

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

**FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO A PREECLAMPSIA -  
ECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ASISTEN A LA CONSULTA  
PRENATAL DEL HOSPITAL GENERAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO  
DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2008.**

**AUTOR**

TSU Marlin Torres

C.I: 13.852.469

**TUTOR**

Mgs. Zaida Domínguez

CARACAS, Junio de 2008.

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

**FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO A PREECLAMPSIA -  
ECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ASISTEN A LA CONSULTA  
PRENATAL DEL HOSPITAL GENERAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO  
DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2008.**

(Trabajo Presentado como requisito parcial para optar al título de Licenciado en  
Enfermería)

**AUTOR**

TSU Marlin Torres

C.I: 13.852.469

**TUTOR**

Mgs. Zaida Domínguez

CARACAS, Junio de 2008.

## ÍNDICE GENERAL

	<b>Pág.</b>
Dedicatoria.....	iv
Agradecimientos.....	v
Lista de cuadros.....	vi
Lista de gráficos.....	viii
Resumen.....	x
Introducción.....	1
<b>CAPITULO I EL PROBLEMA</b>	
Planteamiento Del Problema.....	4
Objetivos Del Estudio.....	6
General.....	6
Específicos.....	6
Justificación.....	7
<b>CAPITULO II MARCO TEÓRICO</b>	
Antecedentes del Estudio.....	10
Bases Teóricas.....	12
Embarazo.....	12
Aspectos biofísicos del embarazo.....	12
Signos y síntomas del embarazo.....	13
Cambios Fisiológicos.....	13
Trastornos hipertensivos.....	18
Etiología.....	18
Clasificación.....	19

Preeclampsia.....	20
Signos y Síntomas.....	20
Eclampsia.....	20
Complicaciones .....	21
Tratamiento .....	21
Factores de riesgo reproductivo .....	22
Factores de riesgo biológico .....	23
Factores de riesgo socioeconómico .....	26
Sistema de Variables.....	30
Operacionalización de Variables.....	31
Definición de términos básicos.....	33

### **CAPITULO III MARCO METODOLÓGICO**

Diseño de la Investigación.....	34
Tipo de Estudio.....	34
Población.....	35
Muestra.....	35
Métodos e instrumentos de recolección de datos.....	36
Validez y Confiabilidad.....	36
Procedimientos para la recolección de datos.....	37
Técnicas de análisis.....	38

### **CAPITULO IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Presentación de resultados.....	39
Análisis e interpretación de los resultados.....	63

### **CAPITULO V CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES**

Conclusiones.....	65
-------------------	----

Recomendaciones.....	67
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	69
ANEXOS.....	72

## **DEDICATORIA**

A Dios omnipresente y omnipotente, que hizo posible las maravillas de las que hoy somos testigos.

A mis padres por la constancia de mi educación y gracias porque aún cuento con ellos.

A mis hermanas y mi tía porque siempre nos mantengamos unidas.

A mi familia porque reforcemos día a día nuestros valores.

A mi esposo por su amor y paciencia, y estar siempre en mis pensamientos.

A la mejor de las experiencias vividas y que además son mis mejores y mayores creaciones; mis hijos Valeria y Sebastián.

*Marlin Torres*

## **AGRADECIMIENTOS**

Deseo agradecer a todas las personas que colaboraran con la realización de ésta investigación y que a pesar que fueron muchas a todas las recuerdo y les doy mis más sinceras gracias.

A los profesores que validaron el instrumento aplicado y reforzaron mis conocimientos.

La utilidad de la experiencia de la Mgs Zaida Domínguez quien como mi tutora fue de gran apoyo, a quien además de eso le agradezco la paciencia y disposición que tuvo con esta investigación.

Quiero agradecer de forma muy especial a la Lic. Neidy Carolina Brito quien desinteresadamente colaboró exhaustivamente con esta investigación aún manteniendo una agenda diaria tan complicada siempre tuvo un tiempo para dedicarse y pido a Dios que le retribuya con salud, conocimientos y bienestar; por lo que siempre le estaré agradecida.

Muy especialmente a Renso Ledesma por la valiosa ayuda con la que cooperó, afinando los detalles de forma en mi investigación.

**GRACIAS**

*Marlin Torres*

## LISTA DE CUADROS

### CUADROS

p.p

1. Datos relacionados con la edad gestacional de las gestantes que acuden a la Consulta prenatal del Hospital General Dr Miguel Pérez Carreño, Distrito Capital Primer semestre de 2008 .....41
2. Datos demográficos relacionados con la Edad de las gestantes que asisten a la Consulta Prenatal del Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño, Distrito Capital. Primer Semestre del año 2008.....43
3. Distribución de los resultados, según opinión de las gestantes que acuden a la Consulta prenatal referido a los indicadores biológicos (Condición hereditaria) del Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño, Distrito Capital. Primer Semestre del año 2008.....45
4. Distribución de los resultados, según opinión de las gestantes que acuden a la Consulta prenatal referido a los indicadores biológicos (Condición personal) del Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño, Distrito Capital. Primer Semestre del año 2008.....47
5. Distribución de los resultados según opinión de las gestantes que acuden a la Consulta Prenatal referido a la condición obstétrica, del Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño, Distrito Capital. Primer Semestre del año 2008.....49
6. Datos relacionados con el período intergenesico de las gestantes que asisten a la Consulta prenatal del Hospital General Dr Miguel Pérez Carreño. Distrito Capital, Primer Semestre del año 2008.....51
7. Datos socioeconómicos relacionados con la formación académica de las gestantes que acuden a la Consulta Prenatal del Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño, Distrito Capital. Primer Semestre del año 2008...53

8. Distribución de los resultados según opinión de las gestantes que acuden a la consulta, referido al Control prenatal, en el Hospital General Dr Miguel Pérez Carreño, Distrito Capital, Primer Semestre del año 2008.....55
9. Distribución de los resultados según opinión de las Gestantes que acuden a la Consulta Prenatal Referido a la Condición Económica (Alimentación). En el Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño, Distrito Capital. Primer Semestre del año 2008.....57
10. Distribución de los resultados según opinión de las gestantes que acuden a la Consulta prenatal referido a la Condición Económica (Vivienda) En el Hospital General Dr Miguel Pérez Carreño, Distrito Capital. Primer Semestre del año 2008.....59
11. Datos demográficos relacionados con la fuente de ingreso familiar de las gestantes que acuden a la Consulta prenatal del Hospital General Dr Miguel Pérez Carreño, Distrito Capital. Primer Semestre del año 2008.....61

## LISTA DE GRÁFICOS

### GRAFICOS

p.p

1. Datos relacionados con la edad gestacional de las gestantes que acuden a la Consulta prenatal del Hospital General Dr Miguel Pérez Carreño, Distrito Capital Primer semestre de 2008 .....42
2. Datos demográficos relacionados con la Edad de las gestantes que asisten a la Consulta Prenatal del Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño, Distrito Capital. Primer Semestre del año 2008.....44
3. Distribución de los resultados, según opinión de las gestantes que acuden a la Consulta prenatal referido a los indicadores biológicos (Condición hereditaria) del Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño, Distrito Capital. Primer Semestre del año 2008.....46
4. Distribución de los resultados, según opinión de las gestantes que acuden a la Consulta prenatal referido a los indicadores biológicos (Condición personal) del Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño, Distrito Capital. Primer Semestre del año 2008.....48
5. Distribución de los resultados según opinión de las gestantes que acuden a la Consulta Prenatal referido a la condición obstétrica, del Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño, Distrito Capital. Primer Semestre del año 2008.....50
6. Datos relacionados con el período intergenesico de las gestantes que asisten a la Consulta prenatal del Hospital General Dr Miguel Pérez Carreño. Distrito Capital, Primer Semestre del año 2008.....52
7. Datos socioeconómicos relacionados con la formación académica de las gestantes que acuden a la Consulta Prenatal del Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño, Distrito Capital. Primer Semestre del año 2008...54
8. Distribución de los resultados según opinión de las gestantes que acuden a la

	consulta, referido al Control prenatal, en el Hospital General Dr Miguel Pérez Carreño, Distrito Capital, Primer Semestre del año 2008.....	56
9.	Distribución de los resultados según opinión de las Gestantes que acuden a la Consulta Prenatal Referido a la Condición Económica (Alimentación). En el Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño, Distrito Capital. Primer Semestre del año 2008.....	58
10.	Distribución de los resultados según opinión de las gestantes que acuden a la Consulta prenatal referido a la Condición Económica (Vivienda) En el Hospital General Dr Miguel Pérez Carreño, Distrito Capital. Primer Semestre del año 2008.....	60
11.	Datos demográficos relacionados con la fuente de ingreso familiar de las gestantes que acuden a la Consulta prenatal del Hospital General Dr Miguel Pérez Carreño, Distrito Capital. Primer Semestre del año 2008.....	62

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

**FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO A PREECLAMPSIA -  
ECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ASISTEN A LA CONSULTA  
PRENATAL DEL HOSPITAL CENTRAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO  
DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2008.**

Autor: T.S.U. Marlin Torres

Tutor: Mgs. Zaida Domínguez

Año: 2008

**RESUMEN**

El presente estudio fue realizado con el propósito de determinar los factores de riesgo a preeclampsia - eclampsia en gestantes que asisten a la consulta en sus dimensiones: Factores biológicos y factores socioeconómicos. Con el propósito de aportar alternativas para un adecuado control prenatal, controlando en la medida de las posibilidades los factores de riesgo reproductivo. Metodológicamente se trata de una investigación tipo descriptiva – transversal - prospectiva con una población de 122 gestantes que acuden a la consulta prenatal. Se seleccionó una muestra de 30%, que constituyó en 36 elementos del total de la población, para su selección se aplicó el muestreo intencional o sesgado. El instrumento de la recolección de datos para la variable Factores de riesgo reproductivo a preeclampsia – eclampsia se hizo mediante una encuesta tipo cuestionario estructurado en dos partes, la parte I, que mide los datos de control y semana gestacional y una parte II que contiene treinta (30) ítemes, de preguntas cerradas. La validez se realizó por juicio de expertos. El análisis de datos se realizó a través de estadística descriptiva.

## INTRODUCCIÓN

Entre todos los fenómenos que experimentan los seres humanos, el embarazo sea quizás el mas emotivo, dramático y sobrecogedor; y es que de acuerdo a las distintas culturas en torno a él se tejen diferentes opiniones y situaciones, objetivamente el embarazo implica adaptaciones anatómicas y fisiológicas a la reproducción humana, el crecimiento humano y el desarrollo de las diversas relaciones interdependientes y complejas de la sociedad considerada como un todo. Si bien se debe tener presente una visión holística de embarazo, debe considerarse que en él se dan complicaciones que pueden desviar el curso normal y convertirlo en patológico; en este caso se precisan las afecciones hipertensivas. Estas incluyen perturbaciones vasculares que existen desde antes del embarazo ó se producen como consecuencia de la gestación hasta el puerperio temprano, la prevalencia de ésta complicación según Nesbitt R y Cohen A,(2002) es de: 10 a 15% de las gravídicas y es superior en diferentes grupos de estudio de acuerdo a características preestablecidas : edad, antecedentes personales, obstétricos y familiares; nivel socioeconómico entre otros.

La Preeclampsia - Eclampsia no sólo representa un problema para la madre sino también se extiende al feto y hasta el neonato, Milton, W y Quevedo L, (2002), expresan que: 10 al 17% de los mortinatos y de las muertes neonatales que se producen en Venezuela se deben a trastornos hipertensivos del embarazo, y los recién nacidos generalmente pretérminos que sobreviven suelen sufrir algún grado de incapacidad que afecta la calidad de sus vidas, la mayor parte de las muertes perinatales se relacionan con premadurez.

Algunos indicadores del nivel socioeconómico, tales como: ingresos

familiares, nivel educativo de la madre, alimentación, vivienda; entre otros son factores de riesgo para la gestante. Aunque se desconoce la causa específica de la preeclampsia y eclampsia han sido muchas de las teorías descritas y pocos los avances obtenidos por lo que sigue siendo absoluta y rotunda la cura, que no es más que la culminación del embarazo, de allí la importancia de proporcionar cuidados prenatales y educación completa con el fin de detectar éstos trastornos en sus primeras etapas.

Por lo antes expuesto se considera realizar ésta investigación que va a permitir determinar los factores de riesgo reproductivo a preeclampsia - eclampsia en gestantes que asisten a la consulta prenatal del Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño; con el propósito de aportar alternativas para un adecuado control prenatal, controlando en la medida de las posibilidades los factores de riesgo reproductivo.

Metodológicamente se trata de una investigación tipo descriptiva – transversal - prospectiva con una población de 122 gestantes que acuden a la consulta prenatal. Se seleccionó una muestra de 30%, que constituyó en 36 elementos del total de la población, para su selección se aplicó el muestreo intencionado o sesgado. El instrumento de la recolección de datos para la variable Factores de riesgo reproductivo a preeclampsia – eclampsia se hizo mediante una encuesta tipo cuestionario estructurado en dos partes, la parte I, que mide los datos de control y semanas de embarazo y una parte II que contiene treinta (30) ítemes, de preguntas cerradas.

El contenido de la investigación realizada se presenta en cinco capítulos que se describen a continuación.

El capítulo I presenta el planteamiento del problema, objetivos generales y específicos y la justificación del estudio.

El capítulo II se distingue con el nombre de: Marco Teórico y contiene: los antecedentes del estudio, las bases teóricas que sustentan la investigación, se plantea el sistema de variables y su operacionalización, así como la definición de términos básicos utilizados.

El capítulo III se refiere al diseño metodológico que se sigue para llevar a cabo la investigación y lograr los objetivos propuestos; contemplando el tipo de estudio, población, muestra, métodos e instrumentos para recolectar la información, confiabilidad, procedimientos para la recolección de la información y las técnicas de análisis.

