



UNIVERSIDAD VERACRUZANA



SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ

HOSPITAL REGIONAL "DR. LUIS F. NACHÓN"

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PREECLAMPSIA E
INTERPRETACION DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN,
EN USUARIAS EN ESTADO GESTACIONAL QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD URBANO "GASTÓN
MELO", EN XALAPA, VERACRUZ, DE ABRIL A JUNIO DE 2014.**

PRESENTA: DR. JORGE VIVANCO ROSAS.

RESIDENTE DE PRIMER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR

ASESOR: DR. ROBERTO PÉREZ CRUZ.

Xalapa, Veracruz, 2014

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

INVESTIGADOR: Dr. Jorge Vivanco Rosas, Correo electrónico: jorgevi.v3@gmail.com Residente de Medicina Familiar de Primer Año.

LÍNEA DE GENERACIÓN Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO (LÍNEA DE INVESTIGACIÓN).

ÁREA DEL CONOCIMIENTO.

PALABRAS CLAVE: PREECLAMPSIA, CONOCIMIENTOS, SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PREECLAMPSIA.

FECHA DE INICIO: 31 de marzo del 2014.

FECHA DE CONCLUSIÓN: 31 de marzo del 2015.

COORDINADORA DE ENSEÑANZA: Lic. En Enfermería Beatriz A. García Rivas.

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN: Dr. Mauricio Fidel Mendoza González.

DIRECTOR DEL HOSPITAL CIVIL DR. LUIS F. NACHON: Dr. Cesar Alarcón Castillo

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La preeclampsia es una enfermedad propia de la segunda mitad del embarazo que constituye un grave problema de salud pública en México y a nivel mundial, que en caso de no atenderse a tiempo trae consecuencias funestas para la madre y el producto de la concepción, debido a esto origina altos costos económicos tanto para la persona que la padece, como para las instituciones de salud.

Según cifras del INEGI, en México la preeclampsia junto con la eclampsia ocupa el primer lugar de mortalidad materna durante 2010, en mujeres embarazadas de 20 a 24 años (188 casos de cada 100 mil mujeres de ese grupo de edad), durante 2011, 23 de cada 100 defunciones de mujeres embarazadas (15 a 49 años) son por trastornos hipertensivos durante el embarazo. Veracruz no está exento de estas cifras ya que la preeclampsia es la principal complicación de emergencia obstétrica en las mujeres de 15 a 49 años.

Diversos autores incluyen a la preeclampsia como parte de la triada mortal de la obstetricia moderna junto con la hemorragia obstétrica y las infecciones puerperales.

El tratamiento de la preeclampsia actualmente se basa en la extracción de la placenta, obviamente con la conclusión del embarazo. A pesar de los avances científicos y tecnológicos no es posible prevenir esta enfermedad; sin embargo es posible detectarla en forma precoz con los signos y síntomas de alarma obstétrica.

El manejo de esta enfermedad es multidisciplinario y en la mayoría de las pacientes el pronóstico de la patología está relacionado con una detección precoz y un buen apego al tratamiento, a pesar de esto las embarazadas acuden en forma tardía a los servicios médicos, debido a diferentes circunstancias.

En el Hospital Dr. Luis F. Nachón se cuenta con la estructura necesaria para la atención de pacientes embarazadas con el diagnóstico de preeclampsia-eclampsia, sin embargo a pesar de contar con el equipo multidisciplinario para su atención, algunas pacientes aún continúan llegando en forma tardía al hospital. Por lo que se ha planteado el siguiente cuestionamiento:

1.1 ¿CUÁL ES LA RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PREECLAMPSIA EN USUARIAS EN ESTADO GESTACIONAL Y LA INTERPRETACION DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD URBANO “GASTÓN MELO” DE ABRIL A JUNIO 2014?

1. MARCO TEÓRICO

Resulta patético que hasta antes del siglo XVII la muerte durante el parto y el embarazo representaban una situación muy frecuente, tanto que llegaba a considerarse una condición natural, inherente a la condición de la mujer y en función de la sociedad y el matrimonio, en caso de no superar esta situación simplemente era sustituida por otra mujer con fines de procreación.

Preeclampsia.

Definición.

La mayoría de los autores definen a la preeclampsia como un “trastorno multisistémico de severidad variable específico del embarazo, caracterizado por una reducción de la perfusión sistémica generada por vaso espasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o las primeras dos semanas después de éste”. El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial igual o mayor a (140/90 mm Hg, en dos ocasiones, por lo menos con 6 horas de diferencia) y proteinuria (excreción de proteínas de ≥ 300 mg en una colección de orina de 24 horas, o una tira reactiva de $\geq 2 +$), en mujeres embarazadas con tensión arterial previamente normal 1. GPC

Etiología y fisiopatogenia.

Es conocida como la enfermedad de las mil teorías, debido a que no hay un modelo que explique a ciencia cierta el origen de esta enfermedad 1, sin embargo, las teorías más aceptadas son las siguientes:

Se asocia a daño endotelial y por lo tanto puede presentar manifestaciones prácticamente en todos los aparatos y sistemas, y el feto no es la excepción. Se caracteriza por hipoperfusión tisular generalizada relacionada con una respuesta vascular anormal placentaria que se asocia con un aumento en las resistencias vasculares sistémicas, daño endotelial, cambios metabólicos, consumo plaquetario, aumento en la respuesta inflamatoria y activación del sistema de coagulación. Sibai BM et al, 2005; Chandiramani M et al, 2008; Roberts J et al, 2005

