los signos de alarma.
 - a. De acuerdo
 - b. Indeciso
 - c. Desacuerdo

5. Me fue difícil reconocer los signos de alarma.

- a. De acuerdo
- b. Indeciso
- c. Desacuerdo

III. PRÁCTICAS

1. Si presento algún signo y/o síntoma de preeclampsia acudo al establecimiento de salud inmediatamente.

- a. Si
- b. No

2. Si presento algún signo y/o síntoma de preeclampsia busco ayuda médica de un profesional de salud.

- a. Si
- b. No

3. Cuando presenté algún signo y/o síntoma lo comuniqué en mi control prenatal.

- a. Si
- b. No

4. Si presento algún signo y/o síntoma de preeclampsia me echo a descansar.

- a. Si
- b. No

5. Si presento algún signo y/o síntoma de preeclampsia hago algo.

- a. Si
- b. No

6. Si presento algún síntoma de preeclampsia (cefalea, epigastralgia, aumento de la presión arterial) tomo medicamentos sin consulta previa.

- a. Si
- b. No

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DEL RECIEN NACIDO

NÚMERO: _____

RESULTADOS PERINATALES	VALORES
1. Peso:	
2. Apgar:	
3. Edad gestacional:	
4. Peso/Edad gestacional:	

b. Consentimiento Informado

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE PREECLAMPSIA EN PUÉRPERAS CON ESTE SINDROME DURANTE LA GESTACIÓN Y LOS RESULTADOS PERINATALES. INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. 2010”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Descripción

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia y su relación con los resultados perinatales. Esta investigación es realizada por Reyna Cecibell Angeles Palacios y Yuly Cusihuaman Auccacusi.

Usted fue seleccionado para participar en esta investigación de forma aleatoria haciendo uso de sobres cerrados, en el cual indica si Ud. ingresa o no al estudio, considerando los criterios de inclusión y exclusión. Se espera que en este estudio participen aproximadamente 203 personas como voluntarias.

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará que responda a unas preguntas que se realizara mediante una entrevista. El participar en este estudio le tomará aproximadamente 15 minutos.

Riesgos y beneficios

Los riesgos asociados con este estudio son mínimos, se evitara en todo momento causar alguna incomodidad. Los beneficios esperados de esta investigación es que después de terminada la entrevista se le brindara orientación y consejería integral en lo que respecta a su condición.

Confidencialidad

La identidad del participante será protegida, sus respuestas de la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Toda información o datos que pueda identificar al participante serán manejados confidencialmente

Solamente Reyna Angeles Palacios y Yuly Cusihuaman Auccacusi tendrán acceso a los datos crudos o que puedan identificar directa o indirectamente a un participante, incluyendo esta hoja de consentimiento. Estos datos serán almacenados por un periodo de 3 meses una vez concluya este estudio.

Derechos

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con las autoras de la investigación.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

_____	_____	_____
Nombre del participante	Firma	Fecha

En caso de ser menor de edad los padres y/o tutores firmaran el consentimiento, si la paciente desea participar.

_____	_____	_____
Nombre del padre y/o tutor	Firma	Fecha

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante. Le he explicado los riesgos y beneficios del estudio.

_____	_____	_____
Nombre del investigador o persona designada	Firma	Fecha

c. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	CRITERIOS DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	TÉCNICA O INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
CONOCIMIENTOS DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE PREECLAMPSIA	Conjunto de información almacenada por la experiencia o a través del aprendizaje de los signos y síntomas.	Nivel de información que tiene la puérpera sobre los signos y síntomas de preeclampsia durante la gestación	Cultural	Bueno Regular Malo	14– 16 ptos. 10 -12 ptos. <8 ptos.	Cualitativo	De intervalo	Entrevista estructurada

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	CRITERIOS DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	TÉCNICA O INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
ACTITUDES ANTE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE PREECLAMPSIA	Conjunto organizado y duradero de convicciones o creencias, dotadas de una predisposición o carga afectiva ante los signos y síntomas.	Predisposición aprendida que ejerce influencia en la gestante para actuar ante los signos y síntomas de preeclampsia	Cultural	Positiva Indiferente Negativa	12 –15 pts. 08–12 pts. < 08 pts.	Cualitativo	De intervalo	Entrevista estructurada