En el capítulo IV., Denominado Resultados de la Investigación, se hace la presentación de los resultados y el análisis e interpretación de sus resultados.

El capítulo V., contiene las Conclusiones y Recomendaciones, surgidas de la investigación.

Finalmente se presentan las Referencias Bibliográficas y los Anexos respectivos

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### ***Planteamiento Del Problema***

Aunque se considera que el embarazo es un proceso natural, se producen diversas adaptaciones que impiden determinar los límites entre salud y enfermedad, aún cuando sé este desarrollando de manera normal. El bienestar de la futura madre durante el curso del embarazo es de gran relevancia para pronosticar un parto feliz y un recién nacido sin complicaciones.

Se han señalado factores que ubican a la mujer dentro de alto riesgo obstétrico y que de acuerdo a esto deben recibir una atención mayor, orientada a disminuir la incidencia de complicaciones gestacionales y obstétricas.

La Preeclampsia-Eclampsia es una de las complicaciones más importante y frecuente . Nesbit R y Cohen A(2002) afirman que: Alrededor de 10% de la población fértil en países subdesarrollados la padece, (Pag 146). La misma debe ser identificada y tratada eficazmente, ya que de lo contrario repercute negativamente en la salud materna fetal. Existen características que han demostrado predisponer a las mujeres a preeclampsia-eclampsia más que a las que no la poseen, entre ellas: Edad <de 30 años, obesas, enfermedades adyacentes que responden generalmente a diabetes y nefropatías, antecedentes obstétricos, entre otros.

Las características anteriormente mencionadas están agrupadas en factores de riesgo biológicos y socioeconómicos que se han demostrado influir en la aparición de

Preeclampsia - Eclampsia.

Las afecciones hipertensivas incluyen diversas perturbaciones vasculares que existen antes del embarazo o se producen como complicaciones durante la gestación. El pronóstico de las mujeres con Preeclampsia -Eclampsia depende de los efectos de la hipertensión materna en los diferentes sistemas del organismo, aunque se considera que la única cura definitiva es el parto.

De allí las consecuencias que podría tener, que oscilan desde neonatos pretérminos con bajo peso al nacer, con altas probabilidades de muerte neonatales por premadurez, hasta muerte materna por falla multiorgánica.

Son muchas las investigaciones realizadas sobre Preeclampsia –Eclampsia, en las cuales se describen las variables implícitas, así mismo, éstas describen un perfil de la embarazada con trastornos hipertensivos, que señalan condiciones biológicas preexistente, como son: Edades extremas, malnutrición, analfabetismo, nivel socioeconómico bajo ( lo que dificulta la percepción del riesgo); uniones libres con parejas, entre otros, ubicándola en inestabilidad física, socioeconómica y emocional.

El control médico de las embarazadas se dirige a la prevención y detección temprana del desarrollo de enfermedades que puedan perjudicar a la madre y al feto, de acuerdo a esto el cuidado de las pacientes con preeclampsia - eclampsia estará dirigido a: Proteger a la paciente de los efectos de la presión arterial elevada (lo que proporciona más complicaciones); Mejorar el flujo sanguíneo útero placentario (reduciendo el riesgo para el feto), evitar el nacimiento prematuro usando el método más seguro.

Específicamente en la Consulta Prenatal del Hospital Dr Miguel Pérez Carreño, acuden embarazadas que desconocen la enfermedad, aún habiendola padecido, así como también pertenecer a alto riesgo obstétrico por alguna condición

biológica o socioeconómica. A pesar de recibir atención prenatal, la incidencia de ellas como emergencias obstétricas sigue siendo elevada.

Lo mencionado antes representa base importante para la realización de esta investigación, cuya formulación del problema es:

**¿Cuáles son los factores de riesgo reproductivo a Preeclampsia - Eclampsia en las gestantes que asisten a la consulta prenatal del Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño en el Primer semestre del año 2008?**

### ***Objetivos Del Estudio***

#### **Objetivo General**

Determinar los factores de riesgo reproductivos a Preeclampsia-Eclampsia en un grupo de gestantes que asisten a la consulta prenatal del Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño durante el segundo semestre del año 2008, en sus dimensiones riesgo biológico y riesgo socioeconómico.

#### **Objetivos Específicos**

.- Identificar los factores de riesgo biológicos relacionados a Preeclampsia-Eclampsia en las gestantes que asisten a la consulta prenatal.

.- Identificar los factores de riesgo socioeconómicos relacionados a Preeclampsia-Eclampsia en las gestantes que asisten a la consulta prenatal.

### ***Justificación***

La razón de la presente investigación se enfoca en determinar los Factores de Riesgo Reproductivo a Preeclampsia-Eclampsia en gestantes que asisten a la Consulta Prenatal del Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño. Hay que resaltar, que el elemento esencial consiste en todos aquellos factores de riesgo reproductivo a hipertensión que influye en las gestantes, que siguiendo el enfoque teórico de Jaramillo, N (2001) afirma. " La hipertensión inducida por el embarazo, es un cuadro clínico que aparece exclusivamente durante la gestación; numerosos factores de riesgo están relacionados en su aparición, entre los que se destacan: la edad, antecedentes familiares, nivel socioeconómico y enfermedades asociadas (Pág. 1).

En este sentido es una complicación que repercute negativamente en muchos ámbitos que van más allá de la madre y el feto o neonato, según sea el caso. Los riesgos a una determinada situación siempre van a existir lo que puede cambiar es la susceptibilidad al mismo.

Institucionalmente, la preeclampsia - eclampsia incide en gastos hospitalarios para la nación y extrahospitalarios para la paciente o grupo familiar, debido a que la estadía de la madre y el niño suelen ser prolongados en el centro hospitalario de acuerdo a la gravedad del caso, los cuidados deben mantenerse una vez dados de alta, específicamente al recién nacido pretérmino como consecuencia de una preeclampsia severa, éstos pacientes evolucionan con tratamiento farmacológico a criterio médico que deben seguir por un período de tiempo quizá prolongado.

Socialmente, la investigación afianzará los mecanismos en pro de la salud materno fetal a través del adecuado y precoz control prenatal, dirigido a detectar los riesgos presentes y orientar a la gestante sobre su condición con el objeto de aminorar las consecuencias fatídicas que puedan afectar su vida y la de su hijo.

La investigación pretende servir de herramienta para mejorar la calidad de vida de la embarazada como ser holístico y crear referencia en el campo hospitalario y comunitario.

Desde el punto de vista metodológico la investigación, está plenamente justificada porque se acude al uso de técnicas metodológicas para la recolección de información.

En el contexto de la práctica de enfermería la investigación tiene un alto valor porque busca identificar los factores reproductivos a preeclampsia-eclampsia en término de las condiciones Biológicas y Socioeconómicas de las gestantes y la influencia de éstos en su embarazo.

El estudio también proporcionará un marco de referencia a futuras investigaciones que conlleve a incrementar el avance de las técnicas que contribuya a reforzar el cuidado humano en las gestantes con principios técnicos y humanos.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

El estudio lleva como propósito determinar cuales son los factores de riesgo reproductivo a Preeclampsia-Eclampsia que se presentan en las gestantes que asisten a la consulta prenatal del Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño. Del contexto de tal propósito se elaboro el capítulo, conteniendo antecedentes relacionados con las variables en estudio, las bases teóricas que las sustenta científicamente, la operacionalización de la variable y la definición de términos.

Se inicia el capítulo con una descripción de la unidad donde se efectuó el estudio.

#### **Descripción de la consulta prenatal del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño Distrito Capital.**

La unidad de consulta prenatal del Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño fue fundada en el año 2000, el mismo funcionaba anteriormente en el Ambulatorio perteneciente al Seguro Social: Francisco Salazar Meneses en el año 1997, hasta el 2000 luego fue trasladado al Hospita Dr. Miguel Pérez Carreño y desde esa fecha su visión es la de ser un modelo de atención integral en las gestantes de alto riesgo.

También es fundamental señalar que la misión de esta unidad clínica es la de proporcionar el control y cuidado a las gestantes, orientándolas a prevenir complicaciones, considerándolas como ser holístico.

Se encuentra organizada físicamente de la siguiente forma: tres (3) consultorios destinados a la consulta de alto riesgo y un (1) consultorio a ecografía,

una oficina para el médico jefe y secretaria, una oficina para la secretaria de la consulta y estar de enfermería, la consulta de alto riesgo es manejada en el turno de la tarde.

### ***Antecedentes de la Investigación***

En la búsqueda de antecedentes que pudieran surgir como base y referencia para el desarrollo del estudio que se presenta, se ubicaron los siguientes:

Investigaciones relacionadas con la variable: **Factores de Riesgo Reproductivo a Preeclampsia - Eclampsia:**

Miltón, W. Y Quevedo, L. (2002), realizaron en Ciudad Bolívar, Edo Bolívar, Venezuela, un estudio cuyo propósito fue: **Determinar la importancia del control prenatal e incidencia de complicaciones obstétricas**, en gestantes que asisten a la consulta prenatal del complejo hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”.

El mismo corresponde a una investigación de tipo descriptiva con una población y muestra constituidas por 25 gestantes, la recolección de la información se realizó mediante la aplicación de un cuestionario el mismo fue validado por pruebas pilotos, el análisis de la información fue realizado por cuadros de frecuencia simples porcentuales. Los resultados de la investigación demostraron que las gestantes no asisten mensualmente al control prenatal, y que el 40% de la muestra desconoce cuales son la complicaciones obstétricas a las cuales están expuestas. El 15% de ellas presentó complicaciones obstétricas durante el segundo trimestre, tales como: anemia ferropénica, hipertensión inducida por el embarazo y amenaza de parto prematuro.

Colmenares Adela, (1999), desarrolló una investigación en el Hospital “Patrocinio Peñuela” de San Cristóbal Titulado: **Atención Primaria a la Embarazada con riesgo a Preclampsia**”. El estudio se ubicó en un diseño descriptivo en el que se empleó a 150 embarazadas que asistían a la consulta prenatal, en esta investigación se utilizó un instrumento tipo cuestionario parecido a la historia clínica perinatal base, teniendo como resultado que 60 mujeres que corresponde al 40% de las 150, son adolescentes y de recursos económicos bajos, las cuales no cumplían con su control mensual de embarazo.

Bedoya J, Jiménez Parrilla F y Jiménez Díez M ( 2003 ), realizan en Argentina una investigación social titulada “Atención temprana a la embarazada”, encuestan a 175 embarazadas de diferentes estratos sociales y activas laboralmente.

La encuesta constaba de 80 preguntas cerradas de sondeo social, económico y cultural, el estudio reveló que el 60.8% de las madres-casos eran de bajos ingresos económicos, con inadecuado control prenatal; 3.2% habían culminado estudios superiores; 12.2% admitieron haber asistido a grupos de apoyo psicológico; 9% eran analfabetas.

Concluyen que esas gestantes constituían un riesgo social o familias vulnerables, ya que contaban con un rasgo interno que las hace sensible directamente a su estado de salud, denotando la baja utilización de los servicios preventivos y de planificación.

### ***Bases Teóricas.***

A través de la revisión bibliográfica se elaboró el marco referencial que puntualiza las bases teóricas, enfocando los conceptos de la variable en estudio: Factores de Riesgo reproductivo a Preeclampsia-Eclampsia; así como las dimensiones, indicadores y sub-indicadores.

### ***Embarazo***

El embarazo es un período en la mujer en el que el óvulo fecundado en su cuerpo se desarrolla hasta formar un niño, que nace después de completar su crecimiento y maduración, la misma que dura aproximadamente 40 semanas. Así, el embarazo representa un período en la vida de la mujer predeterminado por la naturaleza; sin embargo, supone una fuerte sobrecarga para el organismo femenino, no obstante, los órganos y sistemas del cuerpo de la mujer están dispuestos de tal manera que generalmente son capaces de cumplir las exigencias más elevadas sin sufrir por ello reacciones de agotamiento.

### ***Aspectos Biofísicos del Embarazo.***

Desde el punto de vista biológico, la función principal del sistema reproductivo femenino es el embarazo y el trabajo del parto; estos deben considerarse como un proceso normal. El conocimiento sobre la reproducción en el ser humano, es fundamental para comprender esta fase del sistema reproductivo.

La duración del embarazo humano varía en forma considerable, pero en promedio si se cuenta a partir del momento de la concepción es de alrededor de doscientos sesenta y siete días o treinta y ocho semanas. Durante el embarazo se producen muchos cambios en la fisiología materna. Estas adaptaciones del embarazo, aunque se hacen más aparentes en los órganos reproductivos, afectan también a otros sistemas del cuerpo. Además de dichos cambios físicos, la mujer embarazada por lo general debe efectuar diversos ajustes de tipo emocional.

### *Signos y Síntomas de Embarazo.*

Ciertos signos indican sin lugar a duda que existe embarazo, pero en ocasiones no se presenta cuando el feto muere en el útero. Algunos signos, que se denominan positivos, no se observan sino hasta la parte intermedia de la gestación y en ese momento el diagnóstico puede efectuarse sin ellos, gracias a la evidencia circunstancial de una combinación de síntomas. Para García S y Cabrillo R (2002) , los signos del embarazo se dividen en: presuntivos, probables y positivos.( Pag 78)

Los presuntivos como su nombre lo indica son aquellos que no son fidedignos del embarazo y pueden implicar otros trastornos, entre ellos se encuentran: náuseas, vómitos, malestar matutino, dolor en los senos y hasta supresión de la menstruación.

Los signos probables, son mas serteros van desde crecimiento del abdomen, cambios en el tamaño, consistencia y color del útero, palpación fetal hasta prueba de Sub-unidad beta de Gonadotropina Coriónica Humana en sangre positivo.

Los signos positivos son los demostrativos sin dudas de embarazo, implican objetividad, tales como: ruidos cardíacos fetales, rayos X de perfil esquelético fetal y presencia de un embrión o feto mediante ultrasonido.

