

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERIA**

TESIS

**EDUCACIÓN SANITARIA EN GESTANTES CON
RIESGO DE PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL DOCENTE LAS MERCEDES –
CHICLAYO, MARZO A JULIO 2018**

**PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA**

Autor:

Bach. Taco Quispe Julissa Katerin

Asesor:

Dra. Gálvez Díaz Norma del Carmen

Línea de Investigación:

CUIDAR/CUIDADO DE ENFERMERIA

**Pimentel – Perú
2018**

**EDUCACIÓN SANITARIA EN GESTANTES CON
RIESGO DE PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL DOCENTE LAS MERCEDES –
CHICLAYO, MARZO A JULIO 2018**

Presentado por la Bach. Julissa Katerin Taco Quispe para optar el título de Licenciada en Enfermería de la Universidad Señor de Sipán.

Aprobado por los miembros del Jurado de Tesis:

Mg. Yanet Marisol Benavides Fernández
Presidenta

Mg. Sheyla Elizabeth Gonzales Astonitas
Secretaria

Dra. Norma del Carmen Gálvez Díaz
Vocal/ Asesora de tesis

DEDICATORIA

- *A Dios,*

Por haberme permitido llegar hasta este punto y por darme salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

- *A mi hija,*

Tú mi pequeña debes saber que eres y serás mi motivación de cada día para salir adelante y progresar, te dedico a ti, cada esfuerzo realizado y agradezco a Dios por darme tan hermosa compañía, juntas por siempre. Te amo mi querida Yuliet.

- *A mi madre Aurelia y familia*

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor y comprensión. Y a mis hermanos mis grandes compañeros dándome hasta lo que no tienen para lograr mis sueños.

AGRADECIMIENTO

-A Dios, por haberme dado la vida y permitirme seguir creciendo como persona y profesional.

-A mi familia; porque gracias a su gran esfuerzo y apoyo he podido llegar a concluir una de mis grandes metas en la vida, que representa el ser una enfermera.

- A dos grandes personas por su apoyo incondicional que de una manera directa o indirectamente me ayudaron con la culminación de mi tesis. A ti que eres una persona especial a pesar de que no nos una ningún lazo de sangre me has apoyado mucho en todos los aspectos por el cual siempre estaré agradecida.

-A mi asesora de Tesis: Dra Norma Gálvez Díaz, por guiarme en cada momento de la investigación y porque gracias a su experiencia he podido también mejorar la investigación hasta llegar a su publicación.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de determinar la efectividad de la educación sanitaria en gestantes con riesgo de preeclampsia en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, marzo a julio 2018.

Para tal fin se tomó una muestra 50 gestantes del servicio de alto riesgo obstétrico con riesgo de preclampsia que deseen participar en el trabajo de investigación, a la cual se aplicó un cuestionario de preguntas antes y después de la capacitación, para conocer el nivel de conocimientos previos y posteriores a la misma.

Se estableció que la educación sanitaria impartida mediante una investigación descriptiva realizado en el Hospital Regional Docente Las Mercedes mejoró sustantivamente el conocimiento sobre cuidados y prevención de la preeclampsia.

Entre los factores de riesgo de preeclampsia identificados, fueron: 36 % de las gestantes en edad menor a 20 y mayor a 31 años, 24 % de primigestas, 100% con menos de 37 semanas de gestación y 20 % con antecedentes heredofamiliares de preeclampsia.

Palabras clave

Educación Sanitaria, Preeclampsia, Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo

ABSTRACT

The present research work was carried out with the objective of determining the effectiveness of health education in pregnant women with risk of preeclampsia in the Teaching Regional Hospital Las Mercedes - Chiclayo, march to july 2018.

For this purpose, 50 pregnant women were taken from the high-risk obstetric service with risk of pre-eclampsia who wish to participate in the research work, to which a questions questionnaire was applied before and after the training, to know the level of knowledge before and after it.

It was established that the health education imparted Las Mercedes Regional Teaching Hospital substantially improved the knowledge about care and prevention of preeclampsia.

Among the risk factors for preeclampsia identified were: 36% of pregnant women under age 20 and over 31 years, 24% of primigrans, 100% with less than 37 weeks of gestation and 20% with a family history of pre-eclampsia.

Keywords

Health Education, Preeclampsia, Teaching Regional Hospital Las Mercedes - Chiclayo

INDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
Palabras clave	v
ABSTRACT	vi
I: INTRODUCCION	1
1.1 Realidad Problemática	2
1.2 Trabajos previos	4
1.3 Teorías relacionadas al tema	8
1.4 Formulación del Problema	24
1.5 Justificación e importancia del estudio	24
1.6 Objetivos	25
1.6.1 Objetivo general.....	25
1.6.2 Objetivos específicos	25
II: MATERIAL Y MÉTODO	26
2.1 Tipo y Diseño de Investigación	26
2.2 Población y muestra	26
2.3 Variables y Operacionalización	27
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	30
2.5 Procedimientos de análisis de datos	30
2.6 Aspectos éticos	30
III: RESULTADOS	32
3.1 Tablas y figuras	32
3.2 Discusión de resultados	38
IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS	41
ANEXOS	46

I: INTRODUCCION

Una de las patologías hipertensivas durante el embarazo y/o el puerperio precoz que está considerada bajo el nombre de síndromes hipertensivos del embarazo; y si bien la etiología y riesgo entre estas difieren, su enfoque diagnóstico y terapéutico es similar; se considera a la preeclampsia. Esta patología constituye una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal.

Las alteraciones hipertensivas durante el embarazo o el puerperio inmediato, es un problema médico de gran importancia y frecuencia debido a su alta y morbilidad materna y perinatal en todo el mundo. La preeclampsia se define como la aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 del embarazo; además se suele acompañar de edemas. Esta es una enfermedad propia del embarazo que se tratan los síntomas, pero sólo se cura con la culminación del embarazo y si no se trata adecuadamente puede ser causa de graves complicaciones tanto para la mujer embarazada como para el feto.

En la actualidad se presentan altos índices de casos de preeclampsia en el Hospital, con pacientes que nos transferidas de distintos establecimientos de salud más cercanos, presentando complicaciones graves durante la gestación, es por tal motivo que la preeclampsia es una patología de alto riesgo en el embarazo que aún no se puede evitar el principal objetivo de este trabajo de investigación es promover la educación sanitaria para la prevención de la preeclampsia y contribuir a evitar complicaciones que pueden llevar a la muerte materna y neonatal siendo prioritario, el aumento de la cobertura del control prenatal en la población y una adecuada intervención de enfermería.

La atención a la embarazada tiene como objetivo reducir al mínimo el riesgo de morbilidad tanto para la madre como para el niño, promover la educación sanitaria lo cual permite una atención más especializada de acuerdo con el riesgo que presente la paciente, y así evitar complicaciones una de ellas la preeclampsia.

1.1 Realidad Problemática

En la actualidad la mortalidad materna continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial, la muerte de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio está considerado un problema no resuelto, ello a pesar de los avances y metas que se plantearon a partir de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En particular, el quinto de estos objetivos: mejorar la salud materna, y como meta a alcanzar entre los años 1990 y 2015, está reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna, lo que significa llevar el valor de este indicador a 66 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos para el año 2015. A pesar que desde el año 2000, se ha observado una tendencia a la baja de este indicador, una realidad es que aún se está lejos de cumplir la meta fijada y prevalecen las tres principales causas de muerte materna dadas a conocer por la Organización Mundial de la Salud (OMS): trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias durante el evento obstétrico, sepsis y otras infecciones puerperales¹

La Preeclampsia (PE), constituye un problema de salud pública de las mujeres embarazadas en latinoamericana, por ser una de las primeras causas de morbimortalidad materna y perinatal, afectando a la triada materna fetal, la familia y la sociedad¹. Es una enfermedad de carácter progresivo e irreversible que afecta múltiples órganos, siendo responsable de una proporción considerable de muertes maternas y perinatales. Complica de 3 a 22% de los embarazos.²

A nivel internacional, las estadísticas de preeclampsia fluctúan entre 2-10% de las gestaciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que en países en desarrollo la PE es siete veces mayor que en los países desarrollados³; mientras que Curiel-Balsera et al (2011), en su estudio dice que la preeclampsia en España tiene una baja tasa de mortalidad (1.5%), no así de complicaciones, que es de 14%⁴. Estadísticas en México reportan que en el 2010, la preeclampsia fue la principal complicación de emergencia obstétrica en las mujeres 15 a 49 años (52.3%).

A nivel Nacional, su incidencia se encuentra entre 10 y 15% en la población hospitalaria, posicionándose en el segundo lugar con el 32%, después de las hemorragias y seguido de las muertes por infecciones⁵. Está considerada entre las primeras causas de muerte materna en el

Perú, también es una complicación médica más frecuente del embarazo y han compartido como causa de muerte materno-fetal⁶.

En la Dirección de Salud de Lima Ciudad fue la primera causa de muerte, entre los años 2000 a 2009, con 33%. En el Instituto Nacional Materno Perinatal fue también la primera causa de muerte materna, entre los años 2003 y 2013, con 43%⁷. Durante 2013, se atendió un total de 16 972 partos, de los cuales 1 427 (8.4%) estuvieron complicados con problemas de hipertensión arterial y 975 casos (5.74%) con preeclampsia / eclampsia⁸.

En el Hospital Regional Docente las Mercedes se encontró fallas en la orientación a las madres en periodo de gravidez para la prevención de la preeclampsia el cual se ha detectado la falta de controles prenatales subsecuentes, madres jóvenes, primigestas, multiparidad, etc; ocasionando factores de riesgo y la aparición de la preeclampsia.

Teniendo en cuenta que, un aspecto muy importante al plantear estrategias de prevención que permitieron mejorar las condiciones de salud de las mujeres, tanto en el lapso preconcepcional como durante su embarazo, es que la eficacia y efectividad de cualquier actividad que se emprenda, depende de las perspectivas que ellas y sus familias tienen del problema.⁹

En este sentido, una de las funciones del profesional de enfermería es, justamente, realizar actividades de educación para la salud y apoyar el autocuidado de la paciente embarazada con riesgo de preeclampsia, por lo que es posible afirmar que la enfermera participa como un catalizador en el cuidado de la salud de la población.

Además, de acuerdo al modelo transcultural, el conocimiento y las experiencias de una cultura influyen en la planificación e implementación de los cuidados de enfermería y recalca que el único camino para que la enfermera pueda motivar a la persona para asumir su autocuidado es aprendiendo acerca de sus formas culturales y planificando estrategias a partir de ellas¹⁰.

El profesional de enfermería ha contribuido en brindar importantes aportaciones en los programas de salud a nivel preventivo y de promoción a la salud. La enfermera propicia que la población realice una participación consciente y permanente para el logro de objetivos comunes que le benefician, es decir, aplica la educación sanitaria e imparte información a las personas para cuidarse a sí mismas.¹¹

Por lo tanto esta investigación se fundamentó en la teoría de Nola Pender con el objetivo de integrar las perspectivas de enfermería y de las ciencias conductuales sobre los factores que influyen en las conductas de salud que sirve como guía para la exploración de los procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos a realizar conductas dirigidas a elevar el nivel de salud.¹²

Para concluir con lo propuesto, este trabajo investigativo detalla el rol de Enfermería enfatizando la importancia de la educación sanitaria, para saber que tan informadas están las gestantes acerca de la prevención de la enfermedad y realizar acciones de promoción de la salud y de esa manera mejor sus estilos de vida.¹³

1.2 Trabajos previos

Internacional:

- Álvarez [2012]. Realizó un estudio con el objetivo de describir la percepción del cuidado de enfermería en gestantes con diagnóstico de preeclampsia hospitalizadas en una institución de cuarto nivel entre el 1 de agosto y 30 de octubre de 2012. Fue un estudio descriptivo, y transversal de carácter cuantitativo, usando como instrumento una (escala de cuidado profesional). Encontró que según los cinco procesos de cuidado establecidos por la doctora Swanson, mostraron que las percepciones de las gestantes respecto a los procesos conocer, hace por, permitir y mantener las creencias en general fueron positivas, sin embargo, en el proceso estar con, es importante fortalecer algunos aspectos. En las subcategorías, se puede concluir que las gráficas muestran mayores porcentajes en sanador compasivo dando a entender que es el tipo de cuidado que se realiza en la institución objeto de estudio.¹⁴

- Ortega [2017]. Realizó un estudio con el objetivo de determinar los factores de riesgo en pacientes con preeclampsia mediante revisiones científicas para la aplicación del proceso de atención de enfermería. El método utilizado fue la investigación bibliográfica y análisis de la información de diferentes artículos científicos. Encontró entre los factores de riesgo que conllevan a la preeclampsia tenemos el control prenatal ausente, antecedentes de preeclampsia, diabetes mellitus gestacional, gestantes menores a 20 años y mayores a 35 años, primigesta, obesidad, entre otros. La intervención de Enfermería está en realizar una atención integral a la mujer embarazada con cuidados específicos en su tratamiento y recuperación, a

su vez se brinda información sobre los signos de alarma en esta patología y el cumplimiento pertinente de los controles prenatales para prevenir a tiempo futuras complicaciones.¹⁵

- Laza; Pulido, Castiblanco, [2012]. Se realizó un estudio con el objetivo describir la percepción acerca de la preeclampsia severa y su causalidad en un grupo de mujeres que vivenciaron la enfermedad y fueron atendidas en el Hospital de San José-Bogotá. Tuvo como método de estudio cualitativo fenomenológico. Participaron diez mujeres púrpuras que presentaron una preeclampsia severa y fueron atendidas en el Hospital de San José (Bogotá-Colombia, 2012) durante el año 2012. Se seleccionaron mediante un muestreo intencional y el tamaño de la muestra se determinó por el criterio de saturación de la información. La información se recolectó a través de una entrevista a profundidad y los datos se analizaron mediante la propuesta de Colaizzi.