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	CRITERIOS DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	TÉCNICA O INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
PRÁCTICAS ANTE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE PREECLAMPSIA	Es la aplicación intencionada de una teoría, idea, habilidad o destreza ante los signos y síntomas de preeclampsia.	Acciones que realiza y medios que utiliza ante los signos y síntomas de preeclampsia.	Cultural	Adecuada Inadecuada	06–12puntos < 06 puntos	Cualitativo	De intervalo	Entrevista estructurada

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALORES	CRITERIOS DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	TÉCNICA O INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
RESULTADOS PERINATALES	Cualidad que da carácter o sirve para distinguir una persona de sus semejantes.	Cualidades que presentan los recién nacidos de madres con preeclampsia durante la gestación.	Clínico	Peso	Macrosómico Normal Bajo peso	≥ 4 000 g >2 500 a < 4000 g ≤ 2 500 g	Cualitativo	Historia clínica

				Apgar	Al minuto: Normal Depresión leve Depresión severa	7-10 4-6 0-3	Cualitativo	Historia clínica
					A los 5 minutos: Normal Depresión moderada Asfixia perinatal	7-10 4-6 0-3		
				Edad gestacional	Pretérmino	< 37 ss	Cualitativo	Historia clínica
					Termino	37 a <42 ss		
					Postérmino	≥ 42 ss		
				Peso/Edad gestacional	GEG	> P 90	Cualitativo	Historia clínica
					AEG	P 10 – P 90		
					PEG	< P10		

d. Tabulación de datos

1. CONOCIMIENTOS:

CONOCIMIENTOS DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PREECLAMPSIA EN PUÉRPERAS CON ESTE SÍNDROME DURANTE LA GESTACIÓN	SI (2)	NO (0)
2. ¿Consideró Usted que el dolor de cabeza es un síntoma de preeclampsia?		
3. ¿Consideró Ud. que el dolor/ardor en la boca del estomago es un síntoma de preeclampsia?		
4. ¿Consideró Ud. que ver lucecitas es un síntoma de preeclampsia?		
5. ¿Consideró Ud. que el zumbido de oídos es un síntoma de preeclampsia?		
6. ¿Consideró Ud. la hinchazón de manos un signo de preeclampsia?		
7. ¿Consideró Ud. la hinchazón por sobre la rodilla un signo de preeclampsia?		
8. ¿Pensó Ud. que los signos y síntomas de preeclampsia pueden afectar su salud?		
9. ¿Pensó Ud. que los signos y síntomas puede afectar la salud de su bebe?		
PUNTAJE TOTAL		

ESCALA DE CALIFICACIÓN	PUNTAJE TOTAL
BUENO	14 - 16 puntos
REGULAR	10 - 12 puntos

MALO	< 8 puntos
------	------------

2. ACTITUDES

ACTITUDES ANTE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PREECLAMPSIA EN PUÉRPERAS CON ESTE SINDROME DURANTE LA GESTACIÓN	A (3)	I (2)	DS (1)
Me preocupé cuando se presentó algún signo de alarma.			
Me importó conocer los signos de alarma.			
Cuando presente algún signo de alarma me comunique con un familiar.			
Durante el control prenatal pregunté sobre los signos de alarma			
Me fue difícil reconocer los signos de alarma			
PUNTAJE TOTAL			

ESCALA DE CALIFICACIÓN	PUNTAJE TOTAL
	12 – 15

POSITIVA	puntos
INDIFERENTE	08 – 11 puntos
NEGATIVA	< 08 puntos

A: acuerdo, I: indeciso, DS: desacuerdo.

3. PRÁCTICAS

PRÁCTICAS DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PREECLAMPSIA EN PUERPERAS CON ESTE SÍNDROME DURANTE LA GESTACIÓN	SI (2)	NO (0)
Si presento algún signo de alarma acudo al establecimiento de salud inmediatamente.		
Si presento algún signo de alarma busco ayuda médica de un profesional de salud.		
Cuando presenté algún signo de alarma lo comuniqué en mi control prenatal.		
Si presento algún signo de alarma me echo a descansar.*		
Si presento algún signo de alarma hago algo.		
Si presento algún síntoma de preeclampsia (cefalea, epigastralgia, aumento de la presión arterial) tomo medicamentos sin consulta previa.*		
PUNTAJE TOTAL		

ESCALA DE CALIFICACIÓN	PUNTAJE TOTAL
ADECUADA	08– 12 puntos
INADECUADA	< 08 puntos

*En estos ítems la puntuación será de acuerdo a la respuesta correcta o incorrecta, es decir, si la respuesta es SI la puntuación asignada será 0, y si la respuesta es NO la puntuación será 2.