### *Cambios fisiológicos en el embarazo*

Pitkin R y Scout J (2003) , expresan que: Los cambios fisiológicos en el embarazo son modificaciones locales y generales en las estructuras del cuerpo de la mujer y sus funciones, la mayoría de estos cambios desaparecen durante el puerperio”(Pág. 301).

**Cambios de cuerpo por crecimiento uterino:** Progresivamente el útero crece en los primeros meses alrededor del tercer a quinto mes de gestación, éste sale de la pelvis y se palpa por encima de la sínfisis del pubis, hasta llegar a alcanzar el apéndice xifoides en el noveno mes. Simultáneamente al aumentar el útero y el abdomen de tamaño el ombligo es empujado hacia fuera hasta que su depresión se borra por completo. Constituyéndose un área sombreada en la pared abdominal lisa y

tensa. La pared abdominal se hace incapaz de soportar la tensión que ocasiona el crecimiento de las estructuras uterinas, esto conlleva a que los músculos rectos se separen en la línea media, proceso que se conoce como *Diàstasis de Rectos*.

En las últimas semanas de la gestación antes de que se inicie el trabajo de parto la cabeza fetal desciende a la cavidad pélvica, como consecuencia el útero baja y cae hacia delante, este cambio alivia la presión en el diafragma permitiendo que la madre respire mejor. Este fenómeno de descenso de la cabeza fetal se llama aligeramiento. Estos cambios no resultan tan significativos ni frecuentes en multípara sino hasta que se inicia el trabajo de parto.

**Cambios Metabólicos:** Estos ocurren por la presencia del feto y la placenta que se desarrollan con rapidez dentro de los más importantes figuran: aumento significativo de peso, solo una pequeña porción se debe a alteraciones metabólicas la mayor parte depende de la presencia del feto en crecimiento, la placenta, las membranas fetales y el líquido amniótico, para González L y Sobreviela M. (2002):

El embarazo ejerce influencia notable en el metabolismo de los carbohidratos esto produce un descenso de los niveles sanguíneos de azúcar en ayunas y se cree que la secreción de insulina en el páncreas también aumenta. (Pag 96) . Es por ésta razón que el útero, la sangre materna y los productos de la concepción contienen más proteínas que las grasas y carbohidratos, por ello se observan alteraciones significativas en varias proteínas plasmáticas. Durante el embarazo la concentración de albúmina disminuye y los niveles de fibrinógeno aumentan, mientras que los niveles de inmunoglobulina descienden ligeramente.

**Cambios Circulatorios:** Entre los cambios circulatorios más importantes están; los que se producen son aumento de volumen de sangre, necesidades de hierro, funcionamiento cardíaco y presión arterial.

El volumen total de sangre aumenta alrededor del 30% durante el embarazo, esto se debe a que simultáneamente aumenta los niveles de producción de glóbulos rojos en la médula ósea y por ende aumenta la cantidad total de líquidos que circulan por los vasos maternos lo que hace la concentración real de eritrocitos sea más o menos que en condiciones normales.

La necesidad de hierro se hace mayor como consecuencia del aumento de la producción de eritrocitos ocasionando demandas desacostumbradas para las reservas de hierro del organismo, las cuáles siempre suelen ser bajas debido a las pérdidas normales durante la menstruación “ La deficiencia de hierro se agrava en forma notable con el embarazo por la fuerte exigencia de hierro del feto en crecimiento sobre todo en las últimas etapas de la gestación.” González L y Sobreviola M (2002), pag 84.

Durante el embarazo el corazón tiene que bombear alrededor de 50% más de sangre por la aorta por minuto. El gasto cardíaco alcanza su máximo a partir del séptimo mes, luego declina al nivel que tenía antes del embarazo esto ocurre durante las últimas semanas de la gestación, en gestantes con corazones normales no existen repercusiones, sin embargo aquellas con afecciones cardíacas pueden llegar a tener complicaciones graves. Son frecuentes las palpitaciones cardíacas bruscas en los primeros meses de embarazo ellas son producto de perturbaciones del sistema nervioso simpático y hacia el final de la gestación son producidas por la presión intraabdominal del útero crecido.

La presión arterial en el embarazo es objetivo de muchos cambios por lo general la presión arterial desciende durante el segundo trimestre y se eleva lentamente en las últimas semanas. La presión sistólica baja un poco mientras que la diastólica lo hace más notable esto como producto del aumento del gasto cardíaco y

la resistencia periférica, lo que se considera normal durante el embarazo. Hacia el final del embarazo el tono vasoconstrictor aumenta y produce una elevación normal de la presión arterial.

Los efectos circulatorios mecánicos del útero en crecimiento, se producen porque el útero en crecimiento se desplaza y comprime las venas ilíacas, la vena cava inferior e incluso la aorta, cuando la mujer se encuentra en posición supina la compresión venosa se acentúa lo que repercute en un descenso del retorno venoso y por ende reducción del gasto cardíaco. En algunas mujeres se produce el conocido síndrome hipotensivo que se manifiesta con náuseas, mareos y síncope.

La compresión venosa del útero grávido eleva la presión en las venas que irrigan las piernas y los órganos pélvicos, lo que ocasiona la formación o exacerbación de varices en piernas y vulvas y la aparición de hemorroides. Miranda C, Puertas A y Mozas M, (2002), pag 462, expresan que: La elevación de la presión venosa es la causa principal de edemas en las extremidades inferiores lo cual se observa con frecuencia a finales del embarazo, otra causa asociada es la reducción de la presión oncótica plasmática.

**Cambios Respiratorios:** los principales cambios respiratorios se producen por los efectos mecánicos del útero en crecimiento, el aumento del consumo total del cuerpo y los efectos estimulantes respiratorios de la progesterona. Progresivamente el útero crece es mayor la tensión ascendente sobre el diafragma por lo que se produce reducción de la presión intra torácica y de los volúmenes de los pulmones en reposo, con reducción de la capacidad residual funcional. Existen mayores necesidades de oxígeno durante el embarazo debido al útero y su contenido, se requiere más oxígeno porque hay más trabajo renal y cardíaco. El consumo total de oxígeno del organismo aumenta 15 a 20%. La progesterona aumenta la ventilación, esto se debe a que hace

que el centro respiratorio sea más sensible al CO<sub>2</sub>, se le atribuye la hiperventilación del embarazo.

**Cambios Gastrointestinales:** a medida que el útero crece desplaza al estómago y los intestinos, algunas veces los cambios de posición alteran la función de los órganos produciendo enfermedades, uno de los problemas más frecuentes es el estreñimiento el cuál afecta a más de la mitad de las embarazadas, este como consecuencia de la reducción de tono y la presión de útero en crecimiento durante la gestación. Generalmente en los primeros meses de embarazo el apetito suele disminuir por efecto de las náuseas que experimenta la mujer, varios autores coinciden en que la elevación de las hormonas inciden en las náuseas y vómitos.

**Cambios Urinarios y Renales:** la cantidad de orina durante el embarazo aumenta y su gravedad desciende, es frecuente presentar dextrosa y lactosa en la orina. Esta última por efecto de las glándulas mamarias. El flujo plasmático renal y la tasa de filtración glomerular comienzan a aumentar en las primeras etapas de embarazo y se estabiliza en la etapa intermedia, que es superior en 40% a los niveles anteriores del embarazo, según Gratacos S y Llurba O, (2004) : Las concentraciones plasmáticas de renina, sustrato de renina, angiotensina I y II aumentan durante el embarazo, el útero y los riñones producen orina con altas concentraciones en el líquido amniótico desconociéndose el por qué. Pag 74. Las infecciones del sistema urinario, en particular la cistitis, son frecuentes durante el embarazo y se relacionan con extasis de orina y vaciado inadecuado de la vejiga.

**Cambios Endocrinos:** Reeder Martín y Koniak (1995) , refiere: “La placenta es a principal glándula endocrina en el embarazo”. Las vellosidades coriónicas primarias del cigoto implantado secretan HCG, lo que prolonga la vida del cuerpo lúteo, el estrógeno y la progesterona son dos hormonas necesarias para la preservación del endometrio y protección del óvulo fecundado. Pag 673. La tiroides

aumenta levemente de tamaño.

Los ovarios no realizan actividad folicular, esta se reincorpora después del parto, esta la actividad se reprime gracias al estrógeno y la progesterona liberadas por la placenta, las glándulas suprarrenales se hipertrofian, aumenta la producción de aldosterona lo que produce retención de sodio en los riñones tienen menos capacidad para manejar la sal durante el embarazo.

**Cambios en las Mamas:** aumenta el volumen acompañado a veces de prurito (picor y dolor), son más vascularizadas y sensibles, el pezón se hace más saliente, sensible y pigmentado.

### *Trastornos hipertensivos*

Se define a los estados hipertensivos del embarazo cómo el trastorno que se presenta durante la gestación, parto o puerperio que se caracteriza por la elevación de las cifras tensionales, iguales o mayores a 140/90mmhg. Gratacos S y Llurba O, (2004), pag 92.

### *Etiología*

Sobre la preeclampsia-eclampsia se han hecho múltiples investigaciones en relación con su etiopatogenia y tratamiento; a pesar de ello, décadas de estudio han sido infructuosas para precisar la causa de esta enfermedad por lo que, Sibai B y Frangieh A. (2002), la denominaron “Enfermedad de las teorías” ya que la incidencia mundial va del 2% al 35%, (Pàg 175); y esta disparidad tan marcada se explica por la diversidad de criterios con los cuales ha sido clasificada.

Para explicar la etiología, se han propuesto una serie de hipótesis que

comparten en común la incapacidad de adaptación del organismo materno a la presencia del feto, según : Bolero J, Jubiz A y Henao G, (2004), se encuentran : Causas inmunológicas, isquemia placentaria, estrés oxidativo y causas genéticas. (Pag 214).

\*Inmunológicas: Se refiere a una respuesta inmunológica anormal de la madre a los antígenos del padre que se encuentran en el trofoblasto, existen datos epidemiológicos que se asocian a la modificación del riesgo, como es embarazos de una pareja distinta a la de la que se presentó la enfermedad, lo cierto es que hay cambios inmunológicos en las embarazadas afectadas, desconociendo la causa.

\*Isquemia Placentaria: Esta sugiere que el proceso patológico inicia con falla de las arterias espirales para aumentar de diámetro, como respuesta al aumento de las demandas vasculares que exige el embarazo, lo que conduce a una disminución del suministro de oxígeno a la placenta.

\*Estrés Oxidativo: Se asocia a que las mujeres con preeclampsia incrementan los niveles de ácidos grasos libres, también se origina en la placenta hipóxica, dañando las células endoteliales.

\*Genéticas: Se origina por la observación en la ocurrencia de preeclampsia en mujeres madres, hijas hermanas y nietas de alguna que haya tenido el trastorno, sin embargo, el modo en que se transmite esa herencia está muy discutido actualmente.

En la HIE se ha demostrado la existencia de lesión endotelial que no se sabe si es la causa o es un efecto de la enfermedad , Nesbitt R y Cohen A (2002), pag 166.

#### Clasificación de los Trastornos Hipertensivos del Embarazo.

Los criterios diagnósticos para las enfermedades hipertensivas, según Miranda C, Puertas A y Mozas M. (2002), Pag 460, son: Hipertensión crónica, hipertensión inducida por el embarazo; preeclampsia ( leve y severa) y eclampsia.

## PREECLAMPSIA.

Es una enfermedad constituida por hipertensión arterial, proteinuria y edema, generalmente ocurre alrededor de las veinte semanas de embarazo. Se acompaña de manifestaciones clínicas, inherentes a la fisiopatología, que repercuten en complicaciones maternas y fetales. Según Botero J, Jubiz A y Henao G (2004) : Hay preeclampsia leve cuando están presentes la hipertensión y proteinuria sin disfunción de los órganos, (Pag 216), así mismo se considera preeclampsia severa cuando los valores tensionales son repetidamente mayores a 160/100mmhg, proteinuria de 5gm y daño orgánico.

## SIGNOS Y SINTOMAS DE LA PREECLAMPSIA

Entre los mas significativos se encuentran tensión arterial mayor a 140/90mmhg, proteinuria, edema significativo, cefalea intensa, visión borrosa, epigastria, náuseas, vómitos, irritabilidad; en casos más avanzados puede aparecer cianosis, edema pulmonar y crisis convulsivas (Eclampsia) y oliguria.

Los signos y síntomas son la consecuencia de los diferentes daños producidos en los diferentes órganos, cómo son: Sistema cardiovascular, renal, hepático, sistema de coagulación y sistema nervioso central.

## ECLAMPSIA.

Es un trastorno hipertensivo, que se caracteriza por crisis convulsivas, que aparecen al final de la gestación. Sibai B y Frangieh A.(2000), refieren: La eclampsia es una emergencia médica potencialmente fatal que sigue siendo una causa importante de muerte materna en todo el mundo. (Pág 179).

Las convulsiones tónico-clónicas pueden aparecer hasta siete días después del parto, luego de las crisis la paciente sufre depresión respiratoria y cambios

mentales, secundarios a encefalopatía hipertensiva.

#### COMPLICACIONES DE LA PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA.

Estas complicaciones afectan a la madre y al feto o quizá al neonato, se ocasionan por efecto de la hipertensión arterial y del daño orgánico, incluyen: hemorragias, coagulación intravascular diseminada(CID), abrupcio, edema pulmonar, retraso en la cicatrización, sangrado postoperatorio, déficit neurológico, neumonía, edema pulmonar, falla renal, paro cardiopulmonar y muerte. En relación a las complicaciones fetales, Torres E y Sanabria A, (2000) , expresan : La disminución del flujo sanguíneo y la perfusión producen retardo mental y fallas en el desarrollo de las funciones vitales del feto o neonato, (Pág 71).

#### TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA.

En los casos de hipertensión leve no se requiere de hospitalización, entre el tratamiento farmacológico indicado por el médico y recomendaciones cómo: Cambios en la dieta, aumento en el consumo de proteínas (se pierden en la orina), reposo sobre el costado izquierdo (para favorecer la irrigación sanguínea en el abdomen), pueden ser suficientes para controlar el trastorno, mas sin embargo, en ocasiones donde la enfermedad es severa, se requiere hospitalización , monitoreo materno-fetal, administración de fármacos hipotensores y sedantes por vía parenteral, control de líquidos ingeridos y eliminados, cuándo el embarazo es menor de 38 semanas , el especialista debería recurrir a la madurez pulmonar del feto, así cómo orientar las medidas de protección del sistema nervioso central de la gestante. Nesbitt R y Cohen A (2002), afirman: La base del tratamiento eficaz de la HIE, consiste en retirar la placenta del útero materno, y por tanto al feto al mismo tiempo, desencadenantes de la enfermedad. (Pág 172).

En ésta afirmación se hace posible comprender el porqué de la culminación del embarazo en aquellos casos severos e irreversibles de la enfermedad, aunque el riesgo-beneficio para el feto éste comprometido.

En la mayoría de las pacientes la hipertensión disminuye progresivamente luego del parto y su estado de salud se normaliza hacia la sexta semana después del nacimiento del niño, cómo puede también que queden con persistencia de hipertensión arterial u otra secuela, esto dependiendo de la intensidad del daño; en cualquiera de los casos la mujer debe seguir un control especializado, dirigido a mejorar la calidad de vida de ella y del neonato, ya que ella representará un alto riesgo obstétrico a lo largo de su vida reproductiva.

#### FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO A PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA.

Debe aclararse que riesgo no es causa, los riesgos son circunstanciales, es decir, pueden incidir en una determinada situación, sin llegar a ser causales, los riesgos son indicativos de probabilidades, ya sea por morbilidad o mortalidad, ellos pueden actuar independientemente o interrelacionados. En relación con la atención materno infantil, Botero J, Júbiz A y Henao G. (2004), refieren: Es la probabilidad de enfermar o morir de una madre o su hijo, a mayor número de factores determinantes, sera mayor la probabilidad de sufrir daño (Pág 176).

Los factores de riesgo tienen la peculiaridad de ser detectables, pueden ser identificados antes de que ocurran los hechos, ellos pueden ser: Ambientales, biológicos, socioculturales, económicos y por comportamiento o estilo de vida. La preeclampsia es un trastorno asociado a la desnutrición, falta de control prenatal y nivel socioeconómico bajo.

En ésta investigación se desarrollaran los factores de riesgo reproductivos

biológicos y socioeconómicos.

## FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS A PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA.

Son todas las condiciones personales, obstétricas y hereditarias, existentes en la embarazada, que conforman características propias y la ubican en un estado de vulnerabilidad a desarrollar hipertensión inducida por el embarazo y que no son modificables, éstos están identificados cómo: Edad, antecedentes patológicos, complicaciones obstétricas e historia familiar o antecedentes familiares a hipertensión inducida por el embarazo.

### \*Edad:

La edad específica no existe, se describen grupos étarios catalogados de alto riesgo, cómo edades extremas, es decir, menores de 20 años y mayores de 40 años, sin embargo no se excluyen aquellas embarazadas con edad fértil intermedia, según Gratacos S y Llurba O,(2004), refiere: Es un trastorno presente en gestantes con edades extremas y es tres veces más frecuente en menores de 15 años y mayores de 40 años.(Pág 70).

Se han descrito muchas circunstancias presentes en las embarazadas con edades extremas, no sólo cómo riesgo a preeclampsia- eclampsia, sino, a otras complicaciones que a su vez pueden actuar interrelacionadamente y que condicionan a un peor resultado perinatal, favorecidos por situaciones propias de la edad.

### \*Antecedentes Patológicos:

Las enfermedades preexistentes en las embarazadas condicionan a que el organismo desarrolle complicaciones directas de la patología ó conjuntas de la gestación, debido a que la enfermedad cómo antecedente personal causa cambios en

los funcionamientos orgánicos normales y a su vez éstos cambios suelen complicarse con la presencia de un embarazo.

Las patologías con peor repercusión perinatal son: hipertensión arterial, diabetes mellitus, anemias, enfermedades renales, entre otras; las complicaciones subyacentes al embarazo van desde hemorragias, infecciones, sufrimiento fetal, hasta falla multiorgánica. Nesbitt R y Cohen A. (2002), afirman: Es obvio que las complicaciones médicas con manifestaciones clínicas que afectan o son afectadas por la gestación marcaran pauta para un mal pronóstico perinatal y mejorar la asistencia prenatal. (Pág 159).

**\*Complicaciones obstétricas o Antecedentes reproductivos:**

La existencia de antecedentes reproductivos adversos condiciona un mayor riesgo obstétrico, dada la posibilidad de su repetición, mas cuando la causa es desconocida, son varios los antecedentes obstétricos, sin embargo todos son importantes para cumplir con los protocolos de alto riesgo. Entre ellos se estudiaran los embarazos múltiples, preeclampsias previas, polihidramnios, macrosomia fetal y período intergenésico corto a un nuevo embarazo.; el embarazo múltiple, polihidramnios y la macrosomia fetal se vinculan a la preeclampsia - eclampsia, por el marcado aumento de peso de la madre, el peso intrauterino, que contribuye a la presión ejercida sobre los riñones y a la insuficiencia placentaria, no garantizando el adecuado riego sanguíneo entre los vasos . Gratacos S y Llurba O , (2004), refieren: El aumento de peso y/o la oliguria como signo en el embarazo múltiple debe someterse a diagnostico diferencial a patologías subyacentes antes de determinar hipertensión inducida por el embarazo. (Pág 79).

Sin embargo algunos autores como Pitkin y Scout, (2003), afirman: El embarazo múltiple y la macrosomia fetal conllevan a una fuerte ganancia de peso, causal de hipertensión arterial, (Pág 316).

Cabe mencionar que éstos antecedentes reproductivos son causa de morbilidad y mortalidad perinatal, pues no sólo influyen para preeclampsia -

eclampsia, sino, también para retardo de crecimiento intrauterino, parto pretérmino, hemorragias, entre otros.

El período intergenésico, no es más, que el tiempo que espera una mujer en volver a embarazarse, existen contradicciones sobre la pérdida o el aumento de la protección en cuanto a la preeclampsia - eclampsia, algunos autores señalan que si una grávida padeció algún trastorno hipertensivo tiene mayor probabilidad de repetir la enfermedad al contraer un nuevo embarazo si el lapso es menor a tres años, sin embargo, otros autores refieren que se pierde la protección a la enfermedad con un período mayor a cinco años. Miranda C, Puertas A y Mozas M. (2002), expresan: La protección que confiere la gestación tiene caducidad y se reduce cada año, de forma que si el intervalo entre la primera y segunda gestación supera los diez años, el riesgo es similar otra vez al de una nulípara. (Pag 466).

En todos los casos de trastornos hipertensivos del embarazo es aconsejable que la mujer espere un lapso prudente, que le permita al equipo multidisciplinario estudiar las consecuencias que pudo haber dejado el cuadro, especialmente en los órganos blanco de la hipertensión arterial, cómo son: corazón, riñones, retina e hígado.

**\*Condición hereditaria a Preeclampsia -Eclampsia:**

Historia familiar o condición hereditaria, como ya se sabe, es un factor intrínseco no modificable, es decir, una secuencia que se mantiene en las generaciones, capaz de no cambiar, sino de manifestarse, de acuerdo a esto un solo carácter no basta, hace falta la presencia de varios caracteres para iniciar las alteraciones fisiopatológicas de la preeclampsia - eclampsia.

De acuerdo a esto Oyarzón E y Valdes G (2000), refieren: Las pacientes hijas de embarazos con complicaciones hipertensivas tienen un riesgo mayor a desarrollar la enfermedad durante su edad fértil, en algunos de sus embarazos. (Pág 316).

Son muchos los estudios realizados sobre herencia recesiva desencadenantes de la hipertensión inducida por el embarazo, que han demostrado que éstas son más vulnerables las hijas y hermanas de madres afectadas, aunque sean medio hermanas, ya que se favorece el carácter hereditario materno.

## RIESGO SOCIOECONOMICO A PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA

### \*Condición Social:

Todo lo que atribuye a características o atributos que posee una gestante y la predispone a sufrir hipertensión inducida por el embarazo, referido a escolaridad de la madre, control prenatal y nutrición. Existen estudios orientados hacia la búsqueda de la relación entre factores sociales y crecimiento humano que datan desde el siglo XIX, demostrando la relación entre ambiente adecuado y desarrollo físico, aunado a ello los estudios contemporáneos sobre el hombre y su medio ambiente, permiten afirmar que el ser humano adulto, en lo que concierne a lo biológico, es el resultado de la interacción entre su factor genético y los factores ambientales que puedan actuar en él, favorable o desfavorablemente.

### \*Escolaridad de la madre:

El nivel de estudios de una persona influye considerablemente sobre la percepción de riesgo y salud que le confieren, la enseñanza permite la instrucción, la mejoría de calidad de vida y la preparación ante situaciones adversas; el nivel educativo es claramente un factor de riesgo social porque incide en el estilo de vida del ser humano, es medible y precursor de formas de vida. El grado de instrucción de una embarazada le permite al equipo multidisciplinario dirigirse eficazmente y abordar los problemas presentes en ella que puedan representar un factor predisponente, y permite la identificación subjetiva y objetiva de problemas y pronósticos, efectuar diagnósticos precisos para minimizar los efectos negativos.

Debe interrogarse a la madre no con el fin de discriminar, sino, de utilizar el

lenguaje apropiado para una comunicación eficiente la cual favorezca la comprensión de los términos y de la situación en general. Pitkin R y Scout J (2003), refieren: Las embarazadas de bajo nivel educativo están especialmente expuestas a desarrollar complicaciones obstétricas, cómo hipertensión , abortos y partos pretérminos. (Pag 322).

Las variables de estratificación educativas utilizadas, para la investigación incluyen: Secundaria completa, secundaria incompleta, técnico superior completa, secundaria incompleta, técnica media, primaria o analfabeta.

#### \*Control Prenatal:

La consulta prenatal pretende contribuir a la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal, mediante cuidados preventivos y el diagnóstico temprano de problemas, lo ideal sería que la gestante se incorporara tempranamente, es decir, desde el mismo momento que crea estar embarazada y no después de la segunda falta de la menstruación, cómo es lo mas común. Para lograr el control precoz el acceso a la consulta debe ser fácil, si es posible cercano y hasta gratuito, ya que factores cómo: consultas privadas, accesos difíciles o lejanos y citas tardías influyen a que la embarazada disminuya la asistencia al control prenatal.

La primera consulta debe consistir en una buena anamnesis y exploración, favorecer la buena comunicación con la futura madre, informarle acerca de los riesgos del embarazo, de la importancia del control prenatal, el cumplimiento de los planes de cuidados y tratamientos indicados, en éste sentido, Gratacos S y Llurba O (2004), refieren: El número ideal de visitas es difícil establecer, más suelen aceptarse mínimo seis, para considerar al embarazo controlado. (Pág 64).

#### \*Nutrición:

Durante el embarazo y hasta la lactancia es importante que la madre conozca los beneficios de una alimentación balanceada y los riesgos de una inadecuada alimentación, desde el punto de vista nutritivo, la dependencia del feto del organismo

materno es total, todos los nutrientes que el feto recibe le son transferidos desde la madre a través de la placenta.

Una de las variables importantes en relación a la alimentación materna es la ganancia de peso, que a pesar de ser fácil de controlar es muy común que las mujeres aumenten de peso excesivamente, creyendo que deben comer más y no que deben comer mejor, lo que significa que será beneficiario la calidad de los alimentos ingeridos y no la cantidad de los mismos. La selección de los alimentos debe formar parte de una dieta diaria que incluya cereales, frutas, verduras, legumbres, proteínas y lácteos, la utilización de aceites y grasas de origen animal, serán limitados. González L y Sobreviela M (2002), refieren: La forma de preparar los alimentos importa tanto cómo los mismos, se deben restringir la sal y las salsas muy energéticas, se recomiendan las preparaciones a la plancha o hervidos. (Pág 90).

La ingesta de líquidos será de al menos ocho vasos al día, que pueden complementarse con jugos naturales, de ser necesario la gestante necesitara ayuda profesional nutricional con el fin de fomentar las alternativas alimenticias de acuerdo a sus requerimientos y a su estilo de vida.

#### CONDICION ECONOMICA A PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA.

La mujer embarazada debe ser estudiada cómo una unidad indivisible que involucra tanto el bienestar materno como fetal y es por ello que es necesario tener en cuenta todos los factores que intervienen en la salud madre-hijo para otorgarle mayor protección. Si bien todos los factores son importantes el económico también representa la proyección que pueda desarrollar el embarazo, ya que a través de los ingresos es que un individuo puede satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, vivienda, vestido, recreación entre otros.

En cuanto a la vivienda se refiere a vivir donde se puede y no quizá donde se quiere, las viviendas con espacios reducidos son más fáciles de fabricar y de menor costo, por lo que aumenta su adquisición, no garantizando adecuadas condiciones

sanitarias, Sibai B y Frangieh A ( 2000), expresan: Las situaciones económicas de un individuo, inciden directamente en su entorno social y estado de salud, mediante la mutilación de la adquisición. (Pág 126).

La fuente de ingreso es la cantidad de dinero que percibe el grupo familiar mensualmente, que permite cubrir las necesidades de la misma, ya sea por la remuneración de un oficio y/o profesión, a mayor ingreso , mayor será la calidad de vida de la persona, ya que tendrá más oportunidades adquisitivas de servicios, medicinas y otros .