Se encontró que las participantes que sufrieron por primera vez la enfermedad, percibieron su aparición de forma "inesperada y sin avisar"; para las que la habían padecido; la esperaron¹⁶ con resignación y angustia. El padecimiento se construyó desde las dimensiones de peligrosidad y capacidad de causar muerte y secuelas posteriores a la gestación. Además, como algo "ajena la voluntad de la mujer", imposible de controlar; generando impotencia y resignación. La percepción de la causalidad evidenció tres elementos: falta de cuidados durante la gestación, predisposición a la enfermedad y problemas familiares, personales y laborales.¹⁷ En conclusión las construcciones acerca de la enfermedad, se cimentan en las experiencias vividas frente a ella y no precisamente frente al conocimiento transmitido por los profesionales. Por esto, es necesario preparar las gestantes para el impacto emocional que supone enfrentarse esta; asumiendo un cuidado de enfermería diferenciado e integral.¹⁷

- Castillo [2013]. Realizó un trabajo de investigación tiene como propósito diseñar un plan educativo de intervención con calidad y calidez para la correcta aplicación del protocolo de preeclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Marco Vinicio Iza, esta temática es de gran importancia en la actualidad debido al gran número de muertes maternas perinatales y fetales causadas por trastornos hipertensivos como preeclampsia destacadas en el informe de la Organización Mundial de la Salud, estos datos estadísticos muestran que a pesar de los esfuerzos realizados por las autoridades ecuatorianas, la gestión del equipo de salud y en especial la gestión de enfermería refleja cierto grado de inequidad. El desarrollo del proyecto se llevó a cabo mediante la aplicación de metodología donde se enmarca la modalidad

paradigmática cualitativa, cuantitativa, métodos empíricos y teóricos de la investigación. Por lo que se concluye que las estrategias planteadas como charlas educativas sobre preeclampsia, componente normativo materno de preeclampsia, atención al usuario, entrega de trípticos nos permitieron mejorar la salud materna y fetal como se mencionan en los objetivos del milenio.¹⁸

- Sánchez [2016]. Con el Tema “Estrategia Educativas de Enfermería para la prevención de Complicaciones Obstétricas en embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital IESS Ambato” en el periodo abril- agosto 2016. Para la investigación se utilizó una metodología cualitativo y cuantitativa, se realizó un estudio narrativo, descriptivo y retrospectivo, de secuencia transversal, se toma una muestra de 119 adolescentes embarazadas, un universo de 168 pacientes, que asistieron a la Consulta Externa del Hospital IESS Ambato, utilizando la formula con probabilidad de 5% de error, y 95% de confiabilidad, entre los hallazgos principales tenemos las siguientes conclusiones: el 65.55% corresponde a las adolescentes embarazadas de 15 a 17 años, el 73.95% de las adolescentes refieren no haber recibido información sobre los signos de alarmas del embarazo, el 72.27% se han realizado de 1 a 2 controles prenatales durante todo su embarazo.¹⁹

- Mejía, Vásquez, García [2012]. El siguiente trabajo de investigación tiene como título Conocimiento de la usuaria para la detección oportuna de la preeclampsia es un trabajo realizado en el Centro de Salud del municipio de Cadereyta de Montes Querétaro, cuyo objetivo fue determinar el conocimiento de la usuaria para la detección oportuna de la preeclampsia. Se trata de un estudio cuantitativo, prospectivo, y de nivel descriptivo, utilizando para ello un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia con una muestra de 91 usuarias que llevan un control prenatal en la Unidad de Cadereyta; se aplicó un cuestionario de 30 reactivos, dividido en 3 apartados, con datos socioeconómicos, antecedentes del embarazo y conocimiento de preeclampsia, validado mediante técnica Delphi. La media de la edad fue de 21+; el estado civil que más predomina fue la unión libre. El 42.9% cursó el nivel medio superior y solo el 9.9% trabaja. El 52.7% de las usuarias no sabe qué es la preeclampsia, el 57.1% desconoce los signos de alarma que conducen a la eclampsia. El 7% de las usuarias ha padecido preeclampsia. El 90% de las mujeres refirieron no tener antecedentes de preeclampsia. Para el 59.3% de las usuarias la enfermera le brinda la orientación sobre su embarazo solamente cuando acude a consulta. Para la mayoría de las usuarias la enfermera ha dado seguimiento completo de su embarazo. Como conclusión se

espera que para las instituciones de salud estos resultados orienten la planeación de estrategias para la implementación de los programas dirigidos a la prevención de la preeclampsia y eclampsia, todo ello para contribuir, sensibilizar y mejorar la atención y orientación a la mujer embarazada.²⁰

Nacional:

- Lozano, [2013]. Desarrolló un estudio con el objetivo de determinar la morbimortalidad perinatal de mujeres con diagnóstico de preeclampsia leve y severa en el Hospital Regional Cajamarca en el periodo comprendido de enero a diciembre 2012. Usando el método: Estudio descriptivo, retrospectivo. De 218 pacientes con leve y 64 pacientes con preeclampsia severa desde enero 2012 hasta Diciembre de 2012, se revisaron 282 historias clínicas de pacientes con preeclampsia leve y severa que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión; posteriormente se revisaron 286 historias clínicas de los recién nacidos. Se encontró : Preeclampsia leve (78%), severa (22%); edad gestacional de 35 39 semanas en preeclampsia leve (71 %), severa (55%); Un embarazo en preeclampsia severa (56%), dos o más embarazos en preeclampsia leve (55%); parto vaginal en preeclampsia leve (92% }, parto por cesárea en preeclampsia severa (75%); peso del RN mayor de 2500g en preeclampsia leve (83%) y severa (51%); RN a término en preeclampsia leve (87%) y severa (64%), las complicaciones más fueron pequeño para la edad gestacional, bajo peso al nacer, prematuridad. Llegando a la conclusión la frecuencia y gravedad de las complicaciones que presentaron los recién nacidos dependieron de la progresión y severidad de la preeclampsia, se sugiere por ello un control prenatal adecuado y de calidad para las gestantes así como el manejo oportuno de la enfermedad con estrategias de intervención bien establecidas para el caso.²¹

- Bonifacio [2015]. El presente trabajo de investigación con el Tema: Relación entre el nivel de conocimientos y las fuentes de información sobre preeclampsia en gestantes con este trastorno atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante mayo-julio 2015, se realizó la presente investigación con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimientos y las fuentes de información sobre preeclampsia en gestantes con este trastorno atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante mayo - julio 2015. Utilizando el método: Estudio de tipo observacional, correlacional, prospectivo y de corte transversal, en el que se tomó a 184 gestantes con preeclampsia que hayan recibido información sobre este

trastorno y que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión. El grado de relación entre el nivel de conocimientos y las fuentes de información se estimó a través de la prueba Chi-cuadrado, con un nivel de confianza (IC) del 95%, el cual se consideró significativo cuando tenía un valor $p < 0.05$. Se encontró: Las fuentes de información que recibieron las gestantes con preeclampsia fueron a través de medios de información como el Obstetra en el 39.1% y el Médico ginecólogo en el 29.3%; el lugar de información fue el Hospital en el 47.8% y el momento de información fue durante el control prenatal en el 53.8%. El nivel de conocimientos que presentan las gestantes con preeclampsia es “Medio” en el 60.3% y “Alto” en el 22.3%. El nivel de conocimientos sobre preeclampsia se relaciona con el medio de información ($p=0.000$), el lugar de información ($p=0.000$) y el momento de información ($p=0.025$) en las gestantes con este trastorno. Llegando a la conclusión que el nivel de conocimiento se relaciona con el medio, el lugar y el momento de información sobre preeclampsia en las gestantes con este trastorno atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante Mayo - Julio 2015.²²

1.3 Teorías relacionadas al tema

Teoría de Nola Pender: Promoción de la Salud

El modelo de la promoción de la salud es propuesto por Nola Pender con el objetivo de integrar las perspectivas de enfermería y de las ciencias conductuales sobre los factores que influyen en las conductas de salud, sirve como una guía para la exploración de los procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos a realizar conductas dirigidas a elevar el nivel de salud. Enfermería se basa y hace uso del método científico, modelos de intervención y teorías de enfermería en que se fundamenta las actividades que se realizan frente al paciente con riesgo de preeclampsia. Serie de actos que tienen por finalidad y por función la vida saludable de los pacientes y satisfacer un conjunto de necesidades que permiten perpetuar la vida del individuo, familia y comunidad.

La enfermera para impartir el cuidado debe poseer actitudes, aptitudes, cualidades y habilidades personales que le permitan aplicar todos los componentes del cuidado humano durante su vida personal y profesional en sus diferentes roles. Cuando la enfermería especializada, hace promoción de la Salud, reconoce la necesidad de trabajar en coordinación

con sus colegas en cuanto a la atención primaria, quienes pueden asegurar el cribado de la comunidad y la aplicación de herramientas de educación sanitaria. Un diagnóstico enfermero de promoción de la salud, es un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud. Aplica cuidados de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en los tres niveles de atención, en individuos sanos y enfermos, promoviendo autocuidado e independencia precoz a través de la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano.

Aplica el proceso de enseñanza –aprendizaje en la educación sanitaria del individuo, familia y comunidad. Conducta promotora de salud, con resultados positivos como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.²³

1.3.1 Preeclampsia

La preeclampsia es un desorden multisistémico idiopático específico del embarazo y del puerperio en humanos. Más precisamente, es una enfermedad causada por la placenta, pues se ha descrito en embarazos donde existen tejido trofoblástico pero no fetal (embarazos molares completos).

Es la hipertensión arterial (HTA) propia del embarazo y se caracteriza además por proteinuria, asociada o no a edemas. Esta enfermedad afecta de preferencia a las nulíparas, aparece después de las 24 semanas de gestación y es típicamente reversible en el posparto inmediato. La preeclampsia es una enfermedad de origen desconocido y multifactorial cuyo tratamiento definitivo es el parto, además de ser causal de repercusiones sobre la madre y el recién nacido.

Bonilla [2008], define clásicamente a la preeclampsia como “El inicio agudo de hipertensión, proteinuria (y edema) en la segunda mitad del embarazo en una mujer que ha sido previamente normotensa y cuyo estado clínico haya sido satisfactorio. Para esta autora se refiere a que a partir de la semana 20 de embarazo se origina ésta patología en aquellas mujeres que anteriormente no se ha presentado hipertensión arterial ni ninguna otra

manifestación clínica característica.²⁴ Es un conjunto de signos y síntomas exclusivo de la gestación, aparece a partir de la semana veinte de embarazo, durante el parto o hasta las seis semanas postparto. Esta patología se caracteriza por una placenta anormal y disminución de la perfusión sistémica.²⁴

También depende de otros factores que predisponen esta alteración, entre los cuales se incluye la hipertensión arterial, diabetes, resistencia a la insulina, hipertrigliceridemia, incremento de la testosterona, edad materna y diferencias étnicas como las observadas en mujeres afroamericanas, portuguesas e indias.²⁵

1.3.2 Clasificación

a) Preeclampsia Leve

Es un desorden hipertensivo de la gestación asociado a proteinuria, edema y, en algunas ocasiones, a anomalías de las pruebas funcionales de la coagulación y/o hepáticas. Se presenta después de las veinte semanas de gestación, pero con más frecuencia al final de la misma.²⁵ Está caracterizada por presión arterial de $\geq 140/90$ mmHg, en ocasiones separadas con intervalos de cuatro horas, con proteinuria igual o superior a 300 mg en 24 horas y menor a 5g en 24 horas.²⁵

b) Preeclampsia Severa

Se caracteriza por los mismos signos y síntomas de la preeclampsia leve, sin embargo, en este caso la presión arterial es mayor a 160/110 mmHg, con proteinuria en orina mayor a 5g en 24 horas acompañado de edema masivo, el cual puede comprender la cara, extremidades, pared abdominal y región sacra, hasta puede llegar a ascitis o anasarca. Puede estar acompañada de volumen urinario menor de 400 ml/24h, plaquetopenia menor de 100.000/mm³, coagulación intravascular diseminada, edema pulmonar y/o manifestaciones por compromiso neurológico.²⁵

1.3.3 Etiología

No existe una causa específica de la preeclampsia, debido a esto, se la denomina como la “enfermedad de las teorías”. Entre las que se mencionan están la placenta anormal,

inmunocomplejos en la placenta lesión del endotelio, factores citotóxicos que afectan las células endoteliales, anormal metabolismo de prostaglandinas, genética, etc.

Sin embargo, existe una teoría con mayor aceptación, la cual considera a la invasión anómala en las arterias espirales uterinas por células citotrofoblástica durante la placentación. En el primer y segundo trimestre del embarazo normal, el trofoblasto invade a las arterias espirales de la decidua, destruye el tejido de la media y de la capa muscular de la pared arterial, provoca un remplazo del endotelio por material fibrinoide, hace desaparecer la arquitectura musculo-elástica de las arterias espirales, y da como resultado vasos dilatados que soportarían el incremento de lo volemia del embarazo.²⁵ Mientras que en mujeres con preeclampsia sucede lo contrario.

1.3.4 Fisiopatología

La preeclampsia resulta de una invasión anormal de las arterias espirales del útero por las células citotrofoblásticas extravasculares (CTEV), con alteraciones locales del tono vascular, del balance inmunológico y del estado inflamatorio. El comienzo de la preeclampsia se debe a la disminución de la perfusión útero-placentaria, ya que el citotrofoblasto invade anormalmente a las arterias espirales. Otro órgano muy importante vinculado en la patogénesis es el endotelio, responsable de un número de funciones fisiológicas vitales. Las placentas de mujeres con preeclampsia expresan menores niveles de metaloproteinasa de la matriz (MMP)-9, antígeno linfocítico humano (HLA)-G, lactógeno placentario (HPL), que aquellas mujeres con embarazos normales.²⁵

Puede suceder que la primera invasión del trofoblasto endovascular sea incompleta en ciertas mujeres preeclámpicas, lo cual no afecta la estructura musculoelástica de las arterias espirales, así como tampoco tiene efecto en sus funciones de respuesta a sustancias vasoconstrictoras endógenas, disminuye de esta manera la perfusión maternoplacentaria y por consiguiente puede generar una hipoxia placentaria en periodos avanzados de la gestación. Por la afección del endotelio se produce una reducción de prostaciclina, que es un inhibidor de la agregación plaquetaria, por lo que la colágena subendotelial puede favorecer la agregación plaquetaria y liberación de tromboxano A₂, poderoso vasoconstrictora. Este desequilibrio entre la formación de compuestos vasodilatadores y vasoconstrictores es lo que contribuye a este signo patognomónico de la preeclampsia, la hipertensión.

1.3.5 Hallazgos encontrados en la preeclampsia y su fisiopatología

Proteinuria: La lesión endotelial glomerular (glomérulo endoteliosis), y la hipertensión provocan que el riñón filtre las proteínas en rangos anormales y alterando los niveles de creatinina.

Edema: El aumento de la presión intravascular y reducción de la presión oncótica hacen que el líquido intracelular se desplace al extracelular, lo que produce edema a nivel de cerebro, retina, pulmón, hígado y tejido subcutáneo en zonas de no declives, característico de la preeclampsia o en cualquier otra zona.

Alteraciones hematológicas: La pérdida de líquido intravascular produce una hemoconcentración. En el lugar de la lesión endotelial se puede activar la cascada de coagulación y consumo de plaquetas, lo que provoca trombocitopenia y coagulación intravascular diseminada.

Dolor abdominal: Puede generarse por un edema hepático o hemorragia, se encuentra con frecuencia en epigastrio e hipocondrio derecho.

Alteraciones visuales: Estas son producidas al sufrir vasoconstricción de vasos y edema de la retina, como consecuencia provoca trastornos visuales, desprendimiento de retina y ceguera cortical.