El origen exacto de la preeclampsia sigue siendo desconocido, se cree que es multifactorial. Una certeza es el papel central desempeñado por la placenta en su patología [2,3]. Una hipótesis ha sido que la preeclampsia se desarrolla como consecuencia de algún tipo de mala adaptación inmunológica entre la madre y el feto durante las primeras semanas del embarazo, lo que lleva a un trastorno de progresión de 2 pasos que se pueden resumir de la siguiente manera: en un primer paso, asintomático, las interacciones inmunes aberrantes locales feto-materna dentro de la pared uterina al tejido deteriorado y la invasión arterial por las células del trofoblasto. Esto se traduce en la transformación fallida de las arterias espirales uterinas y posteriormente empeora la perfusión placentaria. Se espera que la hipoxia crónica o alternar períodos de hipoxia / reoxigenación dentro del espacio intervilloso para desencadenar el estrés oxidativo del tejido y aumentar la apoptosis y necrosis placentaria [4,5]. surge el trastorno clínico, en un segundo paso, cuando el vascular materna y el sistema inmunológico no puede manejar por más tiempo el aumento de derramamiento de los residuos producido por la placenta y la expresión aberrante de factores pro-inflamatorios, anti-angiogénicos y angiogénicos, que conduce a una disfunción endotelial sistémica de las células y una respuesta inflamatoria exagerada [6,7,8]. Esta hipótesis ha sido cuestionada recientemente [9]. Se propuso en cambio que la falla intrínseca en la diferenciación del trofoblasto en diferentes momentos de la ontogenia puede conducir, tanto a un trastorno leve con aparición tardía o RCIU complicado o no con los síntomas maternos. Sin embargo, el origen de la preeclampsia no puede estar restringido a una alteración de la diferenciación del trofoblasto, pero también puede, en algunos casos depender de factores constitucionales maternos subyacentes tales como genética, la obesidad, el aclaramiento materno disfuncional o sistemas inflamatorios. 1

Es sabido que debe existir placentación para que se desarrolle la enfermedad, es decir, que bajo ninguna otra circunstancia se presenta. 1

Factores predisponentes.

Se considera una mujer embarazada con mayor riesgo para desarrollar preeclampsia cuando existe:

- Hipertensión crónica o enfermedad renal preexistente (15-40%).
- Diabetes mellitus pre-existente (10-35%).
- Enfermedades del tejido conectivo como lupus (10-20%).
- Trombofilia congénita o adquiridas (10-40%).
- Obesidad (10-15%)
- Edad mayor a 40 años (10-20%).
- Embarazo gemelar (8-20%),
- Embarazo triple (12-34%).
- Antecedente de preeclampsia (11-22%).
- Embarazo por semen de donador y donación de oocito (10-35%). Nivel de evidencia II-3 US Preventive Services Task Force *Barton JR, 2008*
- El ejercicio físico excesivo se asocia con riesgo de desarrollar hipertensión arterial gestacional y preeclampsia, con un riesgo relativo de 1.6 (IC95% 1.30-1.96). Nivel de evidencia III US Preventive Services Task Force *JOGC, 2008*
- La obesidad se asocia con mayor riesgo de preeclampsia; sin embargo, no hay estudios que demuestren el beneficio de la reducción de peso durante el embarazo, para prevenir la preeclampsia. Nivel de evidencia II-2 US Preventive Services Task Force *JOGC, 2008*

Epidemiología.

En algunos estudios realizados para determinar las características clínico epidemiológicas de la enfermedad hipertensiva aguda del embarazo en su forma severa, se determinó que es más frecuente en un medio socioeconómico bajo, en primigestas y pacientes provenientes del medio rural. Además se determinó que un buen porcentaje de recién nacidos presenta al nacer un peso inferior a los 2500 gr. 1

La preeclampsia es la principal causa de muerte materna y neonatal/fetal en todo el mundo. 1

La preeclampsia aparece en el 5 al 10% de todos los embarazos, se presenta en el 2-5% de los embarazos en el Occidente y produce 22% de las muertes perinatales, el síndrome de HELLP en la preeclampsia-eclampsia va del 2 al 20%. 1

La preeclampsia es más frecuente entre pacientes de raza negra que en pacientes de raza blanca, también es más frecuente que aparezca antes del parto en un 69% contra un 31% después del nacimiento. 1

Generalmente la preeclampsia antes de las 32 semanas es más agresiva y con una mortalidad materna 20 veces mayor que al término de la gestación. 12

La preeclampsia y eclampsia causan 50 000 muertes anuales en el mundo. México y Latinoamérica, no son ajenas estas cifras, ya que es la principal causa de muerte materna. La vigilancia prenatal aunados al diagnóstico y tratamiento oportunos, reducen la mortalidad materna, esto es evidente en diversos estudios científicos, está demostrado que la profilaxis y la participación de profesionales de la salud mejoran el resultado materno y perinatal, con la consiguiente reducción de la mortalidad materna y perinatal. 12

La mayoría de las muertes maternas ocurren en países en desarrollo y un número importante de éstas defunciones son evitables. 12 La vigilancia prenatal, el diagnóstico y el tratamiento oportuno mejoran el pronóstico de las pacientes.14, 11 la participación de profesionales, así como la interrupción del embarazo benefician a las mujeres, ya que está demostrado que la extracción de la placenta es el único tratamiento definitivo de la preeclampsia y eclampsia. 14 El diagnóstico temprano y el manejo médico adecuado, es vital en el tratamiento de estas pacientes, como consecuencia, es muy importante la referencia del primer nivel de atención al segundo o tercer nivel para el tratamiento definitivo, 15, 11 del mismo modo, se debe informar a las pacientes sobre los signos y síntomas de alarma ya que de esto depende el que acudan en forma oportuna con algún profesional de la salud.

Manifestaciones clínicas.