## **SISTEMA DE VARIABLE.**

### **Variable:**

Factores de riesgo reproductivo a preeclampsia - eclampsia.

### **Definición Conceptual:**

**Agente causal que determina un cierto carácter.** Definido por Pacheco J.(1998), (Pág 774).

### **Definición Operacional:**

Son características o circunstancias detectables en las embarazadas asociadas con una probabilidad incrementada de padecer, desarrollar o estar especialmente expuestas a preeclampsia - eclampsia, referido a los indicadores biológicos y socioeconómicos.



## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable: Factores de riesgo reproductivo a preeclampsia – eclampsia.

Definición Operacional: Son los riesgos biológicos y socioeconómicos detectables en las embarazadas durante su control prenatal, asociada con una probabilidad incrementada de estar especialmente expuestas a preeclampsia - eclampsia.

DIMENSIÓN	INDICADOR	SUBINDICADOR	ITEMES
<b>RIESGO BIOLÓGICO:</b> Es la condición personal, obstétrica o hereditaria existente en la embarazada que predispone a padecer preeclampsia - eclampsia.	<b>CONDICIÓN PERSONAL:</b> Son características o circunstancias que pueden ser detectadas en las embarazadas y cuya presencia se asocia a una mayor probabilidad de padecer preeclampsia eclampsia, referidos a edad y antecedentes patológicos	.- Edad .- Antecedentes patológicos .-HTA .- Diabetes Mellitus. .- Anemias .- Enfermedad Renal	1-2   3 4 5 6
	<b>CONDICIÓN OBSTÉTRICA:</b> Son circunstancias relacionadas con embarazos anteriores que pueden garantizar el bienestar materno-fetal y que predispone preeclampsia eclampsia referido a complicaciones con otros embarazos	.-Complicaciones en embarazos anteriores .- Embarazos Múltiples .- Preeclampsia previas .- Polihidramnios. .-Macrosomia Fetal .-Período intergenésico	7 8 9 10 11
	<b>CONDICIÓN HEREDITARIA:</b> Se refiere a los factores de riesgo no modificables que poseen las gestante y que la predispone a preeclampsia eclampsia, referida a historia familiar de preeclampsia	.- Historia familiar de preeclampsia .- Madre con antecedentes de preeclampsia .- Hermana con antecedentes de preeclampsia	12 13

DIMENSIÓN	INDICADOR	SUBINDICADOR	ITEMES
<p><b>RIESGO SOCIOECONOMICO</b> Es la condición social y económica de la embarazada que predispone a presentar preeclampsia - eclampsia.</p>	<p><b>CONDICION SOCIAL</b> Son un conjunto de características o atributos que tiene la gestante que la predispone a padecer preeclampsia - eclampsia, referido a escolaridad de la madre, control prenatal y nutrición.</p> <p><b>CONDICION ECONOMICA</b> Se refiere a la disponibilidad de recursos monetarios que tenga el grupo familiar de la gestante y permita cubrir las necesidades para prevenir de preeclampsia - eclampsia, referido a vivienda y fuente de ingreso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escolaridad de la madre</li> <li>- Profesión Universitaria</li> <li>- Profesión técnico universitario</li> <li>- Secundaria completa</li> <li>- Primaria completa</li> <li>-Control prenatal</li> <li>- Asistencia prenatal</li> <li>Control Precoz <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nutrición</li> <li>- Alimentación balanceada</li> <li>- Dieta Hiposódica</li> <li>- Dieta Hipograsa</li> <li>- Ingesta de agua</li> </ul> </li> <li>- Condiciones de la vivienda</li> <li>- Vivienda con condiciones sanitarias adecuadas</li> <li>- Vivienda con espacio reducido</li> <li>- Fuente de Ingreso <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingreso familiar mensual menor a 614 BsF</li> <li>- Ingreso familiar mensual igual a 614 BsF</li> <li>- Ingreso familiar mensual entre 614 BsF y 1000 BsF</li> <li>- Ingreso familiar mensual de 1001 BsF hasta 1500 BsF</li> <li>- Ticket Alimentación</li> </ul> </li> </ul>	<p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17</p> <p>18</p> <p>19</p> <p>20</p> <p>21</p> <p>22</p> <p>23</p> <p>24</p> <p>25</p> <p>26</p> <p>27</p> <p>28</p> <p>29</p> <p>30</p>

## **DEFINICION DE TERMINOS BASICOS**

**MACROSOMIA:** Condición de feto grande.

**POLIHIDRAMNIOS:** Presencia excesiva de líquido amniótico dentro del útero.

**PROTEINURIA:** Presencia de proteínas en la orina.

**TOXEMIA:** Presencia de toxinas en la sangre.

**VASOESPASMO:** Estrechamiento reversible de un vaso sanguíneo.

## **CAPÍTULO III**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

En este presente capítulo se describe el Diseño de la investigación que se realizó, tipo de estudio de la investigación, se hace referencia a la población, muestra, así como los procedimientos seguidos en la elaboración del instrumento utilizado para la recolección de la información sobre los factores de riesgo reproductivo a preeclampsia - eclampsia en las gestantes que asisten a la consulta prenatal del Hospital Central Dr. Miguel Pérez Carreño.

#### ***Diseño de la Investigación***

En el marco de los objetivos del estudio se considera para efectos de esta investigación un diseño no experimental, definido por Hernández S; Fernández C y Baptista L. (1997), como: ...aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables (Pág.189).

#### ***Tipo De Estudio***

El tipo de estudio es uno de los aspectos fundamentales para el desarrollo de toda investigación, tal como lo señala Canales F (1.993): Es el esquema general, o marco estratégico que le da a la unidad coherencia, secuencia y sentido práctico a todas las actividades que se emprende para buscar respuestas al problema y objeto planteado. (Pág.134).

De acuerdo al problema y a los objetivos planteados, esta investigación es de tipo descriptivo- transversal. Es Descriptivo, porque se busca determinar los factores de riesgo reproductivos a preeclampsia - eclampsia.

Según Canales (1993), los estudios descriptivos son:

Aquellos que están dirigidos a determinar “Como es” o “Como está” la situación de las variables que deberán estudiarse en una población, presencia o ausencia de algo, (la prevalencia e incidencia) y en quienes, donde y cuando, se está presentando determinado fenómeno. (p.138).

Es transversal porque la información se recoge en un mismo momento. En relación a ello, Canales (1.993), señala: Las variables se estudian simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo, en éste el tiempo no es importante en relación con la forma en que ocurren los fenómenos. (Pág. 135 ).

### ***Población Y Muestra***

La población es definida por Polit, D (1991) como: Toda agrupación o cúmulo de casos que cumplen con un conjunto de enteros (pág. 205).

La población para el estudio estuvo constituida por ciento veintidos (122) gestantes que acudieron a la consulta prenatal del Hospital Central Dr. Miguel Pérez Carreño.

La muestra del presente estudio estuvo constituida por treinta y seis (36) gestantes que representan el 30% del total de la población, según Pineda E, Alvarado E y Canales (1993), la muestra es: Grupo en el que se realiza el estudio” (p.148).

Para su selección se aplico el muestreo intencionado o sesgado, que cómo señala Hernández S, Fernández C y Baptista L (1997), es: Aquella donde el investigador selecciona los elementos que a su juicio son representativos, lo que exige un conocimiento previo de la población que se investiga, (Pag 114).

### ***Métodos e Instrumento para la Recolección de Datos***

Pineda, E; Alvarado. E y Canales (1993), denomina Método: “ al medio o camino a través del cuál se establece la relación entre el investigador y el consultado para la recolección de datos y el logro del objetivo. El instrumento, es el mecanismo que utiliza el investigador para recolectar y registrar la investigación. (Pág. 160).

La medición de la variable en estudio: Factores de riesgo reproductivo a preeclampsia – eclampsia , se hizo mediante una encuesta tipo cuestionario, el cuál se elaboro basándose en los indicadores y sub-indicadores, resultantes de la operacionalización de la variable. El mismo, además de contar con una portada y presentación e instrucciones está estructurado en dos partes. La parte I, que hace referencia a los datos de control prenatal y semanas de gestación de las unidades muestrales y una parte II que contiene veintiséis (30) ítemes de preguntas cerradas.

### ***Validez del instrumento y Confiabilidad del instrumento.***

Para efectos de la confiabilidad se realizó una prueba piloto con cinco (05) gestantes que no integraron la muestra.

Pineda, E. Alvarado, E. Y Canales (1993) señalan que la confiabilidad es “ la capacidad del instrumento para arrojar datos o mediciones que correspondan a la realidad que se pretende conocer, o sea la exactitud de la medición en diferentes momentos” (Pág.139).

Para efectuar el cálculo de la confiabilidad del instrumento existen infinidad de fórmulas que generan coeficientes de confiabilidad. Estos coeficientes pueden oscilar entre 0 y 1, siendo “0” una confiabilidad nula y 1 una confiabilidad máxima, mientras más cerca el valor a cero más factible es el error en la medición.

El coeficiente de confiabilidad utilizado en éste cuestionario fue el test-

retest, Hernández S, Fernández C y Baptista L (1997), afirman: En éste procedimiento un mismo instrumento de medición es aplicado dos o mas veces a un mismo grupo de personas, después de cierto período, (Pag 242)

<i>ESCALA</i>	<i>CATEGORÍA</i>
0 – 0.20	Muy Baja
0.21 - 0.40	Baja
0.41 - 0.60	Moderada
0.61 - 0.80	Alta
0.81 - 1	Muy Alta

*FUENTE: Pérez G. (1991)*

Para obtener la confiabilidad del instrumento de medición se procedió a medirla matemáticamente, relacionando los puntajes obtenidos en dos aplicaciones de dicha prueba piloto.

Este formulario se aplicó en un centro de salud materno infantil de caracas, con pacientes que asistieron a consulta de alto riesgo, la primera aplicación en mayo de 2008 y la segunda diez días después, aplicando el coeficiente de confiabilidad test-retest, se obtuvo:  $R (t-r) = 0,54\%$ . El coeficiente de confiabilidad alcanzado fue de 0,54%, que se considera adecuado para el estudio.

### ***Procedimiento para la Recolección de la Información***

En un primer momento, se estableció comunicación informal, con la supervisora y médico jefe de la unidad, para informarle el propósito de la investigación y solicitarle su autorización para recolectar la información a las gestantes que asisten a la consulta

Obtenida dicha aprobación, se explico a las gestantes el objeto del estudio solicitando su aprobación para que participaran en la investigación, expresándoles la seguridad de respetar la información que ellos proporcionararan.

A las gestantes seleccionadas, como elemento muestral, se les entregó el cuestionario para que fuese respondido. A cada informante se le agradeció individualmente su participación en la investigación.

### ***Técnica De Análisis***

Una vez recogida la información, se elaboró una matriz de doble entrada para resumir los datos aplicando la estadística descriptiva mediante el programa computarizado SPSS, se procedió a elaborar los cuadros estadísticos y gráficos que sustentan los resultados.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

En el presente capítulo se hace referencia a los resultados del estudio. En un primer momento se presentan los resultados obtenidos después de la aplicación de los instrumentos, posteriormente, se hace un análisis cualitativo en función de los objetivos formulados.

#### ***Presentación de los Resultados***

El análisis de los datos recopilados con la aplicación del cuestionario se realizó de forma porcentual, se elaboraron cuadros y gráficos estadísticos en función de las variables; considerando además las dimensiones e indicadores, previamente formulados.

Así mismo, la interpretación de la información se realizó destacando los datos de mayor relevancia en cada uno de los Ítem; posteriormente se relacionó la información con el basamento teórico que la sustenta. Esta relación se hizo en función de las semejanzas o discrepancias entre la información recopilada y el marco teórico.

## CUADRO N° 1

### DATOS RELACIONADOS CON LA EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA PRENATAL DEL HOSPITAL GENERAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, DISTRITO CAPITAL.

<i>EDAD GESTACIONAL</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
01 a 8 semanas	00	00.00
09 a 16 semanas	05	13.88
17 a 24 semanas	10	27.77
25 a 32 semanas	18	50.00
33 a 40 semanas	03	08.33
<b><i>TOTALES</i></b>	<b><i>36</i></b>	<b><i>100.00</i></b>

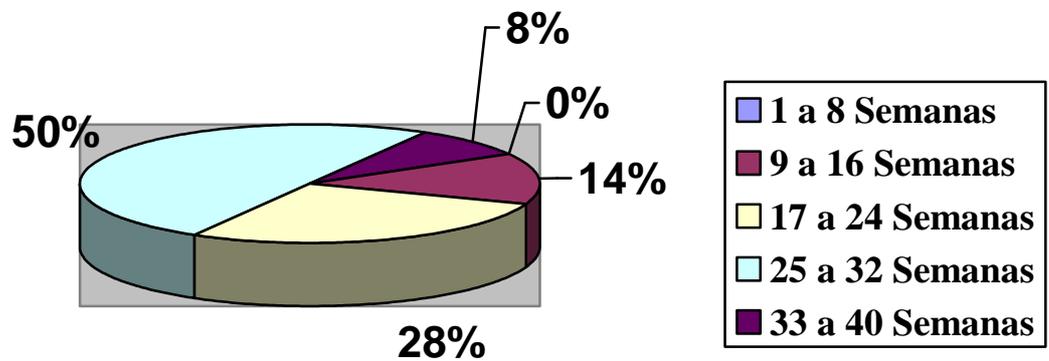
**FUENTE: Instrumento Aplicado.**

### ANÁLISIS DEL CUADRO N° 1

Según los datos registrados en la siguiente tabla se demuestra que el 50% de las gestantes encuestadas se encuentran entre la semana 25 a 32 semanas de gestación; seguido de un 27.77% que representa las semanas de 17 a 24; el 13.88% está representado por la alternativa de 9 a 16 semanas; la alternativa de 33 a 40 semanas mantuvo un 8.33% y las semanas de 1 a 8 semanas se evidencia un 00%. Quedando reflejado y demostrado que las gestantes no acuden a las consultas prenatales durante las primeras semanas de embarazos.