Aumento de transaminasas: El edema o la isquemia hepática pueden llegar a ocasionar necrosis centrolobulillar y por consiguiente la elevación de transaminasas y de deshidrogenasa láctica.²⁵

1.3.6 Factores de riesgo

Se han identificado entre los diferentes factores que incrementan el riesgo de preeclampsia: la primigestación, edades maternas extremas, exposición limitada al esperma de la misma pareja, pareja masculina con antecedente de preeclampsia en un embarazo con otra mujer, gestación multifetal, enfermedad trofoblástica gestacional, antecedente de preeclampsia,

hipertensión crónica, enfermedad renal, diabetes mellitus pregestacional, trombofilias, obesidad, síndrome de ovarios poliquísticos, procesos infecciosos y el antecedente personal materno de restricción en el crecimiento intrauterino.²⁶

a) Factores de riesgo maternos

- Preconcepcionales:

Edad materna: Muchos estudios manifiestan que uno de los principales factores de riesgo son las edades extremas (menor de 20 y mayor de 35 años) de la mujer embarazada. El riesgo en este grupo de edad se duplica, debido a que las mujeres mayores de 35 años padecen con mayor frecuencia enfermedades crónicas vasculares, y esto facilita el surgimiento de la PE. Mientras que las pacientes muy jóvenes se forman con mayor frecuencia placentas anormales, lo cual le da valor a la teoría de la placentación inadecuada como causa de la preeclampsia.

Raza negra: se estima que las mujeres de raza negra son las más frecuentes para desarrollar preeclampsia, por el hecho de que la hipertensión arterial crónica se presenta más en estas personas y con más severidad que en otras.

Historia familiar de preeclampsia: Se ha observado en estudios familiares que el aumento del riesgo de desarrollar preeclampsia es mayor en hijas y hermanas de mujeres que presentaron esta patología en su embarazo, con un riesgo de 4 a 5 veces más cuando se embarazan. Mientras que, las familiares de segundo grado tienen un riesgo de 2 a 3 veces más, comparado con aquellas mujeres que no tienen antecedentes familiares de preeclampsia.

Este tipo de predisposición familiar apoya la definición de la preeclampsia como una enfermedad compleja, en la que los factores genéticos que contribuyen a su origen, y que suelen ser múltiples, interactuarían de la forma siguiente entre ellos y con el ambiente: 2 o más genes entre sí (herencia poligénica), o 2 o más genes con diferentes factores medioambientales (herencia multifactorial), y donde la heterogeneidad genética del individuo determinaría diferentes respuestas a un factor externo.²⁷

Los genes que se relacionan en el surgimiento de la preeclampsia han sido agrupados en 4 grupos: los regulan el proceso de placentación, están los que intervienen en el control de la

tensión arterial (TA), aquellos que involucrados en el fenómeno de isquemia placentaria y, por último, los que rigen el proceso de daño/remodelado del endotelio vascular.

Historia personal de preeclampsia: Entre un 20 y 50 % de las pacientes que presentaron preeclampsia durante un embarazo anterior, sufren una recurrencia de la enfermedad en su siguiente gestación. Este proceso se justificaría por el hecho de que existe una susceptibilidad para padecer una preeclampsia en toda mujer que la sufre, y en esto jugaría su papel el factor genético utilizando como mediador al sistema inmunológico.

- **Presencia de algunas enfermedades crónicas:**

Hipertensión arterial crónica: Es un factor de riesgo debido a que muchos estudios manifiestan que la enfermedad hipertensiva del embarazo se agrega a la hipertensión arterial preexistente. La hipertensión arterial crónica produce lesión vascular por diferentes mecanismos, lo cual puede condicionar una oxigenación inadecuada del trofoblasto y favorecer el surgimiento de la preeclampsia.

Obesidad: En la obesidad, los adipocitos secretan el factor de necrosis tumoral (FNTa), lo que produce lesión vascular y empeora el estrés oxidativo.

Diabetes mellitus: Hay un aumento del estrés oxidativo y del daño endotelial, todo lo cual puede afectar la perfusión útero-placentaria y favorecer el surgimiento de la preeclampsia, que es 10 veces más frecuente en las pacientes que padecen esta enfermedad.

Enfermedad renal crónica (nefropatías): Procesos como la diabetes mellitus (nefropatía diabética) y la hipertensión arterial (nefroangiosclerosis) favorecen el desarrollo de preeclampsia. En estos casos se produce la placentación anormal, los vasos renales y de todo el organismo se encuentran afectados.

Presencia de anticuerpos antifosfolípidos, Trombofilia, Dislipidemia: Son factores que aumentan la probabilidad de padecer preeclampsia durante el embarazo y puerperio. Pueden estar asociados al aumento del estrés oxidativo y la lesión endotelial, además se presentan acompañados de otras enfermedades concomitantes que elevan el riesgo.

- Relacionados con la gestación en curso:

Primigravidez: Las mujeres primigestas tienen mayor susceptibilidad de desarrollar preeclampsia que las multíparas.

Durante el primer embarazo se produce un mecanismo inmunológico a causa de la preeclampsia, tal es el caso, que el feto y placenta poseen antígenos paternos, los cuales no son reconocidos por el organismo materno, entonces el sistema reticuloendotelial no eliminaría los antígenos del feto, estos pasan directo a la circulación materna, se producen inmunocomplejos y se depositan en los vasos sanguíneos provocando lesión vascular y activación de la coagulación con terribles consecuencias para el feto y la madre.

Por otra parte, se ha dicho también que la mujer primigesta, por no haber tenido sometido previamente el útero a la distensión de un embarazo, tiene durante toda su evolución un mayor tono del miometrio que, por compresión, disminuye el calibre de las arteriolas espirales, y esto limita la perfusión sanguínea a esta zona, con la consecuente posibilidad de hipoxia trofoblástica, fenómeno que también ha sido implicado en la génesis de la PE.²⁷

Sobredistensión uterina (embarazo gemelar y polihidramnios): Se debe a la sobredistensión del miometrio, el mecanismo se manifiesta por una reducción de la perfusión útero-placentaria, produce hipoxia que producirán la enfermedad. Otra teoría del embarazo gemelar es que hay un incremento de masa placentaria, por ende hay mayor cantidad de genes paternos en la placenta.

Embarazo molar: En este caso se produce por el aumento de tono uterino ya que en los embarazos molares hay un rápido crecimiento de las fibras uterinas. Se produce también la disminución del flujo sanguíneo generando hipoxia.

b) Factores de riesgo ambientales

Malnutrición por defecto o por exceso: Se justifica por el hecho de que en casos de desnutrición existe déficit de macronutrientes, en especial cuando se acompaña de anemia, ya que esta produce la disminución del transporte de oxígeno, lo que ocasiona la hipoxia del trofoblasto.

Escasa ingesta de calcio, hipomagnesemia: Tanto el calcio y magnesio son factores importantes en esta patología, el equilibrio del calcio se afecta por la dilución en el volumen del líquido extracelular, también por hipercalciuria que se debe al incremento de la filtración glomerular durante el embarazo. Mientras que el magnesio es considerado elemento predisponente de la hipertensión, esto se debe a su función reguladora del calcio intracelular y de la conectividad nerviosa.

Bajo nivel socioeconómico y cuidados prenatales deficientes: Muchos estudios han demostrado que los factores sociales juegan un papel importante para desencadenar la preeclampsia, tal es el caso que las mujeres de bajo nivel económico no pueden acceder a un centro hospitalario debido a falta de recursos, por ende los controles prenatales son mínimos y hasta en varios casos llegan al trabajo de parto sin ningún control.

Estrés crónico: Las mujeres sometidas a estrés crónico presentan una elevación en sangre de la ACTH, que es producida fundamentalmente por la hipófisis, pero también por la placenta. La elevación de la ACTH favorece el incremento de la síntesis de cortisol por las glándulas suprarrenales y este produce un aumento de la Tensión Arterial, pero también actúa sobre la placenta adelantando su reloj biológico, y puede así desencadenarse el parto antes de las 37 semanas.²⁷

1.3.7 Cuadro clínico

En muchas oportunidades la primera manifestación de la enfermedad es la elevación de la presión arterial que generalmente es asintomática y se detecta en el control prenatal.

-En la preeclampsia la hipertensión es generalmente leve o moderada, en la mayoría de los casos no excede valores de 160/110 mmHg.

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

-El edema puede expresarse en forma precoz, por un aumento de peso exagerado. La retención hidrosalina en cara, manos y región lumbosacra se instala tardíamente.²⁸ Se considera preeclampsia siempre que la paciente presente, aumento de la presión arterial en la gestación acompañado o no de proteinuria y edema. Además, pueden presentarse cefaleas, escotomas, acúfenos, epigastralgia y alteraciones en las pruebas bioquímicas.

En Preeclampsia severa: La TA \geq 160/110 mmHg o aún con valores tensionales menores, pero asociadas a uno o más de los siguientes eventos clínicos o de laboratorio (indicativos de daño endotelial en órgano blanco):

- Proteinuria: \geq 5g/24 hs.
- Alteraciones hepáticas:
 - Aumento de transaminasas
 - Epigastralgia persistente, náuseas/vómitos
 - Dolor en cuadrante superior del abdomen
- Alteraciones hematológicas:
 - Trombocitopenia (Recuento. plaquetas <100.000 mm³).
 - Hemólisis
 - Coagulación intravascular diseminada (CID)
- Alteraciones renales:
 - Creatinina sérica >0.9 mg/dl
 - Oliguria (menos de 50 ml/hora)
- Alteraciones neurológicas:
 - Hiperreflexia tendinosa
 - Cefalea persistente
 - Hiperexcitabilidad psicomotriz
 - Depresión del sensorio
- Alteraciones visuales:
 - Visión borrosa
 - Escotomas centellantes
 - Fotofobia
 - Diplopía
 - Amaurosis fugaz o permanente

- Retardo del crecimiento intrauterino/oligoamnios
- Desprendimiento de placenta
- Cianosis-edema agudo de pulmón (sin cardiopatía preexistente).²⁹

Algunos síntomas son frecuentes en la preeclampsia severa y en el Síndrome de Hellp, como las náuseas, vómitos, epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho y en algunos casos ictericia.

1.3.8 Diagnóstico

Se necesita historia clínica detallada, óptimos controles prenatales para detectar oportunamente la patología.

- En la anamnesis deberán recogerse datos de los antecedentes familiares, del compartimiento de la presión arterial en los embarazos anteriores si los hubiera, y en caso de existir HTA en ellos precisar la época del embarazo en la que se presentó.

- En el examen físico se valorará el compromiso de conciencia, la presencia de 3 o 4 ruidos que expresen insuficiencia cardíaca, la presencia de edemas en cara, manos y región lumbosacra.³⁰

También es imprescindible examinar el fondo de ojo donde se puede observar vasoconstricción arteriolar y el incremento de brillo de la retina en aquellas mujeres hipertensas, así como es importante determinar el peso corporal de cada paciente.

- Se debe registrar la presión arterial en cada control prenatal, conocer la presión preconcepcional y compararla con las elevaciones en las consultas subsecuentes, de esta manera se diagnosticará oportunamente y se aplicará el tratamiento específico.

En el momento de medir las cifras tensionales es necesario evitar estímulos capaces de elevar la T.A como tensión, frío, ejercicio, dolor, vejiga llena, etc.

- Es necesario evaluar el estado fetal, su vitalidad y crecimiento, mediante un buen examen obstétrico.

a) Exámenes complementarios

Evaluación materna: Para valorar los órganos que pueden estar afectados por la preeclampsia.

Se deben solicitar pruebas de laboratorio para evaluar los siguientes sistemas: hematológico, hepático, renal, cardiovascular, neurológico y coagulación sanguínea.

Hematológico: Se comprueba mediante el hematocrito la presencia de una hemoconcentración, debido a que hay desplazamiento de líquido intravascular al extravascular.

Renal: Mediante el estudio citoquímico de orina se puede valorar la presencia de proteinuria que compromete la unidad renal. Se analiza en muestra de 24 horas.

La función renal se debe evaluar mediante el cléarance de creatinina, ya que la uremia, el nitrógeno ureico y creatinina sérica pueden elevarse de manera discreta.

Cardiovascular: Este estudio se requiere en casos complicados, mediante un electrocardiograma.

Coagulación sanguínea: Se debe evaluar el fibrinógeno, el tiempo parcial de tromboplastina y la protrombina para descartar una CID (Coagulación intravascular diseminada).

b) Evaluación de la unidad feto placentaria

Una consecuencia de la preeclampsia es la muerte neonatal, la frecuencia de los casos es mayor en estas pacientes en comparación con las pacientes que solo presentan hipertensión gestacional.

Por ello se recomiendan los siguientes estudios:

- Ultrasonido
- Pruebas Bioeléctricas De Vitalidad Fetal
- Amnioscopia
- Doppler.

La **ultrasonografía** permite el registro de los movimientos fetales, como también la monitorización de los latidos cardíacos.

Mediante la **ultrasonografía seriada**, permitirá la evaluación del crecimiento fetal y el diagnóstico de Restricción del Crecimiento Intrauterino, la evaluación biofísica del feto, el diagnóstico de anomalías congénitas y la evaluación del compromiso de la hemodinámica uterina y fetal mediante la velocimetría doppler.

Este examen de ultrasonografía se repite cada 7 días cuando se trata de evaluar el bienestar fetal mediante el perfil biofísico y doppler.

Amniocentesis: El estudio del líquido amniótico mediante el Test de Clements, el índice de lecitina-esfingomielina y el fosfatidilglicerol, permiten verificar la madurez pulmonar fetal, previa a la interrupción del parto.

Estas medidas van dirigidas a prevenir o disminuir las complicaciones perinatales, entendiéndose como tal a toda alteración médica que presente el feto o neonato nacido de una madre con diagnóstico de preeclampsia-eclampsia desde las 28 semanas hasta el séptimo día de vida.³⁰

1.3.9. Manejo y Tratamiento

a) Preeclampsia leve

Las pacientes con preeclampsia leve se hospitalizan para confirmar el diagnóstico y hacer estudios adicionales. Deben recibir una dieta regular sin restricciones de sal, no se indican diuréticos, antihipertensivos ni sedantes y la evaluación incluye la toma de la tensión arterial cada cuatro horas durante el día, vigilancia de peso y edema, además de los siguientes laboratorios: hemoglobina, hematócrito, creatinina, ácido úrico, plaquetas, frotis de sangre periférica, pruebas de coagulación, transaminasas y deshidrogenasa láctica, recolección de orina en 24 horas para determinar las cifras de creatinina y proteinuria, con una frecuencia de dos veces por semana.

La valoración fetal se realiza de la siguiente manera:

1) Estimación del crecimiento y del índice de líquido amniótico al momento del diagnóstico. Si los valores son normales, se repite el cálculo cada tres semanas.

2) Si el peso fetal estimado por ultrasonido es menor o igual al percentil 10 para la edad gestacional o si hay oligoamnios (índice de líquido amniótico ≤ 5 cm) y el perfil biofísico deben hacerse dos veces a la semana.