La evaluación clínica se debe realizar mediante una historia clínica completa para identificar los factores de riesgo o enfermedades médicas pre-existentes (diabetes mellitus tipo 1 o 2,

nefropatías, enfermedad autoinmune, etc.), seguimiento de cifras de tensión arterial, curva ponderal, exámenes bioquímicos, como biometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático, examen general de orina, cuantificación de proteínas en orina de 24 horas. Examen neurológico, cardiopulmonar, fondo de ojo. Nivel de evidencia la Shekelle *Sibai BM, 1995 Lledo AA. 2005*

Las manifestaciones clínicas van desde muy leves en gestaciones a término, sin afectación de la madre o el feto, hasta cuadros muy graves con afectación neonatal y pueden llegar a la muerte de la madre (15-20% de las muertes de causa obstétrica) o perinatal; influye la edad de la madre, la obesidad y la mayor incidencia de gemelaridad. 16

Preeclampsia leve se define por una presión arterial sistólica de > 140 mm Hg o una presión arterial diastólica > 90 mmHg en combinación con 300 mg de la proteinuria de más de 24 horas. Las elevaciones de la presión arterial deben ser confirmadas a través de dos medidas separadas tomadas al menos 6 horas de diferencia. La preeclampsia grave se diagnostica si hay elevaciones más severas de la tensión arterial o las pruebas de otras disfunciones de órganos diana. 10

En función de la afectación sistémica, se presentan otros síntomas, tales como edema, alteraciones de la hemostasia, insuficiencia renal o hepática y el síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y bajo recuento de plaquetas) que también pueden complicar el cuadro clínico. La preeclampsia puede aparecer tempranamente (preeclampsia antes de las 34 semanas de gestación) o de aparición tardía (preeclampsia que comienza después de las 34 semanas de gestación), se pueden presentar síntomas graves (presión arterial sistólica \geq 160 mmHg o presión arterial diastólica \geq 110 mmHg, proteinuria > 5 g/24 horas, oliguria, síntomas neurológicos, otros síntomas clínicos tales como la función del hígado alterada, trombocitopenia <100 000 mm³, el síndrome HELLP) y puede evolucionar a la eclampsia en los casos más graves. Además, se puede manifestar solo como un trastorno materno, con un crecimiento fetal apropiado, o puede presentarse con un feto de crecimiento restringido (Retardo en el Crecimiento Intrauterino RCI) o sufrimiento fetal repentino. 13

Las pacientes con preeclampsia grave también pueden presentar hemoconcentración debido a la disminución del volumen intravascular y los niveles séricos de ácido úrico (Wagner, 2001).

Criterios del Congreso Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) para el diagnóstico de preeclampsia severa.

La preeclampsia se considera grave si uno o más de los siguientes criterios está presente (ACOG, 2002): 10

- La presión arterial de 160 mm Hg sistólica o superior, o 110 mm Hg diastólica o superior en dos ocasiones por lo menos con 6 horas de diferencia , mientras que el paciente está en reposo en cama.
- Proteinuria de 5 gramos o superior en una muestra de orina de 24 horas o 3 + o más en dos muestras de orina al azar recolectados por lo menos con 4 horas de diferencia.
- Oliguria de menos de 500 ml en 24 horas
- Trastornos cerebrales o visuales
- Edema pulmonar o cianosis
- dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho
- Insuficiencia hepática.
- Trombocitopenia
- Restricción del crecimiento fetal. 10

Puede relacionarse con: cefalea, hiperreflexia, escotomas, tinnitus, edema en cara manos y región lumbosacra, aumento de peso exagerado. 17.

La alteración hepática usualmente es subclínica aunque puede manifestarse con náuseas, vómitos y dolor epigástrico o en hipocondrio derecho y con menos frecuencia ictericia con elevación de las transaminasas (síndrome HELLP). 17

Otras definiciones.

- Hipertensión crónica – "la presión arterial ≥ 140 mmHg sistólica y / o diastólica ≥ 90 mm confirmado antes del embarazo o antes de las 20 semanas completas de embarazo, sin una causa conocida (hipertensión esencial), asociado a una causa secundaria como enfermedad renal existente (hipertensión secundaria) o asociado a la medición en un entorno médico (hipertensión de bata blanca)";
- Hipertensión gestacional – "nueva aparición de hipertensión (definida como una presión arterial ≥ 140 mmHg de presión sistólica y / o diastólica ≥ 90 mm) después de las 20 semanas de embarazo, no tiene características maternas o fetales de la preeclampsia,

seguida de un retorno de la presión arterial a la normalidad dentro de los 3 meses después del nacimiento”;

- Superpuestos preeclampsia – “desarrollo de una o más de las características sistémicas de la preeclampsia después de 20 semanas de embarazo en una mujer con hipertensión crónica”.
- Hipertensión de bata blanca se produce en el embarazo temprano con la misma frecuencia que lo hace en las mujeres no embarazadas (Brown et al 2005). Un estudio prospectivo (n = 241) (Brown et al 2005) encontraron que el 32 % de las mujeres al comienzo del embarazo que se les dio un diagnóstico inicial de la hipertensión esencial tenían hipertensión de bata blanca. La mitad de estas mujeres tuvieron este fenómeno durante todo el embarazo y tuvo buenos resultados en el embarazo, el 40 % desarrolló hipertensión gestacional (benigna) y también tuvo buenos resultados del embarazo y el 8 % desarrolló proteinuria preeclampsia, que era significativamente menor que en las mujeres con hipertensión esencial (confirmado 22 %).
- Hipertensión postparto “La hipertensión postparto es la elevación de la tensión arterial durante el puerperio y puede estar asociada a embarazos complicados por preeclampsia, hipertensión crónica e hipertensión gestacional. Puede también presentarse sin ninguna manifestación previa en mujeres sanas o ser consecuencia de hipertensión secundaria o tiroiditis, su incidencia no es muy exacta”. 11

Algunos de los marcadores más prometedores para el Diagnóstico precoz de preeclampsia son:

La vigilancia fetal en la embarazada con preeclampsia leve, se realizará por medio de los estudios de prueba sin estrés PSS ultrasonido obstétrico, y perfil biofísico fetal PBF, para conocer el estado fetal y así disminuir el pronóstico adverso fetal. Nivel de evidencia III US Preventive Services Task Force *JOGC, 2008*

Un método útil para la vigilancia fetal es la velocimetría doppler, principalmente en los fetos con restricción del crecimiento intrauterino debido a insuficiencia placentaria, por pre-eclampsia severa. Ilb Shekelle *Eftichia V, 2004*

En los casos de condiciones médicas preexistentes que comprometan la circulación materno fetal (hipertensión crónica, vasculopatías, síndrome anticuerpos antifosfolípidos, lupus eritematoso sistémico, embarazo gemelar), se aconseja realizar flujometría doppler de cordón umbilical, principalmente cuando se sospeche retraso en el crecimiento u oligohidramnios. B Shekelle *Eftichia V, 2004*

Tratamiento.