## GRÁFICO N° 1

**DATOS RELACIONADOS CON LA EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA PRENATAL DEL HOSPITAL GENERAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, DISTRITO CAPITAL.**



Fuente: Cuadro Número 1

## CUADRO N° 2

### DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON LA EDAD DE LAS GESTANTES QUE ASISTEN A LA CONSULTA PRENATAL DEL HOSPITAL GENERAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, DISTRITO CAPITAL.

<i>EDAD</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<20 años	14	38.88
>20años	22	61.11
<b>TOTALES</b>	<b>36</b>	<b>100.00</b>

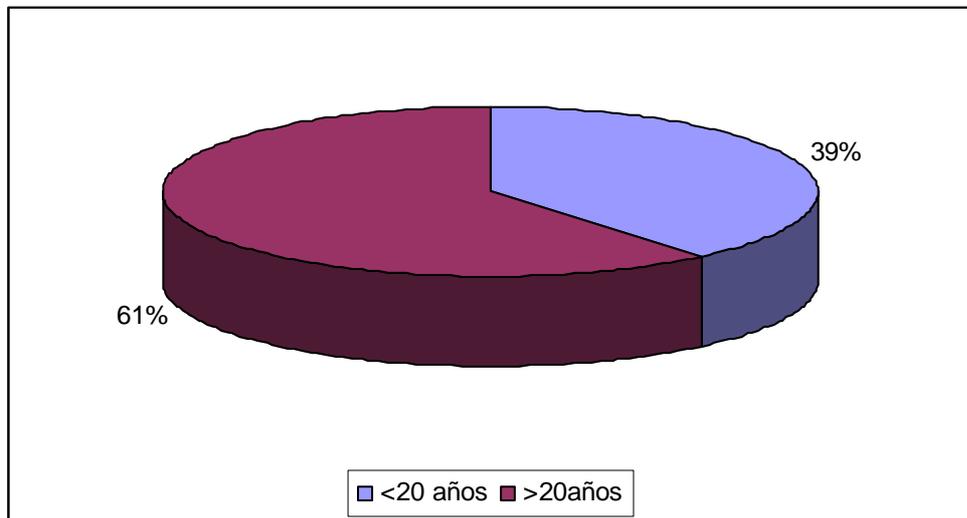
**FUENTE: Instrumento Aplicado.**

### ANÁLISIS DEL CUADRO N° 2

Según los resultados mostrados en el cuadro 2, el mayor porcentaje se centró en la categoría >20años con el 61.11%.

## GRÁFICO N° 2

**DATOS DEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON LA EDAD DE LAS GESTANTES QUE ASISTEN A LA CONSULTA PRENATAL DEL HOSPITAL GENERAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, DISTRITO CAPITAL.**



Fuentes: Cuadro Número 2

### CUADRO N° 3

**DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN OPINIÓN DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA PRENATAL REFERIDO A INDICADORES BIOLÓGICOS (CONDICIÓN HEREDITARIA) EN EL HOSPITAL GENERAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, DISTRITO CAPITAL.**

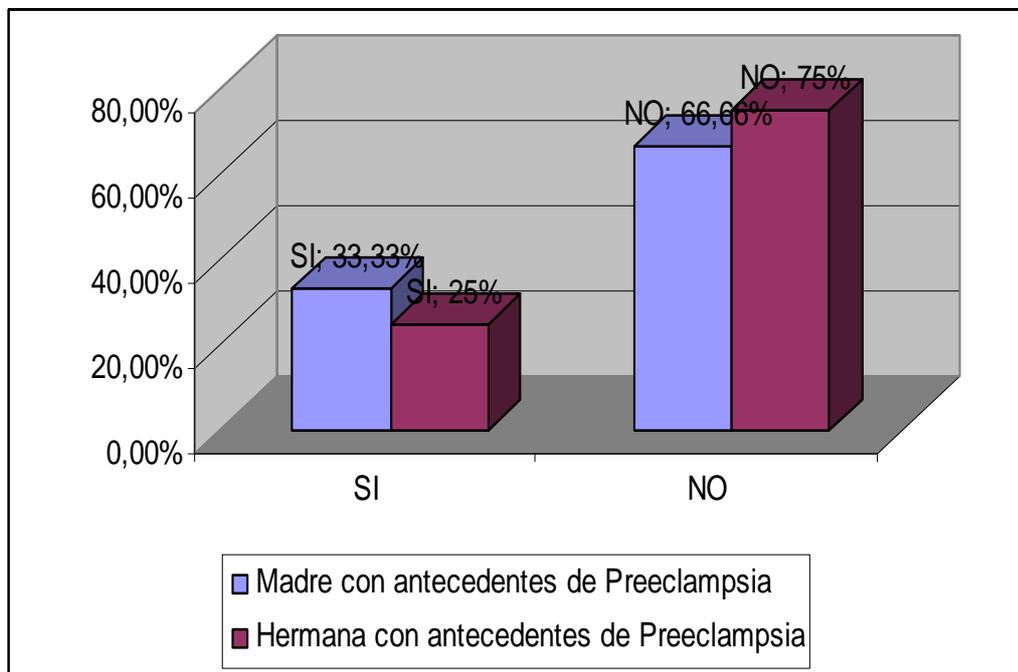
<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>TOTALES</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b><i>SUBINDICADORES</i></b>						
MADRE CON ANTECEDENTES DE PREECLAMPSIA ECLAMPSIA	12	33.33	24	66.66	<b>36</b>	<b>100.00</b>
HERMANA CON ANTECEDENTES DE PREECLAMPSIA ECLAMPSIA	9	25	27	75	<b>36</b>	<b>100.00</b>

**FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO**

**ANÁLISIS DEL CUADRO N° 3 SEGÚN LOS DATOS ARROJADOS, SE OBSERVA QUE MADRE CON ANTECEDENTES DE PREECLAMPSIA OBTUVO 33.33% SIENDO MAYOR LA PREVALENCIA SOBRE HERMANAS QUE OBTUVO EL 25%, SIN EMBARGO LAS RESPUESTAS NEGATIVAS TAMBIÉN SE MANTUVIERON ALTAS**

### GRÁFICO N° 3

**DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN OPINIÓN DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA PRENATAL REFERIDO A INDICADORES BIOLÓGICOS (CONDICIÓN HEREDITARIA) EN EL HOSPITAL GENERAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, DISTRITO CAPITAL.**



FUENTE: CUADRO N° 3

## CUADRO N° 4

### DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN OPINIÓN DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA PRENATAL REFERIDO A LOS INDICADORES BIOLÓGICOS (CONDICIÓN PERSONAL) EN EL HOSPITAL GENERAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, DISTRITO CAPITAL.

ALTERNATIVAS  <i>SUBINDICADORES</i>	SI		NO		TOTALES	
	F	%	f	%	f	%
Hipertensión Arterial	18	50.00	18	50.00	36	100.00
Diabetes Mellitus	23	63.88	13	36.11	36	100.00
Anemia	05	13.89	31	86.11	36	100.00
Enfermedad Renal	03	8.33	33	91.66	36	100.00

FUENTE: Instrumento Aplicado.

#### ANÁLISIS DEL CUADRO N° 4

Los datos del cuadro N°3 reflejan la opinión de las gestantes en el subindicador **Hipertensión arterial**, denotando que existe un 50% que padecen la enfermedad y un 50% que no padecen dicha enfermedad.

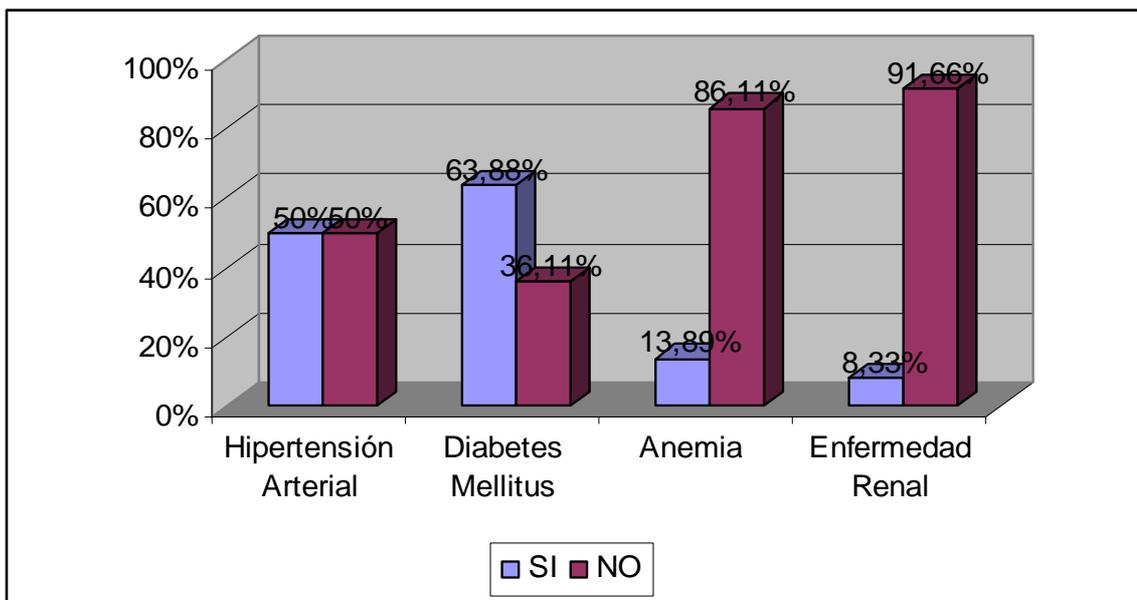
En el subindicador **Diabetes Mellitus**, el 63.88% señaló presentar la enfermedad y un 36.11% que no padecen la enfermedad.

Referente al subindicador **Anemia**, 86.11% manifestó padecer de la enfermedad y un 13.89% no la padece.

En el subindicador **Enfermedad Renal**, el 91.66% de las gestantes refieren que no padecen de esta enfermedad y un 8.33% la padece.

## GRÁFICO N° 4

**DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN OPINIÓN DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA PRENATAL REFERIDO A LOS INDICADORES BIOLÓGICOS (CONDICIÓN PERSONAL) EN EL HOSPITAL GENERAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, DISTRITO CAPITAL.**



Fuentes: Cuadro Número 4

## CUADRO N° 5

**DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN OPINIÓN DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA PRENATAL REFERIDO A LA CONDICIÓN OBSTÉTRICA. EN EL HOSPITAL GENERAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, DISTRITO CAPITAL.**

ALTERNATIVAS  <i>SUBINDICADORES</i>	SI		NO		TOTALES	
	F	%	F	%	F	%
Complicaciones correspondientes a embarazos gemelares anteriores	02	5.55	34	94.44	<b>36</b>	<b>100.00</b>
Complicaciones correspondientes a Preeclampsia en embarazos anteriores	28	77.77	08	22.22	<b>36</b>	<b>100.00</b>
Complicaciones correspondientes a Polihidramnios en embarazos anteriores	13	36.11	23	63.88	<b>36</b>	<b>100.00</b>
Complicaciones correspondientes a macrosomía fetal en embarazos anteriores	16	44.44	20	55.55	<b>36</b>	<b>100.00</b>

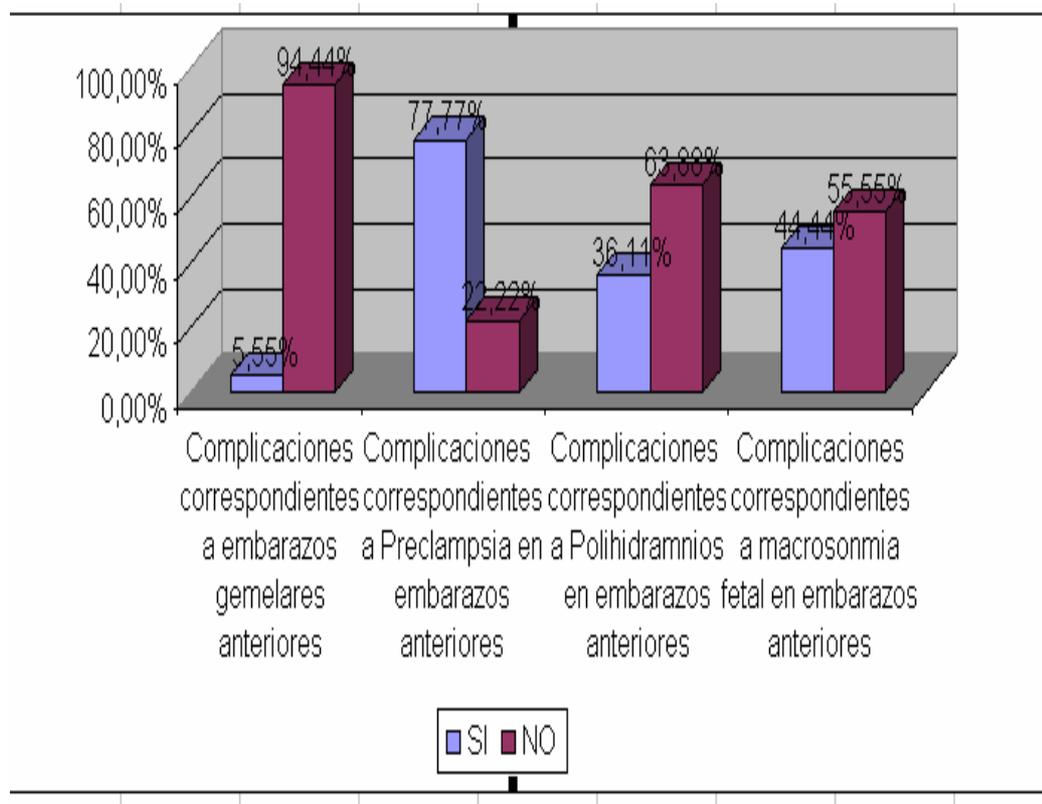
FUENTE: Instrumento Aplicado.

### ANÁLISIS DEL CUADRO N° 5

En el cuadro N°4 muestra en su subindicador **Complicaciones del Embarazo**, que un 77.77% de las gestantes encuestadas refieren que si han presentado complicaciones durante el embarazo relacionadas con la preeclampsia, seguido en un 44.44% han presentado complicaciones durante su embarazo de macrosomía fetal, en un 36.11 % presentó en embarazos anteriores polihidramnios. El 5.55% representa de complicaciones relacionadas con embarazos gemelares anteriores.

## GRÁFICO N° 5

**DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN OPINIÓN DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA PRENATAL REFERIDO A LA CONDICIÓN OBSTÉTRICA. EN EL HOSPITAL GENERAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, DISTRITO CAPITAL.**



**Fuente: Cuadro Número 5**

## CUADRO N° 6

**DATOS RELACIONADOS CON EL PERÍODO INTERGENÉSICO DE LAS GESTANTES QUE ASISTEN A LA CONSULTA PRENATAL DEL HOSPITAL GENERAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, DISTRITO CAPITAL.**

<i>PERÍODO INTERGENÉSICO</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
MENOR DE 3 AÑOS	22	61.11
MAYOR DE 3 AÑOS	14	38.88
<b>TOTALES</b>	<b>36</b>	<b>100.00</b>

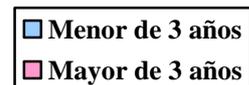
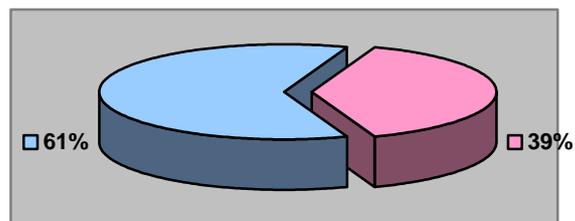
**FUENTE: Instrumento Aplicado.**

## ANÁLISIS DEL CUADRO N° 6

El período intergenésico es un subindicador de la condición obstétricas en el cuál se evidenció que un 61.11% representa que esperaron menos de tres años en tener un nuevo embarazo mientras que el 38.88% esperó mas de tres años.

## GRÁFICO N° 6

DATOS RELACIONADOS CON EL PERÍODO INTERGENÉSICO DE LAS GESTANTES QUE ASISTEN A LA CONSULTA PRENATAL DEL HOSPITAL GENERAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, DISTRITO CAPITAL.



Fuente: Cuadro Número 6

## CUADRO N° 7

**DATOS SOCIOECONÓMICOS RELACIONADOS CON LA FORMACIÓN ACADÉMICA DE LAS GESTANTES QUE ASISTEN A LA CONSULTA PRENATAL DEL HOSPITAL GENERAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, DISTRITO CAPITAL.**

<i><b>FORMACIÓN ACADÉMICA</b></i>	<i><b>FRECUENCIA</b></i>	<i><b>PORCENTAJE</b></i>
Universitario	04	11.
T.S.U.	06	17
Secundaria	21	58.
Primaria	05	14
<b>TOTALES</b>	<b>36</b>	<b>100.00</b>

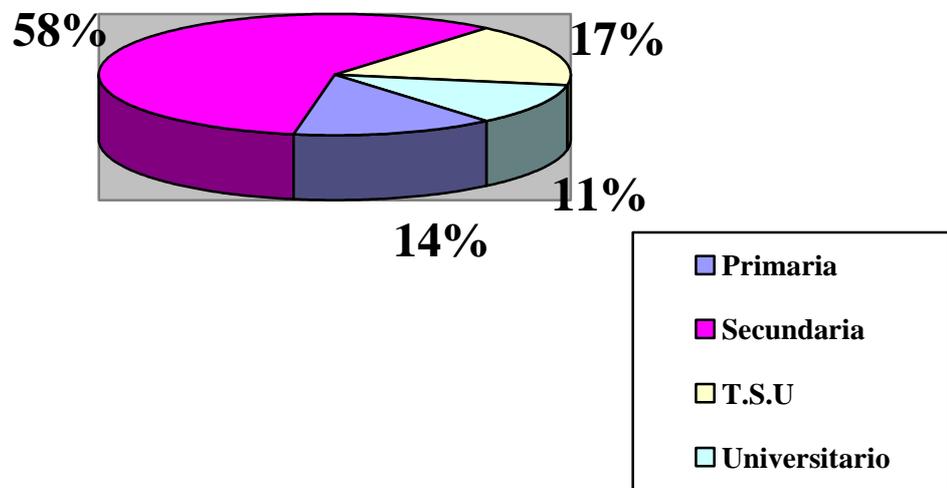
FUENTE: Instrumento Aplicado.

### ANÁLISIS DEL CUADRO N° 7

Los resultados obtenidos y mostrados en el cuadro N° 7, demuestran que el 58 % de las gestantes encuestadas cuentan con secundaria completa, en tanto que el 17 % quedaron con Título de T.S.U , un 14% concluyo su educación primaria y el restante con un 11 % concluyeron sus estudios Universitarios.

## GRÁFICO N° 7

**DATOS SOCIOECONÓMICOS RELACIONADOS CON LA FORMACIÓN ACADÉMICA DE LAS GESTANTES QUE ASISTEN A LA CONSULTA PRENATAL DEL HOSPITAL GENERAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, DISTRITO CAPITAL.**



Fuente: Cuadro Número 7

## CUADRO N° 8

### DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN OPINIÓN DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA REFERIDO AL CONTROL PRENATAL. EN EL HOSPITAL GENERAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, DISTRITO CAPITAL.

ALTERNATIVAS  <i>SUBINDICADORES</i>	SI		NO		TOTALES	
	F	%	f	%	f	%
Control Prenatal al Inicio del Embarazo	30	83.33	06	16.66	<b>36</b>	<b>100.00</b>
Control Prenatal Mensualmente	28	77.77	8	22.22	<b>36</b>	<b>100.00</b>
Control Prenatal en sus Embarazos Anteriores	20	55.55	16	44.45	<b>36</b>	<b>100.00</b>

**FUENTE: Instrumento Aplicado.**

### ANÁLISIS DEL CUADRO N° 8

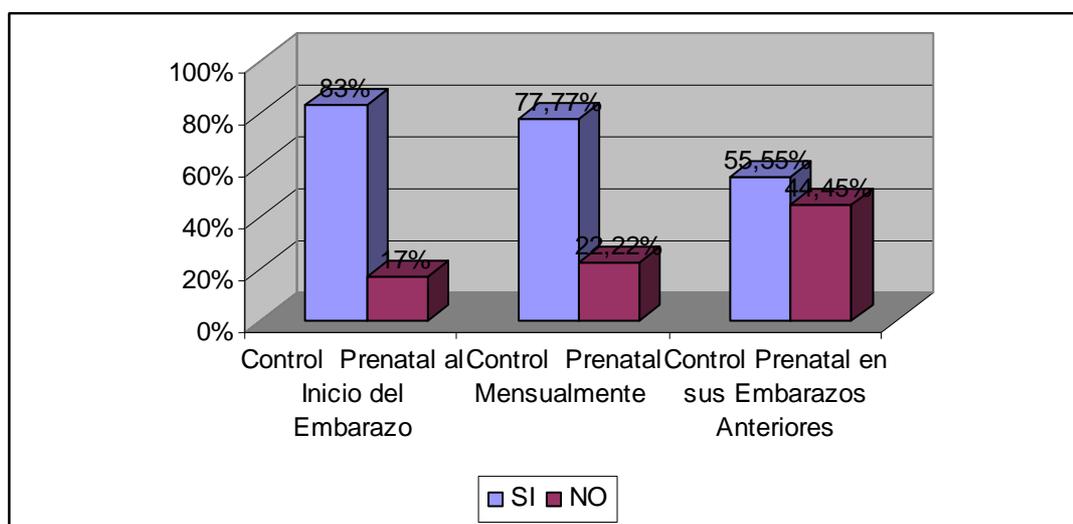
En el cuadro N° 8 en el subindicador **Atención Prenatal al Inicio del Embarazo**, el 83.33% refieren que si han recibido atención médica prenatal y un 16.66% no la han recibido.

Para el subindicador **Atención Prenatal Mensualmente**, un 77.77% asiste a sus controles prenatales mensuales y un 22.22% no es constante en sus controles.

Por otra parte en el subindicador **Control Prenatal en sus Embarazos Anteriores**, el 55.55% refiere que recibió control prenatal en los embarazos anteriores mientras un 44.45% no se controló.

## GRÁFICO N° 8

**DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN OPINIÓN DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA REFERIDO AL CONTROL PRENATAL. EN EL HOSPITAL GENERAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, DISTRITO CAPITAL.**



Fuentes: Cuadro Número 8

## CUADRO N° 9

**DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN OPINIÓN DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA PRENATAL REFERIDO A LA ALIMENTACIÓN. EN EL HOSPITAL GENERAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, DISTRITO CAPITAL.**

ALTERNATIVAS	SI		NO		TOTALES	
	F	%	f	%	f	%
<b><i>SUBINDICADORES</i></b>						
Alimentación Balanceada	18	50.00	18	50.00	<b>36</b>	<b>100.00</b>
Consume alimentos bajos en sal	18	50.00	18	50.00	<b>36</b>	<b>100.00</b>
Consume alimentos bajos en Grasas	34	94.44	02	05.55	<b>36</b>	<b>100.00</b>
Consume Abundantes Líquidos	36	100.00	00	00.00	<b>36</b>	<b>100.00</b>

**FUENTE: Instrumento Aplicado.**

### ANÁLISIS DEL CUADRO N° 9

En el cuadro N° 9, se muestran los resultados en el subindicador **Alimentación Balanceada**, evidenciándose que el 50% si realiza una alimentación Balanceada y el mismo porcentaje refieren que no realiza una alimentación Balanceada.

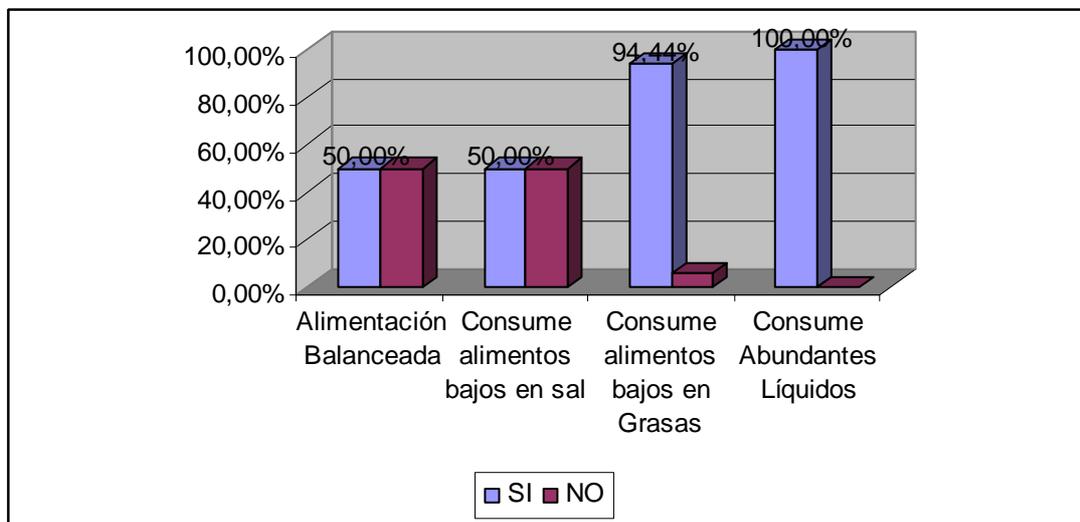
Referente al subindicador **Consume alimentos bajos en sal**, el 50% señalo que si ingiere alimentos bajos en sal y en igual porcentaje refieren no consumirlos.

Con respecto al subindicador **Consume alimentos bajos en grasas**, se pudo constatar que del total de encuestados el 94.44% consume alimentos bajos en grasas y un 5.55% no los consumen.

Para el subindicador **Consume Abundantes Líquidos**, el 100% de las gestantes encuestadas manifiestan que consumen muchos líquidos durante el embarazo.

### GRÁFICO N° 9

#### DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN OPINIÓN DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA PRENATAL REFERIDO A LA ALIMENTACIÓN. EN EL HOSPITAL GENERAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, DISTRITO CAPITAL.



Fuentes: Cuadro Número 9

## CUADRO N° 10

### DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN OPINIÓN DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA PRENATAL REFERIDO A LA CONDICIÓN ECONÓMICA (VIVIENDA). EN EL HOSPITAL GENERAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, DISTRITO CAPITAL.

ALTERNATIVAS  <i>SUBINDICADORES</i>	SI		NO		TOTALES	
	f	%	f	%	f	%
Vivienda con condiciones sanitarias adecuadas	10	27.77	26	72.22	<b>36</b>	<b>100.00</b>
Vivienda con espacio reducidos	18	50.00	18	50.00	<b>36</b>	<b>100.00</b>

**FUENTE: Instrumento Aplicado.**

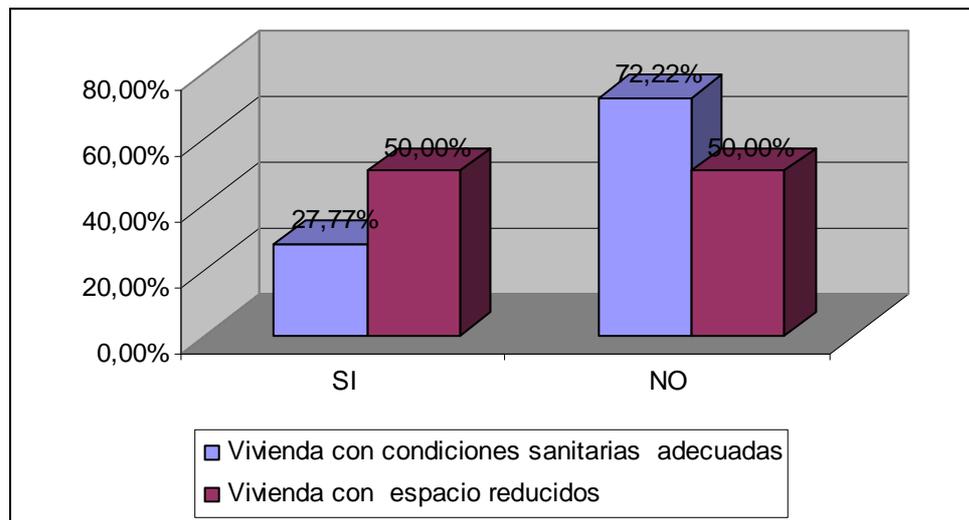
### ANÁLISIS DEL CUADRO N° 10

En el cuadro N°10 muestra los siguientes resultados en el subindicador **Vivienda con condiciones sanitarias adecuadas**, el 72.22% de las encuestadas refieren que no habitan en viviendas con estas características.

En el subindicador **Vivienda con espacios reducidos** el 50.00% de las encuestadas refieren que no habitan en viviendas con las siguientes características y otro 50.00% si habitan.

## GRÁFICO N° 10

**DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN OPINIÓN DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA PRENATAL REFERIDO A LA CONDICIÓN ECONÓMICA (VIVIENDA). EN EL HOSPITAL GENERAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, DISTRITO CAPITAL.**



Fuentes: Cuadro Número 10

## CUADRO N° 11

**DATOS RELACIONADOS CON LA FUENTE DE INGRESO FAMILIAR DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA PRENATAL DEL HOSPITAL GENERAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, DISTRITO CAPITAL.**

<b>INGRESO FAMILIAR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Ingreso familiar mensual es menor de 614 Bs F.	05	13.88
Ingreso Familiar mensual es igual a 614BsF.	08	22.22
Ingreso Familiar mensual es entre 614 a 1000 Bs. F,	16	44.44
Ingreso Familiar mensual es mayor a 1000 Bs F.	07	19.44
<b>TOTALES</b>	<b>36</b>	<b>100.00</b>

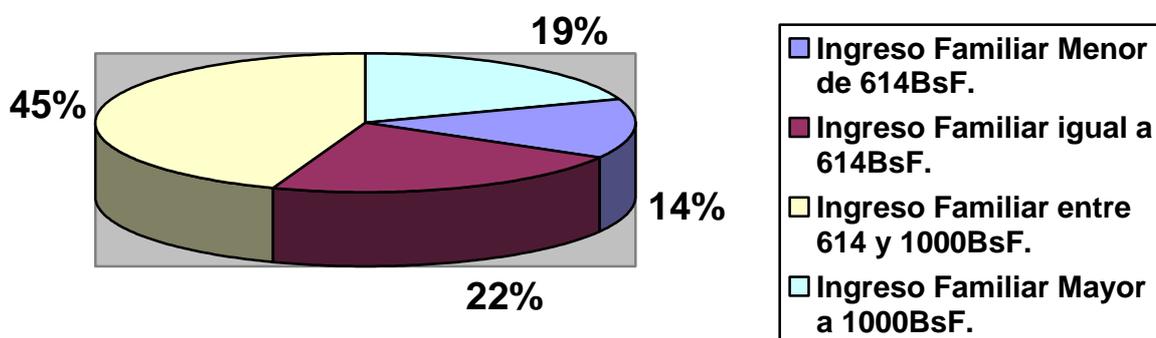
**FUENTE: Instrumento Aplicado.**

### ANÁLISIS DEL CUADRO N° 11

Los datos obtenidos evidencian que el mayor porcentaje de encuestados 44.44% manifiestan obtener sueldo mensual entre 614 a 1000 BsF, mientras que un 22.22% refieren recibir sueldo mensual igual a 614Bs.F, mientras que el 19,44% reciben un sueldo mensual mayor a 1000 Bs.F; quedando en 13.88% el ingreso familiar menor a 614 BsF.

## GRÁFICO N° 11

DATOS RELACIONADOS CON LA FUENTE DE INGRESO FAMILIAR DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA PRENATAL DEL HOSPITAL GENERAL Dr. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, DISTRITO CAPITAL.



Fuente: Cuadro Número 11

## *Análisis e interpretación de los resultados*

Para efectos del estudio se formularon un objetivo general y dos específicos que orientan el análisis cualitativo de los resultados obtenidos en la investigación, iniciándose el mismo con los datos relacionados. En el contexto de los datos demográficos se observó que en los grupos etáreos se encuentran las gestantes mayores de 20 años.

El primer objetivo específico se direccionó a identificar la influencia de los factores biológicos a Preeclampsia - eclampsia en las gestantes que asisten a la consulta prenatal, entre las cuales se encuentran: La condición personal, condición obstétrica y la condición hereditaria.

Los datos reflejan que existe un 50% que padece de preeclampsia – eclampsia , un 63.88% padece Diabetes Mellitus y un 13.89% padece de anemia quedando un 8.33% que padece de Enfermedad Renal Crónica.

En cuanto a la condición obstétrica en el subindicador complicaciones en los embarazos anteriores se observó que un 77.77% de las gestantes refirió haber presentado complicaciones correspondientes a preeclampsia un 44.44% corresponden a complicaciones de Macrosomia fetal, seguidas de un 36.11% de las complicaciones por polihidramnios y por ultimo un 5.55% de complicaciones por embarazos gemelares o trillizos.

El período intergenesico es un subindicador de la condición obstétrica en el que se evidencio que un 61.11% representan que esperaron menos de tres años en tener un nuevo embarazo, mientras que el 38.88% espero más de tres años..

El segundo objetivo específico buscó identificar aquellos factores socioeconómicos que pudieran influenciar en preeclampsia - eclampsia en las gestantes que acudieron a la consulta prenatal y tenemos que: La formación

académica el 58 % de las gestantes encuestadas cuentan con título de bachiller el 17 % son TSU, un 14 % sólo concluyó la primaria y el 11 % culminó sus estudios universitarios.

En el subindicador control prenatal, al inicio del embarazo se obtuvo un 83.33%, la atención prenatal mensualmente recibió un 77.77% y para control prenatal en embarazo anteriores un 55.55%. Refiriéndose a la alimentación el 50% de las gestantes cumple con una dieta balanceada, 50% señaló ingerir alimentos bajos en sal, 94.44% consume alimentos bajos en grasas y el 100% de las gestantes manifestaron consumir líquidos en abundancia.

La condición económica vivienda reveló que el 72.22% no habitan en condiciones sanitarias adecuadas y un 27.77% si vive en viviendas con buenas condiciones sanitarias, por otra parte un 50% refirió habitar en viviendas con espacios reducidos.

El ingreso familiar evidencia que el 44.44% obtiene su ingreso mensual entre 614 a 1000 BsF, un 22.22% reflejó el ingreso familiar igual a 614 BsF, el 19.44% representa el ingreso familiar mensual mayor a 1000 BsF y el 13.88% percibe un ingreso familiar menor de 614 BsF.

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### *Conclusiones*

Según los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados se observó que las categorías con mayor incidencia fue con edad mayor de 20 años, lo que permite deducir que la preeclampsia - eclampsia no es la complicación más frecuente en los embarazos de edad temprana.

Con relación a la condición biológica entre las cuales corresponden a las enfermedades preexistentes (Hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica y anemias) se noto que la hipertensión arterial mantuvo un 50% y que la diabetes mellitus con el 63.88%, la anemia con el 13.89% y las enfermedades renales el 8.33%.

Señaló las condiciones obstétricas tales como embarazos anteriores, complicaciones obstétricas, control prenatal por la estrecha relación que hay entre Hipertensión Inducida por el Embarazo, entre las complicaciones nos encontramos la preeclampsia con un 77.77% seguido de las complicaciones correspondientes a Macrosomia fetal en un 44.44%, los polihidramnios en un 36.11% y en último lugar y no menos importantes las complicaciones por embarazos de trillizos con un 5.55%.

Por lo que no solo los factores biológicos se consideraron relevantes, los factores socioeconómicos permiten observar la marcada influencia que pueden tener sobre la salud de una persona. La formación académica refleja el nivel secundario con 58 % seguido de TSU con 17 %. Los datos de ingreso familiar predominantes es el ingreso mensual entre 614 a 1000 BsF, con un 44.44%

La atención prenatal en sus diferentes subindicadores se mantuvo por encima de la alternativa lo que presume que las gestantes asisten al control prenatal.

La alimentación reflejó que las embarazadas cumplen con una alimentación balanceada en un 50% y en su totalidad consumen abundantes líquidos.

En cuanto a vivienda el 72.22% de las gestantes refirió no vivir en viviendas con condiciones sanitarias adecuadas.

## ***Recomendaciones***

Es difícil establecer el diagnóstico de Preeclampsia - eclampsia cuando son muchas las mujeres que no asisten a un control prenatal así mismo cuando no están informadas debidamente de lo que significa Preeclampsia y Eclampsia, los riesgos que corren tanto ellas como el feto.

Si bien sabemos que los médicos no van a tocar de puerta en puerta para buscar las personas enfermas, deberían reforzarse las políticas de salud que impulsen a través de programas la educación para la salud oportuna. En este caso hacia las mujeres embarazadas, como ya sabemos existen factores que inciden en el desarrollo de estas enfermedades y que deberían ser abordadas en las consultas prenatales tanto los centros privados como públicos.

Sería oportuno crear talleres donde se instruyan a las gestantes sobre la nutrición y la sustitución de algunos alimentos en cuanto a su valor nutricional, además resaltar la importancia de la atención médica especializada, el reconocimiento de signos o síntomas que señalen enfermedad. La creación de planes sociales de ayuda hacia las gestantes de escasos recursos y gestantes adolescentes, que les permita involucrarse a la atención temprana especializada.

Específicamente a la consulta prenatal del Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño de Caracas, donde se realizó esta investigación, se sugiere la aplicación de programas Educativos a través de charlas, dinámicas, trípticos las cuales van a contribuir aportando conocimientos sobre la preeclampsia - eclampsia y otras enfermedades que puedan presentarse en el embarazo.

Así mismo el equipo multidisciplinario de salud debe mantenerse informado sobre las tendencias de los trastornos hipertensivos a fin de brindar adecuada instrucción y atención a la grávida, fomentando la detección de factores de riesgo y el autocuidado. Es necesario incentivar la continuación de

investigaciones similares direccionadas a otros factores de riesgo, también importantes que contribuyan al beneficio de las embarazadas, reforzando el reconocimiento y detección de complicaciones obstétricas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALLMIRAL, Hernández. Pedro. (2001). **Ergonomía Cognitiva**. 1º Edición. Editorial Imprenta Universitaria de la UCV. Caracas- Venezuela.

BEDOYA J, Jiménez Parrilla F y Jiménez Díaz M (2003). **Atención Temprana a la Embarazada**. Trabajo Social. Buenos Aires, Argentina.

COLMENARES Adela. (1999). **Atención Primaria a la Embarazada con Riesgo de Preeclampsia**. TEG. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas, Venezuela.

DUGAS, Beverly, (2000). **Tratado de Enfermería Práctica**. Cuarta Edición. Interamericana Mac Graw Hill interamericana, México.

GARCIA S y Cabrillo R (2002). **Fisiología Femenina**. Editorial Dayma. España

GONZALEZ Z y Sobrevuela M. (2002). **Nutrición y Embarazo**. Editorial Interamericana. Mc Graw Hill. México.

GRATACOS S y Llurba O. (2004). **Estados Hipertensivos del Embarazo**. 2da Edición. . Editorial Suramericana. Buenos Aires, Argentina.

HERNANDEZ S; Roberto; Fernández, Carlos y Baptista, Pilar (1998). **Metodología de la investigación**. Mc Graw Hill interamericana Editores S.A. de C.V. México.

JARAMILLO N. (2001). **Fundamentos de la Obstetricia**. 2da Edición. Editorial Candal. Lima, Perú.

LEDDY, Susan y Pepper, J Mae (1989). **Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional**. Organización Panamericana de la Salud. New york. U.S.A.

MILLAN, Rafael y Millán Antonio. (1998). **Diccionario de la Real Academia Española**. Edición Electrónica, Espasa, Calpa. Vigésima primera Edición.

MILTON W y Quevedo L (2002). **Determinar la Importancia del Control Prenatal e Incidencias de Complicaciones Obstétricas**. TEG. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas, Venezuela.

MIRANDA C Puertas A y Mozas M (2002). **Tratado de Obstetricia**. 2da Edición. Editorial La Cadena. Colombia.

NESBITT R y Cohen A (2002). **Prevención de Morbilidad y Mortalidad Perinatal**. Edit Sylvat. México.

OYARZON E y Valdés G (2000). **Embriología y Embarazos**. 2da Edición. Edit Interamericana Mc Graw Hill. México.

PACHECO J. (1992). **Obstetricia**. Editorial Galaxa. Lima, Perú.

PITKIN R Scout J (2003). **Clínicas Obstétricas y Ginecológicas**. Editorial Suramericana. Buenos Aires, Argentina.

SIBAI B y Frangieh A. (2002). **Prevención y Tratamiento de Hipertensión Arterial**. 3ra Edición. Editorial Suramericana. España.

TORRES E y Sanabria A (2002). **Clínicas de Obstetricia y Medicina de la Reproducción**. Edit Médica Panamericana. México.

## ***ANEXOS***