3) Una vez confirmado el diagnóstico de preeclampsia leve se puede dar de alta a la paciente e implantar un manejo expectante en forma ambulatoria. Al realizar la selección de la paciente ideal para tratamiento ambulatorio, esta debe ser confiable, sin signos o síntomas de enfermedad grave y cuyas pruebas de vigilancia fetal son tranquilizadores.³¹

La **conducta ambulatoria** implica reposo en casa, evaluación diaria de la tensión arterial, cálculo de proteinuria cualitativa con tira reactiva y conteo de movimientos fetales activos.

Se indicará parto inmediato si:

- El estado del cérvix es favorable con edad gestacional de 37 semanas o más
- La edad gestacional de 40 o más semanas
- Agravamiento de la preeclampsia
- Pruebas fetales anormales.

b) Preeclampsia severa

Siempre es necesario la hospitalización y el parto está indicado si:

- La edad gestacional es de más de 34 semanas
- Está confirmada la madurez pulmonar
- Aparece deterioro materno o fetal

Se puede controlar de forma aguda la hipertensión mediante la hidralazina, nefedipina o labetalol, teniendo como objetivo lograr una presión arterial sistólica de menos de 160 mmHg y una diastólica no menos de 100 mmHg pero no de manera abrupta ya que se puede ver afectada la perfusión sanguínea materno fetal, esta cifra permite controlar el riesgo materno, sin exacerbar el riesgo fetal.

Al tratamiento antihipertensivo debe agregarse **sulfato de magnesio**. La dosis de carga es de 4-6 g en 20', para posteriormente mantener infusión de 1-2 g/h dependiendo de la diuresis horaria y de los reflejos osteotendinosos y suspenderlo a las 24 h del parto, en casos que exista hiperreflexia, cefalea intensa, trastornos visuales o auditivos tinitus, síntomas premonitores de convulsión.

En estas pacientes conviene monitorizar los efectos tóxicos del Mg y la evolución del estado pre convulsivo, para lo que es necesario:

1. Administrar siempre en una sala con vigilancia permanente de enfermería
2. Controlar que la frecuencia respiratoria sea mayor de 14 pm
3. Controlar los reflejos y, si hay hiporreflexia, reducir, suspender o antagonizar el Mg
4. Monitorizar los niveles plasmáticos de Mg, los que se deben mantener entre 6 y 8 mEq/L.

Con 10 mEq/L se observa desaparición de los reflejos periféricos y niveles de 12 o más mEq/L pueden causar depresión respiratoria

5. Como la vía de excreción del Mg es renal, una reducción de la filtración glomerular favorece alcanzar rápidamente tanto los niveles terapéuticos como tóxicos del Mg. Por ello, si la creatinina es $> 1,5$ mg/dL o la diuresis mantenida es < 1 mL/min por 4 h, se debe readecuar la dosis de Mg e idealmente medir sus niveles plasmáticos frecuentemente.

La aparición de toxicidad por magnesio se debe antagonizar con 1g de Gluconato de Ca intravenoso.³¹

1.4.0 Complicaciones y consecuencias

a) Complicaciones maternas: Las mujeres con preeclampsia severa son susceptibles de presentar complicaciones graves como:

- Edema Pulmonar
- Falla Respiratoria

- Desprendimiento Prematuro De Placenta Normoinserta
- Coagulación Intravascular Diseminada
- Insuficiencia Hepática o Renal
- Hematomas o Ruptura Hepáticos
- Enfermedad Vascular Cerebral,
- Ceguera Cortical
- Desprendimiento de Retina
- Crisis Convulsivas Eclámpicas y Falla orgánica múltiple.²⁶

Los riesgos asociados a las convulsiones son la hipoxia severa por las recurrencias, el trauma materno y la neumonía por aspiración. Durante o inmediatamente después del episodio convulsivo deben instalarse medidas de apoyo para evitar lesiones maternas graves y aspiración: proteger la lengua, minimizar el riesgo de aspiración, mantener la vía aérea permeable y administrar oxígeno.

b) Complicaciones Fetales:

El efecto de la preeclampsia en el feto es el resultado de la disminución de la perfusión del espacio coriodecidual, que se inicia semanas antes que las manifestaciones clínicas, lo que se manifiesta en la restricción del crecimiento.

El riesgo del feto está relacionado, además, a la severidad de la preeclampsia y al tiempo de gestación cuando se inicia la enfermedad.

Perfusión útero-placentaria alterada: Los fetos afectados por una insuficiencia placentaria suelen comprometer su peso después de las 24-26 semanas (puede ocurrir antes, especialmente en casos asociados a preeclampsia severa), son asimétricos, el examen anatómico es generalmente normal y muestran una disminución progresiva del volumen del líquido amniótico.²⁹

Por lo tanto, la perfusión placentaria disminuye hasta 50%, con menor flujo al feto, desnutrición crónica y Restricción del crecimiento IntraUterino³⁰

La Restricción del Crecimiento Intrauterino produce muchos tipos de problemas perinatales que conllevan a mayor riesgo de morbilidad perinatal, Ceriani Cernadas

(2009) considera que: La morbilidad en el corto y largo plazo es notablemente mayor en los Recién Nacidos pequeños para la edad gestacional. En esta etapa perinatal presentan mayor riesgo de asfixia, aspiración de líquido amniótico meconial, hipotermia, hipoglucemia, policitemia, sepsis, etc.

1.4 Formulación del Problema

¿Cómo determinar la efectividad de la educación sanitaria en gestantes con riesgo de preeclampsia en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, marzo a julio 2018?

1.5 Justificación e importancia del estudio

El interés de la presente investigación se fundamentó en la importancia de promover la educación sanitaria en gestantes con riesgo de preeclampsia que se dio por parte del personal de enfermería, es por esta razón que se enfocó la salud materna y la prevención de la preeclampsia de las gestantes del Hospital Regional Docente Las Mercedes, para disminuir los índices de morbimortalidad materna. La intervención se dio a través de sesiones educativas basado en cuidados de enfermería en cuanto a prevención y promoción de la salud, se facilitó acceso a la información mediante trípticos como material de apoyo y así conseguir una prevención oportuna en esta población, nace de ahí la necesidad urgente de que el personal de enfermería lleve a cabo estrategias educativas sobre actualizaciones científicas a nivel salud sobre la preeclampsia.

En nuestra localidad los factores geográficos y culturales pueden convertirse en un limitante para alcanzar una oportuna y adecuada atención médica, considerando a las gestantes de zona rural como población de riesgo debido al difícil acceso a medios de transporte desde comunidades lejanas que les permita movilizarse a un centro de salud y por lo tanto las lleva a la elección de apoyarse en “parteras” el cual son personas en algunas veces capacitadas y en su mayoría no capacitadas para atender un parto, produciendo así complicaciones obstétricas como la preeclampsia poniendo en riesgo la vida de la madre e hijo.

Esta investigación tuvo como finalidad la prevención oportuna de la preeclampsia; que se puede desarrollar durante el embarazo; a través de la intervención educativa y así mejorar la calidad de vida de las pacientes evitando el desarrollo de la preeclampsia, tomando en cuenta

la gran importancia que tiene la asistencia periódica a los controles prenatales y la información precisa desde el momento que descubre su embarazo hasta finalizar el mismo.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo general

Determinar la efectividad de la educación sanitaria en gestantes con riesgo de preeclampsia atendidas en el Hospital Docente Las Mercedes – Chiclayo, Marzo a Julio 2018.

1.6.2 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimiento de los factores de riesgo que poseen las gestantes en el Hospital Docente Las Mercedes – Chiclayo, Marzo a Julio 2018, para la detección oportuna de la preeclampsia.
- Educar a las gestantes con riesgo de preeclampsia atendidas en el Hospital Docente Las Mercedes – Chiclayo, marzo a julio 2018.
- Sensibilizar a las gestantes con riesgo de preeclampsia atendidas en el Hospital Docente Las Mercedes – Chiclayo, marzo a julio 2018, para prevenir el desarrollo de la preeclampsia.

II: MATERIAL Y MÉTODO

2.1 Tipo y Diseño de Investigación

De tipo descriptivo porque se va a determinar la efectividad de la educación sanitaria en las gestantes con riesgo de preeclampsia del servicio, otorgando con ello una mejor calidad de atención y resolver el problema planteado. Y de corte longitudinal porque reúne datos en dos o más momentos a una misma muestra de estudio, de esta forma se pueden obtener las notas que caracterizan a la realidad estudiada.

La metodología que se va emplear se suscribe en el ámbito cuali-cuantitativo porque se va aplicar la intervención de enfermería y también se va evaluar el logro de resultados como consecuencia de la educación sanitaria que se va a desarrollar.

2.2 Población y muestra

La población total del área estudiada está compuesta por las gestantes atendidas en el Hospital Docente Las Mercedes – Chiclayo 2018. A partir de esta población, la muestra que se consideró fueron todas las gestantes con riesgo de preeclampsia; correspondiendo al muestreo de tipo probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión:

- Todas las gestantes con riesgo de preeclampsia que fueron atendidas en el servicio de alto riesgo obstétrico del Hospital Docente Las Mercedes – Chiclayo 2018 durante el periodo de estudio y que firmaron el consentimiento informado aceptando ser parte del trabajo de investigación.

Criterio de exclusión:

- Las gestantes con riesgo de preeclampsia que no acepten participar en el trabajo de investigación.
- Gestantes con diagnóstico de preeclampsia severa, síndrome de Hellp y otras enfermedades maternas.

2.3 Variables y Operacionalización

Variable Independiente: Educación sanitaria

Definición conceptual:

Es un proceso dirigido a promover estilos de vida saludables a partir de las necesidades específicas del individuo, familia o comunidad. Desde este punto de vista, la educación sanitaria comprende un conjunto de actividades educativas desarrolladas en procesos formales e informales, que ejecutan permanentemente todos los actores, como parte de las actividades institucionales; no se limita a la transmisión puntual de mensajes mediante charlas o demostraciones.³²

Definición operacional:

La educación sanitaria tiene como objetivo aumentar el conocimiento acerca del riesgo de preeclampsia. Un aumento en el conocimiento sobre el tema conduce a un cambio en las actitudes de las gestantes sobre las conductas saludables y no saludables. Este cambio de actitud conduce idealmente a un cambio de conductas no saludables por conductas saludables, lo que lleva a una mejoría en la salud mejorando y previniendo el riesgo de preeclampsia de las gestantes.

Variable dependiente: gestantes con riesgo de preeclampsia

Definición conceptual:

Trastorno del embarazo caracterizado por la aparición de hipertensión aguda después de la semana 24 de gestación con presencia de proteína en la orina.³³ Las revisiones y analíticas rutinarias más la toma de presión arterial por las que pasan las gestantes permiten detectar a tiempo los estados hipertensivos y que cuando existe preeclampsia se llegue a presentar la peligrosa fase de eclampsia asociada a convulsiones de riesgo vital.

Definición operacional:

Al empezar el embarazo, baja la presión arterial como mecanismo fisiológico natural y va subiendo posteriormente a los niveles previos al embarazo, si esto no es así se trata de un

signo premonitorio del riesgo de desarrollar preeclampsia. De ahí la importancia de saber del embarazo cuales son las medidas normales propias de la presión arterial.

Variables	Dimensiones	Indicadores	Técnica e instrumento de recolección de datos
Variables Independientes	Cognitivo	Que es la preeclampsia	Se aplicó el cuestionario el cual analizó, que conocimientos tiene acerca de la enfermedad. Anexo 02
		Signos y síntomas de alarma del embarazo	
		Alimentación durante el embarazo	
	Autocuidado	Estilos de vida y actitudes de las gestantes frente a las medidas preventivas.	Se realizaron ponencias sobre los cuidados y prevención de la preeclampsia, mediante rotafolios, trípticos, etc.
		Primigesta	Se realizó consejería a las gestantes para la detección oportuna de los
		Primigesta precoz o añosa	
		Obesidad	
Patologías medicas			

	Factores de riesgo	anteriores al embarazo	factores de riesgo de la enfermedad. Anexo 02
		Controles Prenatales deficientes	
Variables dependientes	Desarrollo de la preeclampsia	Después de las 20 semanas de gestación	Se realizó sesiones educativas sobre identificación de la sintomatología y las pruebas diagnósticas de la preeclampsia.
		En el momento del parto	
		Después del nacimiento del bebé.	
	Estado de Salud	Presión arterial alta	
		Malestares neurológicos	
		Presencia de proteinuria (examen de orina)	
		Edema (retención de líquidos)	
	Clasificación de la preeclampsia	Sobrepeso en poco tiempo	
		Preeclampsia Leve	
		Preeclampsia severa	

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Para la presente investigación se aplicó un cuestionario a las gestantes con riesgo de preeclampsia atendidas en el servicio de alto riesgo obstétrico del Hospital Docente Las Mercedes – Chiclayo, durante el periodo de estudio.

La validación del instrumento se realizó mediante la aprobación y corrección correspondiente de tres expertos en el tema, a quienes se les entregó el cuestionario para la respectiva evaluación a cada pregunta planteada en el instrumento y luego de ser corregidas y establecidas en el instrumento de recopilación de datos, se obtuvo la validez y confiabilidad. Los expertos opinaron sobre cada uno de los ítems, incorporaron las sugerencias acerca del modo de redacción de los ítems.

2.5 Procedimientos de análisis de datos

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

2.6 Aspectos éticos

Los aspectos éticos son intrínsecos a este paradigma por inclusión de los valores que participan en la investigación. Ocultar las intenciones que tiene el investigador es contrario al propósito de develar y mejorar las construcciones³⁴. Se solicitó la autorización al departamento de Capacitación del Hospital Docente Las Mercedes – Chiclayo, lugar donde se realizó el estudio.

Se aportó un beneficio positivo a las personas que estuvieron dentro del estudio, donde hubo una validez científica y se justificó la pertinencia del estudio minimizando así el impacto emocional, con lo cual se garantizó su intimidad gracias al anonimato de las entrevistas y consejerías. Fue vital entregar un consentimiento informado a todas las gestantes que estén incluidas en el estudio para así tener un escrito que dio la oportunidad de poder tenerlas como

objeto de estudio, garantizando la protección de la intimidad y confidencialidad en todo momento, pudiendo abandonar el estudio en cualquier momento de la investigación, así como también informarles de los objetivos y procedimientos del estudio. Como valor social establecido, se garantizó las mejoras para enfermería en los cuidados enfermeros y en la adquisición de técnica más favorables para ellas.³⁴

Se respetó en todo momento el principio de autonomía, con lo que todas las gestantes participaron de forma voluntaria y exponiendo sus pensamientos de forma libre; el principio de justicia, tratando de igual modo a todas las mujeres; el principio de beneficencia, esperando que el estudio ayude a las participantes de forma indirecta una mejora en la calidad de sus cuidados; y el principio de no maleficencia, evitar lesiones o riesgos de cualquier tipo a las pacientes.³⁵

El presente trabajo se basó en la confidencialidad: Asegurando mantener el anonimato de los nombres de las gestantes atendidas en servicio de alto riesgo obstétrico seleccionadas. Se registró solo los datos necesarios para la investigación y el número de historia clínica; no se registró los nombres, dirección y otros datos personales de las gestantes.