El manejo debe ser en conjunto por parte de los servicios de obstetricia y medicina interna para la elección del fármaco antihipertensivo durante el puerperio. Los medicamentos utilizados durante el embarazo deben usarse en el puerperio, si con estos se ha mantenido la presión arterial normal.

11

Preeclampsia leve a las 37 semanas de gestación o más, debe ser tratada con el parto rápido. (Wagner, 2001) Las mujeres diagnosticadas con preeclampsia leve antes de las 37 semanas de gestación pueden estar a la expectativa hasta que lleguen a 37 semanas, siempre y cuando se sometan a pruebas prenatales regulares y evaluación materna para monitorear el deterioro y/o progresión fetal a la preeclampsia grave. En general se recomienda que las pacientes con preeclampsia severa deban ser tratadas con el parto una vez que alcanzan 32 a 34 semanas de gestación. La aparición de la preeclampsia severa antes de la viabilidad fetal (23-25 semanas de gestación), también se trata generalmente mediante el parto del feto. 10 La conducta expectante en este intervalo de edad gestacional se ha demostrado que tiene beneficios para el feto, pero sólo se debe hacer si el proceso de la enfermedad puede ser manejada para minimizar el riesgo para la madre. (Sibai , 2004)

En preeclampsia leve en el segundo nivel de atención se recomienda realizar evaluación del estado fetal cada semana, con prueba sin stress y medición de líquido amniótico. Se realizará ultrasonido obstétrico cada dos semanas para efectuar fetometría para detectar restricción del crecimiento

intrauterino. En caso de PSS no reactiva o sospecha de compromiso fetal realizar PBF. Nivel de evidencia C US Preventive Services Task Force *JOGC, 2008*

La terapia inicial puede ser manejada con agentes antihipertensivos como la metildopa, el labetalol y los bloqueadores de los canales de calcio (nifedipina). Nivel de evidencia III, IV US Preventive Services Task Force *JOGC, 2008*.

Por lo anterior, la elección dependerá de la experiencia y de la familiaridad del médico con cada fármaco en particular, hasta que se genere evidencia que pueda orientar la conducta terapéutica.

Los antihipertensivos recomendados son:

- Metildopa dosis 250 a 500 mg (hasta 2 gr por día),
- Hidralazina (60 a 200 mg/día).
- Labetalol dosis 100 a 400mg (1200mg al día),
- Nifedipina tabletas 10 a 20 mg (180 mg al día) o preparaciones de acción prolongada (120 mg al día). Nivel de evidencia *Buena práctica IV. Secretaría de Salud, 2007*.

La paciente con preeclampsia leve, embarazo menor de 37 semanas, con presión arterial sistólica menor de 150 mmHg y diastólica menor de 100 mmHg, sin alteraciones bioquímicas (proteinuria menor de 1 gr y plaquetas más de 150 000/mm³), sin datos de alteraciones del sistema nervioso central, sin datos de vaso-espasmo persistente y sin compromiso fetal se puede considerar estable. Se recomienda valorar a la paciente inicialmente, en el segundo o el tercer nivel, cada tercer día, con el objetivo de mantener la presión arterial diastólica en 90 mmHg o menos; posteriormente se valorará el estado materno y fetal cada semana, con controles bioquímicos. Nivel de evidencia C *Shekelle Robert J, et al 2003*

La terapia con corticosteroides para inducción de maduración pulmonar fetal, debe ser considerada en mujeres con presencia de preeclampsia entre las semanas 27 a 34 semanas de gestación. Nivel de evidencia III US Preventive Services Task Force *JOGC, 2008*

2.2. Hipótesis.

Hipótesis General

Las mujeres que asisten a los controles prenatales en las Unidades de salud de primer contacto, conocen los signos y síntomas de preeclampsia y las complicaciones durante el embarazo en un 70%.

Hipótesis Específicas y Nulas

H1

Las mujeres en estado gestacional conocen en un 70% los signos y síntomas de preeclampsia, que se pueden presentar durante el embarazo.

Ho1

Las mujeres en estado gestacional no conocen en un 70% los signos y síntomas de preeclampsia que se pueden presentar durante el embarazo.

H2

Las mujeres en estado gestacional conocen en un 70% las complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo.

Ho2

Las mujeres en estado gestacional no conocen en un 70% las complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo.

3. Objetivos de la investigación

3.1. Objetivo general

Relacionar los conocimientos y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia, en usuarias en estado gestacional y la interpretación de la información proporcionada por el primer nivel de atención, atendidas en el Centro de Salud Urbano “Gastón Melo” de abril a junio de 2014.

3.2. Objetivos específicos

- Establecer las características generales y obstétricas de las usuarias en estado gestacional atendidas en el Centro de Salud Urbano “Gastón Melo”.

- Identificar el conocimiento sobre signos y síntomas de preeclampsia que poseen las embarazadas que asisten a sus controles prenatales en el Centro de Salud Urbano “Gastón Melo” de abril a junio de 2014.
- Verificar los conocimientos sobre las complicaciones que poseen las embarazadas que asisten a sus controles prenatales en el Centro de Salud Urbano “Gastón Melo” de abril a junio de 2014.
- Identificar la comprensión de la información que les proporcionan por parte de los centros de salud.

3.3. Metas asociadas

- Lograr identificar las características generales y obstétricas de las usuarias en estado gestacional atendidas en el Centro de Salud Urbano “Gastón Melo”.
- Que las mujeres en estado gestacional describan e identifiquen en un 70% los signos y síntomas de preeclampsia
- Que las mujeres en estado gestacional describan en un 70% las complicaciones que se presenten durante el embarazo.

4.1 TIPO DE ESTUDIO

4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: Observacional

CLASIFICACIÓN: Transversal

TIPO: Analítico

4.2 DEFINICIÓN DEL UNIVERSO DE TRABAJO

LUGAR DE ESTUDIO: Xalapa, Veracruz. SSA Centro de Salud Urbano “Gastón Melo”

POBLACIÓN DEL ESTUDIO: Pacientes femeninas embarazadas, de 15 a 49 años de edad, que acuden a consulta en el Centro de Salud Urbano “Gastón Melo” en Xalapa, Veracruz.

PERIODO DE ESTUDIO: abril a junio de 2014

UNIDAD DE ANÁLISIS: pacientes embarazadas que acuden a consulta en el Centro de Salud Urbano “Gastón Melo”.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Embarazadas de 15 a 49 años, que acepten participar en el estudio.

Embarazadas que sean atendidas en el Centro de Salud Urbano “Gastón Melo”.

Firma del consentimiento informado por la paciente y/o los tutores, en caso de ser menor de edad.

Historia clínica con datos completos.

4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes embarazadas que no sean atendidas en el Centro de Salud Urbano “Gastón Melo”

Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Tener algún tipo de discapacidad intelectual.

4.3.2 Criterios de eliminación:

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

4.4 UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL: Se realizará la investigación en el periodo comprendido de abril a junio de 2014, en el Centro de Salud Urbano “Gastón Melo”.

4.4 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA ENTIDAD NOSOLÓGICA: Preeclampsia: “trastorno multisistémico de severidad variable específico del embarazo, caracterizado por una reducción de

la perfusión sistémica generada por vaso espasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o las primeras dos semanas después de éste”.

4.6 DEFINICIÓN DEL SUJETO DE ESTUDIO: Pacientes femeninas embarazadas, con edad de 15 a 49 años, que acudan al Centro de Salud Urbano “Gastón Melo”, que cuenten con historia clínica completa.

4.7 PROCEDIMIENTO DE LA FORMA DE OBTENCIÓN DE LAS UNIDADES:

Se tomarán pacientes embarazadas que pertenezcan al centro de salud urbano “Gastón Melo” y que acudan a consulta, se les explicará la investigación en cuestión y se dará un consentimiento informado el cual deberán firmar en caso de que acepten la participación en la presente investigación, una vez que hayan aceptado, se les solicitarán datos personales como nombre, edad, sexo, escolaridad, ocupación, además se entregará una hoja en donde se contempla el conocimiento acerca de los datos de alarma obstétrica y cuales conocen que se relacionan con preeclampsia, en caso de ser analfabeta se le explicarán en forma verbal las preguntas escritas en la hoja entregada, se recopilará información de los expedientes siendo estos la historia clínica, además de otros parámetros como peso, talla, IMC, tensión arterial.

4.9 DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES Y SU ESCALA DE MEDICION VARIABLES

4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: Observacional

CLASIFICACIÓN: Transversal

TIPO: Analítico

4.3. Población y Muestra

Universo: Estará conformado por las gestantes que acudan al Centro de Salud “Gastón Melo” para su atención prenatal durante el año 2014.

Población: Se seleccionará a las gestantes que acuden a su consulta de primera vez al Centro de Salud “Gastón Melo” para su primera atención prenatal.

Variable No1	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	VARIABLE CUALITATIVA
<p>Conocimiento sobre los signos y síntomas de preeclampsia en el embarazo</p>	<p>Son las manifestaciones clínicas, que indican un aumento de la presión arterial en el embarazo.</p>	<p>Conocimientos que poseen las embarazadas para detectar anomalías en el periodo gestacional.</p>	<p>Signo</p> <ul style="list-style-type: none"> – Edema – Sangrado transvaginal – Hiperreflexia – Retraso en el crecimiento intrauterino – Hipertensión – Convulsiones – Salida de líquido amniótico y/o meconial <p>Síntomas</p> <ul style="list-style-type: none"> – Visión borrosa – Cefalea – Acufenos – Mareos – Epigastralgia 	<p>ORDINAL</p>

<p>Variable No.2</p> <p>Conocimiento de las complicaciones durante el embarazo</p>	<p>Circunstancias que pueden poner en peligro la vida del binomio madre-hijo o como el estado en que la madre o el feto tiene o puede tener un mayor riesgo de mortalidad</p>	<p>Conocimiento que posee la embarazada para identificar anomalías que constituyen un riesgo en el embarazo</p>	<p>Conoce sobre complicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Embarazo múltiple - Retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) - Polihidramnios - Factor Rh(-) - Diabetes gestacional - Embarazo ectópico - Anemia - Infecciones respiratorias virales - Hiperémesis gravídica - Rotura prematura de membranas - Placenta previa - Preeclampsia - Desprendimiento de la placenta 	<p>VARIABLE CUALITATIVA ORDINAL</p>
---	---	---	--	-------------------------------------

			Historia de complicaciones obstétricas	
			Visita al médico oportunamente	

4.10 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Muestreo por Conveniencia. Se integrarán a las pacientes embarazadas que acuden por primera vez a consulta de 15 a 49 años al centro de salud urbano “Gastón Melo”

La recolección de los datos se realizará a través del instrumento de recolección de datos se validará previamente con una prueba piloto, tomando en cuenta los datos proporcionados por la historia clínica materna – perinatal.

b. Diseño de instrumentos:

La entrevista está estructurada en base a 19 preguntas cerradas, con duración aproximada de 15 a 20 minutos, con la finalidad de obtener los conocimientos y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia, elaborada en base a los objetivos propuestos.

c. Técnica:

Entrevista (ver anexo)

Plan de procedimientos y análisis de datos:

Se aplicará una escala de calificación en base a: bueno, regular y malo para la variable conocimientos, se clasifica como conocimiento bueno de 14 a 16 puntos, regular de 10 a 12 puntos y malo si es menor de 8 puntos.

5.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Análisis de todas las variables, mediante el paquete estadístico computacional SPSS, que permitirá crear variables sintéticas a partir de variables coloniales, por medio de análisis factorial así como realizar agrupaciones de observaciones o de variables mediante 3 algoritmos distintos y de salidas de datos.

6. REQUERIMIENTOS Y APLICACIÓN DE RECURSOS

FINANCIEROS – HUMANOS

RECURSOS HUMANOS.

1. Pacientes que aceptaron entrar al estudio
2. Dr. Jorge Vivanco Rosas R1 MF (investigador)
3. Asesor Científico: Dr. Roberto Pérez Cruz.

RECURSOS MATERIALES.

- Material bibliográfico
- Cuestionarios.
- Copias de cuestionarios, computadora, impresora, tinta para impresora, lápices, plumas. Software SPSS v.20

RECURSOS FINANCIEROS. Recursos proporcionados por el investigador

7. ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto de investigación propuesto cumple con los principios éticos para la investigación médica en seres humanos, de acuerdo a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008):

1. Se protegerá la vida, la salud, la intimidad, la confidencialidad y la dignidad del ser humano.
2. El presente protocolo se apoya de principios científicos generalmente aceptados, se apoya en conocimientos de la bibliografía científica.
3. No se daña el medio ambiente.
4. Se describe en el proyecto el método de estudio en seres humanos.
5. Cada individuo que participe en el protocolo recibirá información adecuada, oportuna y veraz.
6. Se informará el derecho de participar en el estudio o no y retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

Así como con los principios del Tribunal Internacional de Núremberg, 1947 en cuanto a experimentos permitidos:

1. El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial.
2. El experimento se realiza con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad.
3. El estudio se conduce de manera tal, que evita todo sufrimiento o daño innecesario físico o mental.
4. Durante el curso del experimento el sujeto humano debe tener la libertad de poder finalizarlo, si llega a un estado físico o mental en el que la continuación del experimento le parece imposible. El progreso en la medicina se basa en la investigación la cual debe refrendarse a través de la experimentación en seres humanos. En ésta, el objetivo de esta experimentación es dilucidar la etiología y patogenia de las enfermedades y mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos de la práctica médica.

La investigación médica explora una gran variedad de otros factores de la salud humana; los patrones de las enfermedades (epidemiología), la organización, el financiamiento y la prestación de atención médica (investigación de sistema de salud), los aspectos sociales y culturales de la salud (sociología y antropología médicas), la legislación (medicina legal) y la ética (ética médica).

El médico utiliza los resultados de la investigación médica en la práctica clínica. Por lo tanto, debe mantenerse actualizado con la investigación actual en su especialidad por medios de programas de educación médica continua, revistas médica, asistencia a congresos médicos y discusión temática con colegas afines. Incluso si no realiza investigación, el médico debe saber interpretar los resultados de la misma y aplicarlos a sus pacientes. Por ello, es esencial poseer conocimiento básico de los métodos de investigación, para lograr una práctica médica competente.

8. Cronograma de Actividades

Actividad	VII 2014	VII-IX 2014	X 2014	XI-XII 2014	I 2015	I 2015	II-VI 2015	II-VI 2015
Pregunta de Investigación								
Recopilación Bibliográfica								
Objetivos								
Justificación Planteamiento del Problema								
Material y métodos variables								
Instrumento								
Consentimiento informado								
Recursos								
Entrega del Protocolo								
Aplicación del Cuestionario								
Análisis e interpretación de Resultados								
Redacción de Tesis								

9.1 FACTIBILIDAD DEL PROYECTO

Es factible la realización de esta investigación debido a que contamos con recursos humanos médico, enfermera, los cuales trabajan 8 hrs diarias, de lunes a viernes, con un costo total bajo en cuanto al número de copias necesarias para la realización de cuestionarios, que harán posible el desarrollo y la culminación del trabajo.

9.2 VIABILIDAD DEL PROYECTO El Proyecto es viable debido a que se cuenta con los recursos económicos, materiales y humanos además de que requerirá un bajo costo.

9.3 PRODUCTOS ESPERABLES

La terminación de la tesis.

RESULTADOS

ANÁLISIS

10 BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía consultada preeclampsia.

- 1) Eulalia Sánchez Sarabia, Julio Gómez Díaz, Víctor Morales García. Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de HELLP, comportamiento clínico. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso" Oaxaca, Oaxaca
- 2) Hahn S, Gupta AK, Troeger C, Rusterholz C, Holzgreve W: Disturbances in placental immunology: ready for therapeutic interventions?. *Springer Semin Immunopathol* 2006, 27:477-493.
- 3) Jauniaux E, Poston L, Burton GJ: Placental-related diseases of pregnancy: Involvement of oxidative stress and implications in human evolution. *Hum Reprod Update* 2006, 12:747-755.
- 4) Hung TH, Skepper JN, Charnock-Jones DS, Burton GJ: Hypoxia-reoxygenation: a potent inducer of apoptotic changes in the human placenta and possible etiological factor in preeclampsia. *Circ Res* 2002, 90:1274-1281.

- 5) Soleymanlou N, Jurisica I, Nevo O, Ietta F, Zhang X, Zamudio S, Post M, Caniggia I: Molecular evidence of placental hypoxia in preeclampsia. *J Clin Endocrinol Metab* 2005, 90:4299-4308.
- 6) Redman CW, Sargent IL: Latest advances in understanding preeclampsia. *Science* 2005, 308:1592-1594.
- 7) Maynard SE, Min JY, Merchan J, Lim KH, Li J, Mondal S, Libermann TA, Morgan JP, Sellke FW, Stillman IE, Epstein FH, Sukhatme VP, Karumanchi SA: Excess placental soluble fms-like tyrosine kinase 1 (sFlt1) may contribute to endothelial dysfunction, hypertension, and proteinuria in preeclampsia. *J Clin Invest* 2003, 111:649-658.
- 8) Roberts JM, Taylor RN, Musci TJ, Rodgers GM, Hubel CA, McLaughlin MK: Preeclampsia: an endothelial cell disorder. *Am J Obstet Gynecol* 1989, 161:1200-1204.
- 9) Huppertz B: Placental origins of preeclampsia: challenging the current hypothesis. *Hypertension* 2008, 51:970-975.
- 10) Kathleen A. Pennington,^{1,*} Jessica M. Schlitt,^{1,*} Daniel L. Jackson,¹ Laura C. Schulz,¹ and Danny J. Schust^{1,†}. Preeclampsia: multiple approaches for a multifactorial disease. *Dis Model Mech.* 2012 January; 5(1): 9–18. doi: 10.1242/dmm.008516 PMID: PMC3255538
- 11) David A. Martínez-Ceccopieri,* Carlos A. Andrade-Castellanos. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Postparto. *Medicina Hospitalaria Volumen 1, núm. 3, julio-agosto, 2013*
- 12) Juan Fernando Romero-Arauz, 2Edna Morales-Borrego, Maritza García-Espinosa, María Luisa Peralta-Pedrero. Guía de práctica clínica Preeclampsia-eclampsia *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2012; 50 (5): 569-579
- 13) Simon Grill, Corinne Rusterholz, Rosanna Zanetti-Dällenbach, Sevgi Tercanli, Wolfgang Holzgreve, Sinuhe Hahn et al. Potential markers of preeclampsia – a review *Reproductive Biology and Endocrinology.* 2009, 7:70 doi:10.1186/1477-7827-7-70
 - a. The electronic version of this article is the complete one and can be found online at: <http://www.rbej.com/content/7/1/70>
- 14) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA AGUASCALIENTES, AGS., A 7 DE ABRIL DE 2013
- 15) Clare O'Loughlin, Louise Kenny, CLINICAL PRACTICE GUIDELINE, THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF PRE-ECLAMPSIA AND ECLAMPSIA, Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and Clinical Strategy and Programmes Directorate, Health Service Executive, September 2013.

- 16) Setefilla López Criado, Irene Vico Zúñiga, Ángel Santalla Hernández, Mari Paz Carrillo Badillo. PREDICCIÓN DE PREECLAMPSIA EN PRIMER TRIMESTRE
- 17) . Votta RA. Obstetricia. Segunda edición. Buenos Aires: López librerías, 1995:327-352.

ANEXOS

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PREECLAMPSIA E INTERPRETACION DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, EN USUARIAS EN ESTADO GESTACIONAL QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD URBANO "GASTÓN MELO", EN XALAPA, VERACRUZ, DE ABRIL A JUNIO DE 2014.

Nombre: _____

Número de expediente: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1) Edad:

Por favor marque con una X el espacio:

2) Estado civil:

a. Soltera b. Casada c. Unión Libre d. Divorciada e. Viuda

3) Grado de instrucción:

a. Analfabeta

- b. Primaria incompleta
- c. Primaria completa
- d. Secundaria completa
- e. Secundaria incompleta
- f. Superior no universitaria
- g. Superior universitaria

4) Con quien vive:

- a. Padres
- b. Pareja
- c. Hermanos
- d. Sola

DATOS OBSTÉTRICOS:

1) Considerando el embarazo actual, ¿cuántos embarazos ha tenido?

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. 4
- e. 5 o +

2) ¿Cuántas semanas de embarazo tiene usted? _____

FUENTE DE INFORMACIÓN DEL TEMA:

1) ¿Conoce usted o ha oído hablar acerca de los signos y síntomas alarma del embarazo relacionados con la preeclampsia?

- a. Si
- b. No

2) ¿De quién recibió usted información sobre signos y síntomas de preeclampsia en el embarazo?

a. Centro de Salud (Profesional de salud)

b. Hospital (Profesional de salud)

c. Familia

d. Vecina

e. Radio, televisión, internet.

f. No recibió información

* Si respondió Profesional de salud, responder la pregunta N° 03, si respondió otra alternativa pasarse a la pregunta N° 03

3) Está usted conforme con la atención que le brindan en el Control Prenatal

a. Sí b. No

4) Usted entendió con claridad la información sobre los signos y síntomas de alarma del embarazo relacionados con la preeclampsia que el profesional de salud le brindó durante su control prenatal

a. Sí b. No

* Sí respondió “No”, responder la pregunta N° 05, si respondió “Si” pase a la pregunta N° 06

5) Por qué no entendió la información sobre los signos y síntomas de alarma del embarazo relacionados con la preeclampsia.

a. Información poco clara por parte del profesional de salud

b. El profesional de salud uso palabras que no conozco su significado.

c. Falta de tiempo del profesional de salud para explicar la información.

d. No puse atención a la información que me dierón.

e. Otra causa.

6) ¿Durante su embarazo usted ha presentado algún signo o síntoma de alarma relacionado con la preeclampsia?

- a. Si b. No

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DEL EMBARAZO:

1) ¿Qué son signos y síntomas de alarma del embarazo relacionados con la preeclampsia?

- a. Es un virus que se da en el embarazo
- b. Son manifestaciones clínicas que indican que la salud de la madre y del niño están en peligro
- c. Son todas las enfermedades que se dan en el embarazo

2) ¿Conoce usted las diferencias que existe entre signos y síntomas?

- a. Si b. No

3) Podría marcar algunos signos y síntomas de alarma del embarazo relacionados con la preeclampsia.

- a. ver lucecitas, dolor de cabeza, zumbido de oídos, hinchazón de piernas
- b. Anemia, infección urinaria y caída del cabello
- c. Sangrado vaginal, fiebre y pérdida de líquido amniótico
- d. Sueño, dolor de espalda, náuseas y vómitos

4) ¿En qué momento las náuseas y vómitos que se presentan en el embarazo se convierten en una señal de alarma relacionada con la preeclampsia?

- a. Cuando me permiten comer o tomar líquidos.

- b. Cuando no permiten comer o tomar líquidos
- c. Cuando se acompaña de hinchazón de pies, caída del cabello
- d. Cuando ingiero alimentos que no son de mi agrado
- e. Cuando se acompañan de dolor en la boca del estómago, visión borrosa, zumbido de oídos.

6) ¿Cómo diferenciaría usted la pérdida de líquido amniótico de la expulsión de los descensos vaginales?

- a. El líquido no tiene olor y moja la ropa interior,
- b. Es de color amarillo, no tiene olor y moja la ropa interior
- c. Es de color verde claro y no moja la ropa interior
- d. El líquido amniótico huele a lejía y moja la ropa interior

7) ¿Cuándo cree usted que la presencia de contracciones uterinas o dolores de parto, son una señal de alarma del embarazo?

- a. Cuando son antes de los 8 meses y no son frecuentes
- b. Cuando son después de los 8 meses y son dolorosas
- c. Cuando son antes de los 8 meses, son frecuentes y dolorosas
- d. Cuando son después de los 9 meses

8) ¿Cuándo cree usted que el sangrado vaginal es una señal de alarma del embarazo?

- a. El sangrado es abundante, fluido o con coágulos y puede producir dolores
- b. El sangrado es poco, oscuro, con mucosidad y se presenta más o menos en la fecha de parto.

c. El sangrado puede ser abundante o poco, acompañado o no de cólicos, con dolor de espalda o dolores de parto

d. El sangrado es poco y oscuro

9) ¿Cuándo cree usted que su bebé puede estar en peligro?

a. Cuando mi bebé se mueve mucho

b. Cuando mi bebé se mueve poco

c. Cuando mi bebé no se mueve

d. Cuando mi bebé se mueve demasiado

10) ¿Cómo considera usted el orinar muy poco durante el embarazo?

a. Es frecuente y normal en el embarazo

b. Es frecuente y no es normal en el embarazo

c. No es frecuente y normal en el embarazo

d. No es frecuente ni normal en el embarazo

11) ¿Cuál de las siguientes manifestaciones durante el embarazo es normal?

a. Visión borrosa zumbido de oído

b. Dolor de cabeza y fiebre

c. Sueño, mareos y náuseas

d. Hinchazón de manos, pies y cara.

12) ¿Cuál de las siguientes manifestaciones durante el embarazo es anormal?

- a. Sueño, mareos y náusea.
- b. Ganancia de peso hasta 11 kg.
- c. Movimientos constantes del bebé
- d. Hinchazón de manos, pies y cara

13) ¿Cree usted que es normal tener la presión alta durante el embarazo?

- a. Sí
- b. NO

14) ¿Cómo considera usted al dolor de cabeza durante el embarazo?

- a. Frecuente y anormal en el embarazo
- b. Frecuente y normal en el embarazo
- c. No es frecuente y es normal en el embarazo
- d. No es frecuente y anormal en el embarazo

15) ¿Acude puntualmente a sus consultas prenatales cuando le corresponde?

Sí ____ No ____

16) ¿El centro de salud es cercano a su domicilio?

Sí ____ No ____

17) ¿Cuáles de estos ejemplos considera que son complicaciones en el embarazo?

a) Diabetes gestacional, hipertensión arterial (preeclampsia), anemia: _____

b) Sueño, dolor de espalda: _____

18) ¿En este embarazo ha tenido alguna complicación?

Sí _____ No _____

19) ¿Cuándo se presenta alguna complicación acudió al médico en forma oportuna o inmediata?

Sí _____ No _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Título del protocolo:

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PREECLAMPSIA E INTERPRETACION DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, EN USUARIAS EN ESTADO GESTACIONAL QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD URBANO “GASTÓN MELO”, EN XALAPA, VERACRUZ, DE ABRIL A JUNIO DE 2014.

Investigador principal: Dr. Jorge Vivanco Rosas.

Sede donde se realizará el estudio: Centro de Salud Urbano “Gastón Melo”

Nombre de la paciente: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si desea participar o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

El presente estudio se realizará con el fin de conocer la relación entre sus conocimientos acerca de los signos y síntomas de la preeclampsia y la interpretación de la información proporcionada por su Centro de Salud (primer nivel de atención). Se realizará un cuestionario que deberá contestar de acuerdo a las instrucciones y este tendrá carácter individual y privado, el cual nadie más podrá conocer, además se le solicitará información personal con el fin de complementar el estudio de investigación, estas preguntas se refieren a su edad, estado civil, y características propias de su familia.

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Este estudio se está realizando debido a que la preeclampsia es una enfermedad frecuente, que puede ocasionar graves estragos en la salud de las embarazadas, toda vez que se considera como una enfermedad grave que es posible resolver, cuando la embarazada cuenta con los conocimientos previos de los signos y síntomas de preeclampsia y acude a tiempo a su unidad de salud.

2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos, conocer cuál es la relación entre el conocimiento de signos y síntomas relacionados con el embarazo y la interpretación de la información proporcionada por su centro de salud (primer nivel de atención), en pacientes embarazadas que acuden a consulta en el centro de salud urbano "Gaston Melo".

Se realizarán los cuestionarios y además se tomará información de su expediente, lo cual no le proporcionará ningún daño, se analizarán los resultados y se harán relaciones con los datos obtenidos

3 BENEFICIOS DEL ESTUDIO.

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

Riesgos y beneficios

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

Confidencialidad

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

Solamente Jorge Vivanco Rosas, tendrá acceso a los datos crudos o que puedan identificar directa o indirectamente a una participante, incluyendo esta hoja de consentimiento. Estos datos serán almacenados por un periodo de 3 meses una vez que concluya este estudio.

Derechos

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

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

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

Nombre de la participante

Firma

Fecha

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

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

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

_____	_____	_____
Nombre del investigador o persona designada	Firma	Fecha

Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido, ya que a pesar de todos los esfuerzos la preeclampsia continúa causando estragos en la población.

6. ACLARACIONES

- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.