III: RESULTADOS

3.1 Tablas y figuras

1. Características sociales y demográficas de las gestantes

Las gestantes del Consultorio de Alto Riesgo Obstétrico en un 64 %, se encontraron agrupadas entre las edades de 20 y 30 años, seguidas del 24 % con 31 años a más y un 12 % menores de 20 años (Tabla 1 A). Respecto a su estado civil, 42 % fueron madres solteras, 30 % casadas, 20 % convivientes y 8 % divorciadas (Tabla 1 B). En lo que se refiere a su nivel educacional, el 54 % tuvo educación secundaria, 22 % educación primaria, 8 % nivel universitario, porcentaje igual ostentaron nivel profesional y otros (Tabla 1 C). El nivel ocupacional de las gestantes fue: ama de casa 78 %, empleada 12 % y estudiante 10 % (Tabla 1 D). Finalmente, en relación a su procedencia, el 78 % procede de la zona urbana y 22 % de la zona rural (Tabla 1 D).

Tabla 1. Características sociales y económicas de las gestantes con riesgo de preeclampsia atendidas en el Hospital Docente las Mercedes – Chiclayo, marzo - julio 2018

A. Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
menor o igual a 20 años	6	12.0
20 - 30 años	32	64.0
31 – más años	12	24.0
Total	50	100.0
B. Estado civil		
Soltera	21	42.0
Casada	15	30.0
Divorciada	4	8.0
Conviviente	10	20.0
Total	50	100.0
C. Escolaridad		
Primaria	11	22.0
Secundaria	27	54.0
Estudiante universitario	4	8.0
Profesional	4	8.0
Otras	4	8.0
Total	50	100.0
D. Ocupación		
Ama de casa	39	78.0
Empleada	6	12.0
estudiante	5	10.0
Total	50	100.0
E. Procedencia		
Urbana	39	78.0
Rural	11	22.0
Total	50	100.0

2. Antecedentes del embarazo

El 44 % de las gestantes encuestadas presentaron un embarazo, 24 % tres embarazos, 16 % dos embarazos, 10 % cuatro embarazos, 4 % dos embarazos y 2 % nueve embarazos (Figura 1).

En lo que se refiere a las semanas de gestación, el 48 % se encontraron en el rango de 21 a 32 semanas, 32 % de 12 a 20 semanas, 12% menos de 12 semanas y 8 % de 33 a 36 semanas (Figura 2).

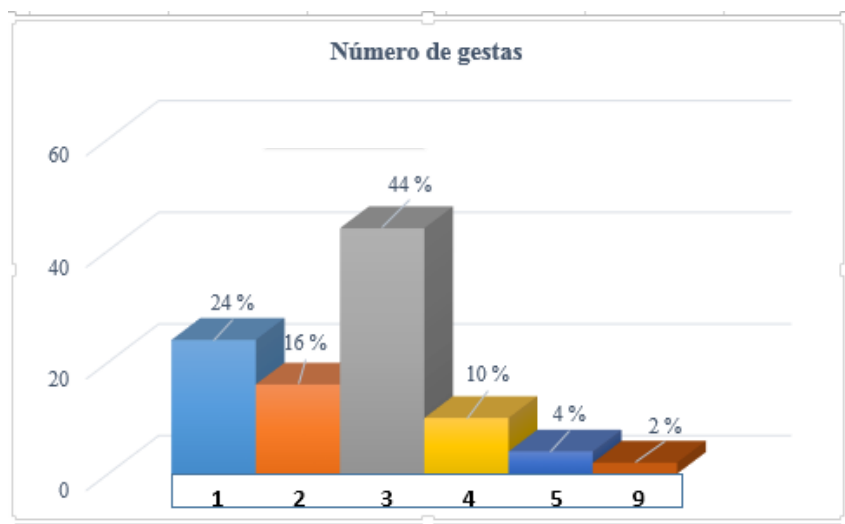


Figura 1. Porcentaje de Gestas de las madres con riesgo de preeclampsia atendidas en el Hospital Docente las Mercedes – Chiclayo, marzo - julio 2018.

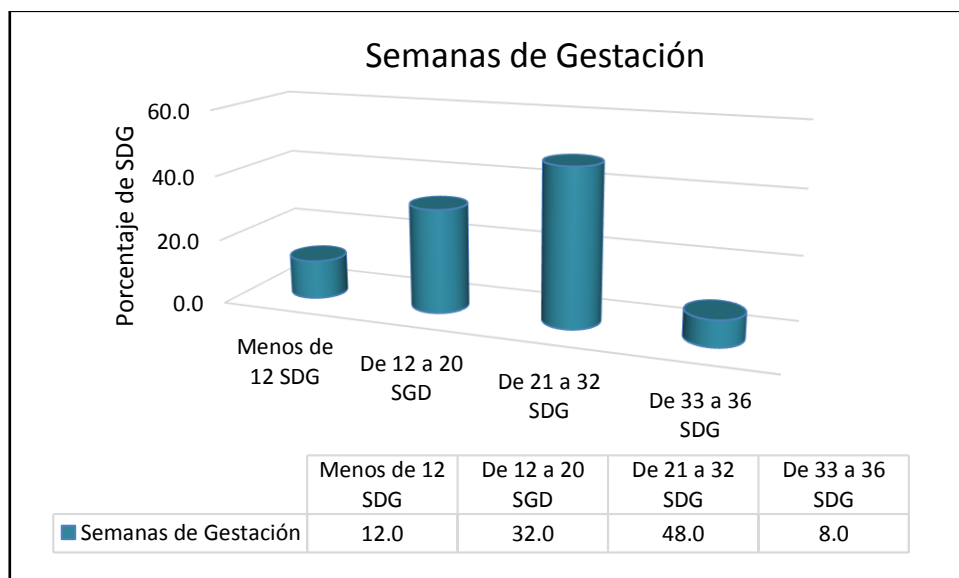


Figura 2. Semanas de gestación de las madres con riesgo de preeclampsia atendidas en el Hospital Docente las Mercedes – Chiclayo, marzo - julio 2018.

3. Conocimiento de preeclampsia

En lo que se refiere al conocimiento del tema, el 70% de gestantes tenía desconocimiento de preeclampsia, la misma que al aplicar la orientación obtuvieron un 84% de conocimiento y solo el 16% manifestó su desconocimiento. La misma tendencia se presentó al comparar el conocimiento sobre los signos de alarma, lográndose el 82 % de conocimiento para este caso. (Figura 3).

En cuanto al conocimiento de su presión alta, el 76 % manifestó no conocer y el 24 % si conocía, en el pretest. Sin embargo, en el post test, se invirtieron las cosas, ya que el 76 % si conocía y el 24 % no. Al consultar a las gestantes si conocen qué pasa con su estado de salud cuando algo está mal con su embarazo, al inicio de la orientación el 68 % desconoce y después del proceso de capacitación se logró su mejora al 10 %; en cambio los que si conocen incrementaron de 32 a 90 %. (Figura 3).

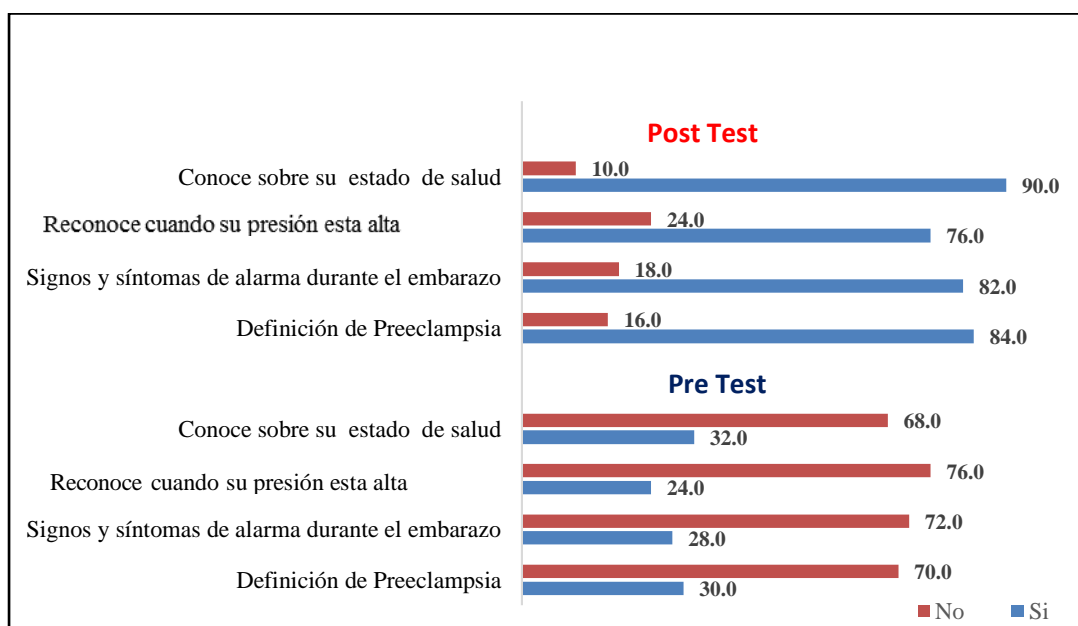


Figura 3. Variación porcentual pre y pos test, del conocimiento de preeclampsia en las gestantes con riesgo atendidas en el Hospital Docente las Mercedes – Chiclayo, marzo - julio 2018.

4. Factores de Riesgo

Las gestantes, al ser consultadas sobre enfermedades antes del embarazo, 58 % manifestaron no haber sufrido enfermedad alguna, 26 % infecciones, 8 % hipertensión arterial, 6 % diabetes mellitus y 2 % otras enfermedades (Tabla 2 A).

Tabla 2. Factores de riesgo de preeclampsia en las gestantes atendidas en el Hospital Docente las Mercedes – Chiclayo, marzo - julio 2018.

A. Enfermedades antes del embarazo		
	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	4	8.0
Diabetes mellitus	3	6.0
Infecciones	13	26.0
Otras	1	2.0
Ninguna	29	58.0
Total	50	100.0
B. Antecedentes heredofamiliares de Preeclampsia		
Si	10	20.0
No	40	80.0
Total	50	100.0
C. Lleva Control prenatal		
Si	35	70.0
No	15	30.0
Total	50	100.0
D. Frecuencia de control prenatal		
Una vez al mes	10	20.0
cada dos meses	6	12.0
me olvido	7	14.0
no paso control	6	12.0
según cita	21	42.0
Total	50	100.0
E. Semana de Gestación del control prenatal		
Antes de las 12 SDG	24	48.0
De 12 a 19 SDG	19	38.0
De 20 a 31	1	2.0
De 32 a 35 SDG	0	0.0
Ninguna	6	12.0
Total	50	100.0
F. Recibió orientación sobre cuidados durante el embarazo		
Si	10	20.0
No	40	80.0
Total	50	100.0

De todas ellas, el 20 % presentaron antecedentes heredofamiliares de pre eclampsia (Tabla 2B).

Respecto al control prenatal, el 70 % de las encuestadas manifestó realizarse el control y el 30 % no se practica dicho control (Tabla 2C). Y en lo que se refiere a la frecuencia de este control, el 42 % lo hace según cita, 20 % mensualmente 12 % cada dos meses, 14 % se olvida y 12 % no se hace control (Tabla 2D). Asimismo, el 48 % de gestantes manifestó haber iniciado su control parental antes de las 12 semanas de gestación, 38 % entre las 12 y 19 semanas, 2 % entre las 20 y 31 semanas y 12 % ninguna semana (Tabla 2E).

En lo que se refiere a la orientación que ha recibido sobre sus cuidados durante el embarazo, se aprecia que en el pre test el 32 % ha recibido orientación, porcentaje que se incrementó al 82 % en el post test, después de la capacitación (Tabla 2F).

5. Medidas preventivas

5.1 Alimentación y cuidados físicos

En relación a las comidas de las gestantes, se aprecia que el consumo de comidas rápidas, sopas y arroz y pollo, disminuye sustancialmente después de la capacitación; en cambio el consumo de carnes y verduras, prácticamente se triplica después de la charla educativa (Figura 4).

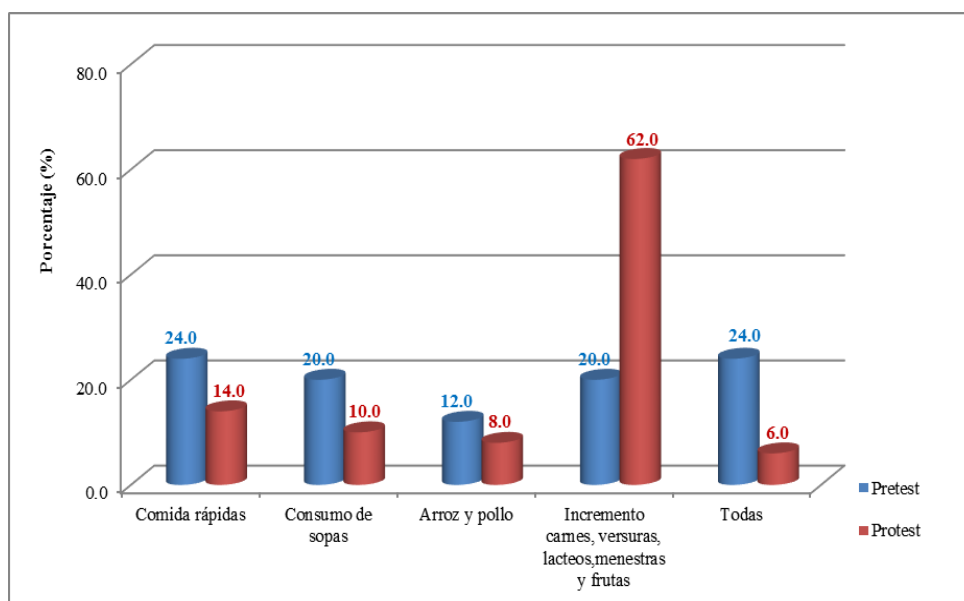


Figura 4. Variación porcentual del Pre test y pos test del mantenimiento del peso adecuado durante el embarazo de las gestantes con riesgo de preeclampsia atendidas en el Hospital Docente las Mercedes – Chiclayo, marzo a julio 2018.

Referente a los ejercicios que realizan las gestantes, 24 % camina, 28 % realiza profilaxis, 14 % ejercicio pasivo o activo y 34 % ninguno, antes de la capacitación; siendo que después de esta, se incrementaron en buen porcentaje (Tabla 3).

En relación a los temas de orientación que les han hablado se observa en el caso de preeclampsia, que el porcentaje se incrementó del 4% en el pre test hasta el 56% después de haber capacitado a las gestantes. En cambio, en los otros temas motivo de la encuesta se observa una ligera disminución en el porcentaje de encuestados debido a que en esta etapa de capacitación el eje central ha sido incidir en la Preeclampsia. (Tabla 4).

Tabla 3. Distribución de frecuencias de ejercicios que realiza durante el día, las gestantes con riesgo de preeclampsia atendidas en el Hospital Docente las Mercedes – Chiclayo, marzo a julio 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Camina	12	24.0
Realiza profilaxis	14	28.0
Ejercicio pasivo o activo	7	14.0
Ninguno	17	34.0
Total	50	100.0

Tabla 4. Porcentaje de los temas que se ha informado a las gestantes con riesgo de preeclampsia atendidas en el Hospital Docente las Mercedes – Chiclayo, marzo a julio 2018.

Actividades	Pre test		Post test	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Alimentación	8	16.0	5	10.0
Higiene	7	14.0	4	8.0
Vestimenta	2	4.0	3	6.0
Que hacer después del nacimiento del bebe	5	10.0	2	4.0
Ejercicio	3	6.0	2	4.0
Preeclampsia	6	12.0	23	46.0
Sexualidad en el embarazo	1	2.0	1	2.0
Planificación familiar	6	12.0	2	4.0
Cuidados del recién nacido	2	4.0	1	2.0
Salud bucal	4	8.0	2	4.0
Lactancia materna	6	12.0	5	10.0
Otros	0	0.0	0	0.0
	50	100	50	100

3.2 Discusión de resultados

La educación sanitaria brindada contribuyó a elevar el nivel de conocimiento de la enfermedad de preeclampsia en las gestantes del Hospital Docente Las Mercedes, pues antes de la sesión educativa el 70 % no sabía definir la enfermedad, mientras que después de ella el 80 % ya podía hacerlo; siendo que solo el 4 % de las gestantes había recibido orientación sobre características de la enfermedad en el pretest, incrementándose a 56 % en el post test; lo mismo ocurrió con el conocimiento de los síntomas de alarma que pasó de 72 % de desconocimiento a 82 % de conocimiento.

Esta misma situación se presentó respecto al conocimiento de ciertas características ligadas a esta enfermedad, como el caso del conocimiento de la presión alta, que pasó de 76 % de desconocimiento a 76 % de conocimiento y en relación a lo que sucede con su estado de salud cuando algo está mal con su embarazo, que se incrementó desde 32 % a 90 % de conocimiento.

Por otro, en lo que se refiere a la orientación que ha recibido sobre sus cuidados durante el embarazo, se observó que en el pre test el 32 % ha recibido orientación, porcentaje que se incrementó al 82 % en el post test, después de las sesiones educativas. La misma situación se presentó en las medidas de prevención en lo referente a las comidas y ejercicios físicos, los cuales mejoraron ostensiblemente después de la capacitación. Hechos que son concordantes con Valdez (2013), quien después de aplicar un cuestionario de medición del nivel de conocimientos a 60 madres gestantes, mejoró del 6,6% al 40%.³⁶

Entre los factores de riesgo identificados, se ha observado que en conjunto, el 36 % de las gestantes tiene edades consideradas riesgosas para esta enfermedad, pues el 12 % son

menores de 20 años y 24 % son mayores de 31 años; concordando con Benites- Córdor, et al, quienes encontraron a la edad < 20 o > 35 años como variables significativamente asociadas con la preeclampsia³⁷, y con Heredia (2015), quien reportó como factor de riesgo a la preeclampsia la edad menor de 20 años y mayor de 34 años.³⁸ En lo que se refiere al número de gestas, el 24 % de las gestantes fueron primigestas o nulíparas, carácter asociado con riesgo de preeclampsia tal como lo reportaron Altunaga, et al.³⁹ y Balestena ⁴⁰, quienes lo sindicaron como factor de riesgo más frecuente.

Respecto a las semanas de gestación, el 100 % de las gestantes encuestadas estuvieron en menos de 37 semanas, característica que es considerada como un factor de riesgo de preeclampsia por Heredia ³⁸.

Por otro lado, el 20 % presentaron antecedentes heredofamiliares de pre eclampsia, las cuales estarían en riesgo de sufrir la preeclampsia, ya que Heredia ³⁸ y Núñez ⁴¹, la encontraron como factor de riesgo estadísticamente significativo para desarrollar esta enfermedad.

IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. La intervención educativa impartida mejoró sustantivamente el conocimiento sobre cuidados y prevención de la preeclampsia.
2. Entre los factores de riesgo de preeclampsia identificados, fueron: 36 % de las gestantes en edad menor a 20 y mayor a 31 años, 24 % de primigestas, 100% con menos de 37 semanas de gestación y 20 % con antecedentes heredofamiliares de pre eclampsia.
3. El personal de enfermería debe tomar en cuenta los protocolos ya existentes sobre el manejo de la preeclampsia, proporcionándoles la información necesaria cada vez que acudan a su atención prenatal.
4. Este trabajo muestra evidencia de que las embarazadas captan y aplican la información sobre la preeclampsia mediante una intervención educativa continua que debe ser dada por el personal de enfermería como promoción y prevención de la salud, para evitar el desarrollo de la preeclampsia.
5. Realizar una investigación orientada a determinar la efectividad de la capacitación en la culminación del embarazo.
6. Incorporar la atención de enfermería en el control prenatal para brindar información precisa para su autocuidado fomentando estilos de vida saludable en el embarazo.
7. Desarrollar estrategias viables que permitan al personal de salud promover el trabajo en equipo y lograr la satisfacción del bienestar social con el fin de minimizar complicaciones de salud en las gestantes.

REFERENCIAS

- 1.- Alvarado, R y col. Manejo del Triage Obstétrico y Código Materno en el Estado de México:Revista Enfermería Universitaria.; Año: 2012 (9). Vol. 9. N°. 2
- 2.- Vargas, H. Acosta, G y col. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. Revista Chilena Obs Ginecol [Internet] Santiago 2012; [citado el 10 de Octubre del 2017]; 77(6): pp 471-6. Disponible en : http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262012000600013&script=sci_arttext.
- 3.- Padilla Prado, S. Factores de riesgo por trastornos hipertensivos en gestantes atendidas en el Hospital León Becerra de Milagros. Guayaquil – Ecuador. Abril 2018. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31335>
- 4.- Curiel – Balsera, E y otros Análisis de la morbimortalidad materna de las pacientes con preeclampsia grave, eclampsia y síndrome HELLP que ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos gineco-obstétrica : Med Intensiva; año: 2011;35(8): pp 478-83.
- 5.- Pacheco, J et al. Enfermedad hipertensiva de la gestación. Segunda Edición. en: Pacheco J (ed). Ginecología, Obstetricia y Reproducción.; Lima: 2007 REP SAC,.
- 6.- E S. Epidemiología de la preeclampsia Obstet RPG, editor.; 2006; 52(4):pp 213-218.
- 7.- Ministerio de Salud. Gobierno del Perú.[Internet]. Lima, Perú: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Reporte Epidemiológico de la Mortalidad materna en el Perú; 2012-2013.[citado el 26 de septiembre del 2017]. Disponible desde: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>
- 8.- Instituto Nacional Materno Perinatal. Oficina Estadística e Informática. Informe para la red año: 2013
- 9.- CV A. Enfoques epidemiológicos para estudiar los resultados recurrentes del embarazo: desafíos e implicaciones para la investigación Perinatol S, editor.; 2007; 31 : 196 - 201.
- 10.- Chaves R, Soto. R. Intervención de Enfermería Obstétrica: un estudio de caso. 1. *Artículo E*. año: 2009 pp 203 – 51.
- 11.- Angerami, E. Soto I, Nájera, R. De Escobar, V. Programa general de desarrollo de investigación de Enfermería. OPS/OMS. Washington, DC en Nájera R.

12.- Modelos y teorías de enfermería. Edición: 7. (2011). Ciudad: Madrid. Elsevier - España. Disponible: <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/dorothea.html> /2016 C.H. Enfermería 2015

13.- Lange, I. Urrutia, M. Campos, C. Gallegos, E. et al. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina. Organización Panamericana de la Salud (THS/0506/7 ed.). Año 2006.

14.- Álvarez, J. Espitia, N. Percepción del cuidado de enfermería en gestantes diagnosticadas con preeclampsia en una institución de cuarto nivel. [Internet]. 2012.[Citado 03 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10554/13740>.

15.- Ortega, T. Proceso de atención de enfermería en pacientes con preeclampsia.[Internet]. *Universidad Técnica de Machala*.2017. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/10800/1/ORTEGA%20ESPINOZA%20TANYA%20DE%20LOS%20ANGELES.pdf>

16.- Laza, C. Pulido, G. Castiblanco, R. Peligro, muerte y secuelas: percepción de la preeclampsia severa por quienes la han vivido. (Murcia abr. 2014). *vol 13* (N°34). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16956141201400020022

17.- Vega, M. et al. Artículo de Investigación. Vida cotidiana y preeclampsia: Experiencias de mujeres del Estado de México. Disponible en Internet el 12 de enero de 2016. *Revista Enfermería Universitaria*. 2016;13(1):12---24 Disponible en: 10: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166570632016000100012

18.- Tapia, J. Plan Educativo de Intervención con calidad y calidez para la correcta aplicación del protocolo de preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Marco Vinicio Iza de Nueva Loja, 203. [Internet] *Universidad Regional Autónoma de los Andes*. [citado, 15 de Octubre del 2017]. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/2237>

19.- Sánchez, M. Estrategia Educativas de Enfermería para la prevención de Complicaciones Obstétricas en embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital IESS Ambato en el periodo Abril - Agosto 2016.” [Internet] (Ambato-Ecuador 2016). Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/5065>

20.- Mejía, E. Vásquez, M. García, S. Conocimiento de la usuaria para la detección oportuna de la preeclampsia. [Internet]. 2012, Feb. [Citado 20 de noviembre del 2017]. RI000698. Disponible en: <http://hdl.handle.net/123456789/1481>

21.- Lozano, F. Morbimortalidad perinatal en mujeres con preeclampsia leve y severa en el Hospital Regional de Cajamarca, enero – diciembre 2012. [Internet]. 2013, Cajamarca – Perú. [Citado 10 de noviembre del 2017]. Disponible en : <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/221>

22.- Bonifacio, S. Relación entre el nivel de conocimientos y las fuentes de información sobre preeclampsia en gestantes con este trastorno atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante mayo-julio 2015. [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015. [citado 11 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4570>

23.- Perozo-Romero Juan, Santos-Bolívar Joel, Peña-Paredes Elvia, Sabatini-Sáez Isabel, Torres-Cepeda Duly, Reyna-Villasmil Eduardo. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela *versión impresa* ISSN 0048-7732 v.69 n.1 Caracas- mar. 2009. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S004877322009000100009&script=sci_arttext

24.- Aguilar. C eat al. Factores de riesgo de preeclampsia en gestantes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2016. Juliaca- Perú. [Internet]. Universidad Andina “NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ” Disponible en: <http://repositorio.uancv.edu.pe:8080/bitstream/handle/UANCV/1383/tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

25.- Padilla Prado, S. Factores de riesgo por trastornos hipertensivos en gestantes atendidas en el Hospital León Becerra de Milagros. Guayaquil – Ecuador. Abril 2018. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31335>

26.- Cruz Hernández Jeddú, Hernández García Pilar, Yanes Quesada Marelis, Isla Valdés Ariana. Revista Cubana de Medicina General Integral versión On-line ISSN 1561-3038 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2007. Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252007000400012#cargo

27.- Di Marco Ingrid, Basualdo María Natalia, Di Pietrantonio Evangelina, Paladino Silvina, Ingilde Mónica, Domergue Gastón, Velarde Carmen Nora. Guía de práctica clínica: Estados Hipertensivos Del Embarazo 2010 Redalyc (Sistema de Información Científica Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/912/91218911005.pdf>

28.- Joerin Verónica Natalia, Dozдор Lorena Analía, Brés Silvina Andrea, Avena Josefina Leonor. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 165 – Enero 2007. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista165/5_165.pdf.

29.- Soto Rebollar Eliud, Ávila Esquivel José Fernando, Gutiérrez Gómez Víctor Manuel. Archivos de investigación Maternoinfantil. Vol. II, no. 3, Septiembre-Diciembre 2010 p 117-122.

30.- Mora-Valverde José Alberto. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX (602) 193-198, 2012. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/602/art6.pdf>

31.- Pacheco José. Simposio de Hipertensión Arterial. Preeclampsia/eclampsia: Reto para el Gineco-obstetra Acta Med Per. 23(2) 2006. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a10.pdf>

32.- Ministerio de Salud. Dirección Regional de Salud Cajamarca APRISABA. Este manual está especialmente destinado al personal de salud de los Establecimientos M 1 Nivel de Atención. Se publica dentro M Convenio Multilateral Perú - Holanda - Suiza y la Dirección Regional de Salud Cajamarca en el período 1993 - 1997. C.

33.- García, G; Pech, D. Desarrollo científico de Enfermería, Factor de riesgo y Etapa del Embarazo en que se presenta la Preeclampsia/ Mar. 2006.

34.- Sarrado J; Cléries X; Ferrer M; Kronfly E. Evidencia científica en medicina: ¿Única alternativa? Instituto de Estudio de la Salud. Barcelona 2004.

35.- Delgado, P. Métodos y técnicas cualitativas: rigor, calidad y ética. Escuela Universitaria d' Enfermería. Universitat de Barcelona.

36.-Valdez V. Influencia de las estrategias didácticas de organización sobre conocimientos de salud bucal en madres gestantes del hospital nacional docente madre niño San Bartolomé–Lima 2013.Tesis-Posgrado Universidad Nacional Mayor de San Marcos[internet].Lima. 2013 [citado 01-09-16] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000100012

37.-Benites-Cóndor, Y.; Bazán-Ruiz S., Valladares-Garrido D. Factores asociados al desarrollo de la preeclampsia en un Hospital de Piura, Perú.CIMEL 2011, Volumen 18, Muemero 2; 16(2):77-82.

38.- Heredia, I. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto, enero 2019 a diciembre 2014. Tesis, 2015. Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina. Trujillo, Perú.

39.- Altunaga M.; Lugones, M. Incidencia de algunos factores de riesgo en la preeclampsia con signos de gravedad. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010; 36(3) 352-359. <http://Scielo.sld.cu>.

40.- Balestena J., Fernández R., Hernández, A. Comportamiento de la preeclampsia grave. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2001; 27(3):223-32.

41.- Núñez, D. Factores de riesgo preconceptionales y emergencias en relación con la aparición de preeclampsia en mujeres con 20 a 40 semanas de gestación, de 15 a 49 años de edad atendidas. Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Carrera de Medicina. Ambato-Ecuador.2012.

ANEXOS

ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Educación Sanitaria en gestantes con riesgo de preeclampsia atendidas en el Hospital Docente
Las Mercedes – Chiclayo Marzo a Julio 2018”

Yo,, gestante con detección temprana de riesgo de preeclampsia durante mi atención en el servicio de ginecología del Hospital Docente Las Mercedes - Chiclayo, me comprometo a participar dentro de la muestra que será evaluado en el presente estudio, bajo mi consentimiento y sin haber sido obligada o coaccionada.

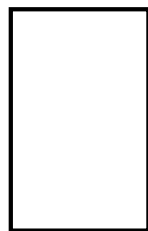
Consiento que la investigadora pueda tomar información necesaria, los cuales serán manejados con confidencialidad y anonimato, para determinar si será efectiva la educación sanitaria a las gestantes con riesgo de preeclampsia así también las mismas serán usadas en presentaciones y/o publicaciones.

Declaro que la investigadora me ha explicado en forma clara el propósito del estudio, como se desarrollará y los procedimientos a seguir. Y consto que he tenido la oportunidad de realizar todas las preguntas que considere necesarias antes de aceptar mi participación.

Firma del participante: _____

N° D.N.I: _____

Fecha: _____



Huella Digital

ANEXO 02

INSTRUMENTO

“Educación Sanitaria en gestantes con riesgo de pre eclampsia atendidas en el Hospital Docente Las Mercedes – Chiclayo Marzo a Julio 2018”

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

I.- DATOS SOCIOECONOMICOS

1.- Edad: _____ años

2.- Estado civil:

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

3.- Procedencia

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

4.- Escolaridad

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

5.- Ocupación (Marque las opciones que necesite)

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

Si no trabaja favor de pasar a la pregunta 9

6.- Turno

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

7.- Jornada laboral

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

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

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

II.- ANTECEDENTES DEL EMBARAZO

9.- Gestas (número de embarazos): _____

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

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

III.- CONOCIMIENTOS DE PREECLAMPSIA

11.- ¿Sabes que es la preeclampsia?

- a) SI
- b) NO

Defínala con sus propias palabras

12.- ¿Conoces los signos y síntomas de alarma durante el embarazo?

- a) SI
- b) NO

13.- ¿Reconoce usted cuando su presión esta alta?

- a) SI
- b) NO

14.- ¿Conoce usted cuál es su ganancia de peso adecuado durante su embarazo?

- a) 11.5 – 16 kg
- b) 12.5 – 18 kg
- c) 7 - 11kg
- d) 6 - 7 kg

- 15.- ¿Realiza algún ejercicio durante el día?
- a) Camina
 - b) Realiza profilaxis
 - c) Ejercicios pasivo o activo
 - d) Yoga
 - e) Ninguno
- 16.- ¿Qué enfermedades ha presentado ud antes de su embarazo?
- a) Hipertensión Arterial
 - b) Diabetes Mellitus
 - c) Infecciones
 - d) Otras
 - e) Ninguno
- 17.- Antecedentes heredofamiliares de preeclampsia (mamás, hermanas ,etc)
- a) SI
 - b) NO
- 18.- ¿Lleva acabo un control prenatal?
- a) SI
 - b) NO
- 19.- ¿Con que frecuencia acude a su control prenatal?
- a) Una vez al mes
 - b) Cada 2 meses
 - c) Me olvido
 - d) No paso control
 - e) Según cita
- 20.- ¿A partir de que SDG comenzó su control prenatal?
- a) Antes de las 12 SDG
 - b) De 12 a 19 SDG
 - c) De 20 a 31 SDG
 - d) De 32 a 35 SDG
 - e) Después de 36 semanas
- 21.- ¿Conoce que pasa con su estado de salud cuando algo está mal con su embarazo?
- a) SI
 - b) NO
- 22.- ¿Qué profesional de salud le brinda las consultas de su control prenatal?
- a) Enfermera ()
 - b) Medico ()
 - c) Nutriólogo ()
 - d) Trabajadora social ()
 - e) Obstetra ()
- 23.- ¿De cuáles de los temas que a continuación se presentan le han hablado?

- a) Alimentación ()
- b) Higiene ()
- c) Vestimenta ()
- d) Que hacer después del nacimiento de bebe ()
- e) Ejercicio ()
- f) Preeclampsia ()
- g) Sexualidad en el embarazo ()
- h) Planificación Familiar ()
- i) Cuidados del Recién nacido ()
- j) Salud bucal ()
- k) Lactancia materna ()
- l) Otros ()

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

- a) Control de peso y talla ()
- b) Toma de presión arterial ()
- c) Toma de temperatura ()
- d) Todas ()

25.- ¿Para mantener un peso adecuado durante el embarazo, ha realizado cambios alimentarios?

- a) Comida rápida ()
- b) Consumo de sopas ()
- c) Arroz y pollo
- d) Incremento de carnes, verduras, lácteos menestras y frutas ()
- e) Otras ()

26.- ¿Concilia el sueño fácilmente?

- a) SI
- b) NO

27.- ¿Dedica horas a su recreación?

- a) SI
- b) NO

28.- Cuando acude a su control ¿La información que le brindan es clara y comprensible?

- a) SI
- b) NO

29.- Ha recibido alguna orientación sobre sus cuidados durante el embarazo?

- a) SI
- b) NO

¡Muchas gracias por su apoyo!

Encuestadora: Julissa Katerin Taco Quispe

**CARTILLA DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE
EXPERTOS DE LA ENCUESTA**

1. NOMBRE DEL JUEZ		Josue Lore Vargen
2.	PROFESIÓN	Doc. Ejecutivo
	TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Magister
	ESPECIALIDAD	Investación Médica de Ejecución
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	28 años
	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	H. R. D. L. M. Ch.
	CARGO	Ejecutivo Jefe
TITULO DE LA INVESTIGACIÓN		
EDUCACION SANITARIA EN GESTANTES CON RIESGO DE PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO, MARZO A JULIO 2018		
3. NOMBRE DEL TESISISTA	Taco Quispe Julissa Katerin	
4. INSTRUMENTO EVALUADO	Tipo: Cuestionario Contexto: Autoadministrativo	
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO	Determinar la efectividad de la educación sanitaria en gestantes con riesgo de preeclampsia atendidas en el Hospital Docente Las Mercedes – Chiclayo, Marzo a Julio 2018	
EVALÚE CADA ITEM DEL INSTRUMENTO MARCANDO CON UN ASPA EN "TA" SI ESTÁ TOTALMENTE DE ACUERDO O CON EL ITEM "TD" SI ESTÁ TOTALMENTE EN DESACUERDO, SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.		
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO	El instrumento consta de 8 preguntas sobre datos socioeconómicos, 2 preguntas de antecedentes del embarazo y 19 preguntas de conocimientos sobre preeclampsia, ha sido	

construido, teniendo en cuenta la revisión de la literatura, luego del juicio de expertos que determinará la validez de contenido será sometido a prueba de piloto para el cálculo de la confiabilidad con el coeficiente de alfa de Cronbach y finalmente será aplicado a las unidades de análisis de esta investigación.

I. DATOS SOCIOECONOMICOS

<p>1. Edad: _____ años</p>	<p>TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD(<input type="checkbox"/>)</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>2. Estado civil:</p> <p>a) Soltera</p> <p>b) Casada</p> <p>c) Divorciada</p> <p>d) Viuda</p> <p>e) Conviviente</p>	<p>TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD(<input type="checkbox"/>)</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>3. Procedencia:</p> <p>a) Urbana (ciudad)</p> <p>b) Rural (comunidad, campo)</p>	<p>TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD(<input type="checkbox"/>)</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>4. Escolaridad:</p> <p>a) Primaria</p> <p>b) Secundaria</p> <p>c) Estudiante universitario</p> <p>d) Profesional</p> <p>e) Otra</p>	<p>TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD(<input type="checkbox"/>)</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>5. Ocupación:</p> <p>a) Ama de casa</p> <p>b) Empleada</p> <p>c) Estudiante</p> <p>d) Otra</p> <p>Si no trabaja favor de pasar a la pregunta 9</p>	<p>TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD(<input type="checkbox"/>)</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

6. Turno	TA(✓) TD()
<ul style="list-style-type: none"> a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Mixto 	<p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
7. Jornada laboral	TA(✓) TD()
<ul style="list-style-type: none"> a) Menos de 8 horas b) 8 horas c) Más de 8 horas d) Jornada acumulada (igual o más de 12 horas) 	<p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
8. ¿Cuánto tiempo permanece parada durante su jornada laboral?	TA() TD()
<ul style="list-style-type: none"> a) El 20% de la jornada laboral permanece parada b) El 50% de la jornada laboral permanece parada c) El 75% de la jornada laboral permanece parada d) El 90% de la jornada laboral permanece parada 	<p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
II.- ANTECEDENTES DEL EMBARAZO	
9. Gestas (número de embarazos):	TA(✓) TD()
_____	<p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
10. Semana de gestación (SDG) del embarazo:	TA(✓) TD()
<ul style="list-style-type: none"> a) Menos de 12 SDG b) De 12 a 20 SDG c) De 21 a 32 SDG d) De 33 a 36 SDG e) De 37 a 42 SDG 	<p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>

III.- CONOCIMIENTOS DE PREECLAMPSIA

11. ¿Sabes que es la preeclampsia?

a) SI
b) NO

Definala con sus propias palabras

TA() TD()

SUGERENCIAS:

12. ¿Conoces los signos y síntomas de alarma durante el embarazo?

a) SI
b) NO

TA() TD()

SUGERENCIAS:

13. ¿Reconoce usted cuando su presión esta alta?

a) SI
b) NO

TA() TD()

SUGERENCIAS:

14. ¿Conoce usted cuál es su ganancia de peso adecuado durante su embarazo?

a) 11.5 – 16 Kg
b) 12.5 – 18 Kg
c) 7 – 11 Kg.
d) 6 – 7 Kg

TA() TD()

SUGERENCIAS:

15. ¿Realiza algún ejercicio durante el día?

a) Camina
b) Realiza profilaxis
c) Ejercicio pasivo o activo
d) Yoga
e) Ninguno

TA() TD()

SUGERENCIAS:

16. ¿Qué enfermedades ha presentado usted antes de su embarazo?

a) Hipertensión arterial
b) Diabetes Mellitus
c) Infecciones
d) Otras
e) Ninguno

TA() TD()

SUGERENCIAS:

17. Antecedentes heredofamiliares de preeclampsia (mamá, hermanas)	TA(✓) TD()
a) SI b) NO	SUGERENCIAS: _____ _____
18. ¿Lleva acabo un control prenatal?	TA(✓) TD()
a) SI b) NO	SUGERENCIAS: _____ _____
19. ¿Con que frecuencia acude a su control prenatal?	TA(✓) TD()
a) Una vez al mes b) Cada 2 meses c) Me olvido d) No paso control e) Según mi cita	SUGERENCIAS: _____ _____
20. ¿A partir de que SDG comenzó su control prenatal?	TA(✓) TD()
a) Antes de las 12 SDG b) De 12 a 19 SDG c) De 20 a 31 SDG d) De 32 a 35 SDG e) Después de 36 semana f) Ninguno	SUGERENCIAS: _____ _____
21. ¿Conoce que pasa con su estado de salud cuando algo está mal con su embarazo?	TA(✓) TD()
a) SI b) NO	SUGERENCIAS: _____ _____
22. ¿Qué profesional de salud le brinda las consultas de su control prenatal?	TA(✓) TD()
a) Enfermera b) Medico c) Nutriólogo d) Trabajadora social e) Obstetra	SUGERENCIAS: _____ _____

<p>23. ¿De cuáles de los temas que a continuación se presentan le han hablado?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Alimentación b) Higiene c) Vestimenta d) Que hacer después del nacimiento de bebe e) Ejercicio f) Preeclampsia g) Sexualidad en el embarazo h) Planificación Familiar i) Cuidados del Recién nacido j) Salud bucal k) Lactancia materna l) Otros 	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>24. ¿Qué actividades realiza el personal de enfermería antes de su control prenatal?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Control de peso y talla b) Toma de presión arterial c) Otras d) Toma de temperatura e) Todas 	<p>TA() TD(✓)</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <p><i>No es relevante</i></p> <hr/> <hr/>
<p>25. ¿Para mantener un peso adecuado durante el embarazo, ha realizado cambios alimentarios?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Comida rápida b) Consumo de sopas c) Arroz y pollo d) Incremento de carnes, verduras, lácteos, menestras y frutas e) Otras 	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>26. ¿Concilia el sueño fácilmente?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) SI b) NO 	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>

<p>27. ¿Dedica horas a su recreación?</p> <p>a) SI</p> <p>b) NO</p>	<p>TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>28. Cuando acude a su control ¿La información que le brindan es clara y comprensible?</p> <p>a) SI</p> <p>b) NO</p>	<p>TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>29. ¿Ha recibido alguna orientación sobre sus cuidados durante el embarazo?</p> <p>a) SI</p> <p>b) NO</p>	<p>TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>PROMEDIO OBTENIDO:</p>	<p>N° TA _____ N° TD _____</p>
<p>7. COMENTARIO GENERALES</p>	
<p>8. OBSERVACIONES</p>	

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE
HOSPITAL REGIONAL "REINA DE LAS MERCEDES" OHL

Susana Lara Vargas
Lic. Enf. Susana Lara Vargas
CEP: 15217

JUEZ
SELLO Y COLEGIATURA

**CARTILLA DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE
EXPERTOS DE LA ENCUESTA**

1. NOMBRE DEL JUEZ		Elizabeth Souto Alagoz
2.	PROFESIÓN	Dr. Ginecología
	TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Licenciada
	ESPECIALIDAD	—
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	32 años
	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	H.R.D.L. Ch
	CARGO	—
<u>TITULO DE LA INVESTIGACIÓN</u>		
EDUCACION SANITARIA EN GESTANTES CON RIESGO DE PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO, MARZO A JULIO 2018		
3. NOMBRE DEL TESISISTA	Taco Quispe Julissa Katerin	
4. INSTRUMENTO EVALUADO	Tipo: Cuestionario Contexto: Autoadministrativo	
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO	Determinar la efectividad de la educación sanitaria en gestantes con riesgo de preeclampsia atendidas en el Hospital Docente Las Mercedes – Chiclayo, Marzo a Julio 2018	
EVALÚE CADA ITEM DEL INSTRUMENTO MARCANDO CON UN ASPA EN "TA" SI ESTÁ TOTALMENTE DE ACUERDO O CON EL ITEM "TD" SI ESTÁ TOTALMENTE EN DESACUERDO, SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.		
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO	El instrumento consta de 8 preguntas sobre datos socioeconómicos, 2 preguntas de antecedentes del embarazo y 19 preguntas de conocimientos sobre preeclampsia, ha sido	

construido, teniendo en cuenta la revisión de la literatura, luego del juicio de expertos que determinará la validez de contenido será sometido a prueba de piloto para el cálculo de la confiabilidad con el coeficiente de alfa de Cronbach y finalmente será aplicado a las unidades de análisis de esta investigación.

I. DATOS SOCIOECONOMICOS

1. Edad: _____ años

TA() TD()

SUGERENCIAS:

2. Estado civil:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Divorciada
- d) Viuda
- e) Conviviente

TA() TD()

SUGERENCIAS:

3. Procedencia:

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

TA() TD()

SUGERENCIAS:

4. Escolaridad:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Estudiante universitario
- d) Profesional
- e) Otra

TA() TD()

SUGERENCIAS:

5. Ocupación:

- a) Ama de casa
- b) Empleada
- c) Estudiante
- d) Otra

TA() TD()

SUGERENCIAS:

Si no trabaja favor de pasar a la pregunta 9

<p>6. Turno</p> <p>a) Matutino</p> <p>b) Vespertino</p> <p>c) Nocturno</p> <p>d) Mixto</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>7. Jornada laboral</p> <p>a) Menos de 8 horas</p> <p>b) 8 horas</p> <p>c) Más de 8 horas</p> <p>d) Jornada acumulada (igual o más de 12 horas)</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>8. ¿Cuánto tiempo permanece parada durante su jornada laboral?</p> <p>a) El 20% de la jornada laboral permanece parada</p> <p>b) El 50% de la jornada laboral permanece parada</p> <p>c) El 75% de la jornada laboral permanece parada</p> <p>d) El 90% de la jornada laboral permanece parada</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <p><i>Cuarenta horas por semana parada en su jornada laboral</i></p>
<p>II.- ANTECEDENTES DEL EMBARAZO</p>	
<p>9. Gestas (número de embarazos):</p> <p>_____</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <p>_____</p>
<p>10. Semana de gestación (SDG) del embarazo:</p> <p>a) Menos de 12 SDG</p> <p>b) De 12 a 20 SDG</p> <p>c) De 21 a 32 SDG</p> <p>d) De 33 a 36 SDG</p> <p>e) De 37 a 42 SDG</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

III.- CONOCIMIENTOS DE PREECLAMPSIA

<p>11. ¿Sabes que es la preeclampsia?</p> <p>a) SI b) NO</p> <p><u>Defínala con sus propias palabras</u></p> <hr/> <hr/>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>12. ¿Conoces los signos y síntomas de alarma durante el embarazo?</p> <p>a) SI b) NO</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>13. ¿Reconoce usted cuando su presión esta alta?</p> <p>a) SI b) NO</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>14. ¿Conoce usted cuál es su ganancia de peso adecuado durante su embarazo?</p> <p>a) 11.5 – 16 Kg b) 12.5 – 18 Kg c) 7 – 11 Kg. d) 6 – 7 Kg</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>15. ¿Realiza algún ejercicio durante el día?</p> <p>a) Camina b) Realiza profilaxis c) Ejercicio pasivo o activo d) Yoga e) Ninguno</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>16. ¿Qué enfermedades ha presentado usted antes de su embarazo?</p> <p>a) Hipertensión arterial b) Diabetes Mellitus c) Infecciones d) Otras e) Ninguno</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>

17. Antecedentes heredofamiliares de preeclampsia (mamá, hermanas)	TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD(<input type="checkbox"/>)
a) SI b) NO	SUGERENCIAS: _____ _____
18. ¿Lleva acabo un control prenatal?	TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD(<input type="checkbox"/>)
a) SI b) NO	SUGERENCIAS: _____ _____
19. ¿Con que frecuencia acude a su control prenatal?	TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD(<input type="checkbox"/>)
a) Una vez al mes b) Cada 2 meses c) Me olvido d) No paso control e) Según mi cita	SUGERENCIAS: _____ _____
20. ¿A partir de que SDG comenzó su control prenatal?	TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD(<input type="checkbox"/>)
a) Antes de las 12 SDG b) De 12 a 19 SDG c) De 20 a 31 SDG d) De 32 a 35 SDG e) Después de 36 semana f) Ninguno	SUGERENCIAS: _____ _____
21. ¿Conoce que pasa con su estado de salud cuando algo está mal con su embarazo?	TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD(<input type="checkbox"/>)
a) SI b) NO	SUGERENCIAS: _____ _____
22. ¿Qué profesional de salud le brinda las consultas de su control prenatal?	TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD(<input type="checkbox"/>)
a) Enfermera b) Medico c) Nutriólogo d) Trabajadora social e) Obstetra	SUGERENCIAS: _____ _____

<p>23. ¿De cuáles de los temas que a continuación se presentan le han hablado?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Alimentación b) Higiene c) Vestimenta d) Que hacer después del nacimiento de bebe e) Ejercicio f) Preeclampsia g) Sexualidad en el embarazo h) Planificación Familiar i) Cuidados del Recién nacido j) Salud bucal k) Lactancia materna l) Otros 	<p style="text-align: right;">TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>24. ¿Qué actividades realiza el personal de enfermería antes de su control prenatal?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Control de peso y talla b) Toma de presión arterial c) Otras () d) Toma de temperatura e) Todas () 	<p style="text-align: right;">TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <p><i>El y sus...</i></p> <p><i>foto...</i></p> <p><i>e) todos</i></p>
<p>25. ¿Para mantener un peso adecuado durante el embarazo, ha realizado cambios alimentarios?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Comida rápida b) Consumo de sopas c) Arroz y pollo d) Incremento de carnes, verduras, lácteos, menestras y frutas e) Otras 	<p style="text-align: right;">TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <p><i>Que el... el... dentro...</i></p>
<p>26. ¿Concilia el sueño fácilmente?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) SI b) NO 	<p style="text-align: right;">TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>

<p>27. ¿Dedica horas a su recreación?</p> <p>a) SI b) NO</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>28. Cuando acude a su control ¿La información que le brindan es clara y comprensible?</p> <p>a) SI b) NO</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>29. ¿Ha recibido alguna orientación sobre sus cuidados durante el embarazo?</p> <p>a) SI b) NO</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>PROMEDIO OBTENIDO:</p>	<p>N° TA _____ N° TD _____</p>
<p>7. COMENTARIO GENERALES</p>	
<p>8. OBSERVACIONES</p>	

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 COORDINADORA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE
 HOSPITAL REGIONAL DOCTOR "LAS BERNARDES" ON

[Firma]
 Lic. Dr. *[Nombre]*
 JEFE

SELLO Y COLEGIATURA

**CARTILLA DE VALIDACION NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE
EXPERTOS DE LA ENCUESTA**

1. NOMBRE DEL JUEZ		Moriche Ugaldes Fernando
2.	PROFESIÓN	Lic. By Enfermería
	TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Maestría
	ESPECIALIDAD	
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	25 años
	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	H. R. D. L. M - Ch.
	CARGO	Enfermera Asistencial
<u>TITULO DE LA INVESTIGACIÓN</u>		
EDUCACION SANITARIA EN GESTANTES CON RIESGO DE PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO, MARZO A JULIO 2018		
3. NOMBRE DEL TESISISTA	Taco Quispe Julissa Katerin	
4. INSTRUMENTO EVALUADO	Tipo: Cuestionario Contexto: Autoadministrativo ✓	
5. OBJETIVO DEL INSTRUMENTO	Determinar la efectividad de la educación sanitaria en gestantes con riesgo de preeclampsia atendidas en el Hospital Docente Las Mercedes – Chiclayo, Marzo a Julio 2018	
EVALÚE CADA ITEM DEL INSTRUMENTO MARCANDO CON UN ASPA EN "TA" SI ESTÁ TOTALMENTE DE ACUERDO O CON EL ITEM "TD" SI ESTÁ TOTALMENTE EN DESACUERDO, SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR ESPECIFIQUE SUS SUGERENCIAS.		
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO	El instrumento consta de 8 preguntas sobre datos socioeconómicos, 2 preguntas de antecedentes del embarazo y 19 preguntas de conocimientos sobre preeclampsia, ha sido	

construido, teniendo en cuenta la revisión de la literatura, luego del juicio de expertos que determinará la validez de contenido será sometido a prueba de piloto para el cálculo de la confiabilidad con el coeficiente de alfa de Cronbach y finalmente será aplicado a las unidades de análisis de esta investigación.

I. DATOS SOCIOECONOMICOS

1. Edad: _____ años

TA(x) TD()

SUGERENCIAS:

2. Estado civil:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Divorciada
- d) Viuda
- e) Conviviente

TA(x) TD()

SUGERENCIAS:

3. Procedencia:

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

TA(x) TD()

SUGERENCIAS:

4. Escolaridad:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Estudiante universitario
- d) Profesional
- e) Otra

TA(x) TD()

SUGERENCIAS:

5. Ocupación:

- a) Ama de casa
- b) Empleada
- c) Estudiante
- d) Otra

TA(y) TD()

SUGERENCIAS:

Si no trabaja favor de pasar a la pregunta 9

<p>6. Turno</p> <p>a) Matutino</p> <p>b) Vespertino</p> <p>c) Nocturno</p> <p>d) Mixto</p>	<p>TA(x) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>7. Jornada laboral</p> <p>a) Menos de 8 horas</p> <p>b) 8 horas</p> <p>c) Más de 8 horas</p> <p>d) Jornada acumulada (igual o más de 12 horas)</p>	<p>TA(y) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>8. ¿Cuánto tiempo permanece parada durante su jornada laboral?</p> <p>a) El 20% de la jornada laboral permanece parada</p> <p>b) El 50% de la jornada laboral permanece parada</p> <p>c) El 75% de la jornada laboral permanece parada</p> <p>d) El 90% de la jornada laboral permanece parada</p>	<p>TA(y) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>II.- ANTECEDENTES DEL EMBARAZO</p>	
<p>9. Gestas (número de embarazos):</p> <p>_____</p>	<p>TA(y) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>10. Semana de gestación (SDG) del embarazo:</p> <p>a) Menos de 12 SDG</p> <p>b) De 12 a 20 SDG</p> <p>c) De 21 a 32 SDG</p> <p>d) De 33 a 36 SDG</p> <p>e) De 37 a 42 SDG</p>	<p>TA(y) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>

III.- CONOCIMIENTOS DE PREECLAMPSIA	
<p>11. ¿Sabes que es la preeclampsia?</p> <p>a) SI</p> <p>b) NO</p> <p>Defínala con sus propias palabras</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
<p>12. ¿Conoces los signos y síntomas de alarma durante el embarazo?</p> <p>a) SI</p> <p>b) NO</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
<p>13. ¿Reconoce usted cuando su presión esta alta?</p> <p>a) SI</p> <p>b) NO</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
<p>14. ¿Conoce usted cuál es su ganancia de peso adecuado durante su embarazo?</p> <p>a) 11.5 – 16 Kg</p> <p>b) 12.5 – 18 Kg</p> <p>c) 7 – 11 Kg.</p> <p>d) 6 – 7 Kg</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
<p>15. ¿Realiza algún ejercicio durante el día?</p> <p>a) Camina</p> <p>b) Realiza profilaxis</p> <p>c) Ejercicio pasivo o activo</p> <p>d) Yoga</p> <p>e) Ninguno</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>
<p>16. ¿Qué enfermedades ha presentado usted antes de su embarazo?</p> <p>a) Hipertensión arterial</p> <p>b) Diabetes Mellitus</p> <p>c) Infecciones</p> <p>d) Otras</p> <p>e) Ninguno</p>	<p>TA(✓) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p>

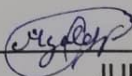
<p>17. Antecedentes heredofamiliares de preeclampsia (mamá, hermanas)</p> <p>a) SI b) NO</p>	<p>TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>18. ¿Lleva acabo un control prenatal?</p> <p>a) SI b) NO</p>	<p>TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>19. ¿Con que frecuencia acude a su control prenatal?</p> <p>a) Una vez al mes b) Cada 2 meses c) Me olvido d) No paso control e) Según mi cita</p>	<p>TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>20. ¿A partir de que SDG comenzó su control prenatal?</p> <p>a) Antes de las 12 SDG b) De 12 a 19 SDG c) De 20 a 31 SDG d) De 32 a 35 SDG e) Después de 36 semana f) Ninguno</p>	<p>TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>21. ¿Conoce que pasa con su estado de salud cuando algo está mal con su embarazo?</p> <p>a) SI b) NO</p>	<p>TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>22. ¿Qué profesional de salud le brinda las consultas de su control prenatal?</p> <p>a) Enfermera b) Medico c) Nutriólogo d) Trabajadora social e) Obstetra</p>	<p>TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>

<p>23. ¿De cuáles de los temas que a continuación se presentan le han hablado?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Alimentación b) Higiene c) Vestimenta d) Que hacer después del nacimiento de bebe e) Ejercicio f) Preeclampsia g) Sexualidad en el embarazo h) Planificación Familiar i) Cuidados del Recién nacido j) Salud bucal k) Lactancia materna l) Otros 	<p style="text-align: right;">TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>24. ¿Qué actividades realiza el personal de enfermería antes de su control prenatal?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Control de peso y talla b) Toma de presión arterial c) Otras d) Toma de temperatura e) Todas 	<p style="text-align: right;">TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>25. ¿Para mantener un peso adecuado durante el embarazo, ha realizado cambios alimentarios?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Comida rápida b) Consumo de sopas c) Arroz y pollo d) Incremento de carnes, verduras, lácteos, menestras y frutas e) Otras 	<p style="text-align: right;">TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>
<p>26. ¿Concilia el sueño fácilmente?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) SI b) NO 	<p style="text-align: right;">TA(<input checked="" type="checkbox"/>) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <hr/> <hr/>

<p>27. ¿Dedica horas a su recreación?</p> <p>a) SI</p> <p>b) NO</p>	<p>TA(0) TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>28. Cuando acude a su control ¿La información que le brindan es clara y comprensible?</p> <p>a) SI</p> <p>b) NO</p>	<p>TA(1), TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>29. ¿Ha recibido alguna orientación sobre sus cuidados durante el embarazo?</p> <p>a) SI</p> <p>b) NO</p>	<p>TA() TD()</p> <p>SUGERENCIAS:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>PROMEDIO OBTENIDO:</p>	<p>N° TA _____ N° TD _____</p>

7. COMENTARIO GENERALES

8. OBSERVACIONES



 JUEZ CEP 25940
 SELLO Y COLEGIATURA



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES DE CHICLAYO
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA

(Nº Registro 431 - 2018)

El Director y Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, otorgan la presente constancia a:

TACO QUISPE, JULISSA KATERIN

Quienes han realizado la Ejecución de datos pertinente para su proyecto de tesis titulado: **“EDUCACIÓN SANITARIA EN GESTANTES CON RIESGO DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES - CHICLAYO, MARZO A JULIO 2018**, durante los meses de Marzo y Abril del 2018 en el Departamento de Gineco – Obstetricia – Servicio de Alto Riesgo, de este Nosocomio.

Chiclayo, Octubre 2018.



Dr. PATRICIA RAQUEL CHIRINOS GUEVARA
Director Ejecutivo HRDLMCH



Dr. ALFREDO LLENQUE TEQUE
Jefe Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación