



Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Facultad de Medicina

Av. 12 de Octubre 1076 y Roca
Apartado postal 17-01-2184
Fax: 2509-584
Telf: 2509-582
Quito - Ecuador

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Torres Yajamín Alejandra Estefanía y Molina Onofa Lucía Cristina** con C.C. No. 171639741-7 y 171793070-3 respectivamente, autores del trabajo de graduación intitulado: **“PRESENCIA DE UNA ADECUADA RED DE APOYO SOCIAL Y SU RELACIÓN CON CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS APROPIADAS FRENTE A SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA EN TRES HOSPITALES DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO QUE CUENTAN CON EL ÁREA DE ATENCIÓN GÍNECO-OBSTETRA, HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE GARCÉS; MATERNIDAD ISIDRO AYORA Y HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ”**, previa a la obtención del título profesional de Médico/a Cirujano/a en la Facultad de Medicina:

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la **SENESCYT** en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 15 de abril de 2016


Alejandra Estefanía Torres Yajamín
C.C. No. 171639741-7


Lucía Cristina Molina Onofa
C.C. No. 171793070-3



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

***PRESENCIA DE UNA ADECUADA RED DE APOYO SOCIAL Y SU RELACIÓN CON
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS APROPIADAS FRENTE A SIGNOS Y
SÍNTOMAS DE ALARMA EN GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA, EN
TRES HOSPITALES EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO QUE CUENTAN CON EL
ÁREA DE ATENCIÓN GINECO-OBSTETRA, HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE GARCÉS;
MATERNIDAD ISIDRO AYORA Y HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ.***

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

MÉDICO CIRUJANO

AUTORAS:

LUCÍA CRISTINA MOLINA ONOFA

ALEJANDRA ESTEFANIA TORRES YAJAMÍN

DIRECTORA: DRA. CARMEN MÁRMOL

TUTOR METODOLÓGICO: MASTER CÉSAR YUMISEVA

QUITO, 2016

Título

PRESENCIA DE UNA ADECUADA RED DE APOYO SOCIAL Y SU RELACIÓN CON CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS APROPIADAS FRENTE A SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA, EN TRES HOSPITALES EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO QUE CUENTAN CON EL ÁREA DE ATENCIÓN GINECO-OBSTETRA, HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE GARCÉS; MATERNIDAD ISIDRO AYORA Y HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ.

Dedicatoria

A mi madre por haber creído en mí y sacarme adelante dándome un digno ejemplo de superación, sacrificio y entrega, por su amor incondicional, por su apoyo moral y económico ya que sin todo eso, el día de hoy no podría haber cumplido este sueño. A mis tíos Rosita, Gonzalo y Luz María, a mis primos Cris, Paty y Santiago. Gracias a ustedes por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo del triunfo en la vida, por motivarme y darme ánimos cuando más lo necesite y por darme su amor desde siempre. A mis amigos con quienes tuve la oportunidad de compartir a lo largo de esta carrera experiencias tanto dentro como fuera de las aulas, las mismas que llevaré guardadas por siempre, gracias por hacer que cada día valga la pena.

Alejandra

Dedico este trabajo a Dios por haberme dado la fortaleza culminar con éxito esta meta. A mi madre por haber sido parte fundamental de mi formación como persona y profesional, gracias por la dedicación, el sacrificio, el esfuerzo, los consejos, el amor, la paciencia, el apoyo incondicional y sobre todo por haber sido y seguir siendo aquel ángel que guía mi camino. A mi padre, quien con su ejemplo como persona me ayudo a formarme. A mis abuelitos por haberme enseñado con su ejemplo a servir a los demás. A mi hermano por sus palabras de apoyo y superación constante. A mis tías, tío y Paty, quienes antes, durante y después de la ausencia de mi madre fueron mi fortaleza y mi cobijo en todos los momentos de mi vida, sin su apoyo nada de esto hubiese sido posible. A mis sobrinos Cristina y Alejandro, por su amor, su cariño, su compañía. A mis amigos y colegas, con los que compartí en el colegio, la universidad y pasillos de los hospitales. Gracias por la amistad sincera.

Lucía

Agradecimiento

Queremos expresar nuestro agradecimiento:

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por las enseñanzas impartidas a lo largo de la carrera, por ser los responsables directos de nuestra formación intelectual y académica.

A nuestra Directora de Tesis, Dra. Carmen Mármol, por compartir su experiencia científica como asesora de tesis y aportar con visión crítica las acertadas sugerencias que ayudaron a la elaboración de esta tesis.

Al Master. César Yumiseva por brindarnos su experiencia, capacidad y tiempo para la realización de este trabajo, dentro de un ambiente de confianza, paciencia y amistad.

Finalmente, agradecemos el apoyo incondicional de nuestras familias y amigos.

Alejandra y Lucía

ÍNDICE

Dedicatoria	4
Agradecimiento	5
LISTA DE CUADROS.....	11
LISTA DE TABLAS	12
LISTA DE GRÁFICOS	17
RESUMEN	20
ABSTRACT	22
CAPÍTULO I.....	24
1.1. INTRODUCCIÓN.....	24
1.2. PROBLEMA	25
1.3. JUSTIFICACIÓN	26
CAPÍTULO II.....	29
2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	29
2.1 TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES	29
2.1.1 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES	29
2.1.1.1. Hipertensión arterial crónica	30
2.1.1.2 Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreañadida.....	30
2.1.1.3 Hipertensión gestacional.....	30
2.1.1.4 Preeclampsia	30
2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA	31
2.1.3 FACTORES DE RIESGO.....	32
2.1.4 FISIOLÓGÍA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN EL EMBARAZO	35
2.1.5 FISIOPATOLOGÍA DE LA PREECLAMPSIA.....	36
2.1.5.1 Sistema Inmunológico.....	36
2.1.5.2 Insuficiencia placentaria.....	37
2.1.5.3 Remodelación anormal de las arterias	38
2.1.5.4 Genética	38
2.1.5.5 Daño endotelial	38
2.1.6 MANIFESTACIONES CLÍNICAS	39
2.1.6.1 Sistema Nervioso Central (SNC)	41

2.1.6.2	Alteraciones hepáticas	41
2.1.6.3	Sistema Cardiovascular	42
2.1.7	DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA.....	43
2.1.8	COMPLICACIONES MATERNAS.....	44
2.1.8.1	Eclampsia y evento cerebro vascular	45
2.1.8.2	Síndrome de HELLP, hematoma subcapsular y rotura hepática.....	45
2.1.8.3	Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera o abruptioplacentae 46	
2.1.8.4	Coagulopatía intravascular diseminada asociado a la preeclampsia.....	47
2.1.8.5	Edema pulmonar asociado a la preeclampsia.....	47
2.1.8.6	Lesión renal aguda asociada a la preeclampsia	48
2.1.9	COMPLICACIONES PERINATALES	48
2.1.9.1	Prematuridad	48
2.1.9.2	Retraso del Crecimiento Intrauterino	49
2.1.10	MANEJO	50
2.1.10.1	Tratamiento farmacológico de la preeclampsia	50
2.1.10.2	Tratamiento no farmacológico.....	51
2.1.10.3	La edad gestacional como factor determinante en el tratamiento de la preeclampsia.....	52
2.1.10.4	Finalización del embarazo	53
2.1.10.5	Prevención y tratamiento de eclampsia	53
2.2	CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)	55
2.2.1	Conocimientos.....	56
2.2.2	Actitudes	57
2.2.3	Prácticas.....	58
2.3	REDES DE APOYO.....	58
2.3.1	CONCEPTO.....	58
2.3.2	CLASIFICACIÓN	59
2.3.2.1	Redes de apoyo social natural	59
2.3.2.2	Redes de apoyo social organizado	60
2.3.3	TIPOS DE APOYO SOCIAL.....	60
2.3.3.1	Apoyo emocional	60
2.3.3.2	Apoyo instrumental	61

2.3.3.3	Apoyo informativo.....	61
2.3.3.4	Apoyo evaluativo.....	61
2.3.4	FUENTES DEL APOYO SOCIAL.....	62
2.3.5	ESTRUCTURA DE LA RED DE APOYO SOCIAL	62
2.3.5.1	Tamaño	63
2.3.5.2	Densidad	63
2.3.5.3	Reciprocidad.....	64
2.3.5.4	Parentesco	64
2.3.5.5	Homogeneidad	64
2.3.6	FUNCIONAMIENTO Y EFECTOS DEL APOYO SOCIAL	64
2.3.7	APOYO SOCIAL Y LA SALUD	65
2.3.7.1	Modelo del efecto directo.....	67
2.3.7.2	Modelo del efecto amortiguador.....	67
2.3.8	APOYO SOCIAL EN EL EMBARAZO.....	68
CAPÍTULO III.....		70
3.	METODOLOGÍA	70
3.1	OBJETIVOS	70
3.1.1	OBJETIVO GENERAL	70
3.1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	70
3.2	HIPÓTESIS	70
3.3	TIPO DE ESTUDIO.....	70
3.4	CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	71
3.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	72
3.6	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	72
3.7	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO.....	73
3.8	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	75
3.9	ASPECTO BIOÉTICOS	76
3.10	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	76
3.10.1	Limitaciones	76
3.10.2	Delimitación	76
3.10.3	Recursos necesarios.....	76
CAPÍTULO IV		77

4.	RESULTADOS	77
4.1	DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE MADRES GESTANTES CON EMBARAZO NORMAL Y LAS MADRES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA	77
4.1.1	Edad	77
4.1.2	Estado civil	79
4.1.3	Etnia.....	80
4.1.4	Nivel de instrucción	81
4.1.5	Paridad.....	83
4.1.6	Antecedentes familiares y personales de preeclampsia las madres gestantes con embarazo normal y de las madres con diagnóstico de preeclampsia.....	84
4.1.7	Diagnóstico de preeclampsia.....	85
4.2	NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN MADRES GESTANTES CON EMBARAZO NORMAL Y MADRES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA.....	86
4.2.1	Conocimientos.....	86
4.2.2	Actitudes	88
4.2.3	Prácticas.....	89
4.3	REDES DE APOYO SOCIAL MADRES GESTANTES CON EMBARAZO NORMAL Y MADRES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA	91
4.3.1	Presencia de redes de apoyo social en madres gestantes con embarazo normal y las madres con diagnóstico de preeclampsia	91
4.4	DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA.....	92
4.4.1	Edad	92
4.4.2	Estado civil	94
4.4.3	Etnia.....	95
4.4.4	Nivel de instrucción	96
4.4.5	Paridad.....	97
4.4.6	Antecedentes personales y familiares de preeclampsia en pacientes con diagnóstico de preeclampsia.....	98
4.5	NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTIUTDES Y PRÁCTICAS DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA	99
4.5.1	Conocimientos.....	99
4.5.2	Actitudes	100

4.5.3	Prácticas.....	101
4.6	REDES DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA 102	
4.7	ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	103
CAPÍTULO V		117
5.	DISCUSIÓN.....	117
CAPÍTULO VI		122
6.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	122
6.1	CONCLUSIONES	122
6.2	RECOMENDACIONES	124
BIBLIOGRAFÍA		125
APÉNDICE		132
8.1	ANEXO 1 ENCUESTA DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.....	132
8.2	ANEXO 2 CUESTIONARIO CAP (CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS) .	133
8.3	ANEXO 3 TEST DE MOS	135
8.4	ANEXO 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES	136

LISTA DE CUADROS

CUADRO 1. Clasificación de los trastornos hipertensivos en el embarazo.

CUADRO 2. Factores de riesgo de preeclampsia.

CUADRO 3. Afectación órgano/sistema, manifestaciones clínicas y complicaciones de la preeclampsia.

CUADRO 4. Diagnóstico de preeclampsia.

CUADRO 5. Sistema de Clasificación Mississippi para Síndrome HELLP.

CUADRO 6. Terminación de embarazo según edad gestacional.

CUADRO 7. Finalización del embarazo.

CUADRO 8. Uso de sulfato de magnesio para prevención y tratamiento de eclampsia.

CUADRO 9. Precauciones en el uso de sulfato de magnesio.

CUADRO 10. Antídoto en caso de depresión o paro respiratorio por sobredosis de sulfato de magnesio.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Promedio, media, moda, edad máxima y mínima de las madres gestantes con embarazo normal y las diagnosticadas de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 2. Distribución de frecuencias de la edad por rango. Madres gestantes con embarazo normal y las diagnosticadas de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 3. Estado civil de las madres gestantes con embarazo normal y de las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 4. Autoidentificación de las madres gestantes con embarazo normal y de las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 5. Nivel de instrucción de las madres gestantes con embarazo normal y de las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 6. Distribución de frecuencias variable paridad de las madres gestantes con embarazo normal y de las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 7. Antecedentes personales y familiares de preeclampsia de las madres gestantes con embarazo normal y de las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 8. Distribución de frecuencias de las pacientes con embarazo normal y las madres con diagnóstico de preeclampsia en el periodo de Enero a Marzo del 2016.

Tabla 9. Nivel de Conocimientos sobre los signos y síntomas de alarma de preeclampsia en madres gestantes con embarazo normal y en madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo de enero a marzo del 2016.

Tabla 10. Actitudes en relación a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en madres gestantes con embarazo normal y en madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 11. Prácticas frente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en madres gestantes con embarazo normal y las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 12. Presencia de redes de apoyo social en madres gestantes con embarazo normal y las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 13. Promedio, media, moda, edad máxima y mínima de las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 14. Distribución de frecuencia de edad por rango en madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 15. Estado civil de las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 16. Autoidentificación de las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 17. Nivel de instrucción de las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 18 Paridad de las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 19. Presencia de antecedentes personales y familiares de preeclampsia en las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 20. Nivel de Conocimientos que tuvieron las madres con diagnóstico de preeclampsia sobre los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 21. Actitudes que tuvieron las madres con diagnóstico de preeclampsia en relación a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 22. Prácticas que tuvieron las madres con diagnóstico de preeclampsia frente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 23. Redes de apoyo social en madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 24. Distribución de frecuencias. Relación, redes de apoyo social y nivel de conocimientos sobre los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 25. Distribución de frecuencias. Relación, redes de apoyo social y actitudes en relación a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 26. Distribución de frecuencias. Relación, redes de apoyo social y prácticas frente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 27. Distribución de frecuencias. Relación, nivel de conocimientos y actitudes en relación a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 28. Distribución de frecuencias. Relación, actitudes y prácticas frente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016

Tabla 29. Distribución de frecuencias. Relación, nivel de conocimientos y prácticas frente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 30. Distribución de frecuencias. Relación, estado civil y redes de apoyo social en pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016

Tabla 31. Distribución de frecuencias. Relación, nivel de instrucción y redes de apoyo social en pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 32. Distribución de frecuencias. Relación, paridad y redes de apoyo social en pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 33. Distribución de frecuencias. Relación, presencia de antecedentes personales y familiares de preeclampsia y redes de apoyo social en pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 34. Distribución de frecuencias. Relación, presencia de red de apoyo y nivel de conocimientos sobre los signos y síntomas de la preeclampsia, en pacientes con embarazo normal. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 35. Distribución de frecuencias. Relación, presencia de red de apoyo y actitudes sobre los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia, en pacientes con embarazo normal. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Tabla 36. Distribución de frecuencias. Relación, presencia de red de apoyo y prácticas frente a los signos y síntomas de la preeclampsia, en pacientes con embarazo normal. Periodo Enero a Marzo del 2016.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Media, moda, edad máxima y mínima de las madres gestantes con embarazo normal y las diagnosticadas de preeclampsia. Periodo de Enero a Marzo del 2016.

Gráfico 2. Distribución de frecuencias de la edad por rango. Madres gestantes con embarazo normal y las diagnosticadas de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Gráfico 3. Estado civil de las madres gestantes con embarazo normal y de las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Gráfico 4. Autoidentificación de las madres gestantes con embarazo normal y de las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Gráfico 5. Nivel de instrucción de las madres gestantes con embarazo normal y de las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Gráfico 6. Distribución de frecuencias variable paridad de las madres gestantes con embarazo normal y de las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Gráfico 7. Antecedentes personales y familiares de preeclampsia de las madres gestantes con embarazo normal y de las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Gráfico 8. Distribución de frecuencias de las pacientes con embarazo normal y las madres con diagnóstico de preeclampsia en el periodo de Enero a Marzo del 2016.

Gráfico 9. Nivel de Conocimientos sobre los signos y síntomas de alarma de preeclampsia en madres gestantes con embarazo normal y en madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo de enero a marzo del 2016.

Gráfico 10. Actitudes en relación a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en madres gestantes con embarazo normal y en madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016

Gráfico 11. Prácticas frente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en madres gestantes con embarazo normal y las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Gráfico 12. Presencia de redes de apoyo social en madres gestantes con embarazo normal y las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Gráfico 13. Edad media, moda, edad máxima y edad mínima de las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Gráfico 14. Distribución de frecuencia de edad por rango en madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Gráfico 15. Estado civil de las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Gráfico 16. Autoidentificación de las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Gráfico 17. Nivel de instrucción de las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Gráfico 18. Paridad de las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Gráfico 19. Presencia de antecedentes personales y familiares de preeclampsia en las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Gráfico 20. Nivel de Conocimientos que tuvieron las madres con diagnóstico de preeclampsia sobre los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016

Gráfico 21. Actitudes que tuvieron las madres con diagnóstico de preeclampsia en relación a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Gráfico 22. Prácticas que tuvieron las madres con diagnóstico de preeclampsia frente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016

Gráfico 23. Redes de apoyo social en madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

RESUMEN

El embarazo es considerado un evento fisiológico, sin embargo, se conoce que cerca del 20% de los embarazos presentan patologías obstétricas que se asocian con una alta mortalidad materna y perinatal. De las patologías obstétricas, a la que más muertes y complicaciones se le atribuyen son los trastornos hipertensivos gestacionales dentro de los cuales se destaca la preeclampsia. El conocimiento que tengan las gestantes sobre los síntomas y signos de alarma de la preeclampsia constituye una de las estrategias más efectivas y eficaces para contrarrestar sus posibles complicaciones. Por otro lado la presencia de una red de apoyo social se ha considerado como una variable de gran relevancia en los procesos de salud enfermedad.

Objetivo: Identificar la influencia del apoyo social sobre los conocimientos, actitudes y prácticas que las madres diagnosticadas con preeclampsia tienen sobre los signos y síntomas de alarma de la misma enfermedad.

Diseño: Estudio analítico, observacional de tipo transversal.

Metodología: Se aplicó a un total de 337 pacientes una entrevista en la que se utilizaron dos tipos de instrumentos; una encuesta tipo CAP estructurada con 13 preguntas de opción múltiple para valorar conocimientos, actitudes y prácticas y el otro instrumento fue el Test de MOS utilizado para evaluar la presencia de redes de apoyo social. El estudio se llevó a cabo en tres hospitales de la ciudad de Quito: Hospital General Enrique Garcés, Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora y Hospital Pablo Arturo Suárez, en el periodo de Enero a Marzo del 2016. Los datos obtenidos fueron analizados con los programas estadísticos EPI INFO y SPSS.

Resultados: De las 80 madres con diagnóstico de preeclampsia con respecto a la relación entre red de apoyo social y el nivel de conocimiento, se deriva que, de aquellas que tuvieron una red de apoyo social, un 73,7% tuvo un nivel de conocimiento alto, de la asociación redes de apoyo y actitudes se obtuvo que las madres que contaron con la presencia de una red de apoyo social tuvieron una actitud positiva en un 53.9% y que el 89.5% reportaron prácticas adecuadas. No se obtuvo a un número significativo de pacientes con falta de red de apoyo social y nivel de conocimientos bajo, actitudes negativas o prácticas inadecuadas

Conclusión: La presencia de las redes de apoyo social no influyó sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de las participantes de este estudio, esto se corroboró con el análisis estadístico respectivo el cual no fue significativo con un valor de $P > 0.05$.

Palabras clave: Preeclampsia, conocimientos, actitudes y prácticas, signos y síntomas de preeclampsia, redes de apoyo social.

ABSTRACT

Pregnancy is considered a physiological event, however it's known about that 20% of pregnancies presents obstetric pathologies associated with high maternal and perinatal mortality. Of the obstetrical pathologies, which more deaths and complications attributed to it, are hypertensive disorders in which preeclampsia stands. The knowledge that pregnant women have about the signs and symptoms of preeclampsia alarm constitutes one of the most effective and efficient strategies to counter its possible complications. On the other hand, the presence of social support has been seen as a very important variable in health and disease processes.

Objective: Identify the influence of social support over the knowledge, attitudes and practices that the mothers diagnosed with preeclampsia have about warning signs and symptoms of the same disease.

Design: Analytical, cross-sectional observational study.

Methodology: To a total of 337 patients an interview was applied in which two types of instruments were used; a survey type CAP structured with 13 multiple-choice questions to assess knowledge, attitudes and practices and the other instrument was the MOS test used to evaluate the presence of social support networks. The study was conducted in three hospitals in the city of Quito: Hospital General Enrique Garcés, Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora and Hospital Pablo Arturo Suárez, in the period from January to March 2016. The data obtained were analyzed with statistical software EPI INFO and SPSS.

Results: Of the 80 mothers diagnosed with preeclampsia, the relationship between social support network and the level of knowledge, it follows that, of those who had a social support network, 73.7 % had a high level of knowledge, about the association of support networks and attitudes was obtained that mothers who had the presence of a network of

social support had a positive attitude in 53.9 % and 89.5 % reported good practices. It's not found a significant number of patients with lack of social support networks and low level of knowledge, negative attitudes or inadequate practices.

Conclusion: Between the presence of social support networks and the level of knowledge, attitudes and practices that had the participants against the signs and symptoms of preeclampsia alarm statistically significant relationship was found.

Keywords: Preeclampsia, knowledge, attitudes and practices, signs and symptoms of preeclampsia, social support networks.

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es un problema de salud pública. Los factores principales que intervienen son el bajo nivel de educación, pobreza, ruralidad, falta de acceso a servicios de salud, medios de transporte y la poca participación e intervención comunitaria (1), los diferentes actores sociales y sus interrelaciones en el contexto cotidiano, siendo estos los que más influyen en la capacidad resolutoria de las gestantes (2). El embarazo es considerado un evento fisiológico, sin embargo, se conoce que cerca del 20% de los embarazos a nivel mundial presentan complicaciones que se asocian con una alta mortalidad materna y perinatal. De las patologías obstétricas a las que más muertes y complicaciones se les atribuyen son los trastornos hipertensivos gestacionales. Las estadísticas mundiales reportan que cada año medio millón de mujeres fallecen durante el embarazo y parto debido a estas complicaciones, desafortunadamente, un alto número de urgencias obstétricas ocurre en pacientes sin factores de riesgo, por lo que la prevención, la identificación precoz e intervención a tiempo de estos eventos juegan un papel importante para contrarrestar las mortalidades materna y perinatal. El conocimiento que tengan las gestantes sobre los síntomas y signos de alarma constituye una de las estrategias más efectivas y eficaces para contrarrestar lo antes mencionado (3). Este representa un conjunto de saber, de “ciencia” y su nivel constatado permite situar los ámbitos en los que es necesario realizar esfuerzos en materia de información y educación. La actitud es la forma de ser, una postura. Se trata de tendencias, de “disposiciones a”. Permite explicar que, entre las posibles alternativas de un sujeto sometido a un estímulo, éste adopte una determinada práctica y no otra. Las prácticas o comportamientos son

“acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo”. Es el aspecto concreto, la acción (4) (5). El apoyo social percibido se ha considerado como una variable de gran relevancia en los procesos de salud-enfermedad, hace referencia a la confianza que tienen los individuos en el apoyo social disponible. La evidencia ha demostrado que es casi imposible pronosticar cuáles serán las mujeres que desarrollarán complicaciones, por lo que es importante trabajar con todas ellas y enseñarles a reconocer las complicaciones, signos y síntomas de alarma. El apoyo social constituye uno de los factores protectores más investigados en la actualidad y con resultados positivos, para aumentar la resistencia de las personas ante las transiciones de la vida, los estresores diarios, las crisis personales y en el momento de adaptación o ajuste a las enfermedades, sobre todo, las de carácter crónico. Son múltiples los estudios epidemiológicos que demostraron la relación existente entre el apoyo social y el estado de salud individual y colectiva: a mayor apoyo social, existe una mejoría de la salud, tanto física como psíquica (6).

1.2. PROBLEMA

La mortalidad materna es un indicador sensible del estado de la mujer en la sociedad, el cual refleja el acceso a los servicios de salud y la calidad de atención recibida, con más frecuencia se observa en las mujeres de menor nivel educativo, con menor acceso a los servicios y con menor capacidad de reconocer los signos y síntomas de alarma del embarazo. En el Ecuador entre 2011 y 2014, el índice de mortalidad materna cayó de 70% a 46,6% (7). La detección oportuna de las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, reduce la mortalidad materna y perinatal, sin embargo aún existe un bajo nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia, hecho que se relaciona, con múltiples complicaciones durante el embarazo y parto (8).

Las redes de apoyo social tienen una fuerte influencia en el desarrollo del proceso salud-enfermedad y que de una u otra forma, sea positiva, negativa, suficiente o insuficiente, por parte de familiares o amigos son un aspecto importante que debe ser relacionado con los conocimientos, actitudes y prácticas de los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia, siendo esta la principal causa de muerte materna en mujeres en edad fértil (9).

1.3. JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que aproximadamente 800 mujeres mueren cada año en el mundo. La mayoría de las muertes pueden ser evitadas si la mujer, su pareja, su familia y la comunidad aprenden a reconocer las señales de peligro a tiempo. Tardar en la identificación de estas señales de peligro, retrasar en acudir a un servicio de salud y el demorar en recibir la atención calificada y oportuna son los principales factores que marcan la diferencia entre la vida y la muerte (10). En el país para el año 2013 se registraron 155 muertes maternas dando como resultado una razón del 45,71 lo que quiere decir que por cada 100.000 nacidos vivos fallecen aproximadamente 46 mujeres en edad fértil. La principal causa de morbilidad materna son los problemas hipertensivos con el 16,13% (7), (11).

En el Ecuador si bien en los últimos años se ha intensificado la campaña para el reconocimiento de signos y síntomas de alarma, aún no hay datos estadísticos que demuestren que las madres gestantes, así como su entorno, están preparados para identificarlos si pudieren presentarse durante el embarazo. Así mismo, poco o nada se indaga sobre la presencia de una red de apoyo con la que puede contar la madre no solo en el transcurso de su embarazo sino también durante el puerperio y las etapas posteriores (12).

Las investigaciones sobre el apoyo social sostienen que la presencia o ausencia de éste afectan directamente en la salud de las personas. Es por ello que se debe considerar que los vínculos que proporcionan apoyo social ayudan a afrontar las demandas de la vida cotidiana y otras formas de estrés (13). Se asocia con mayor frecuencia a los lazos “fuertes”, que tienden a estar compuestos por parientes, vecinos y amigos íntimos. Estos lazos generalmente brindan a los individuos apoyo emocional y expresivo, así como, ciertas formas de ayuda instrumental tales como llevar a alguien en coche, hacer pequeños préstamos de emergencia y facilitar un lugar en el que quedarse en caso de necesidad, entre otros (14). En cuanto a la relación entre la red de apoyo social con el embarazo, se ha descrito que el apoyo social recibido durante el embarazo y el parto influye en la incidencia de complicaciones y en el resultado final de estos procesos (15).

Se debe destacar que no se cuenta con estudios que expliquen cómo influyen las redes de apoyo social sobre los conocimientos, las prácticas y actitudes que tienen las gestantes sobre los signos o síntomas de alarma en la preeclampsia; las autoras de este trabajo creen necesario la realización de esta investigación teniendo en cuenta que se considera que las redes de apoyo social tienen efectos directos sobre salud en relación con sus beneficios en la búsqueda del tratamiento, en el cumplimiento de actividades y la obtención de recursos, entre otros aspectos. Los resultados obtenidos de este estudio contribuirán con información valiosa al personal de salud para promover un manejo integral de la gestante, la prevención primaria y secundaria, proporcionar información a los estudiantes y profesores de las carreras relacionadas con la salud y ofrecer a las usuarias una atención sanitaria adecuada. Mediante la investigación se elaborará un método para medir las variables antes mencionadas pero con aplicación al contexto ecuatoriano, y a su vez, los resultados de este estudio podrán ser utilizados por el/los servicios de salud participantes

para mejorar las estrategias existentes o implementar nuevas, que garanticen que tanto las gestantes como su entorno familiar tengan la información precisa sobre los signos de alarma de una complicación obstétrica como lo es la preeclampsia para que puedan reconocerlos y busquen ayuda profesional de manera inmediata con el fin de evitar una complicación más grave tanto para la madre como para su hijo. Todo esto tiene como finalidad convertirse en un recurso para la creación de estrategias de salud para disminuir la mortalidad materna.

CAPÍTULO II

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES

Los trastornos hipertensivos de la gestación abarcan una gama de patologías que tienen en común la existencia de un signo, la elevación de la presión arterial. (16) El término hipertensión en el embarazo o estado hipertensivo del embarazo, describe un amplio espectro de condiciones médicas cuyo rango va entre la elevación leve de la presión arterial, a la hipertensión severa con daño de órgano blanco y grave morbimortalidad materno-fetal (17).

2.1.1 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES

De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica sobre Preeclampsia en el Ecuador y basado en las revistas de ginecología y obstetricia, los trastornos hipertensivos del embarazo se clasifican de la siguiente manera:

CUADRO 1. Clasificación de los trastornos hipertensivos en el embarazo

Antes de las 20 semanas de gestación	Después de las 20 semanas de gestación
<ul style="list-style-type: none">• Hipertensión arterial crónica• Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreañadida	<ul style="list-style-type: none">• Preeclampsia• Eclampsia• Hipertensión gestacional

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Trastornos hipertensivos del embarazo, Guía de Práctica Clínica (GPC) 2013

2.1.1.1. Hipertensión arterial crónica

La hipertensión crónica asociada al embarazo se define como la presencia de presión arterial (PA) $\geq 140/90$ mmHg diagnosticada antes de las 20 semanas de gestación o antes de la gestación o que persiste después de la semana 12 de posparto” (13) (18). Puede ser primaria, o secundaria a patología renal, endócrina (tiroidea, suprarrenal) y/o coartación de aorta.

2.1.1.2 Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreañadida

Es el desarrollo de preeclampsia-eclampsia en una mujer con hipertensión crónica preexistente(13).

2.1.1.3 Hipertensión gestacional

“Presión arterial sistólica \geq de 140 mmHg o diastólica de 90 mmHg, sin proteinuria y que ocurre después de las 20 semanas de gestación con normalización de la presión arterial antes de las 12 semanas postparto” (12)(18), que evoluciona a preeclampsia en la mayoría de casos entre un 15-46%. Este hecho plantea la posibilidad de que la hipertensión gestacional es una afección que representaría un estadio evolutivo del mismo proceso mórbido de preeclampsia (17) (18).

2.1.1.4 Preeclampsia

Es el trastorno hipertensivo más frecuente, con alta tasa de mortalidad materna-neonatal. El diagnóstico se hace a partir de las 20 semanas de gestación con PA $\geq 140/90$ mm Hg en dos ocasiones con un período de cuatro horas de separación en una paciente con una presión arterial previa normal (18). La medición de la presión arterial debe ser óptima con la paciente sentada cómodamente, sin cruzar las piernas, la espalda y brazos apoyados,

brazalete de acuerdo con el tamaño del brazo de la madre gestante, la paciente debe estar en reposo por lo menos 5 minutos antes de la toma de la presión (13).

2.1.2 EPIDEMIOLOGÍA

La morbilidad y la mortalidad materna son los indicadores más importantes para la evaluación de un sistema de salud. En todos los países de Latinoamérica existen programas de salud que han intentado cambiar la tendencia y modificar parcialmente el perfil de causalidad de la mortalidad materna, pero los trastornos hipertensivos continúan amenazando la condición de salud de las mujeres y en especial la preeclampsia. Cada año, diez millones de mujeres desarrollan preeclampsia alrededor del mundo. A nivel mundial, 76,000 mujeres embarazadas mueren a causa de la preeclampsia y los trastornos hipertensivos relacionados a ésta. Se cree que el número de bebés que mueren al año por estos trastornos es de 500,000 (19).

La preeclampsia complica entre el 6% y el 8% de todos los embarazos, sin embargo existen marcadas diferencias regionales en su incidencia, debido a la mayor presencia de ciertos factores de riesgo en las sociedades con menor desarrollo socioeconómico como en el caso del Ecuador, lo cual la convierte en la primera causa de mortalidad materna (3). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que existen anualmente más de 166 mil muertes por preeclampsia. Su incidencia es del 5 al 10% de los embarazos (20), pero esta cifra podría elevarse hasta alcanzar un 18% en algunos países en vías de desarrollo y la mortalidad es de 5 a 9 veces mayor en estos países. Estos sucesos se asocian con la insuficiente educación de la población para acudir oportunamente a los servicios médicos disponibles, la situación se agrava por la insuficiente accesibilidad a la atención obstétrica y por la calidad limitada de esta última. A nivel nacional para el año 2013 se registraron

155 muertes maternas dando como resultado una razón del 45,71 lo que quiere decir que por cada 100.000 nacidos vivos fallecen aproximadamente 46 mujeres en edad fértil (7).

2.1.3 FACTORES DE RIESGO

CAUDRO 2. Factores de riesgo de preeclampsia

Exposición limitada de esperma
Primigesta
Técnicas de reproducción asistida
Cambio de pareja
Extremos de la edad materna
Gestación múltiple
Antecedente de preeclampsia en el embarazo anterior
Hipertensión arterial crónica o enfermedad renal
Enfermedades reumatológicas
Peso bajo de la madre al nacer
Insulino-resistencia - obesidad
Diabetes gestacional
Infecciones maternas
Historia familiar de preeclampsia
Predisposición genética materna

Fuente: Department of Obstetrics and Gynecology, University of Cincinnati College of Medicine. Pre-eclampsia Baha Sibai, Gus Dekker, Michael Kupfermanc 2005.

Varios son los factores de riesgo identificados para el desarrollo de la preeclampsia, sin embargo los estudios e investigaciones en los últimos años se han centrado en algunos de ellos por la importancia y la fuerte evidencia médica.

- Uno de ellos o quizá el más importante es el factor paterno y cómo éste influye en el desarrollo de la preeclampsia. Varios estudios en poblaciones demostraron que los hombres que tiene historia de embarazo con preeclampsia en sus parejas anteriores, tienen un riesgo de casi el doble de desarrollar un embarazo con preeclampsia en una mujer diferente independientemente la historia de enfermedad de la mujer (21). Por lo tanto, las mujeres tienen un riesgo significativamente mayor en su segunda gesta (3%) en caso de quedar embarazadas por un hombre que

había engendrado un primer embarazo con preeclampsia en otra mujer(22).

- La edad materna se convierte en un factor de riesgo para la preeclampsia-eclampsia cuando se presenta el embarazo en sus extremos, madres adolescentes y madres con edad mayor de 35 años. En estas últimas aparece como consecuencia de los “daños crónicos del sistema vascular que sufre un “desgaste” que termina en esclerosis de los vasos afectando el aporte sanguíneo en la unión materno-placentaria” (10). Otro de los aspectos a considerar en la edad materna extrema son las comorbilidades como diabetes mellitus, hipertensión arterial que son factores de riesgo para preeclampsia (10),(17)(21). En cambio en las madres adolescentes la inmadurez de los órganos reproductivos podrían producir problemas en la implantación.
- El embarazo múltiple presenta un riesgo mayor de desarrollar preeclampsia que el embarazo simple. Se triplica en el embarazo doble y es 9 veces mayor en el embarazo triple. Se da por aumento de la masa placentaria, esto significa que haya un incremento del material genético paterno vinculado con la placenta, se da un fenómeno inmunofisiopatológico que puede ser más precoz e intenso en comparación que en el embarazo simple (21).
- Los avances en la tecnología de reproducción asistida han introducido varios retos para el sistema inmunológico de la madre, que también aumentan el riesgo de preeclampsia. En las mujeres mayores de 40 años con infertilidad o pacientes con obesidad por el síndrome de ovario

poliquístico que no pueden embarazarse, toman como opción la técnica de reproducción asistida para lograrlo, pero el uso de gametos donados puede afectar la interacción inmune materno-fetal, muchas de estas mujeres tendrán embarazos múltiples aumentando el riesgo de preeclampsia (22).

- La obesidad acompañada de la resistencia a la insulina, la diabetes mellitus, son factores de riesgo para el desarrollo de la preeclampsia. A mayor masa corporal mayor riesgo. Con respecto a la resistencia a la insulina no se conoce con claridad el mecanismo por el cual se desarrolla la preeclampsia pero se cree que ésta interviene en el estrés oxidativo, la actividad simpática amplificada, que son mecanismos bioquímicos que se encuentran en la preeclampsia (13)(18). En un estudio poblacional realizado en Suecia se encontró que la presencia de diabetes gestacional estuvo asociada al desarrollo de preeclampsia (OR: 1,61; IC95%: 1,39 a 1,86). Funai. En un estudio de cohortes prospectivo, 3 480 mujeres con obesidad mórbida definida como un índice de masa corporal mayor de 40 fueron comparadas con mujeres de peso normal (IMC: 19,8 a 26), encontrándose un alto riesgo de desarrollar preeclampsia (OR: 4,82; IC95%: 4,04 a 5,74) (23).
- La herencia ligada a la preeclampsia ha sido objeto de varias investigaciones. Múltiples alteraciones genéticas han sido vinculadas con la presencia de preeclampsia, incluyendo al menos 26 genes diferentes. Están involucrados tanto genes maternos como fetales (paternos) (24). En estudios familiares observacionales y descriptivos se ha encontrado un

incremento del riesgo de padecer preeclampsia en hijas y hermanas de mujeres que adquirieron la enfermedad durante su gestación. Se plantea que los familiares de primer grado de consanguinidad de una mujer que ha padecido preeclampsia, tienen de 4 a 5 veces mayor riesgo de presentar la enfermedad cuando se embarazan, así como, la susceptibilidad para desarrollar preeclampsia está mediada en gran parte por un componente genético heredable, que contribuye en aproximadamente un 50 % al riesgo de sufrir la enfermedad (24).

Se ha observado que entre un 20 y 50 % de las pacientes que padecieron preeclampsia durante un embarazo anterior, sufren una recurrencia de la enfermedad en su siguiente gestación (25).

2.1.4 FISIOLÓGÍA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN EL EMBARAZO

La presión arterial (PA) es el resultado del gasto cardiaco por la resistencia (Presión Arterial = Gasto Cardíaco x Resistencia Vascolar Periférica). A pesar que el gasto cardiaco aumenta, la presión arterial materna disminuye a partir de las ocho semanas de gestación o antes como consecuencia de la disminución de la resistencia vascular periférica (RVP). La RVP disminuye al mínimo en la segunda mitad del embarazo y después se produce un aumento gradual hasta el término de la gestación. La disminución de la resistencia vascular periférica se debe a los efectos relajantes de los elevados niveles de progesterona sobre las células musculares lisas (26).

El eje renina – angiotensina – aldosterona tiene íntima relación con el control renal de la presión arterial a través del equilibrio de sales y agua, en el embarazo normal se producen aumentos marcados en todos los componentes de este sistema. La actividad de renina plasmática es de 5 a 10 veces mayor que en la mujer no embarazada; lógicamente los

niveles de sustrato de la renina (angiotensinógeno) y de angiotensina están aumentados en cuatro o cinco veces. El aumento de la producción de aldosterona es probablemente el factor clave en el aumento de la reabsorción de sodio y en la prevención de la pérdida de sodio (27) (28).

La adaptación cardiovascular se debe fundamentalmente a una disminución de la sensibilidad al efecto vasoconstrictor de la angiotensina II, lo cual está reflejado por niveles elevados de renina activa (la renina se produce en el riñón materno y en la unidad uteroplacentaria), renina sustrato (angiotensinógeno) que es producto del hígado materno y fetal, angiotensina II, enzima convertasa de angiotensina y aldosterona. El incremento de angiotensina es en parte resultado de cifras altas de producción de estrógenos y desoxicorticoesterona durante el embarazo (17),(26),(29).

2.1.5 FISIOPATOLOGÍA DE LA PREECLAMPSIA

Hay varios mecanismos claves involucrados que eventualmente conducen al síndrome clínico de preeclampsia: la respuesta inmune en la interfase placenta-madre, placentación superficial con insuficiente remodelación de las arterias espirales uterinas, un desbalance entre factores angiogénicos y estrés oxidativo que desencadena inflamación sistémica (16).

2.1.5.1 Sistema Inmunológico

Estudios epidemiológicos apoyan el concepto de que en la preeclampsia existe una mala adaptación materna a los antígenos paternos/fetales. En las mujeres con contacto más duradero a los antígenos paternos, el sistema inmune se haría más tolerante y permitiría la invasión trofoblástica y una implantación normal. La teoría de una exposición limitada al semen es la explicación más plausible del mayor riesgo de preeclampsia en mujeres: nulíparas, multíparas con nueva pareja, que tienen largos intervalos entre embarazos,

usuarias de anticoncepción de barrera y que han concebido a través de inyección intracitoplasmática de espermatozoides (30).

En la preeclampsia se han encontrado diferentes alteraciones inmunológicas. En relación con el compromiso de la inmunidad humoral, se ha reportado disminución en los niveles circulantes de inmunoglobulinas (IgG e IgM), de anticuerpos bloqueadores y, de las fracciones del complemento C3 y C4. Parece existir, a diferencia del embarazo normal, una respuesta inadecuada de anticuerpos maternos, representada por falta de eliminación por parte del sistema retículo endotelial de antígenos del feto, los que en la circulación materna forman complejos inmunes que causan daño vascular y activación del sistema de la coagulación (24). La gestante que desarrolla preeclampsia tiene una disminución en su respuesta de inmunidad celular especialmente en el recuento de linfocitos T.

2.1.5.2 Insuficiencia placentaria

Se considera a la insuficiencia placentaria como uno de los mecanismos principales del desarrollo de la preeclampsia. Se da una remodelación deficiente de la vasculatura materna de perfusión en el espacio intervilloso. Normalmente el citotrofoblasto fetal invade las arterias uterinas espirales maternas, hay reemplazo del endotelio y las células se diferencian en citotrofoblasto endoteliales, esto finalmente transforma los vasos de pequeño diámetro y alta resistencia a vasos de baja resistencia y alta capacitancia asegurando así una adecuada distribución de la sangre materna en la unidad materno-placentaria. El diámetro luminal vascular se incrementa 4 veces, y en la pared del vaso hay pérdida de músculo liso y la lámina elástica interna. Esta remodelación no se produce en la preeclampsia o si se produce lo hace limitadamente. La interacción entre la decidua materna y trofoblástica fetal es lo que determina el control celular de invasión del citotrofoblasto (27).

2.1.5.3 Remodelación anormal de las arterias

La fisiopatología es compleja y ha estado sujeta a investigación por décadas. En los embarazos normales se produce una vasodilatación de las arterias espirales hasta 4 veces su calibre lo cual disminuye la resistencia vascular periférica y favorece a la perfusión del espacio veloso. El responsable de este fenómeno es la invasión trofoblástica que finaliza en las semanas 20 y 21 de gestación. En la preeclampsia la segunda ola de invasión no se produce y se mantiene la capa músculo esquelética, disminuyendo el calibre de los vasos y formando placas ateromatosas con enlentecimiento del flujo circulatorio (27).

2.1.5.4 Genética

De las hipótesis propuestas está que la predisposición a la preeclampsia podría ser heredada por un gen único materno, autosómico recesivo, o por un gen dominante con penetrancia incompleta. Otros autores han coincidido en postular que la susceptibilidad a la enfermedad se condiciona por interacciones complejas entre dos o más genes maternos con factores ambientales, genotipos fetales y paternos (vía feto). Se ha logrado establecer que no está influenciada por un modelo genético materno exclusivo, pues se sabe hoy el impacto de los genes fetales, encontrando que tanto madre como feto contribuyen igualmente al riesgo de preeclampsia; en este sentido, la contribución fetal estaría afectada por genes paternos (24).

2.1.5.5 Daño endotelial

El endotelio vascular es una barrera física y metabólica que regula el transporte capilar, controla el contenido de lípidos del plasma, participa en procesos de homeostasis y, modula la reactividad del músculo liso vascular en respuesta a distintos estímulos vasoactivos. Las funciones relacionadas con la prevención de la coagulación y la modulación del tono vascular, tienen especial relevancia en el caso de la preeclampsia

(28). Por consiguiente, al establecerse la disfunción del endotelio, no sorprende que en la preeclampsia se observe una mayor sensibilidad vascular a las sustancias vasoactivas. En este particular, existen muchos trabajos que evidencian el desbalance entre las sustancias vasodilatadoras (prostaciclina, prostaglandina E₂ y óxido nítrico) y las vasoconstrictoras (angiotensina II, TXA₂, endotelina y serotonina) (26). Todas las manifestaciones clínicas de la preeclampsia pueden explicarse como una respuesta a la disfunción endotelial sistémica a la hipertensión causada por un control alterado endotelial del tono vascular, la proteinuria y el edema son causados por el aumento de la permeabilidad vascular por disfunción endotelial en la vasculatura de los órganos diana, tales como el cerebro, el hígado, el riñón, y la placenta (30). Hay muchas sustancias y mediadores capaces de generar radicales libres de oxígeno y otras sustancias capaces de dañar al endotelio (24). El endotelio vascular materno en la paciente predestinada a desarrollar preeclampsia es objeto de variados factores que se generan como consecuencia de hipoxia e isquemia placentaria (26). Se ha encontrado alteraciones de la concentración en la circulación de muchos marcadores de disfunción endotelial en mujeres que desarrollan preeclampsia.

2.1.6 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Se cree que la preeclampsia se desarrolla en dos estadios al inicio del embarazo, el primero antes de las 20 semanas de embarazo donde hay una pobre y deficiente invasión placentaria en el miometrio y la vasculatura uterina, donde no se observan manifestaciones clínicas. El segundo estadio se manifiesta como consecuencias de la alteración previa de la placentación que lleva a la hipoxia placentaria e hipoxia de perfusión, que produce un daño en el sincitotrofoblasto y retraso del crecimiento fetal (13),(21),(20).

En todas las pacientes la primera manifestación de la preeclampsia es la elevación de la presión arterial en los valores antes mencionados; se trata de una patología asintomática al inicio con un desarrollo gradual de los signos y síntomas clásicos de la enfermedad por lo que en la mayoría de veces no es detectada a tiempo por parte de las gestantes y del personal de salud. Posteriormente habrá compromiso de otros órganos y sistemas, constituyendo así una señal de alerta (31). La disfunción y activación endotelial es el mecanismo que explica las manifestaciones de la fase clínica de la preeclampsia por el impacto que tiene en varios órganos. La severidad de la enfermedad generalmente se relaciona con el número de órganos disfuncionales, pero las complicaciones fetales pueden presentarse antes, con la presencia o ausencia de los síntomas y signos maternos. Esta disfunción de órganos y sistemas en la preeclampsia se puede dividir como: condiciones adversas y complicaciones maternas severas. Las condiciones adversas consisten en los signos y síntomas maternos, exámenes de laboratorio alterados y monitoreo fetal anormal que puede anunciar complicaciones maternas y fetales severas. Las condiciones adversas son aquellas que esperamos como respuesta a un esfuerzo para evitar complicaciones graves (22) (32).

Todas las mujeres embarazadas deben ser conscientes de la necesidad de buscar consejo inmediato de un profesional de la salud si experimentan síntomas de la preeclampsia. Los síntomas y signos más importantes son los siguientes (32).

- Cefalalgia
- Problemas con la visión, como visión borrosa, escotomas
- Dolor severo en hipocondrio derecho
- Edema de aparición repentina de la cara, las manos o los pies.

2.1.6.1 Sistema Nervioso Central (SNC)

El sistema vascular a nivel cerebral es extremadamente sensible en la preeclampsia, un porcentaje muy elevado de mujeres con preeclampsia grave presentan un marcado vasoespasmo cerebral, el cual no siempre se correlaciona de manera clara con la presión arterial y hasta en un 20% la eclampsia puede debutar con cifras normales o límite de presión arterial (30). Aparte del desarrollo de eclampsia y el riesgo de hemorragia cerebral, el área occipital presenta un porcentaje mayor de manifestaciones clínicas, al ser una zona intermedia entre dos territorios vasculares y por tanto sensibles a las situaciones de vasoespasmo y reducción de la perfusión; esto explica el claro predominio de fotofobia y escotomas, e incluso ceguera cortical transitoria en casos de preeclampsia grave (29) (33) . El síntoma más representativo del SNC es la cefalalgia frecuentemente de localización frontal u occipitales rebeldes al tratamiento analgésico habitual, con sensación vertiginosa, somnolencia, zumbido de oídos y hiperreflexia.

2.1.6.2 Alteraciones hepáticas

En varios estudios se destacó que la preeclampsia resultó ser la patología que con mayor frecuencia provocó alteraciones en las pruebas funcionales hepáticas durante el embarazo (Ching 2002), en particular durante el tercer trimestre (Wong 2004). Como se mencionó, entre el 20% y el 30% de las gestantes con preeclampsia presentan alguna anomalía en los estudios de función hepática (Kenny 1999). La afectación hepática tiene diversos niveles de gravedad que se extienden desde un leve incremento de las transaminasas, hasta formas graves con extensos hematomas que ponen en riesgo la sobrevivencia de la madre y el feto. Suele observarse su agravamiento progresivo, seguido de la aparición de síntomas como náuseas, vómitos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho (29). Estas expresiones bioquímicas resultarían de la vasoconstricción del lecho vascular hepático,

como algunos investigadores comprobaron por medio de la ecografía Doppler, luego de observar vasoconstricción de la arteria hepática, seguida de la trombosis localizada en la microvasculatura y la lesión hepatocítica (33).

2.1.6.3 Sistema Cardiovascular

La preeclampsia se caracteriza por un vasoespasmo generalizado. El componente de vasoespasmo resulta en una compresión del espacio intravascular, un volumen plasmático reducido, la pérdida de la integridad vascular a nivel capilar y la hipoproteinemia constituyen dos factores determinantes para el desarrollo de edema extracelular (29). La presencia de edema es un tema controvertido ya que hay muchas embarazadas que la presentan sin patología asociada. Sin embargo, es detectado en los casos más severos y prácticamente está presente en la preeclampsia severa y en la eclampsia (30) (32).

CUADRO 3. Afectación órgano/sistema, manifestaciones clínicas y complicaciones de la preeclampsia.

Sistema- órgano afectado	Condiciones adversas (incrementan el riesgo de complicaciones)	Complicaciones
Sistema Nervioso Central	Cefalalgia y alteraciones visuales	Eclampsia Leucoencefalopatía posterior reversible Ceguera cortical/ desprendimiento de retina Glasgow 13 Ataque de isquemia transitoria o déficit neurológico isquémico reversible.
Cardiorespiratorio	Disnea, dolor precordial Saturación de oxígeno menor de 97%	Hipertensión severa no controlada (durante un periodo de 12 horas a pesar del uso de tres medicamentos antihipertensivos). Saturación de oxígeno menor de 90%, con oxígeno al 50% por más de 1 hora. Intubación Edema agudo de pulmón Efecto inotrópico positivo. Infarto o isquemia miocárdica

Hematológico	Elevación de Glóbulos blancos Elevación del INR o TTP Contaje bajo de plaquetas	Conteo de plaquetas de menos 50x109/L
Renal	Elevación de la creatinina sérica Elevación del ácido úrico sérico	Lesión renal aguda (creatinina mayor a 150 uM) sin antecedente de enfermedad renal previa Indicación de diálisis
Hígado	Náuseas, vómito Dolor en hipocondrio derecho o dolor epigástrico Elevación sérica de ALT, AST, LDH, BILLIRRUBINAS. Disminución de la Albumina plasmática	
Feto-placentaria	Anormalidades cardiacas fetales Retraso en el crecimiento intrauterino Oligohidramnios	Aborto con evidencia de compromiso fetal o materno

Traducido por: Lucía Molina y Alejandra Torres

Fuente: Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy: Executive Summary. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. No. 307, May 2014

2.1.7 DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA

De acuerdo con las nuevas directrices del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) 2013, para el diagnóstico de preeclampsia ya no se requiere de la detección de niveles altos de proteína en la orina. Varios de los estudios en los que se basa la ACOG demuestran que los problemas en órgano blanco, ya sea riñón e hígado, pueden ocurrir sin la presencia de proteinuria y que también la cantidad de proteína en orina no predice la gravedad de la enfermedad. Sin embargo, no solo la elevación de la presión arterial podría considerarse como diagnóstico de preeclampsia, se requieren otros criterios.

CUADRO 4. Diagnóstico de preeclampsia

Presión arterial	Mayor/igual a 140mmHg en la presión sistólica o mayor/ igual a 90mmHg en la presión diastólica tomada en 2 ocasiones con separación de al menos 4 horas, en un embrazo mayor a 20 semanas de gestación en mujeres con presión arterial previa normal. Mayor/ igual a 160mmHg en la presión sistólica o mayor/ igual a 110mmHg en la presión sistólica, hipertensión que puede ser confirmada en poco tiempo que facilita el inicio de la terapia antihipertensiva.
y / o	
Proteinuria	Mayor/igual a 300mg de proteínas en orina de 24 horas.

	<p>O</p> <p>Relación proteína/creatinina mayor o igual a 0.3</p> <p>Tirilla reactiva con 1 * (utilizar solo si los otros métodos no están disponibles)</p>
En ausencia de proteinuria,	
Trombocitopenia	Contaje de plaquetas menor de 100.000 microlitros
Insuficiencia renal	Concentración de creatinina sérica mayor a 1,1mg/dl o concentración doble de creatinina sérica en el caso de existencia de enfermedad renal previa
Alteraciones hepáticas	Elevación de la concentración de transaminasas dos veces de los valores normales
Edema pulmonar	
Síntomas visuales y cerebrales	

Traducido por: Lucía Molina y Alejandra Torres

Fuente: The American Collage of Obstetrician and Gynecologist (ACOG) 2013. Hypertension in Pregnancy.

La mayoría de veces en la preeclampsia se observará la aparición nueva de proteinuria, pero en ausencia de ésta se puede establecer el diagnóstico con los siguientes parámetros: alteración plaquetaria, elevación de las enzimas hepáticas, insuficiencia renal, edema de pulmón, alteraciones visuales y cefalalgia (16) (21) (32). Por lo que la proteinuria no es un requerimiento absoluto para el diagnóstico de preeclampsia, la sospecha clínica es fundamental para el diagnóstico temprano.

2.1.8 COMPLICACIONES MATERNAS

Aproximadamente 10 al 15% de las gestantes presentan complicaciones maternas severas que tendrán que ser ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

1. Eclampsia
2. Síndrome HELLP
3. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
4. Hematoma subcapsular y/o ruptura hepática
5. Coagulación intravascular diseminada

6. Edema pulmonar

7. Lesión renal aguda

2.1.8.1 Eclampsia y evento cerebro vascular

Se define como la presencia de convulsiones tónico - clónicas generalizadas y/o de coma inexplicado en pacientes con alguna forma de hipertensión arterial asociada al embarazo, que en la mayoría de los casos es la preeclampsia, sin el antecedente de crisis convulsivas en el embarazo durante parto o puerperio no atribuible a otras patologías (12)(34). El 5% de la preeclampsia evolucionan finalmente a eclampsia, y hasta en un 19% pueden hacerlo como un síndrome HELLP, lo que se asocia con una mayor morbimortalidad (11).

La eclampsia se presentan en el 38 al 55% anteparto, 13 al 36% intraparto, 5 al 39% antes de las 48hrs del puerperio y 5 al 17% después de las 48hrs del puerperio y hasta el 10% de las pacientes que cursaron con eclampsia persisten con crisis epilépticas (35).

2.1.8.2 Síndrome de HELLP, hematoma subcapsular y rotura hepática

El término de síndrome HELLP se utiliza para describir una enfermedad multisistémica. Se caracteriza por la presencia de anemia hemolítica microangiopática, disfunción hepática y trombocitopenia que puede progresar a Coagulación Intravascular Diseminada (CID). Ocurre en el 0.5 al 0.9% del total de los embarazos y en 10 al 20% de los embarazos con preeclampsia- eclampsia, sin embargo, 15 al 20% de los casos no presenta hipertensión y/o proteinuria. La presentación clínica más frecuente es epigastralgia (60%), dolor en cuadrante superior derecho y detrás de esternón, acompañado de náuseas, vómito y malestar general (18)(30)(31)(34). La complicación materna más temida en el síndrome de HELLP es la rotura hepática con una letalidad de 40 a 60% de los casos, por choque hemorrágico y falla orgánica múltiple, afortunadamente tiene una incidencia de 1.8% por

más de 200 casos, precedido del hematoma subcapsular el cual ocurre entre el 0.9 y \leq 2% de los casos (19)(34).

CUADRO 5. Sistema de Clasificación Mississippi para Síndrome HELLP

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Trastornos hipertensivos del embarazo, Guía de Práctica Clínica (GPC) 2013.

2.1.8.3 Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera o abruptioplacentae

Se define como la separación accidental de la placenta de su zona de inserción normal, después de las 20 semanas gestación y antes del nacimiento del feto. Puede ser parcial o total. Constituye una de las principales causas de morbilidad materna, fetal y neonatal. La incidencia del desprendimiento prematuro de placenta ha sido reportada entre el 0,48% al 1,1% de los nacimientos y el 50% ocurre en embarazos con síndrome hipertensivo. La DPP también es una de las manifestaciones de enfermedad vascular en el embarazo (28)(34).

CLASE I	Plaquetas \leq 50,000/ml TGO y/o TGP \geq 70U/l DHL \geq 600 UI/L
CLASE II	Plaquetas 50,000-100,000/ ml TGO y/o TGP \geq 70 U/l DHL \geq 600 U/L
CLASE III	Plaquetas 100,000 – 150,000 /ml TGO y/o TGP \geq 40 U/l DHL \geq 600 UI/L

2.1.8.4 Coagulopatía intravascular diseminada asociado a la preeclampsia

Es la activación en forma difusa de los factores coagulantes y el sistema fibrinolítico endógeno, produciendo un estado de daño multiorgánico altamente letal. Esta entidad clínica es considerada como una manifestación intermedia de múltiples enfermedades de daño tisular. Inicialmente aparecen los síntomas de la enfermedad de base luego otros que pueden comprometer la vida de las pacientes son fenómenos de microtrombosis con daño de órganos, manifestado por insuficiencia renal con oligoanuria, dificultad respiratoria, estado confusional en el sistema nervioso central, necrosis hepatocelular en hígado y en corazón isquemia miocárdica. Generalmente se sospecha por el antecedente de hemorragia obstétrica (28)(36).

2.1.8.5 Edema pulmonar asociado a la preeclampsia

El edema agudo de pulmón es una complicación rara y potencialmente fatal durante el embarazo. Es un proceso caracterizado por una acumulación excesiva de líquidos en el intersticio pulmonar y los espacios alveolares, que evita la difusión tanto de oxígeno como de dióxido de carbono. Se ha reportado que complica del 0,08 al 0,5% de los embarazo. Scicione et al demostraron en una revisión de 51 casos que las causas atribuibles son el uso de tocolíticos (25%), enfermedad cardíaca preexistente (25%), sobrecarga de líquidos (22%) y preeclampsia (18%)(37). El diagnóstico del edema agudo de pulmón se basa en los antecedentes de la paciente, los hallazgos en el examen físico, los datos de laboratorio y las radiografías de tórax. Los síntomas sugestivos son disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna y disminución de la tolerancia al ejercicio. Los hallazgos al examen físico incluyen taquipnea, uso de los músculos respiratorios accesorios, taquicardia en reposo,

desplazamiento del punto de máximo impulso, distensión de las venas del cuello, hepatomegalia y edema periférico (37)(38)(39).

2.1.8.6 Lesión renal aguda asociada a la preeclampsia

La insuficiencia renal aguda (IRA) es el deterioro brusco de la función renal que puede ocurrir de horas a días. Mientras que la IRA relacionada con el embarazo se ha convertido en una patología infrecuente en el mundo, la misma continúa estando asociada con una significativa mortalidad y morbilidad a largo tiempo. La causa más frecuente de insuficiencia renal aguda en el embarazo es la preeclampsia-eclampsia; sin embargo, sólo del 1 al 2% de las mujeres con estas patologías desarrollan el síndrome de manera completa. Es más frecuente en mujeres con preeclampsia asociada al síndrome de HELLP, en que puede llegar a ser de más del 50%, además de tener una alta mortalidad perinatal. En los países en vías de desarrollo se ha estimado que la incidencia de IRA en la población obstétrica es de 0.05%, lo que representa un caso entre cada 2,000 a 5,000 embarazos y el 25% de los ingresos a los centros de diálisis (21)(32)(34)(40).

2.1.9 COMPLICACIONES PERINATALES

- Prematuridad 15-67%
- Retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) 10-25%
- Hipoxia. Alteraciones neurológicas menos del 1%
- Muerte perinatal 1-2%

2.1.9.1 Prematuridad

En la mayoría de los estudios se ha encontrado alrededor de tres veces más riesgo de nacimiento prematuro en las madres con trastornos severos relacionados con la hipertensión arterial con respecto a las que no padecen dichos trastornos. Existe un amplio

consenso de que uno de los principales trastornos que produce la hipertensión materna es una mayor frecuencia de prematuridad (20). Este aumento en la prematuridad no sólo viene explicado por la acción que tiene la insuficiencia placentaria en el adelanto del parto sino que lógicamente también influye la necesidad de que, con cierta frecuencia, se requiere para obtener un adecuado control de esta patología, la interrupción del embarazo, pues las complicaciones de la misma son lo más peligroso, destacando los respiratorios (Enfermedad de la membrana Hialina), cardiocirculatorios (DAP), neurológicos (HIV y leucomalacia periventricular), digestivos (enterocolitis necrotizante y mala tolerancia enteral), infecciosos (mayor incidencia de sepsis, neumonía o meningitis), metabólicos (hipoglucemia, hipocalcemia)(41).

2.1.9.2 Retraso del Crecimiento Intrauterino

Es bien conocido el hecho de que la hipertensión materna retrasa el crecimiento fetal (generalmente de forma asimétrica ya que el crecimiento cefálico se preserva en mayor medida) y, por lo tanto, la incidencia de neonatos pequeños para su edad gestacional, es mayor que en la población general. El Retraso del Crecimiento Fetal Intrauterino (RCIU) constituye una de las principales complicaciones del embarazo, asociándose con un mayor riesgo de morbimortalidad perinatal, asimismo se asocia a efectos negativos a largo plazo que se extienden hasta la vida adulta. Esta patología se considera una condición multifactorial donde están incluidos aspectos fisiopatológicos fetales, placentarios y maternos, entre los que se destacan reducción de nutrientes y disponibilidad de oxígeno, ingestión de drogas, disminución de la masa y flujo placentario, infección congénita y anomalías cromosómicas (41)(42).

2.1.10 MANEJO

2.1.10.1 Tratamiento farmacológico de la preeclampsia

El manejo de la preeclampsia depende principalmente de dos factores: grado de severidad y edad gestacional. Los resultados demuestran que independientemente de que haya preeclampsia, hipertensión gestacional o hipertensión crónica, el uso de antihipertensivos no ofrece beneficios para las principales complicaciones maternas o perinatales sin embargo, cerca de la mitad de las pacientes evaluadas en 46 estudios clínicos aleatorizados presentaron menor frecuencia de hipertensión grave, siendo este el único posible beneficio. En 29 estudios donde evalúan el beneficio de la terapia antihipertensiva con beta bloqueantes da como resultado una disminución del riesgo de desarrollar preeclampsia severa (RR 0,37; IC 95%; 0,26-0,53) con un aumento del riesgo de nacimiento de un neonato pequeño para la edad gestacional (RR 1,36; IC 95%; 1.02-1.82) (19)(43). Dichas investigaciones concluyen que no se han observado beneficios para iniciar el tratamiento antihipertensivo en pacientes con preeclampsia leve a moderada y se requiere de más investigaciones al respecto. El Instituto Nacional de Salud y las Guías de práctica Clínica de Canadá recomiendan inicio de tratamiento con una presión arterial de mayor o igual a 150mmHg de la presión sistólica y mayor o igual a 110mmHg en la presión diastólica(21).

El objetivo de tratar la hipertensión severa aguda es prevenir las potenciales complicaciones cerebrovasculares y cardiovasculares como la encefalopatía, la hemorragia cerebral y la insuficiencia cardíaca congestiva, pero no altera el curso natural de la enfermedad. En varios estudios aleatorios en los países en vías de desarrollo donde no se utiliza regularmente medicación para el tratamiento de preeclampsia grave revela un incremento de complicaciones en la madre como falla cardíaca, edema pulmonar e incluso la muerte (21). El fármaco antihipertensivo más utilizado es el labetalol, no obstante, en

Ecuador, no se dispone, sin embargo, la nifedipina para este propósito es efectiva, segura, conveniente y está disponible (44). Nifedipina oral y labetalol intravenoso han demostrado ser eficaces y presentar menores efectos materno-fetales adversos que otros antihipertensivos con evidencia 1a (12). Existe consenso universal sobre la necesidad de usar antihipertensivos cuando la paciente embarazada alcanza los niveles de presión arterial arriba mencionados. Los estudios sobre medicación en hipertensión grave durante el embarazo son múltiples y varios con pocas pacientes (43) (45).

El Ministerio de Salud del Ecuador junto con el Consejo Nacional de Salud en el 2008 crean el Componente Normativo Materno Neonatal, con el fin de estandarizar el manejo de patología materna y neonatal, el capítulo de trastornos hipertensivos gestacionales maneja el siguiente esquema para tratamiento de preeclampsia grave (12)(44):

NIFEDIPINA: 10 mg VO, c/20 min, tres dosis, luego 10 mg c/6 h. Dosis máxima 60 mg.

HIDRALAZINA: 5 – 10 mg IV en bolo. Repetir en 20 minutos PRN. Dosis máxima 40 mg IV.

2.1.10.2 Tratamiento no farmacológico

En una revisión del tratamiento no farmacológico, se encontraron escasos motivos para apoyar las manipulaciones dietéticas, así como la expansión de volumen o el reposo en cama. La mayoría de los especialistas no recomiendan la restricción de sal ni los diuréticos ya que pueden producir un empeoramiento de la función renal, con agravación de la hipovolemia ya presente. La expansión de volumen con coloides o cristaloides se ha asociado con edema pulmonar en la madre, aunque se puede considerar en la PEE con evidencia de reducción volumétrica, en forma de una sola dosis durante el parto o de tratamiento de días alternos cuando se pretende prolongar en embarazo. El agua corporal

está aumentada, pero hay contracción del volumen intravascular y la mujer con preeclampsia es muy sensible a estos cambios de volumen. No obstante hay un aumento de RVS por la vasoconstricción y la administración de fluidos no revierte esta vasoconstricción. Así, el incremento de fluidos podría provocar edema agudo de pulmón, por ello estaría indicada la monitorización de la arteria pulmonar en estas pacientes. Finalmente, el reposo en cama puede ofrecer alguna ventaja al feto y forma parte del tratamiento estándar, pese a no haber pruebas definitivas de su utilidad.

2.1.10.3 La edad gestacional como factor determinante en el tratamiento de la preeclampsia

La edad gestacional es uno de los factores que determina el manejo de la preeclampsia debido a que sobre la base de ésta se realizarán diferentes intervenciones. No es lo mismo tener una madre preecláptica con embarazo a término en la que posiblemente dependiendo del estado materno y fetal el primer tratamiento y definitivo sea el parto, que una madre con embarazo pretérmino donde se analizará detenidamente el riesgo-beneficio de inducir un parto como medida definitiva de la patología. Por lo antes mencionado varios de los estudios y guías clínicas consideran la edad gestacional como determinante para el manejo.

CUADRO 6. Terminación de embarazo según edad gestacional

SI EL EMBARAZO ES >37 SEMANAS: Terminación del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea:	SI EL EMBARAZO ES <37 SEMANAS: la presión arterial es estable, sin crisis hipertensivas y sin signos de compromiso materno o fetal: Iniciar
<ul style="list-style-type: none"> • Bishop < 6 = Maduración cervical. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tocólisis
<ul style="list-style-type: none"> • Bishop > 6 y actividad uterina < 3/10 = CONDUCCION. 	<ul style="list-style-type: none"> • maduración pulmonar fetal
<ul style="list-style-type: none"> • Bishop > 6 y actividad uterina > 3/10 = evolución 	

Fuente: Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Trastornos hipertensivos del embarazo, Guía de Práctica Clínica (GPC) 2013.

2.1.10.4 Finalización del embarazo

Es el tratamiento eficaz y curativo de la preeclampsia; y estará condicionado por la respuesta a la terapéutica instituida previamente, la vitalidad y a la madurez fetal. La vía del parto estará determinada por las características individuales (12)(44) (45).

2.1.10.5 Prevención y tratamiento de eclampsia

A toda pacientes con preeclampsia, independiente de la presencia de síntomas de vasoespasmo o neurológicos se debe mantener el sulfato de magnesio (SO₄ Mg) hasta 24 horas después del parto o hasta 24 horas posteriores a la última crisis eclámptica (44).

CUADRO 7. Finalización del embarazo

Finalizar el embarazo con consentimiento informado, en las primeras 24 horas, <u>independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea</u> , si se sospecha compromiso materno:	Finalizar el embarazo con consentimiento informado, en las primeras 12 horas, <u>independientemente de la edad gestacional</u> , por parto o cesárea, si se sospecha de compromiso materno: criterios de gravedad	Finalizar el embarazo inmediatamente con consentimiento informado, <u>independientemente de la edad gestacional</u> , por parto o cesárea, si se sospecha compromiso del bienestar fetal
--	---	--

<ul style="list-style-type: none"> • PA diastólica = o > 110 mm Hg TA sistólica =o>160 mm Hg mantenidas a pesar de tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Convulsiones (eclampsia) • Síndrome de HELLP agravado por: • trombocitopenia <50.000 / mm3 • LDH: > 1400 UI/L • TGO: > 150 UI/L • TGP: > 100 UI/ L • Ácido Úrico: > 7,8 mg/dl • Creatinina: > 1 mg/dl 	<ul style="list-style-type: none"> • Oligohidramnios ILA <4. • Monitoreo fetal electrónico no tranquilizador o patológico. • Perfil biofísico de 4/10 o menos en dos ocasiones con intervalo 4 horas. • En arteria umbilical: Índice de resistencia y púlsatidad aumentados. Ausencia o inversión de diástole. En arteria cerebral media disminución de índice de resistencia y púlsatidad. • Relación IR arteria cerebral media / IR arteria umbilical < 1.
--	--	---

Fuente: Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Trastornos hipertensivos del embarazo, Guía de Práctica Clínica (GPC) 2013.

CUADRO 8. Uso de sulfato de magnesio para prevención y tratamiento de eclampsia.

Uso de sulfato de magnesio para tratamiento de eclampsia:
Dosis de impregnación: 6 g SO4 Mg IV en 20 minutos.
Dosis de mantenimiento: 2g/hora IV en bomba de infusión de preferencia.

Uso de sulfato de magnesio para prevención de eclampsia:
Dosis de impregnación: 4 g SO4 Mg IV en 20 minutos.
Dosis de mantenimiento: 1g/hora IV en bomba de infusión de preferencia.

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Componente Normativo Materno (CONASA).2008

Cuadro 9. Precauciones en el uso de sulfato de magnesio.

Vigilar:	Suspender o retarde el sulfato de magnesio si:
Frecuencia cardíaca materna	<ul style="list-style-type: none"> • frecuencia respiratoria < 16 respiraciones por minuto.

Frecuencia respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> reflejos osteotendinosos están ausentes.
Reflejos osteotendinosos	<ul style="list-style-type: none"> diuresis < 30 cc/h durante las 4 horas previas.
Diuresis debe mantenerse entre 20 y 30 cc/h (2 cc/Kg/hora)	

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Componente Normativo Materno (CONASA).2008

CUADRO 10. Antídoto en caso de depresión o paro respiratorio por sobredosis de sulfato de magnesio

<ul style="list-style-type: none"> Administre gluconato de calcio 1 g IV (1 ampolla de 10 cc de solución al 10%) lentamente hasta que comience la autonomía respiratoria.
<ul style="list-style-type: none"> Ayude a la ventilación con máscara/bolsa, aparato de anestesia o intubación.
<ul style="list-style-type: none"> Administre oxígeno a 4 l/min por catéter nasal o 10 l/min por máscara.

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Componente Normativo Materno (CONASA).2008

2.2 CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAP)

Una encuesta CAP es un método de tipo cuantitativo. Las preguntas CAP tienden a hacer visibles y localizables ciertos rasgos característicos en los saberes, actitudes y comportamientos en materia de sanidad asociados a factores religiosos, sociales o tradicionales, pero también a la concepción que cada persona se crea de su propio cuerpo o de la enfermedad. En ocasiones estos factores son fuente de ideas falsas o de desconocimientos que pueden representar un freno a las actividades que deseáramos implantar y obstáculos potenciales al cambio de comportamiento(4). El objetivo de los métodos cuantitativos de recogida de datos es cuantificar y medir un fenómeno gracias al uso de cuestionarios y al tratamiento estadístico de las informaciones recogidas. Las encuestas por cuestionario son el principal método cuantitativo para recoger datos.

La morbilidad materna es una de las primeras causas de alteración del bienestar de la mujer en el mundo en vías de desarrollo, por lo cual la salud reproductiva de la mujer sigue siendo una prioridad investigativa en la mayoría de estas sociedades (32). Sin embargo, es

notable la hegemonía de la investigación clínica biomédica en esta área que ha dejado ver la ausencia y la necesidad de estudios que den cuenta del fenómeno desde una perspectiva integral. Los estudios de “conocimientos, actitudes y prácticas” (CAP) son una alternativa conceptual para acercarse a la complejidad del fenómeno en el área de la salud reproductiva (46). La propuesta de los estudios tipo CAP plantea un acercamiento integral para entender los comportamientos en relación con la salud de las personas a través de sus tres elementos; y sus resultados han sido base fundamental de los diagnósticos para la creación, ejecución y evaluación de programas sanitarios (47). Por lo anterior, este estudio se propone mostrar y discutir algunas evidencias relacionadas con la utilidad de este tipo de trabajos en el área de la salud reproductiva de las mujeres, el grado de conocimiento constatado permitirá conocer cuáles son las esferas en los que es necesario realizar esfuerzos en materia de información y educación. Por otra parte, la actitud es una forma de ser, una postura de tendencias, de “disposiciones a” (46). Se trata de una variable intermedia entre la situación y la respuesta a dicha situación. Permite explicar cómo un sujeto sometido a un estímulo adopta una determinada práctica y no otra. Por último, las prácticas o los comportamientos son acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo; es decir, que son el aspecto concreto, son la acción (47).

2.2.1 Conocimientos

Según la real academia de la lengua el conocimiento se define como el conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje. El ser humano es consciente de sí mismo y la realidad que le rodea, de esta forma trata de conocer el mundo, lo que le constituye en objeto de conocimiento. Se utiliza un conjunto amplio de conocimientos para dar solución a un sin fin de dificultades, y lo hace mediante la indagación con el fin de encontrar las acciones que se han de realizar para solucionar tales

dificultades (48). Así, se define al conocimiento como el conjunto organizado de datos e información que permiten resolver un determinado problema o tomar una decisión. El conocimiento en sí es vital y relevante para el proceso de entendimiento y de explicación de un fenómeno, sin embargo, es importante considerar el proceso de interpretación de la información para comprender los patrones conductuales posteriores frente al mismo fenómeno (5) (49).

Desde la propuesta de la encuesta CAP, vale la pena aclarar los términos que ésta evalúa. Como el conocimiento que representa un conjunto de cosas conocidas, incluye la capacidad de representarse y la propia forma de percibir. El grado de conocimiento constatado permite situar los ámbitos en los que son necesarios realizar esfuerzos en materia de información y educación (4).

Existen varias formas para medir conocimientos como por ejemplo, redacción de informes y cuestionario de preguntas abiertas o preguntas cerradas.

2.2.2 Actitudes

La actitud es una forma de ser, una postura que permite explicar las opciones que tiene un sujeto ante diferente estímulo y le permite adoptar una práctica u otra. Pero numerosos estudios muestran un vínculo a menudo débil y en ocasiones nulo en la relación entre actitud y prácticas (4). El estudio de las actitudes resulta muy relevante para la comprensión de la conducta social humana. En primer lugar, las actitudes son relevantes a la hora de adquirir nuevos conocimientos ya que las personas asimilan y relacionan la información que reciben del mundo en torno a dimensiones evaluativas, desempeñan una serie de funciones imprescindibles a la hora de buscar, procesar y responder, no sólo a la información sobre el entorno, sino también a la relacionada con uno mismo. También, las actitudes guardan una estrecha relación con la conducta y, por tanto, el mayor y mejor

conocimiento de las actitudes permitirá realizar predicciones más exactas sobre la conducta social humana y sobre sus cambios. Es decir, las actitudes influyen sobre la forma en que piensan y actúan las personas (50). Las personas poseen actitudes hacia la mayoría de estímulos que les rodean, incluso para aquellos objetos para los cuales podemos no tener ningún conocimiento ni experiencia, enseguida podemos evaluarlos en la dimensión bueno-malo, o me gusta-no me gusta.

El sentido común nos indica que nuestras actitudes están directamente relacionadas con los pensamientos o creencias que desarrollamos sobre el objeto de actitud vinculado a ellas. Las evaluaciones o juicios generales que caracterizan la actitud pueden ser positivas, negativas, o neutras (48) (49) (50)(51).

2.2.3 Prácticas

Las prácticas o los comportamientos son acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo; es decir que son el aspecto concreto, son la acción. Por lo tanto las prácticas se podría decir que son reacciones u actuaciones recurrentes en los individuos, así mismo definidos como hábitos los cuales establecen una respuesta para una situación determinada. Las prácticas hacen parte del día a día de un sujeto en diferentes aspectos de su vida (4).

2.3 REDES DE APOYO

2.3.1 CONCEPTO

Bajo el concepto de apoyo social se ha incluido todo tipo de recursos del entorno favorecedores del mantenimiento y de las redes sociales, la adaptación y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario (52).

Sin embargo al parecer la definición sobre apoyo social más adecuada es la que proponen Wethington y Kessler (1986). Para estos autores el apoyo social se define como la percepción hipotética que tiene una persona sobre sus recursos sociales disponibles para ser asesorada y ayudada en caso de necesitarlo. Como podemos ver, se refiere a una categoría de orden subjetivo, a la percepción que nuestros sujetos tienen respecto de la posibilidad de tener ayuda en caso de necesitarla, tanto para realizar actividades de la vida cotidiana como para resolver situaciones de emergencia (6).

2.3.2 CLASIFICACIÓN

Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad. Por ello se habla de redes de apoyo social y las principales son:

2.3.2.1 Redes de apoyo social natural

- La familia.
- Amigos y allegados.
- Compañeros de trabajo.
- Vecinos.
- Compañeros espirituales (ej.: parroquias).

Estas redes de apoyo tienen como ventaja el hecho de que la ayuda que prestan es inmediata, y, dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo para el paciente. El inconveniente radica en que estas redes son improvisadas: dependen básicamente de la cercanía de sus miembros y del tipo de relación afectiva previa. Así, por ejemplo, un sujeto que viva solo, sin familia cercana y que se lleve mal con sus vecinos, contará con un apoyo social natural precario o inexistente que además propiciará un mal afrontamiento de su enfermedad (53).

2.3.2.2 Redes de apoyo social organizado

- Organizaciones de ayuda al enfermo.
- Seguridad Social.
- Empresa para la que se trabaja: muchas cuentan con sistemas organizados de ayuda al empleado.
- Instituciones de acogida.
- Organizaciones de voluntariado.

A diferencia de las redes de apoyo natural, el apoyo organizado tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no depende de relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos. Los inconvenientes son: la posible lentitud de su actuación (precisa estudios previos, trámites burocráticos), la obligada relación con personas ajenas al entorno del enfermo, y, en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos (53).

2.3.3 TIPOS DE APOYO SOCIAL

Si bien ninguna de las concepciones antes mencionadas incluye los cuatro tipos de apoyo social que a continuación se explican, estos tipos se derivan de tales concepciones. Todos estos tipos han de ser considerados como formas potenciales de apoyo y su capacidad para tener influencia en la salud ha de ser considerada de manera empírica. La importancia de un tipo u otro dependerá en cada caso de la relevancia de la fuente de apoyo para la persona y del problema concreto que requiera tal apoyo.

2.3.3.1 Apoyo emocional

Un tipo de apoyo es el denominado "apoyo emocional". Este comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza y parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes.

Este tipo de apoyo está recogido, de una u otra manera, en las concepciones de apoyo antes mencionadas. En general, cuando las personas consideran de otra persona que ofrece apoyo, se tiende a conceptualizar en torno al apoyo emocional. El resto de tipos de apoyo social suelen ser menos utilizados en la explicación y estudio de este concepto pero en ciertas situaciones suelen tener una gran importancia (54).

2.3.3.2 Apoyo instrumental

Se ofrece "apoyo instrumental" cuando se emiten conductas instrumentales que directamente ayudan a quien lo necesita; se ayuda a otro a hacer o acabar el trabajo, se cuida de alguien. Es evidente que todo acto puramente instrumental tiene también consecuencias psicológicas (así, la ayuda en el trabajo puede ser una ayuda o una fuente de información y valoración, y no siempre positiva; necesitas ayuda y no eres autosuficiente, no tienes capacidad) (54).

Las siguientes formas de apoyo (apoyo informativo y evaluativo) son los tipos que mayor dificultad presentan para su definición y, por tanto, para su distinción de las otras formas de apoyo.

2.3.3.3 Apoyo informativo

El "apoyo informativo" se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo (54).

2.3.3.4 Apoyo evaluativo

El "apoyo evaluativo", al igual que el apoyo informativo, sólo implica la transmisión de información, y no el afecto que se transmite en el apoyo emocional. Sin embargo, la

información que se transmite en el apoyo evaluativo es relevante para la autoevaluación, para la comparación social. Es decir, otras personas son fuentes de información que los individuos utilizan para evaluarse a sí mismos. Esta información puede ser implícita o explícitamente evaluativa (54).

2.3.4 FUENTES DEL APOYO SOCIAL

Las fuentes de apoyo social pueden ser muchas. Los autores, en un intento de sistematización, han propuesto diferentes clasificaciones y relaciones de fuentes. House (1981) propone una relación de nueve fuentes de apoyo social: esposo/a o compañero/a, otros familiares, amigos, vecinos, jefes o supervisores, compañeros de trabajo, personas de servicio o cuidadores, grupos de autoayuda y profesionales de la salud o servicios sociales (55).

Atendiendo a las fuentes de apoyo que provienen del ámbito laboral cabe destacar el apoyo que puede ofrecer el supervisor y el de los compañeros de trabajo. El apoyo del superior es especialmente importante en aquellas situaciones en las que las oportunidades para la interacción entre compañeros es limitada. Esta situación se produce en muchos trabajos industriales y de oficina o en los que el trabajador tiene mucha movilidad o trabaja con mucha autonomía (comerciales, trabajos de servicio). En estos casos, suele ser de los supervisores de los que principalmente se espera el apoyo. Lógicamente, cuando el supervisor se constituye en la única fuente de apoyo, de él se demanda que ofrezca los cuatro tipos de apoyo (56).

2.3.5 ESTRUCTURA DE LA RED DE APOYO SOCIAL

Desde la perspectiva estructural, se estudia el campo social en el que está inmerso el sujeto siendo la red social la unidad de análisis del individuo. Desde este enfoque se asume

que: los beneficios de las redes son directamente proporcionales al tamaño de las mismas y que tener una relación es equivalente a obtener apoyo de la misma. Sin embargo, es necesario señalar que tales afirmaciones son cuestionables ya que obvian la posibilidad de la existencia de conflictos asociados a las relaciones sociales y a la polémica pero consistente distinción entre las dimensiones objetivo/subjetivo del apoyo. De este modo, autores como Cassel y Cobb conceptualizan el apoyo social en términos cognitivos, tomando en consideración la dimensión subjetiva del mismo (apoyo percibido), ya que es esta percepción precisamente, la que se considera promotora de la salud. La importancia de esta distinción, radica en que algunas personas reciben apoyo y no lo perciben, y en ausencia de percepción de un apoyo disponible, éste no podrá ser utilizado. Siguiendo con la perspectiva estructural de las redes sociales, las dimensiones estudiadas más importantes y que guardan relación con la salud son:

2.3.5.1 Tamaño

Referido al número de personas que componen la red social, o número de sujetos con los que mantiene contacto personal el sujeto central. En general, esta variable se relaciona positivamente con el bienestar y la salud. Algunos autores, han encontrado diferencias significativas entre el tamaño de la red social en sujetos que padecen algún tipo de trastorno mental siendo en general menores en comparación con otros sujetos sin estos problemas de salud (57).

2.3.5.2 Densidad

Interconexión entre los miembros independientemente del sujeto central. En este punto, los resultados son contradictorios ya que no puede establecerse una densidad ideal al depender ésta de otras variables como son los propios sujetos, sus necesidades y su situación concreta. Algunas investigaciones otorgan a las redes sociales más densas una

mayor capacidad para proveer apoyo emocional, si bien su aceptabilidad dependerá de los sujetos y situaciones. Por otro lado, las redes sociales densas, no serían adecuadas en determinadas situaciones como la viudedad ya que impiden la creación de nuevos contactos sociales y perpetúan de este modo, el modelo social previo (57).

2.3.5.3 Reciprocidad

Grado en que los recursos de la red son intercambiados equitativamente entre las partes, al equilibrio o desequilibrio del intercambio en la relación entre dos personas. Los resultados demuestran que las relaciones recíprocas promueven más la salud que aquellas en las que el sujeto central inicia siempre el contacto. Algunas investigaciones, registran un gran número de relaciones desequilibradas y no recíprocas en pacientes con problemas de salud mental (57).

2.3.5.4 Parentesco

Variable referida a si la red está formada en su mayoría por parientes o no y que resulta ser predictor de un buen ajuste ante las crisis vitales. En algunos trabajos, el número de no parientes en la red se ha relacionado positivamente con estados de felicidad bajo la idea que estas relaciones, serían elegidas libremente (57).

2.3.5.5 Homogeneidad

Semejanza o congruencia entre los miembros de una red en una dimensión determinada: actitudes, experiencia, valores, etc. Algunos autores señalan que las personas que forman parte de redes homogéneas, tienen interacciones más reforzantes (57).

2.3.6 FUNCIONAMIENTO Y EFECTOS DEL APOYO SOCIAL

Basados en algunas investigaciones se ha logrado postular tres formas en las cuales el apoyo social afecta al estrés laboral y por ende a la salud, partiendo de que el estrés laboral puede afectar de manera negativa en la salud mental y física de los individuos. A

continuación se menciona tres formas en las que el apoyo social puede modificar el efecto del estrés sobre la salud:

- El apoyo social puede influir positivamente, y de forma directa, sobre la salud y el bienestar en la medida que contribuye a satisfacer necesidades humanas como las de seguridad, contacto social, pertenencia, estima, afecto. En este sentido, los efectos positivos de apoyo social sobre la salud pueden compensar los negativos del estrés (56).
- El apoyo puede reducir directamente los niveles de estrés laboral de distintas maneras y, por ello, mejorar indirectamente la salud. Por ejemplo, los jefes o compañeros, con su apoyo, pueden minimizar tensiones interpersonales (56).

Estos dos efectos del apoyo social son efectos principales e importantes, pero también evidentes para la mayoría de la gente. El interés que ha suscitado el apoyo social se deriva de un tercer tipo de efecto, que sería el potencial del apoyo social para mitigar o amortiguar el impacto del estrés laboral sobre la salud. En esta tercera forma, el apoyo social no tiene un efecto directo ni sobre el estrés ni sobre la salud, sino que modifica, altera la relación entre ellos. En este sentido, el apoyo social se manifiesta como un elemento importante para ayudar a las personas a vivir de manera más saludable incluso en presencia de situaciones estresantes, cuestión que a veces es inevitable (56).

2.3.7 APOYO SOCIAL Y LA SALUD

La cantidad y calidad de las relaciones sociales pueden tener efectos en los mecanismos fisiológicos relacionados con los problemas de salud, ya sea directamente o a través de la mediación de procesos psicológicos o conductuales. Por ejemplo, la presencia de apoyo social puede promover conductas adaptativas de salud (como estimular la búsqueda de

atención médica, el ejercicio y una dieta saludable, o desincentivar el fumar y el beber excesivos), o proporcionar un sentimiento de bienestar que contrarreste o inhiba los efectos negativos del estrés. A la inversa, la ausencia de tal apoyo social puede exponer al individuo a mayor estrés, el cual podría producir algunos efectos en la actividad fisiológica (funcionamiento inmunológico, reactividad cardiaca, etc.) ya sea de modo directo o mediante procesos psicológicos. El apoyo social proporciona al individuo un sentido de estabilidad, predictibilidad y control que lo hace sentirse mejor y a percibir de manera más positiva su ambiente; a su vez, esos sentimientos pueden motivarlo a cuidar de sí mismo, a interactuar de manera más positiva con las otras personas y a utilizar más recursos personales y sociales para afrontar el estrés. El apoyo social se relaciona positivamente con el estado de salud y con la recuperación de la enfermedad, pero los mecanismos que permiten explicar dicha relación no son totalmente claros y se pueden plantear diversas posibilidades. El apoyo social puede reforzar la autoestima, el sentido de control y la capacidad para afrontar más eficazmente la enfermedad, ayudando por ejemplo a reducir la cantidad requerida de medicamentos, acelerando la recuperación y facilitando la adherencia a las prescripciones médicas (58).

Se proponen dos modelos para explicar la asociación entre apoyo social y salud. Por una parte, el modelo del efecto directo, que postula que el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del individuo; por otra parte, el modelo del efecto amortiguador, que postula que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes. Estos modelos resultan de conceptualizar al apoyo social como variable antecedente o simultánea (modelo del efecto directo), o como una variable interviniente en la relación estrés-enfermedad (modelo amortiguador) (58).

2.3.7.1 Modelo del efecto directo

Bajo este modelo, el apoyo social es positivo para un individuo independientemente de la presencia de estrés. Se postula que tal apoyo tiene el efecto de incrementar el bienestar emocional y físico de los individuos, o de disminuir la probabilidad de efectos negativos en tales dominios. Los mecanismos propuestos son, o bien que el apoyo social tiene efectos en algunos procesos fisio-psicológicos, lo que mejora la salud o impide la enfermedad, o bien que el apoyo social favorece el cambio de conductas de los individuos, lo cual a su vez tiene consecuencias positivas para la salud (59).

2.3.7.2 Modelo del efecto amortiguador

Este modelo postula que el apoyo social interviene como variable “mediadora” en la relación entre estrés y enfermedad. Esto puede ocurrir de dos maneras. En la primera, el apoyo social permite a los individuos redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o bien inhibe los procesos psico-patológicos que podrían desencadenarse en la ausencia de apoyo social. La segunda forma en la que el apoyo social amortigua los efectos del estrés es evitando que los individuos definan una situación como estresante. La certeza de un individuo de que dispone de muchos recursos materiales y emocionales puede evitar que dicho individuo defina como estresante la que, típicamente, otros individuos definirían en esos términos. Esta no-definición evita que se genere la respuesta psico-fisiológica que a su vez repercute en la salud (59).

En suma, a pesar de la controversia en relación a la definición del concepto de apoyo social, durante los últimos años se han acumulado evidencias que muestran que, como quiera que se le defina, el apoyo social juega un papel muy importante (directo o indirecto) en la determinación de los niveles de salud y bienestar de los individuos (60).

2.3.8 APOYO SOCIAL EN EL EMBARAZO

El apoyo social no sólo influye sobre la salud psicológica de las embarazadas durante su proceso de gestación, sino que se constituye en un factor protector fundamental también durante las primeras semanas del posparto, amortiguando los niveles de estrés.

En un estudio realizado a un grupo de 94 mujeres venezolanas en estado de gestación con edades comprendidas entre 16 y 43 años, se buscó determinar la capacidad predictiva del apoyo social y el nivel de información sobre el embarazo, en la salud y calidad de vida percibidas. Los resultados de los análisis de correlación en este estudio indican que el apoyo social percibido por parte de estas mujeres está asociado de manera importante a sus indicadores de salud física y mental, *en la medida en que a mayor apoyo social, menor la presencia de síntomas de somatización, angustia y ansiedad, depresión y deterioro global*. Un mayor nivel de información sobre el proceso del embarazo y sus características correlacionó únicamente con una menor presencia de síntomas de depresión. Así mismo el apoyo social aparece asociado en forma positiva con una mejor calidad de vida en salud, estado de ánimo, trabajo, tiempo libre, relaciones sociales y satisfacción general. Cuando se analizan los resultados a un nivel más explicativo, se tiene que sólo el apoyo social percibido predice de manera significativa el estatus de salud y calidad de vida de esta muestra de embarazadas, en el sentido de que un mayor apoyo social explica una mejor salud global, física y psicológica, así como una mayor satisfacción con la calidad de vida que se experimenta (61).

Pasarín Lorena, en su “Estudio antropológico de redes sociales de madres adolescentes durante el embarazo”, ratifica que la presencia de una red social activa y accesible no solo afecta positivamente la salud de la persona, sino también actúa como estimuladora y facilitadora de una atención prenatal temprana y regular. Estas redes se colocan en un

lugar privilegiado garantizado por la proximidad y la confianza que los vínculos otorgan, integradas principalmente por familiares, con vínculos muy intensos, que brindan consejos y prestan ayuda instrumental, operando como reductoras del estrés producido por el embarazo durante esa etapa de su vida. La autora considera que el estudio proporciona una línea de base que demuestra el peso relativo de los contextos sociales en la decisión de atención de la salud durante el embarazo: “la red social actúa como monitor de la salud y activador de las consultas a idóneos” (62).

Alvarado, Medina y Aranda en su investigación sobre “El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido”, cuyo objetivo fue evaluar el efecto de diferentes variables psicosociales (eventos vitales, *apoyo social* y *distrés emocional*) durante el embarazo, en las condiciones de edad gestacional y peso del recién nacido. Encontraron que un 55,7% de las mujeres no había planificado su embarazo, 31,8% de las mujeres considera su embarazo como un evento negativo en su vida, 16,7% ha sufrido la muerte o enfermedad de un familiar próximo (en los 6 meses previos a la entrevista) y 80,7% se encuentra insatisfecha con el apoyo social que tiene (diferencia negativa entre el apoyo social real y el esperado) (63)

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 OBJETIVOS

3.1.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la influencia del apoyo social sobre los conocimientos, actitudes y prácticas que las madres diagnosticadas con preeclampsia tienen sobre los signos y síntomas de alarma de la misma enfermedad.

3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la presencia de redes de apoyo social en las madres que presentaron preeclampsia
2. identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los signos de alarma en las madres gestantes con preeclampsia
3. Determinar la relación las redes de apoyo con el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres, frente a los signos y síntomas de la preeclampsia.

3.2 HIPÓTESIS

Las madres que tienen redes de apoyo social tendrán un adecuado nivel de conocimientos, actitudes positivas y prácticas adecuadas frente a los signos y síntomas de la preeclampsia.

3.3 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio analítico, observacional de tipo transversal con 337 madres gestantes mayores de edad a las cuales se les aplicó dos cuestionarios; el primero se trató del Test de Moss que se utilizó para valorar las redes de apoyo social, el segundo fue una encuesta tipo CAP para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los signos y

síntomas de alarma de los trastornos hipertensivos gestacionales. Se llevó a cabo en los Hospitales General Enrique Garcés, Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, Hospital Pablo Arturo Suárez en el periodo de Enero a Marzo del 2016.

3.4 CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

Dónde:

n= es el tamaño de la muestra (número de encuestas que vamos a hacer).

N= es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados).

K= es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. El nivel de confianza indica la probabilidad de que los resultados de nuestra investigación sean ciertos: un 95,5 % de confianza es lo mismo que decir que nos podemos equivocar con una probabilidad del 4,5%.

K	1,15	1,28	1,44	1,65	1,96	2	2,58
Nivel de confianza	75%	80%	85%	90%	95%	95,5%	99%

E= es el error muestral deseado. El error muestral es la diferencia que puede haber entre el resultado que obtenemos preguntando a una muestra de la población y el que obtendríamos si preguntáramos al total de ella

P= es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Este dato es generalmente desconocido y se suele suponer que $p=q=0.5$ que es la opción más segura. **Q**= es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es $1-p$.

Para el cálculo de la muestra se aplicó el software estadístico de DECISION ANALYST STATS con un universo de 500.000 de mujeres en edad fértil ya que son quienes tienen probabilidad de embarazo y así mismo riesgo de desarrollar preeclampsia, con un error aceptable del 5%, con un porcentaje estimado de la muestra del 20% y un nivel de confianza del 95%. El resultado que proporciona STATS fue de 300 pacientes. Se decidió realizar un muestreo probabilístico estratificado; para el cálculo se tomó la información del número de egresos hospitalarios con diagnóstico de trastornos hipertensivos. Hospital General Enrique Garcés: 110 pacientes en el año 2014, Hospital Pablo Arturo Suarez: 83 pacientes en el año 2014 y Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora: 1500 pacientes en el año 2014. La población de los tres hospitales es de 1742 pacientes con diagnóstico de preeclampsia y el tamaño de la muestra ya calculado es de 300 con una constante de 0,17; entonces el total de la subpoblación se multiplicó por la constante para obtener el siguiente tamaño para los estratos. Hospital Enrique Garcés: 19 pacientes; Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora: 267 pacientes; Hospital Pablo Arturo Suarez: 14 pacientes

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Madres mayores de edad que aceptaron formar parte del estudio.
- Madres que cursaban con embarazo mayor de 20 semanas, con diagnóstico de preeclampsia que se encontraban en el área de hospitalización, emergencia y consulta externa de del servicio de ginecología y obstetricia de los hospitales donde se realizó el estudio.

3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Madres que no aceptaron ser parte del estudio.
- Madres que no cumplieron los criterios de inclusión descritos previamente.
- Madres adolescentes

3.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
Edad	Edad de un individuo se expresa como un periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.	Menor de 20 años 20-25 años 26-30 años 31-35 años 36-40 años Mayor de 41 años	Cuantitativa	Edad en años Intervalo FA % Moda Media
Estado civil	Clase o condición a la cual está sujeta la vida de cada uno.	1.- Soltera 2.- Casada 3.- Unión libre 4.- Viuda 5.- Divorciada	Cualitativa	FA %
Etnia	Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas y culturales	1.- Mestiza 2.- Indígena 3.- Blanco 4.- Afroecuatoriana 5.- Mulato 6.- Montubio 7.- otro	Cualitativa	FA %
Nivel de instrucción	Último año de instrucción formal aprobado	1.- Ninguno 2.- Primario 3.- Secundario 4.- Educación básica 5.- Bachillerato – educación media 6.- Ciclo postbachillerato 7.- Superior	Cualitativa	FA %
Paridad	Número de embarazos a término	1.- Primigesta: Mujer que cursa su primer embarazo. 2.- Multigesta: Mujer que cursa su primer embarazo. Multigesta: Mujer en su segundo o posterior embarazo	Cualitativa	FA %
Antecedentes familiares y personales de preeclampsia	Registro de las relaciones entre los miembros de una familia junto con sus antecedentes médicos o	1.- Si 2.- No	Cualitativa	FA %

	personales.			
Conocimiento	Es el conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje	1.- Nivel alto 2.- Nivel bajo	Cualitativa	FA %
Actitudes	Conjunto organizado duradero de convicciones o creencias, dotadas de una predisposición o carga afectiva ante los signos y síntomas.	1.- Positiva 2.- Negativa 3.- Indiferente	Cualitativa	FA %
Prácticas	Son acciones observables de un individuo en respuestas a un estímulo	1.- Adecuada 2.- Inadecuada	Cualitativa	FA %
Preeclampsia	Se considera preeclampsia a toda paciente que cursa embarazo mayor de 20 semanas con una presión arterial mayor igual a 140/90 en dos tomas separadas de 4 horas como mínimo, en una paciente previamente normotensa.	1.- Si 2.- No	Cualitativa	FA %
Red de apoyo social/Índice global	Conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.).	1.- Apoyo suficiente puntaje mayor o igual a 57 puntos 2.- Apoyo escaso puntaje menor de 57 puntos	Cualitativa	FA %
Apoyo emocional/informacional	La expresión de afecto y comprensión empática, así como la guía y oferta de consejos e información.	1.- Apoyo suficiente puntaje mayor o igual a 24 puntos 2.- Apoyo escaso puntaje menor de 24 puntos	Cualitativa	FA %
Apoyo concreto (material/instrumental)	Recursos monetarios (dinero en efectivo, como aporte constante o no, remesas, regalos, otros) no monetarios (comida, ropa, pago de servicios) Proveer de transporte, ayuda en labores del hogar, cuidado y	1.- Apoyo suficiente puntaje mayor o igual a 12 puntos 2.- Apoyo escaso puntaje menor de 12 puntos	Cualitativa	FA %

	acompañamiento.			
Interacción social	La disponibilidad de personas con las cuáles poder salir, divertirse o distraerse.	1.- Apoyo suficiente puntaje mayor o igual a 12 puntos 2.- Apoyo escaso puntaje menor de 12 puntos	Cualitativa	FA %
Apoyo afectivo	Las expresiones de amor y de afecto.	1.- Apoyo suficiente puntaje mayor o igual a 9 puntos 2.- Apoyo escaso puntaje menor de 9 puntos	Cualitativa	FA %

Elaborado por: Torres. A & Molina. L

3.8 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Una vez recolectados los datos proporcionados por los instrumentos, se procedió al análisis estadístico respectivo. Los datos fueron tabulados y presentados en tablas y gráficos de distribución de frecuencias y porcentajes. Para el análisis de las variables independientes en relación con las variables intervinientes se utilizaron tablas de contingencia. Se utilizó como medida de significancia para variables categóricas el Chi 2 y test de Fisher, los datos estadísticos se obtuvieron a través del programa SPSS con la siguiente interpretación estadística:

- Aceptación de la hipótesis alternativa y rechazo de a hipótesis nula si el valor de $P > 0,05$
- Rechazo de la hipótesis alternativa y aceptación de la hipótesis nula si el valor de $P < 0.05$, la hipótesis alternativa no aceptarse entonces la asociación encontrada puede ser al azar.

Los datos se registraron en una base elaborada en la hoja de cálculo del programa SPSS donde se realizó el análisis.

3.9 ASPECTO BIOÉTICOS

Se obtuvo la aprobación de los distintos comités de bioética tanto de la institución universitaria, como de las instituciones de salud participantes, lo que aseguró la ética de la investigación. Es importante destacar que previo a la recolección de datos se contó con el respectivo consentimiento informado -elaborado según los reglamentos establecidos por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador- de cada participante con la finalidad de proporcionar la seguridad de que la información que brinden será confidencial.

3.10 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

3.10.1 Limitaciones

- Disponibilidad de información
- Disposición de las pacientes a contestar las preguntas
- Subjetividad de la información

3.10.2 Delimitación

- Se hizo el análisis de las madres gestantes de las distintas áreas del servicio de Ginecología y Obstetricia de los hospitales General Enrique Garcés, Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora y Hospital Pablo Arturo Suárez que cumplieron con los criterios de inclusión.

3.10.3 Recursos necesarios

- Datos sociodemográficos de las madres que manifestaron su deseo de participación en la investigación.
- Encuesta tipo CAP para evaluar conocimientos, actitudes y practicas
- Test de Moss para valorar la presencia de redes de apoyo social
- Consentimiento informado

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE MADRES GESTANTES CON EMBARAZO NORMAL Y LAS MADRES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA

4.1.1 Edad

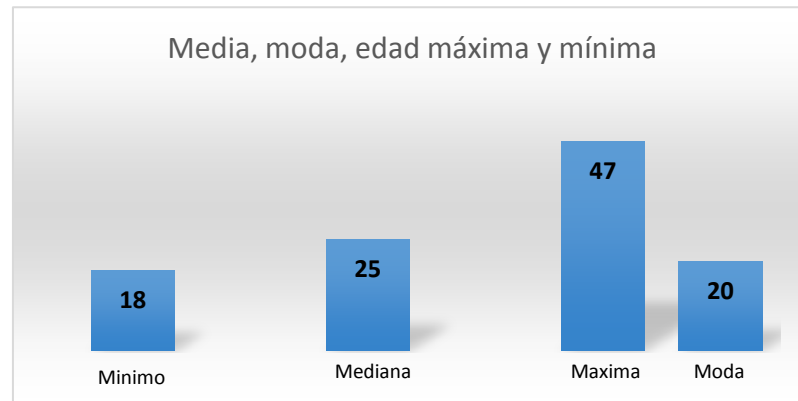
El máximo de edad registrada en las pacientes participantes fue 47 años, la edad mínima de 18 años, con un promedio de 26,5 años y una moda de 20 años que nos indica que es la edad que más se repite en la población.

Tabla 1. Promedio, media, moda, edad máxima y mínima de las madres gestantes con embarazo normal y las diagnosticadas de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Obs	Total	Promedio	Varianza	Desv. estandar	
337,0000	8833,0000	26,5255	41,6597	6,4544	
Edad mínima	25%	Mediana	75%	Edad máxima	Moda
18,0000	21,5000	25,0000	31,0000	47,0000	20,0000

Fuente: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L.

Gráfico 1. Media, moda, edad máxima y mínima de las madres gestantes con embarazo normal y las diagnosticadas de preeclampsia. Periodo de Enero a Marzo del 2016.



Fuente: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L.

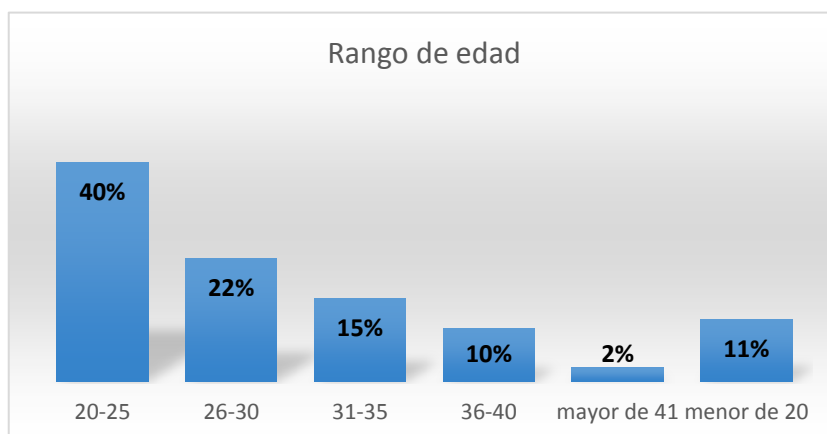
Se dividió por rangos de edad a las pacientes en esta investigación, observando que la mayoría de ellas se encuentran en el rango de 20-25 años con un porcentaje de (38,59%), seguido de madres entre los 26-30 años (22.83%). Mientras que las madres mayores de 40 años corresponde al (2.57%) y aquellas menores de 20 años con un (11.58%).

Tabla 2. Distribución de frecuencias de la edad por rango. Madres gestantes con embarazo normal y las diagnosticadas de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

RANGO DE EDAD	Frecuencia absoluta	%
20-25	136	40%
26-30	74	22%
31-35	50	15%
36-40	32	10%
mayor de 41	8	2%
menor de 20	37	11%
TOTAL	337	100%

Fuente: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L.

Gráfico 2. Distribución de frecuencias de la edad por rango. Madres gestantes con embarazo normal y las diagnosticadas de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.



Fuente: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

4.1.2 Estado civil

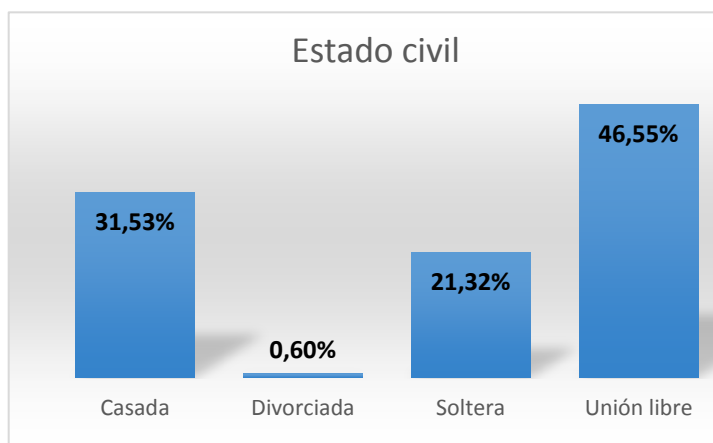
La segunda variable interviniente corresponde al estado civil, el cual reflejó que la mayoría de participantes del estudio fueron madres gestantes en unión libre (46,55%) seguido de gestantes casadas con el (31,53%), solteras con el 21,32% y divorciadas con el (0,60%).

Tabla 3. Estado civil de las madres gestantes con embarazo normal y de las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

ESTADO CIVIL	Frecuencia absoluta	%
Casada	109	31,53%
Divorciada	2	0,60%
Soltera	71	21,32%
Unión libre	155	46,55%
Total	337	100,00%

Fuente: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Gráfico 3. Estado civil de las madres gestantes con embarazo normal y de las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.



FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

4.1.3 Etnia

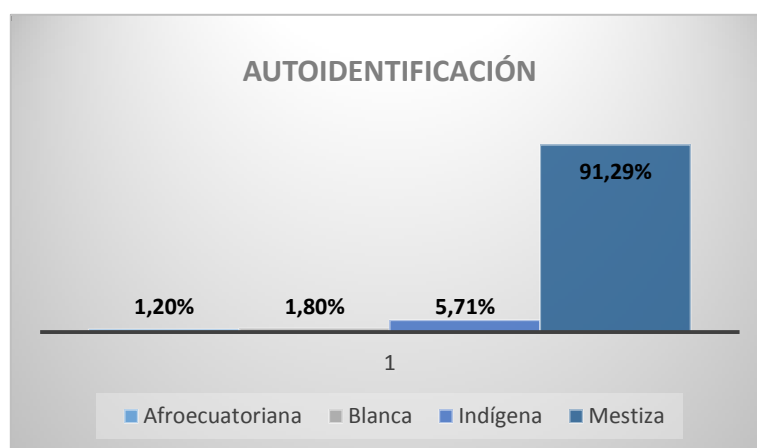
La mayoría de las participantes se autoidentificaron como mestizas (91.29%) seguido por indígenas (5.71%), blancas (1.80%) y afroecuatorianas (1.20%).

Tabla 4. Autoidentificación de las madres gestantes con embarazo normal y de las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

ETNIA	Frecuencia absoluta	%
Afroecuatoriana	4	1,20%
Blanca	6	1,80%
Indígena	19	5,71%
Mestiza	308	91,29%
Total	337	100,00%

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Gráfico 4. Autoidentificación de las madres gestantes con embarazo normal y de las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.



FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

4.1.4 Nivel de instrucción

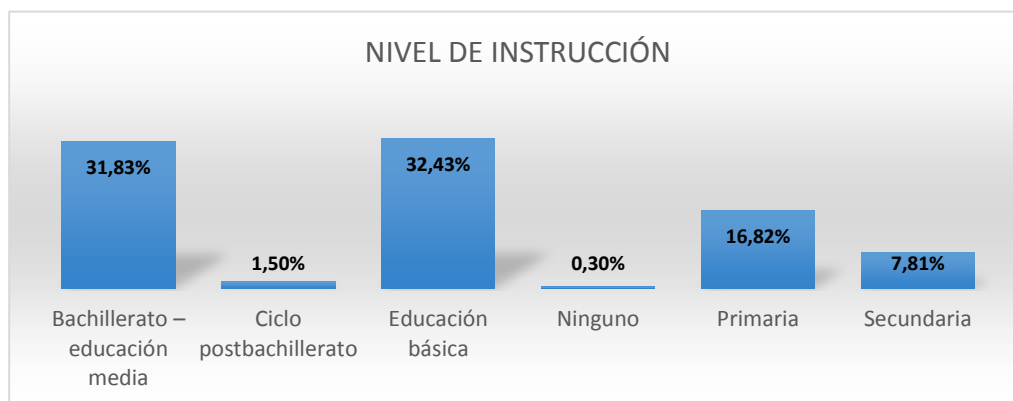
Se entiende como nivel de instrucción al último año de instrucción formal aprobado. Por lo que aquellas que alcanzaron la educación superior corresponde al (9,31%), las que alcanzaron educación media al (31,83%), educación básica del (32,43%).

Tabla 5. Nivel de instrucción de las madres gestantes con embarazo normal y de las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Frecuencia absoluta	%
Bachillerato – educación media	108	31,83%
Ciclo post bachillerato	5	1,50%
Educación básica	110	32,43%
Ninguno	1	0,30%
Primaria	56	16,82%
Secundaria	26	7,81%
Superior	31	9,31%
Total	337	100,00%

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Grafico 5. Nivel de instrucción de las madres gestantes con embarazo normal y de las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.



FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

4.1.5 Paridad

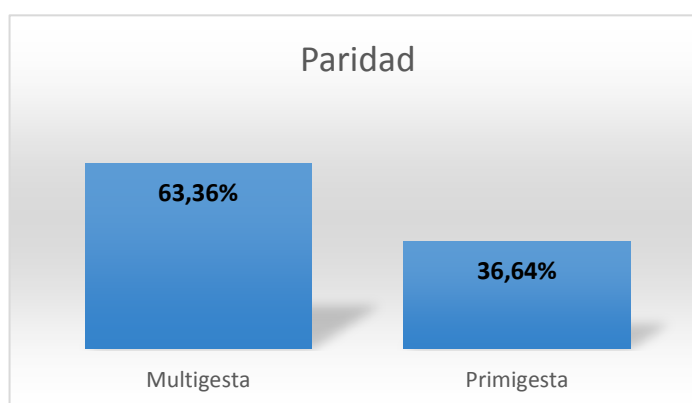
Las madres gestantes con embarazo normal y con diagnóstico de preeclampsia fueron en su mayoría multigestas (63.36%) mientras que las pacientes primigestas corresponde al (36,64%).

Tabla 6. Distribución de frecuencias variable paridad de las madres gestantes con embrazo normal y de las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

PARIDAD	Frecuencia absoluta	%
Multigesta	213	63,36%
Primigesta	124	36,64%
Total	337	100,00%

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Gráfico 6. Distribución de frecuencias variable paridad de las madres gestantes con embrazo normal y de las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.



FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

4.1.6 Antecedentes familiares y personales de preeclampsia las madres gestantes con embarazo normal y de las madres con diagnóstico de preeclampsia

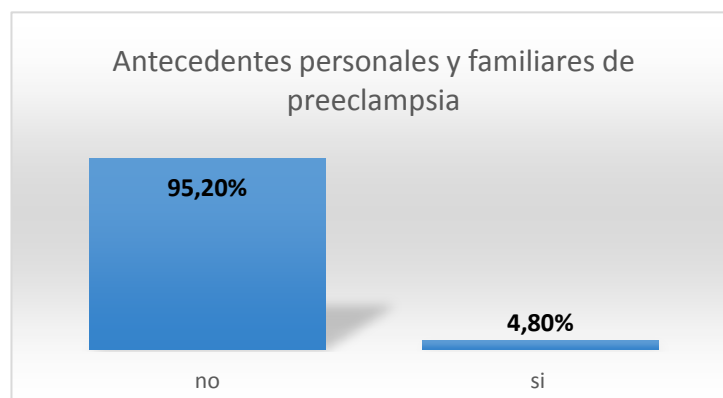
Los antecedentes familiares y personales de preeclampsia son un factor importante de riesgo, al igual de las demás variables, no solo para desarrollar la enfermedad sino también para poder valorar cuanto las pacientes conocen, que actitud toman y que práctica realizan frente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia. Se encontró que la mayoría no tienen antecedentes personales ni familiares (95.20%). Sin embargo más adelante se detallará si ésta variable interviniente afecta o no en la presencia de redes de apoyo y/o los conocimientos, actitudes y prácticas.

Tabla 7. Antecedentes personales y familiares de preeclampsia de las madres gestantes con embarazo normal y de las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES DE PREECLAMPSIA	Frecuencia absoluta	%
No	321	95,20%
si	16	4,80%
Total	337	100,00%

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Gráfico 7. Antecedentes personales y familiares de preeclampsia de las madres gestantes con embarazo normal y de las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.



FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

4.1.7 Diagnóstico de preeclampsia

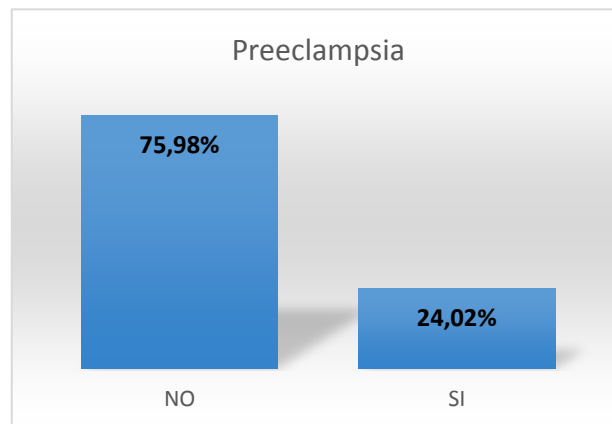
De las 337 pacientes que formaron parte de este estudio el 24.02% tuvieron diagnóstico de preeclampsia.

Tabla 8. Distribución de frecuencias de las pacientes con embarazo normal y las madres con diagnóstico de preeclampsia en el periodo de Enero a Marzo del 2016.

PREECLAMPSIA	Frecuencia absoluta	%
NO	257	75,98%
SI	80	24,02%
Total	337	100,00%

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Gráfico 8. Distribución de frecuencias de las pacientes con embarazo normal y las madres con diagnóstico de preeclampsia en el periodo de Enero a Marzo del 2016.



FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

4.2 NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN MADRES GESTANTES CON EMBARAZO NORMAL Y MADRES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA

4.2.1 Conocimientos

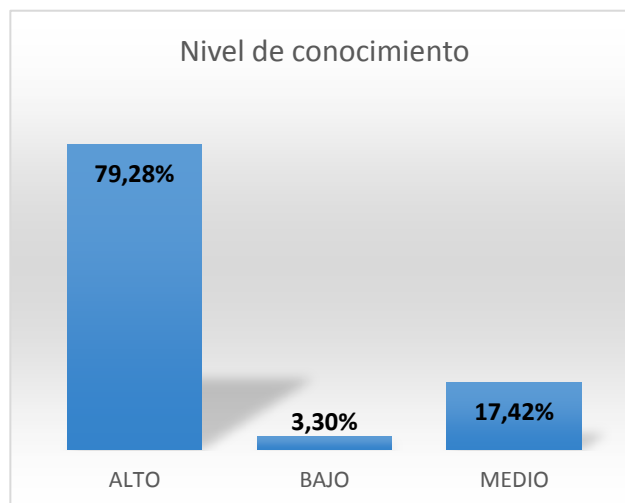
En este estudio se observó que de las madres gestantes con embarazo normal y preeclampsia que formaron parte de la investigación la mayoría de ellas tienen un nivel alto de conocimientos (79,28%), un nivel de conocimiento medio de(17,42%) y conocimiento bajo (3,3%) sobre los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia.

Tabla 9. Nivel de Conocimientos sobre los signos y síntomas de alarma de preeclampsia en madres gestantes con embarazo normal y en madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo de enero a marzo del 2016.

CONOCIMIENTOS	Frecuencia absoluta	%
ALTO	264	79,28%
BAJO	11	3,30%
MEDIO	58	17,42%
Total	337	100,00%

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Gráfico 9. Nivel de Conocimientos sobre los signos y síntomas de alarma de preeclampsia en madres gestantes con embarazo normal y en madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo de enero a marzo del 2016.



FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

4.2.2 Actitudes

Un total de 4 preguntas fueron utilizadas para evaluar las actitudes de madres gestantes en este estudio sobre los signos y síntomas de alarma de preeclampsia, considerando una actitud positiva un puntaje de 8; una actitud indiferente con un puntaje de 6; y actitud negativa con puntaje menor/igual a 4.

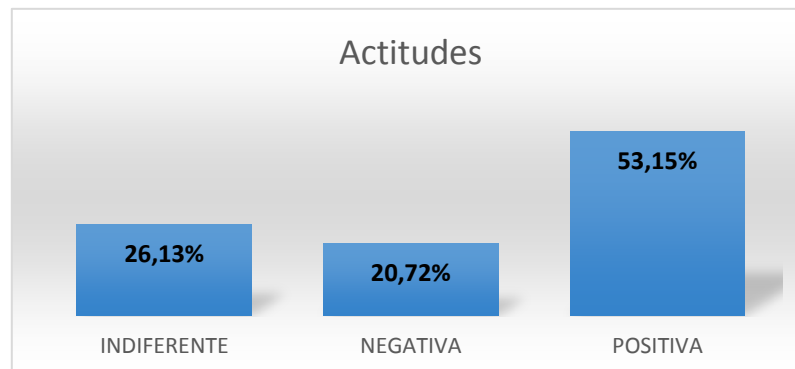
La mitad de las madres gestantes en el estudio tuvieron una actitud positiva (53.15%), el (26,13%) corresponde a las pacientes que tuvieron actitud indiferente y por último la actitud negativa corresponde al (20,72%); por lo que se podría inferir que al menos la mitad de las pacientes encuestadas no le prestan importancia y/o atención a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia.

Tabla 10. Actitudes en relación a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en madres gestantes con embarazo normal y en madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

ACTITUDES	Frecuencia absoluta	%
INDIFERENTE	87	26,13%
NEGATIVA	69	20,72%
POSITIVA	177	53,15%
Total	337	100,00%

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Gráfico 10. Actitudes en relación a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en madres gestantes con embarazo normal y en madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.



FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

4.2.3 Prácticas

Un total de 4 preguntas fueron utilizadas para evaluar prácticas de madres gestantes en este estudio sobre los signos y síntomas de alarma de preeclampsia, considerando una práctica adecuada con puntaje mayor/igual a 6; una práctica inadecuada con puntaje menor/igual a 4.

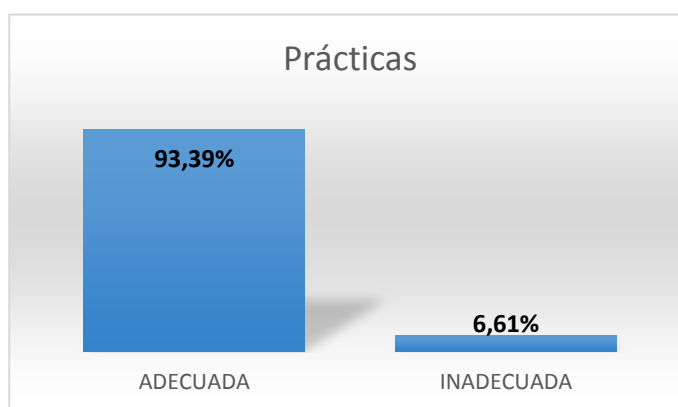
Del total de las 337 pacientes encuestadas, 311 que representan el (93,39%) de las madres gestantes encuestadas tuvieron una práctica adecuada, mientras que 22 pacientes que fueron el (6,61%) tuvieron prácticas inadecuadas, llama la atención conociendo de ante mano la gravedad de la enfermedad.

Tabla 11. Prácticas frente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en madres gestantes con embarazo normal y las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

PRÁCTICAS	Frecuencia	%
ADECUADA	311	93,39%
INADECUADA	22	6,61%
Total	337	100,00%

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Gráfico 11. Prácticas frente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en madres gestantes con embarazo normal y las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.



FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

4.3 REDES DE APOYO SOCIAL MADRES GESTANTES CON EMBARAZO NORMAL Y MADRES GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA

4.3.1 Presencia de redes de apoyo social en madres gestantes con embarazo normal y las madres con diagnóstico de preeclampsia.

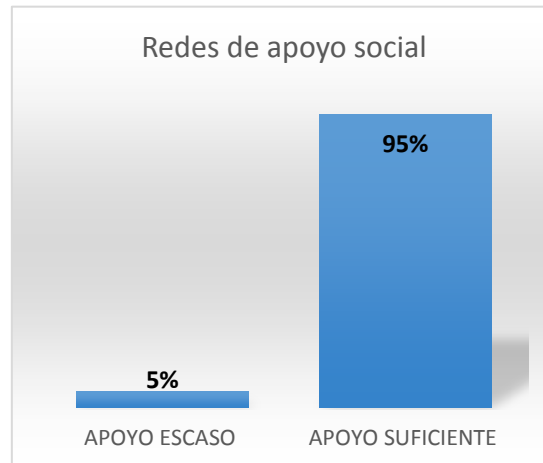
Como resultado de observa que la mayoría de madres gestantes (95%) tiene apoyo suficiente y que solo el 5% tienen apoyo escaso.

Tabla 12. Presencia de redes de apoyo social en madres gestantes con embarazo normal y las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

INDICE GOBAL DE APOYO SOCIAL	Frecuencia absoluta	%
APOYO ESCASO	17	5%
APOYO SUFICIENTE	320	95%
Total general	337	100%

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Gráfico 12. Presencia de redes de apoyo social en madres gestantes con embarazo normal y las madres con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.



FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

4.4 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA

4.4.1 Edad

El máximo de edad registrada en pacientes con diagnóstico de preeclampsia en este estudio fue de 43 años, la edad mínima 18 años, con un promedio de 26 años y una moda 19 años que quiere decir que es la edad que más veces se repite dentro del grupo de pacientes con diagnóstico de preeclampsia.

Edad mínima	Edad Media	Edad Máxima	Moda
-------------	------------	-------------	------

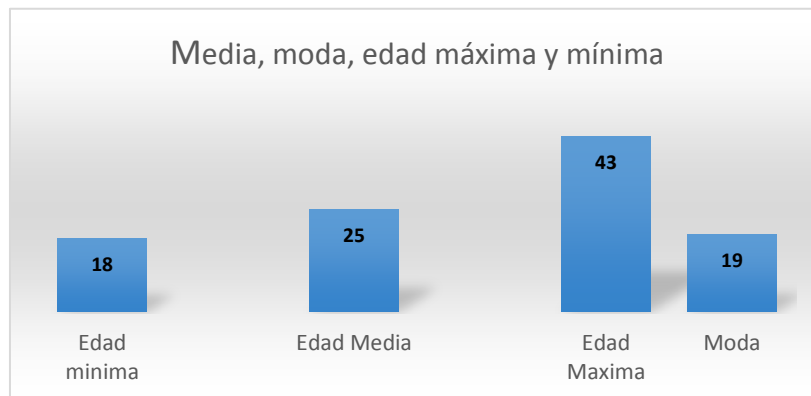
18,0000	25,0000	43,0000	19,0000
---------	---------	---------	---------

Tabla 13. Promedio, media, moda, edad máxima y mínima de las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

Obs	Total	Media	Varianza	Desviación Std
80,0000	2107,0000	26,3375	41,6948	6,4571

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Gráfico 13. Edad media, moda, edad máxima y edad mínima de las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.



FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

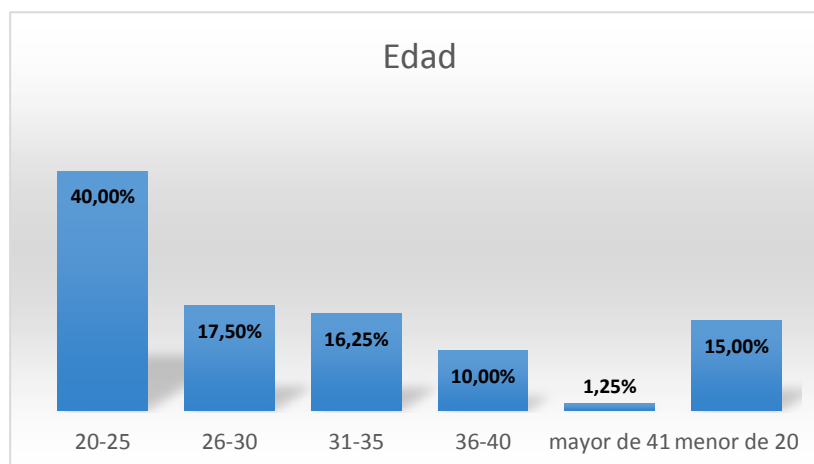
Se dividió por rangos de edad, observándose un mayor porcentaje de las madres preeclámplicas en el rango de edad de 20-25 años con un porcentaje de 40,0%, seguido de madres entre los 26-30 años (17,50%). Las madres con edad mayor de 40 años con un porcentaje del (1,25%) y menores de 20 años con un (15%). Rango entre 21-35 años con el (16,25%).

Tabla 14. Distribución de frecuencia de edad por rango en madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016

RANGO DE EDAD	Frecuencia absoluta	%
20-25	32	40,00%
26-30	14	17,50%
31-35	13	16,25%
36-40	8	10,00%
mayor de 41	1	1,25%
menor de 20	12	15,00%
Total	80	100,00%

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Gráfico 14. Distribución de frecuencia de edad por rango en madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.



FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

4.4.2 Estado civil

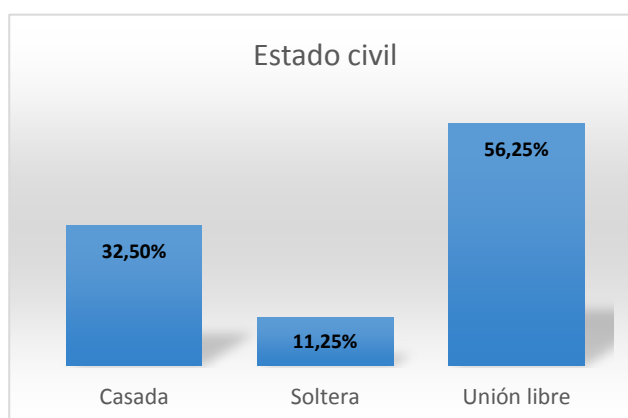
Con respecto al estado civil la mayoría de madres diagnosticadas como preeclámpticas fueron madres gestantes en unión libre (56,25%) seguido de gestantes casadas con el (32,50%), y madres solteras con el (11,25%).

Tabla 15. Estado civil de las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

ESTADO CIVIL	Frecuencia absoluta	%
Casada	26	32,50%
Soltera	9	11,25%
Unión libre	45	56,25%
Total	80	100,00%

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Gráfico 15. Estado civil de las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.



FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

4.4.3 Etnia

La mayoría de las madres diagnosticadas de preeclampsia participantes de la investigación, se autoidentificaron como mestizas (92.50%) seguido por indígenas (5.00%), blancas (2,50%).

Tabla 16. Autoidentificación de las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia.

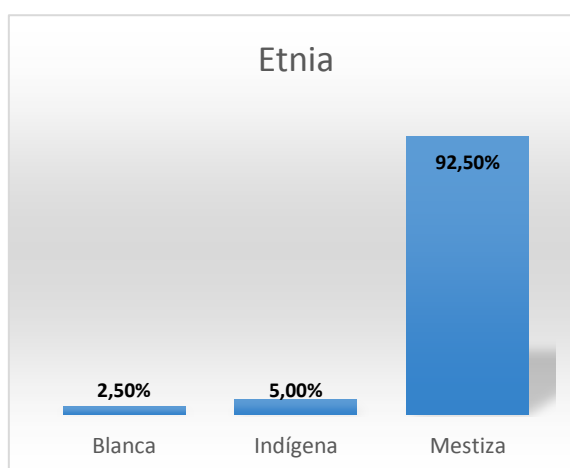
Periodo Enero a Marzo del 2016.

ETNIA	Frecuencia absoluta	%
Blanca	2	2,50%
Indígena	4	5,00%
Mestiza	74	92,50%
Total	80	100,00%

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Gráfico 16. Autoidentificación de las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia.

Periodo Enero a Marzo del 2016.



FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

4.4.4 Nivel de instrucción

Último año de instrucción formal aprobado de las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia que participaron en este estudio fue: superior (7,50%), secundaria incompleta (5%), primaria incompleta (8,75%), educación básica siendo la más alta en porcentaje con el (40%), educación media- bachillerato (38,75%)

Tabla 17. Nivel de instrucción de las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia.

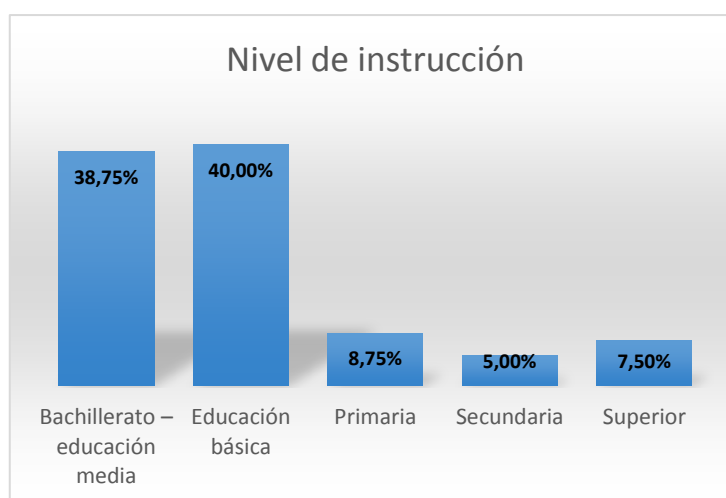
Periodo Enero a Marzo del 2016.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Frecuencia absoluta	%
Bachillerato – educación media	31	38,75%
Educación básica	32	40,00%
Primaria	7	8,75%
Secundaria	4	5,00%
Superior	6	7,50%
Total	80	100,00%

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Gráfico 17. Nivel de instrucción de las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia.

Periodo Enero a Marzo del 2016.



FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

4.4.5 Paridad

Se encontró que el mayor porcentaje de madres con diagnóstico de preeclampsia (55%) fueron multigestas y las pacientes primigestas correspondieron al (45%)

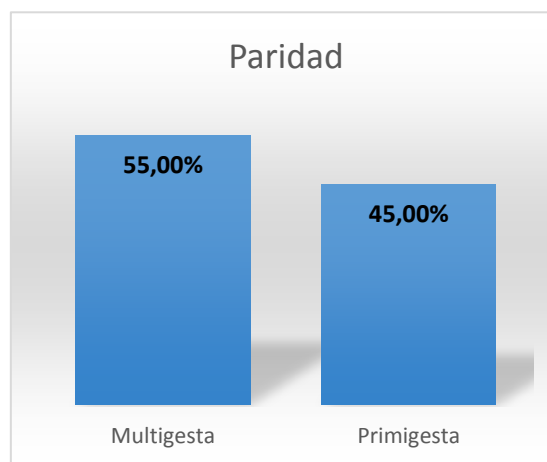
Tabla 18 Paridad de las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

GESTAS	Frecuencia absoluta	%
Multigesta	44	55,00%
Primigesta	36	45,00%
Total	80	100,00%

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Gráfico 18. Paridad de las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo

Enero a Marzo del 2016.



Fuente: entrevista; elaboración: propia

4.4.6 Antecedentes personales y familiares de preeclampsia en pacientes con diagnóstico de preeclampsia.

Se encontró que el mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de preeclampsia no tuvieron antecedentes personales o familiares de preeclampsia (88.75%).

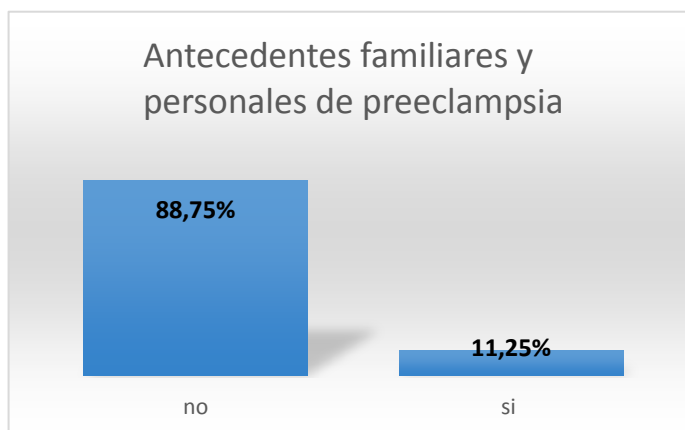
Tabla 19. Presencia de antecedentes personales y familiares de preeclampsia en las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

ANTECEDENTES FAMILIARES	Frecuencia absoluta	%
-------------------------	---------------------	---

Y PERSONALES DE PREECLAMPSIA		
No	71	88,75%
si	9	11,25%
Total	80	100,00%

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Gráfico 19. Presencia de antecedentes personales y familiares de preeclampsia en las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.



FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

4.5 NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTIUTDES Y PRÁCTICAS DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA

4.5.1 Conocimientos

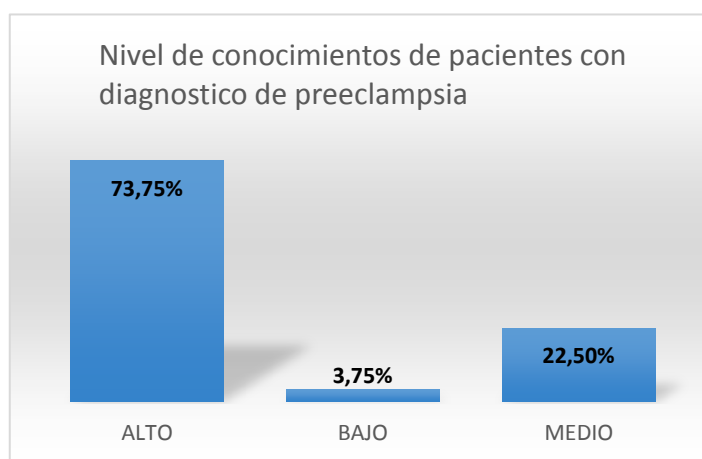
Observándose que la mayoría de encuetadas tienen un nivel alto de conocimientos (73,75%), un nivel de conocimiento medio de 22,50% y conocimiento bajo 3,75%.

Tabla 20. Nivel de Conocimientos que tuvieron las madres con diagnóstico de preeclampsia sobre los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

CONOCIMIENTO	Frecuencia absoluta	%
ALTO	59	73,75%
BAJO	3	3,75%
MEDIO	18	22,50%
Total	80	100,00%

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Gráfico 20. Nivel de Conocimientos que tuvieron las madres con diagnóstico de preeclampsia sobre los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.



FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

4.5.2 Actitudes

La mitad de las madres gestantes en el estudio tuvieron una actitud positiva (56.25%), el 11,25 corresponde con actitud negativa y el 32,50 una actitud indiferente.

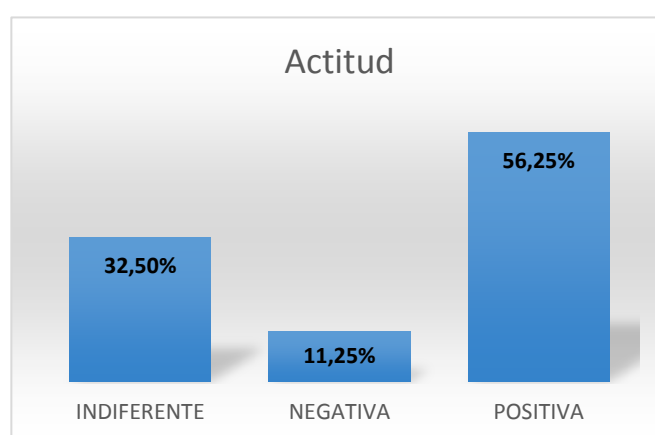
Tabla 21. Actitudes que tuvieron las madres con diagnóstico de preeclampsia en relación a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

ACTITUD	Frecuencia absoluta	%
INDIFERENTE	26	32,50%
NEGATIVA	9	11,25%

POSITIVA	45	56,25%
Total	80	100,00%

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Gráfico 21. Actitudes que tuvieron las madres con diagnóstico de preeclampsia en relación a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.



FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

4.5.3 Prácticas

El 90% de las madres gestantes tuvieron una práctica adecuada, mientras que el 10% tienen una práctica inadecuada.

Tabla 22. Prácticas que tuvieron las madres con diagnóstico de preeclampsia frente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

PRÁCTICAS	Frecuencia absoluta	%
ADECUADA	72	90,00%
INADECUADA	8	10,00%
Total	80	100,00%

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Gráfico 22. Prácticas que tuvieron las madres con diagnóstico de preeclampsia frente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.



FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

4.6 REDES DE APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA

Se observó que de las 80 pacientes con diagnóstico de preeclampsia, 76 de ellas que corresponde al (95%), tuvieron una red de apoyo social y solo el 5% restante no la tuvo.

Tabla 23. Redes de apoyo social en madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia.

Periodo Enero a Marzo del 2016.

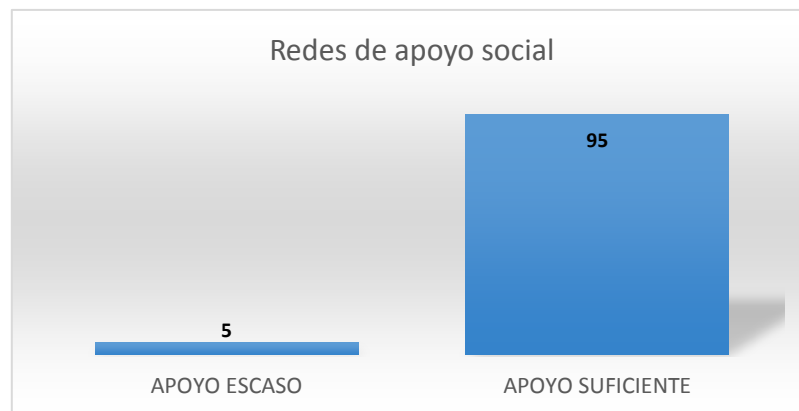
REDES DE APOYO SOCIAL	Frecuencia absoluta	%
APOYO ESCASO	4	5,0%
APOYO SUFICIENTE	76	95,0%

Total	80	100,0%
-------	----	--------

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Gráfico 23. Redes de apoyo social en madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia.

Periodo Enero a Marzo del 2016.



FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

4.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Tabla 24. Distribución de frecuencias. Relación, redes de apoyo social y nivel de conocimientos sobre los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

RED DE APOYO	CONOCIMIENTOS					
	Alto		Medio		Bajo	
	N	%	N	%	N	%
Falta de apoyo	5	75%	1	25%	0	0%
Presencia de apoyo	36	73.7%	17	22.4%	3	3.9%
PRUEBAS DE CHI CUADRADO						
Chi cuadrado de Pearson		Valor Chi 2	Gl	Valor de P P > 0,05 P < 0,05		

	.170	2	0.919
Casos validados	80		

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

En las madres gestantes con redes de apoyo se observó un nivel de conocimientos aceptable ya que la mayoría de ellas se ubican entre un nivel alto (73,7%) y medio (22,4%); y tan solo el (3,9%) tuvo un conocimiento bajo. El total de las pacientes con falta de apoyo fue de 4, de las cuales 3 de ellas tienen un nivel de conocimiento alto y una con nivel de conocimiento medio, que en cierta forma también se podría considerar como un nivel de conocimiento aceptable. No se observó pacientes con falta de apoyo social y nivel de conocimiento bajo.

Al calcular la relación entre estas dos variables categóricas, los resultados no son significativos con valor $P > 0,05$ ($P = 0,918$) que rechaza la hipótesis alternativa y acepta la hipótesis nula, es decir que la variable redes de apoyo y nivel de conocimientos son independientes, no hay asociación entre ellas.

Tabla 25. Distribución de frecuencias. Relación, redes de apoyo social y actitudes en relación a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

RED DE APOYO	ACTITUD					
	Positiva		Indiferente		Negativa	
	N	%	N	%	N	%

Falta de apoyo	4	100%	0	0%	0	0%
Presencia de apoyo	41	53.9%	26	34.2%	9	11.8%
PRUEBAS DE CHI CUADRADO						
			Valor Chi 2	Gl	Valor de P P > 0,05 P < 0,05	
Chi cuadrado de Pearson			3.275	2	0.194	
Casos validados			80			

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

La presencia de una red de apoyo social en las madres gestantes llevó a que el 53,9% de ellas tenga actitud positiva, y otras pacientes tuvieron actitud indiferente (34,2%), y actitud negativa (11,8%). No se encontraron madres gestantes con falta de apoyo social o pacientes con actitud negativa e indiferente, al contrario, todas tuvieron una actitud positiva.

Como se observa, no existe asociación entre las redes de apoyo social ($P > 0,05$) y las actitudes de las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia con un valor de $P: 0.194$ se demuestra que estas variables son independientes una de la otra.

Tabla 26. Distribución de frecuencias. Relación, redes de apoyo social y prácticas frente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

RED DE APOYO	PRÁCTICA				
	Adecuada		Inadecuada		
	N	%	N	%	
Falta de apoyo	4	100%	0	0%	
Presencia de apoyo	68	89.5%	8	10.5%	
Pruebas de Chi-cuadrado					
	Valor	gL	Sig. asintótica (2 caras)	Sig. exacta (2 caras)	Sig. exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de	,468 ^a	1	,494		

Pearson					
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,866	1	,352		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,650
N de casos válidos	80				

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Como se puede observar, 4 de las 80 pacientes encuestadas tuvieron falta de apoyo social con una práctica adecuada (100%), y 68 pacientes que corresponde al (89.5%), tenían red de apoyo con práctica adecuada. El (10,5%) restante corresponde a pacientes con presencia de red de apoyo y prácticas inadecuadas sobre los signos y síntomas de alarma de preeclampsia.

Se realizó el análisis correspondiente para determinar la asociación entre estas dos variables, el dato estadístico que se valoró fue la prueba exacta de Fisher obteniéndose el valor de P: 1,0 de la cual que infiere que no existe asociación entre estas dos variables.

Tabla 27. Distribución de frecuencias. Relación, nivel de conocimientos y actitudes en relación a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

CONOCIMIENTO	ACTITUD					
	Positiva		Indiferente		Negativa	
	N	%	N	%	N	%
Alto	34	57.6%	19	32.2%	6	0%
Medio	8	44.4%	7	38.9%	3	
Bajo	3	100%	0	0%	0	11.8%
PRUEBAS DE CHI CUADRADO						

			Valor de P P > 0,05 P < 0,05
	Valor Chi 2	Gl	
Chi cuadrado de Pearson	3.558	4	.469
Casos validados	80		

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

En esta tabla se observa que todas las pacientes con nivel de conocimientos bajo tuvieron una actitud positiva. El (44, 4%) de las pacientes con nivel de conocimiento medio tiene una actitud positiva, pero la mitad de las pacientes que poseen un nivel alto de conocimiento corresponden al (57,6%) que tiene actitud positiva.

Se realizaron las pruebas estadísticas respectivas y con un valor de P: 0,469 no se encontró relación alguna entre estas dos variables. El valor P esperado era < 0,05.

Tabla 28. Distribución de frecuencias. Relación, actitudes y prácticas frente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

ACTITUD	PRÁCTICAS			
	Adecuada		Inadecuada	
	N	%	N	%
Positiva	43	95.6%	2	4.4%
Indiferente	23	88.5%	3	11.5%
Negativa	6	66.7%	3	33.3%
PRUEBAS DE CHI CUADRADO				
Chi cuadrado de Pearson	Valor Chi 2	Gl	Valor de P P > 0,05 P < 0,05	
	7.056	2	0.029	

Casos validados	80	
-----------------	----	--

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Los valores de práctica adecuada de los signos y síntomas de alarma se observó más en las pacientes con actitud positiva que corresponde al 95,6%, seguido de las madres con actitud indiferente con el (88,5%) y por último, madres con actitud negativa con el (66,7%).

Al relacionar estas dos variables categóricas, los resultados son significativos con valor $P < 0,05$, ($P: 0,029$) que acepta la hipótesis alternativa y rechaza la hipótesis nula es decir, que la variable actitud y prácticas son dependientes, si hay asociación entre ellas.

Tabla 29. Distribución de frecuencias. Relación, nivel de conocimientos y prácticas frente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

CONOCIMIENTO	PRÁCTICAS			
	Adecuadas		Inadecuadas	
	N	%	N	%
Alto	56	89.8%	6	10.2%
Medio	16	88.9%	2	11.1%
Bajo	3	100%	0	0%
PRUEBAS DE CHI CUADRADO				
Chi cuadrado de	Valor Chi 2	Gl	Valor de P	

Pearson			P > 0,05 P < 0,05
	.360	2	0.835
Casos validados	80		

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L.

El 90% de las pacientes con nivel alto de conocimiento tiene una práctica adecuada, al igual que las madres con nivel medio de conocimientos con el 88,9%. Se observa que el porcentaje de gestantes con práctica inadecuada disminuye mientras baja el nivel de conocimientos.

Al establecer la comparación entre estas dos variables categóricas, los resultados demuestran no ser significativos con valor P: 0,835. No se observa asociación entre estas dos variables.

Tabla 30. Distribución de frecuencias. Relación, estado civil y redes de apoyo social en pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

ESTADO CIVIL	RED DE APOYO			
	Falta de apoyo		Presencia de apoyo	
	N	%	N	%
Casada	10	3.8%	25	96.2%
Soltera	0	0%	9	100%
Unión libre	3	6.7%	42	93.3%

PRUEBAS DE CHI CUADRADO			
Chi cuadrado de Pearson	Valor Chi 2	G1	Valor de P

			P > 0,05 P < 0,05
	.810	2	.667
Casos validados	80		

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Las madres en unión libre tienen apoyo social suficiente (93,3%), lo mismo pasa con las pacientes casadas (96,2%) y todas las solteras tienen apoyo social.

Al revisar la relación entre estas dos variables categóricas, los resultados no son significativos con valor $P > 0,05$ ($P: 0,667$) que rechaza la hipótesis alternativa y acepta la hipótesis nula es decir, que la variable estado civil y red de apoyo social son independientes, no hay asociación entre ellas.

Tabla 31. Distribución de frecuencias. Relación, nivel de instrucción y redes de apoyo social en pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	RED DE APOYO			
	Falta de apoyo		Presencia de apoyo	
	N	%	N	%
Educación Media	2	6.5%	29	93.5%
Educación básica	1	2.3%	42	97.7%
Superior	1	16.7%	5	83.3%

PRUEBAS DE CHI CUADRADO

			Valor de P P > 0,05 P < 0,05
	Valor Chi 2	Gl	
Chi cuadrado de Pearson	2.504	2	.286
Casos validados	80		

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

En esta tabla observamos que las madres con nivel de instrucción superior tienen apoyo social en un 83,3%, el 93,5% de apoyo social corresponde a las pacientes con educación media y el 97,7% de apoyo social a madres de educación básica. Fueron 3 pacientes con falta de apoyo social donde no se observó relación con el nivel de instrucción de las mismas.

Al analizar la relación entre estas dos variables categóricas, los resultados no son significativos con valor $P > 0,05$ ($P: 0,286$) que rechaza la hipótesis alternativa y acepta la hipótesis nula, es decir que la variable nivel de instrucción y redes de apoyo social son independientes, no hay asociación entre ellas.

Tabla 32. Distribución de frecuencias. Relación, paridad y redes de apoyo social en pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

PARIDAD	RED DE APOYO			
	Positiva		Negativa	
	N	%	N	%
Multigestas	3	6.8%	41	93.2%

Primigesta	1	2.8%	35	97.2%	
PRUEBAS DE CHI CUADRADO					
Chi cuadrado de	Valor Chi	Gl	Valor de P	Sig. Exacta 2 caras	Sig. Exacta 1 cara
Pearson	.680	1	.409		
Pruebas exacta de					
Fisher				.623	.387
Casos validados	80				

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Como observamos de las pacientes encuestadas el 97,2% tiene apoyo social y corresponde al grupo de madres primigestas y el 93,2% de apoyo social corresponde a madres multigestas.

El análisis correspondiente para determinar la asociación entre estas dos variables fue la prueba exacta de Fisher obteniéndose el valor de P: 0,623 de la cual que infiere que no existe asociación entre estas dos variables.

Tabla 33. Distribución de frecuencias. Relación, presencia de antecedentes personales y familiares de preeclampsia y redes de apoyo social en pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Periodo Enero a Marzo del 2016.

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE PREECLAMPSIA	RED DE APOYO				
	Falta de apoyo		Presencia de apoyo		
	N	%	N	%	
No	4	5.6%	67	94.4%	
Si	0	0%	9	100%	
PRUEBAS DE CHI CUADRADO					
Chi cuadrado de Pearson	Valor Chi 2	Gl	Valor de P	Sig. Exacta 2 caras	Sig. Exacta 1 cara
	.534	1	.465		
Prueba exacta de Fisher				1	0.614
Casos validados	80				

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Las pacientes sin antecedentes personales de preeclampsia la mayoría tienen red de apoyo social y solo 5,6% no la tiene, al contrario de las pacientes con antecedentes, de las cuales ninguna tuvo falta de apoyo social.

Se analizó la asociación entre estas dos variables, el dato estadístico que se utilizó fue la prueba exacta de Fisher obteniéndose el valor de P: 1,00 de la cual que infiere que no existe asociación entre estas dos variables.

Tabla 34. Distribución de frecuencias. Relación, presencia de red de apoyo y nivel de conocimientos sobre los signos y síntomas de la preeclampsia, en pacientes con embarazo normal. Periodo Enero a Marzo del 2016.

RED DE APOYO	CONOCIMIENTO
--------------	--------------

	Alto		Bajo		Medio	
	N	%	N	%	N	%
Falta de apoyo	13	100%	0	32.2%	0	0%
Presencia de apoyo	194	79.5%	9	3.7%	41	16.8%
PRUEBAS DE CHI CUADRADO						
Chi cuadrado de Pearson	Valor Chi 2	gl	Valor de P P > 0,05 P < 0,05			
	3.209	2	0.201			
Razón de verosimilitud	5.633		.60			
Casos validados	257					

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Se observa que de las 257 pacientes encuestadas que no tuvieron diagnóstico de preeclampsia, 244 que corresponde al (94,9%) tuvieron una red de apoyo social suficiente y que apenas 13 que representan (5%) tuvieron una red de apoyo social escasa. En aquellas madres que tuvieron una red de apoyo social suficiente se puede indicar que la mayoría tuvo un nivel de conocimiento alto (79,5%) mientras que solo (3,7%) tuvo un nivel de conocimiento bajo. De aquellas madres encuestadas con una red de apoyo social escasa, todas tuvieron un nivel de conocimiento alto.

Como se observa, no existe asociación entre las redes de apoyo social ($P > 0,05$) y las actitudes de las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia con un valor de $P: 0.201$ se demuestra que estas variables son independientes una de la otra.

Tabla 35. Distribución de frecuencias. Relación, presencia de red de apoyo y actitudes sobre los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia, en pacientes con embarazo normal. Periodo Enero a Marzo del 2016.

RED DE APOYO	ACTITUDES					
	Indiferente		Negativa		Positiva	
	N	%	N	%	N	%
Falta de apoyo	3	23.1%	3	23.1%	7	53.8%
Presencia de apoyo	59	24.2%	58	23.8%	127	52%
PRUEBAS DE CHI CUADRADO						
Chi cuadrado de Pearson		Valor Chi 2		gl	Valor de P	
		.016		2	P > 0,05 P < 0,05	
Razón de verosimilitud		.016			.992	
Casos validados		257				

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L

Se detalla en la tabla que, de las 257 pacientes encuestadas que no tuvieron diagnóstico de preeclampsia, 244 que corresponde al (94,9%) tuvieron una red de apoyo social suficiente y que de ellas más de la mitad (52%) tuvo una actitud positiva frente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia mientras que el resto se ubicaron en las categorías de actitud negativa e indiferente. Las madres que tuvieron una red de apoyo social escasa representaron el (5%) de las madres encuestadas y en ellas se observó que en su mayoría reportaron una actitud positiva sin embargo, también se obtuvo dentro del grupo a madres que tuvieron actitudes tanto negativas como indiferentes (46,2%).

No existe asociación entre las redes de apoyo social ($P > 0,05$) y las actitudes de las madres gestantes con diagnóstico de preeclampsia con un valor de $P: 0.002$ se demuestra que estas variables son independientes una de la otra.

Tabla 36. Distribución de frecuencias. Relación, presencia de red de apoyo y prácticas frente a los signos y síntomas de la preeclampsia, en pacientes con embarazo normal. Periodo Enero a Marzo del 2016.

RED DE APOYO	PRÁCTICA				
	Adecuada		Inadecuada		
	N	%	N	%	
Falta de apoyo	12	92.3%	1	7.7%	
Presencia de apoyo	231	94.7%	13	5.3%	
PRUEBAS DE CHI CUADRADO					
Chi cuadrado de	Valor Chi 2	gl	Valor de P	Sig. Exacta 2 caras	Sig. Exacta 1 cara
Pearson	.122	1	.727		
Razón de verosimilitud	.110	1	.740		
Prueba exacta de Fisher				.532	.532
Casos validados	257				

FUENTE: Presencia de red de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, en tres hospitales en el distrito metropolitano de Quito. En el periodo de enero a marzo del 2016. Elaborado por Torres A. y Molina L.

Se evidenció que del total de madres encuestadas que cursaron con embarazo normal un (94,9%) tuvo una red de apoyo social suficiente y de ellas el (94,7%) reportó prácticas adecuadas frente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia. Así mismo aquellas madres que tuvieron una red de apoyo escasa también tuvieron prácticas adecuadas frente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia (92,3%).

Se realizó el análisis correspondiente para determinar la asociación entre estas dos variables, el dato estadístico que se valoró fue la prueba exacta de Fisher obteniéndose el valor de P: 0,532 de la cual que infiere que no existe asociación entre estas dos variables.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN

La preeclampsia sigue representando en la actualidad un problema de salud pública puesto que constituye una causa importante de morbi-mortalidad materna y con repercusiones también en el neonato.

En el Ecuador en el año 2013 la principal causa de mortalidad materna recayó sobre las causas obstétricas directas dentro de las cuales, la preeclampsia ocupó el primer lugar con un total de 25 muertes que representaron el 16.1% de las muertes maternas asociadas a esta patología (64). A nivel mundial, la incidencia de preeclampsia oscila entre 2-10% de los embarazos y varía en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia de preeclampsia es siete veces mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados (2,8% y 0,4% de los nacidos vivos respectivamente).

A pesar de los grandes avances en el estudio de esta patología, aún se desconoce su verdadero origen y no se han logrado establecer medidas preventivas, sin embargo si la gestante posee un buen nivel de conocimientos sobre los signos y síntomas de preeclampsia, sabrá que tiene que acudir inmediatamente a un establecimiento de salud, de la misma manera una gestante con actitudes positivas tendrá la potestad de tomar decisiones apropiadas, y por lo tanto no verse influenciada por su entorno social o la familia, quienes en base a sus creencias y costumbres al respecto de los signos y síntomas que la gestante presenta, podrían creer que son un proceso propio de la gestación, lo cual retrasaría la decisión de la futura madre de acudir o no de manera inmediata a un establecimiento de salud. Es de creer entonces que si se cumple que las gestantes tienen un alto nivel de conocimientos y actitudes positivas, esto conllevaría a que realicen prácticas adecuadas, esto implicaría que ellas comuniquen la presencia de los signos y/o síntomas en las atenciones prenatales o que acudan a los servicios de emergencia más cercanos, permitiendo así que los profesional de la salud puedan hacer un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado, evitando que se presenten complicaciones mayores que pueden desencadenar en la muerte.

Luego de analizar los datos obtenidos mediante las encuestas aplicadas a un total de 337 pacientes de tres hospitales de la ciudad de Quito, logamos evidenciar que la edad promedio de las participantes fue de 26.5 años, un 46.5% perteneció a pacientes en unión libre, el 63.3% fueron madres multigestas, 95.2% refirió no tener antecedentes personales o familiares de preeclampsia, el grupo étnico más habitual fue el de las mestizas con un 91.2% y el nivel de instrucción que predominó fue la educación básica con un 32.4%. En relación al nivel de conocimiento que tuvieron las encuestadas acerca de la preeclampsia, se encontró que el 79.2% tuvo un nivel de conocimiento alto. Así mismo el 53.1% tuvo una

actitud positiva frente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia y el 93.3% manifestaron practicas adecuadas.

Del total de las madres participes de esta investigación, se obtuvieron 80 con diagnóstico de preeclampsia en quienes el promedio de edad fue de 26 años, con una edad mínima de 18 y una edad máxima de 47 años, la edad que más se repitió fue 20 años, convirtiéndose ésta en la edad de mayor frecuencia. Con respecto al estado civil, se encontró que el 46.5% de las la pacientes refirió mantener una unión libre. El 92,50% del total de población de madres preeclámpticas se auto identificó como mestizas y en menor porcentaje como blancas e indígenas. En relación a su nivel educativo el 40% se ubicó en la categoría de instrucción media y apenas un 7.5% cursó un nivel superior. En cuanto a la paridad, se encontró que el 55% fueron madres multigestas y que el 95,2% no tenían antecedentes familiares ni personales de preeclampsia. Dentro de este grupo de pacientes con diagnóstico de preeclampsia, de su análisis con respecto al conocimiento, actitudes y prácticas de las mismas en relación al tema preeclampsia se observó que el 73.7% tuvo un conocimiento alto y apenas el 3.75% tuvo un nivel de conocimiento bajo. Así mismo, el 56.2% mostró una actitud positiva y un 11.2% actitud negativa, mientras que 90% de las pacientes manifestó practicas adecuadas frente a los signos y síntomas de alarma; los resultados se asemejan al de otro estudio realizado por Palacios. R y Casihuamán Yuli en el que se demostró que en las mujeres de edad reproductiva en su mayoría tiene un conocimiento bueno, una actitud positiva y una práctica inadecuada, con un 46,3%, 42,1% y 52,9%; respectivamente(9). Finalmente de este grupo se obtuvo que el 95% contaba con una red de apoyo social. A pesar de que en nuestra investigación no se incluyeron madres adolescentes, si se puede decir que la edad es una variable que tiene influencia sobre el nivel de conocimiento, las actitudes y las prácticas que reportan las madres en cuanto al tema preeclampsia, como se pudo observar en la investigación realizada por Moreira, E y Morocho M en la que se buscó determinar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de las adolescentes embarazadas sobre el Síndrome Preeclampsia-Eclampsia en donde de acuerdo a los resultados se puede conocer que la mayoría de adolescentes 94% no tuvo conocimientos sobre los signos y síntomas de la preeclampsia y el 6% si supieron que la hipertensión arterial, edema y cefalea son signos y síntomas de la preeclampsia-eclampsia, con respecto a la actitud de las mismas se investigó sobre el asistir a los controles prenatales y se encontró que el 74% requirió ser motivada por otros para acudir a sus

controles y en relación al interés que tuvieron por las posibles complicaciones durante el embarazo, el 40% no se interesó por las complicaciones durante el embarazo, el 34% tuvo poco interés y el 26% se interesó mucho. Al indagar sobre las prácticas obtuvieron que la mayoría de madres adolescentes tuvieron prácticas inadecuadas. (64)

Del análisis estadístico de las 80 madres con diagnóstico de preeclampsia con respecto a la relación entre red de apoyo social y el nivel de conocimiento, se deriva que de aquellas que tuvieron una red de apoyo social un 73,7% tuvo un nivel de conocimiento alto y apenas el 3,9% tuvo un conocimiento bajo. Quienes tuvieron una falta de red de apoyo social fueron 4 pacientes que representaron el 5% del total y de ellas 3 tuvieron un nivel de conocimiento alto. No se observó pacientes con falta de apoyo social y nivel de conocimiento bajo. De la asociación redes de apoyo y actitudes se obtuvo que las madres que contaron con la presencia de una red de apoyo social tuvieron una actitud positiva en un 53.9%, el resto de participantes mantuvo una actitud negativa e indiferente, sin embargo dentro de las madres que no tuvieron una red de apoyo social, no se encontró a ninguna que con actitudes negativas o indiferentes al contrario, todas tuvieron una actitud positiva. Se logró observar que de las 80 pacientes encuestadas apenas 4 tuvieron falta de apoyo social y sin embargo todas reportaron prácticas adecuadas, el grupo de pacientes que contó con una red de apoyo presentaron prácticas adecuadas en un 89.5%. No se obtuvo a ninguna paciente con falta de red de apoyo social y actitudes negativas.

Si bien no existe bibliografía que relacione la influencia de las redes de apoyo social sobre los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen las madres con respecto a la preeclampsia; si se puede hablar de cómo las redes sociales actúan en otros ámbitos relacionados con la salud. Por ejemplo en un estudio realizado por Guarino, L; Scremín, F y Borrás, S en el que se encuestó a 97 mujeres embarazadas con el objetivo de determinar si el apoyo social y el nivel de información sobre el embarazo predicen la calidad de vida y salud percibida de las embarazadas durante su primer trimestre de gestación; en donde se obtuvo que sólo el apoyo social percibido predice de manera significativa el estatus de salud y calidad de vida de esta muestra de embarazadas, en el sentido de que un mayor apoyo social explica una mejor salud global, física y psicológica, así como una mayor satisfacción con la calidad de vida que se experimenta. Con respecto a nuestro estudio como se mencionó anteriormente, las madres que tuvieron una red de apoyo social fueron

quienes a su vez tuvieron un nivel de conocimiento alto, actitudes positivas y prácticas adecuadas; lo cual se podría comparar con el estudio previamente descrito al decir que la presencia de una red de apoyo social influye positivamente en lo que a salud se refiere (65).

De la asociación nivel de conocimiento y actitudes se obtuvo que de aquellas con nivel de conocimiento alto, un 57,6% tuvieron actitudes positivas con respecto a los signos y síntomas de alarma el 42,4% restante tuvo actitudes negativas e indiferentes; de las pacientes que tuvieron un bajo nivel de conocimientos, las 3 pacientes que se ubicaron en esta categoría, tuvieron actitudes positivas. Al relacionar las variables nivel de conocimientos y prácticas se obtuvo que el 89.9% de las pacientes con nivel alto de conocimiento tuvieron una práctica adecuada, también se observó que el porcentaje de pacientes con prácticas inadecuadas disminuye mientras más alto era el nivel de conocimientos.

De la vinculación entre la variable redes de apoyo y las variables sociodemográficas se obtuvo que las pacientes con estado civil solteras contaron con una red de apoyo social en un 100%, según el nivel de instrucción se observó que aunque con ligeras variaciones en sus porcentajes, todas contaron una red de apoyo suficiente, lo mismo se observó en relación a la paridad de las encuestadas, tanto primigestas como multigestas contaron con una red de apoyo. Finalmente con respecto a los antecedentes personales y/o familiares se observó que de aquellas que manifestaron haber tenido antecedentes todas contaron con una red de apoyo social.

Por otro lado dentro de las encuestadas se obtuvo un total de 257 pacientes que no tuvieron diagnóstico de preeclampsia, de ellas el 79.28% tuvo un nivel de conocimiento alto y apenas un 3,3% tuvo un nivel bajo de conocimiento. En relación a la actitud de estas pacientes se obtuvo que 53.15%, tuvo una actitud positiva y dentro de las categorías negativa e indiferente se ubicaron el 46,85% de las pacientes. Finalmente, acerca de las prácticas que tuvieron las pacientes se encontró que 93,39% tuvo prácticas adecuadas y tan solo 6,61% prácticas inadecuadas.

Así mismo de las madres que no tuvieron diagnóstico de preeclampsia, al realizar el análisis estadístico de la asociación redes de apoyo con las actitudes se observó que el 94,9% tuvo una red de apoyo social suficiente y que de ellas más de la mitad 52% tuvo una actitud

positiva frente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia mientras que el resto se ubicaron en las categorías de actitud negativa e indiferente. Las madres que tuvieron una red de apoyo social escasa representaron el 5% de las madres encuestadas y en ellas se observó que en su mayoría reportaron una actitud positiva sin embargo también se obtuvo dentro del grupo a madres que tuvieron actitudes tanto negativas como indiferentes 46,2%, con respecto a las redes de apoyo y el nivel de conocimientos 94,9% tuvieron una red de apoyo social suficiente y que apenas 13 que representan 5% tuvieron una red de apoyo social escasa. En aquellas madres que tuvieron una red de apoyo social suficiente se puede indicar que la mayoría tuvo un nivel de conocimiento alto 79,5% mientras que solo 3,7% tuvo un nivel de conocimiento bajo. De aquellas madres encuestadas con una red de apoyo social escasa, todas tuvieron un nivel de conocimiento alto. Por último de asociar las redes de apoyo social y las prácticas, se evidenció que del total de madres encuestadas que cursaron con embarazo normal un 94,9% tuvo una red de apoyo social suficiente y de ellas el 94,7% reportó prácticas adecuadas frente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia. Así mismo aquellas madres que tuvieron una red de apoyo escasa también tuvieron prácticas adecuadas frente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia 92,3%.

De este estudio finalmente se determina después del análisis estadístico que no existió una asociación entre la presencia de redes de apoyo social y el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas que las pacientes tienen frente a los signos y síntomas de alarma.

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

1. Se concluye sobre la base del análisis de los datos obtenidos en este estudio, que la mayoría de las pacientes tuvieron: un nivel de conocimiento alto (79.28%),

actitudes positivas (53.15%) y prácticas adecuadas (93.39%) frente a los signos y síntomas de la preeclampsia, considerándose este un aspecto favorable, ya que éstas madres se encuentran en la capacidad de reconocer tempranamente los signos de alarma de una de las patologías más frecuentes en el embarazo, lo cual deriva en una atención oportuna y por ende, reducción de las mortalidades materna y neonatal.

2. Tras el análisis estadístico de este estudio no se observaron pacientes con falta de apoyo social y nivel de conocimiento bajo, por ende se concluye que el nivel de conocimiento que tuvieron las pacientes referente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia, no se determina por la presencia o no de una red de apoyo social.
3. Con los datos obtenidos de las pacientes sin diagnóstico de preeclampsia se puede deducir que si bien en pocos casos (23.1%), la presencia de una red de apoyo social puede influenciar en la actitud que tienen las madres frente a los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia y puede ser un factor determinante al momento de buscar ayuda profesional oportuna. En aquellas madres que cursaron con embarazo normal durante esta investigación, se deriva del análisis con un valor de P: 0.532 que no hubo una asociación entre la presencia de una red de apoyo social suficiente y las prácticas que realizarían frente a los signos y síntomas de la preeclampsia.
4. En las pacientes con diagnóstico de preeclampsia, no se observó relación estadísticamente significativa (P: 0.919) entre la presencia de redes de apoyo social y el nivel de conocimientos sobre los signos y síntomas de preeclampsia, se demuestra que en la mayoría de las madres encuestadas el nivel de conocimientos sobre preeclampsia no dependió de si ellas tuvieron o no alguna fuente de información formal o informal sobre el tema preeclampsia.
5. Se demostró que las redes de apoyo social no influyeron sobre las actitudes de las madres con diagnóstico de preeclampsia frente a los signos y síntomas de alarma con un valor de P: 0,992 de las pacientes con diagnóstico de preeclampsia el 32,5% tuvieron una actitud indiferente y el 11,25% actitud negativa, por lo que una actitud indiferente y negativa en las gestantes hace pensar que no prestarían atención a los signos y síntomas de alarma a pesar de conocerlos, siendo este un

factor de riesgo para no buscar atención médica oportuna al presentarlos, aumentando así la tasa de morbimortalidad materna-neonatal.

6. Se observó que la falta de redes de apoyo social no tuvo influencia en la decisión de las pacientes preeclámplicas al momento de acudir al servicio de salud al notar la presencia de algún signo o síntoma de alarma. Con lo que se determina que a pesar de no contar con fuentes de apoyo, las madres se encuentran capacitadas para solicitar ayuda oportuna.
7. Se cumple esta premisa, y a la vez llama la atención el alto porcentaje (32.2%) de pacientes con nivel alto y medio de conocimientos (38.9%) que tienen actitud indiferente.
8. En este estudio se observó que hay una relación significativamente estadística (P: 0.029) entre estas dos variables concluyendo que a una actitud positiva la práctica, muchas veces será adecuada en las pacientes preeclámplicas.
9. La mayoría de pacientes con diagnóstico de preeclampsia independientemente del nivel de conocimientos, tiene una práctica adecuada y al no observar una relación estadísticamente significativa se concluye que al presentar un signo y/o síntoma que llame su atención las madres acudirán al servicio de salud sin importar cuanto conocen acerca de la causa de sus síntomas.
10. Como se conoce, el apoyo social es la percepción que tiene una persona sobre los recursos disponibles para asesorarla y ayudarla en caso de ser necesario. Se pensaría que en cierta forma el estado civil podría estar influenciando en esta percepción. En este estudio, en relación con esta variable se encontró que independientemente del estado civil tuvieron una red de apoyo social, dato que se corrobora con el análisis estadístico respectivo en el cual no se observó significancia (P: 0,667).
11. Una gran mayoría de las pacientes (%) investigadas tuvieron red de apoyo independientemente de los antecedentes familiares y personales de preeclampsia.

6.2 RECOMENDACIONES

1. Los trastornos hipertensivos gestacionales y de ellos en mayor porcentaje la preeclampsia, son la principal causa de muerte en mujeres en edad fértil, por lo que determinar cuánto influyen las redes de apoyo social en estas pacientes es

fundamental para iniciar campañas informativas sobre esta patología, las que no involucrarían solo a la madre sino también a su entorno, que es el que brinda los diferentes recursos en el caso de necesitarlos.

2. Se aconseja el uso de la información recopilada en este trabajo para la profundización del tema y en lo posible que sirva de herramienta para estudios posteriores en las áreas de medicina familiar, ginecología-obstetricia y demás profesionales de la salud.
3. Se recomienda seguir informando a las madres gestantes sobre los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia en los controles prenatales con eso se garantizaría un reconocimiento oportuno, una actitud adecuada y por lo tanto una práctica correcta frente a los mismos.
4. Debido a que los trastornos hipertensivos son la principal causa de muerte materna en el Ecuador y a nivel de Latinoamérica se recomienda que por parte del personal de salud que se encuentra en relación directa con las madres gestantes fomenten la creación de grupos de apoyo social que les brinden información y la ayuda necesaria para ellas y sus familiares con el fin mejorar el conocimiento de las mismas a cerca de esta patología.
5. Se recomienda que se realicen estudios similares en madres gestantes adolescentes por las particularidades propias de ese grupo etario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zapata Aguirre m. "plan de informacion, educacion y comunicacion (iec) sobre los signos de peligro en el embarazo, que contribuya a las mujeres de santa catarina mita, jutiapa." [Internet]. 2015. Available from: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/01/Zapata-Maria.pdf>
2. Pasarin, lorena; casanueva, esther; sámamo r. redes sociales asociadas al cuidado

prenatal de las madres adolescentes y su relación con el acceso al sistema de salud. estudio de dos poblaciones argentina y México. *redes- Rev Hisp para el análisis redes Soc.* 2004;7:1–13.

3. Burchett HE, Mayhew SH. Maternal mortality in low-income countries: What interventions have been evaluated and how should the evidence base be developed further? *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. International Federation of Gynecology and Obstetrics; 2009;105(1):78–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2008.12.022>
4. Yvette Fautsch Macias PG. Guidelines for assessing nutrition-related Knowledge, Attitudes and Practices manual Guidelines for assessing nutrition-related Knowledge, Attitudes and Practices manual [Internet]. 2014. 107-131 p. Available from: <http://www.fao.org/docrep/019/i3545e/i3545e.pdf>
5. Sierra-Ríos SP, Urrego-Mendoza DZ, Jaime-Jaimes JD. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la medicina alternativa en médicos vinculados a hospitales públicos de Cundinamarca, Colombia. *Rev Salud Publica* [Internet]. 2012;14 (3):478–90. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&npid=S0124-00642012000300011
6. Juárez R C. V. Apoyo social y redes sociales : La institucionalización de la violencia. 2006;181–247. Available from: <http://docplayer.es/9951764-V-apoyo-social-y-redes-sociales-la-institucionalizacion-de-la-violencia.html>
7. INEC. Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones 2013. 2013;1–527. Available from: www.ecuadorencifras.gob.ec
8. Peralta-Pedrero ML, Guzmán-Ibarra M de los Á, Cruz-Avelar A, Besavilazo-Rodríguez MA, Sánchez-Ambríz S, Martínez-Gracia M del C. Utilidad para establecer diagnóstico y severidad de los síntomas y signos más frecuentes en la paciente preecláptica. *Gac Med Mex* [Internet]. 2004;140(5):513–7. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000500006
9. Palacios, Reyna. Casihuamán Y. Conocimientos , actitudes y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia en puérperas con este síndrome durante la gestación y los resultados perinatales Instituto Nacional Materno Perinatal , 2010. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS; 2011.
10. Cubana R, Militar M, Original C, Vald M, Central HM, Habana L, et al. Factores de riesgo para preeclampsia Risk factors for preeclampsia. 2014;43(3):307–16. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572014000300005&script=sci_arttext
11. Curiel B, Prieto P, Muñoz B, Elvira R de, Galeas G, Quesada G. Análisis de la morbilidad materna de las pacientes con preeclampsia grave, eclampsia y síndrome HELLP que ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos gineco-

- obstétrica. *Med Intensiva* [Internet]. 2011;35(8):478–83. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v35n8/original3.pdf>
12. Pública M de S. Trastornos hipertensivos del embarazo, Guía de Práctica Clínica, Ecuador. [Internet]. *Progresos en Obstetricia y Ginecología*. 2013. 446-455 p. Available from: www.salud.gob.ec
 13. Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P, Group CHD of PW. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. 2014;36(5):416–41. Available from: <http://sogc.org/wp-content/uploads/2014/05/gui307CPG1405E1.pdf>
 14. Dominguez S. Estrategias de movilidad social: el desarrollo de redes para el progreso personal. *Rev Iberoam Filos Política y Humanidades* 2004592-128 [Internet]. 2004;7:1–46. Available from: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=28251205>
 15. Castro R, Campero L, Hernández B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Rev Saude Publica* [Internet]. 1997;31(314):425–37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n4/2277.pdf>
 16. Gómez Sosa E. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO. 1999;26(2):99–114. Available from: https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj34rWv1NXKAhVLXR4KHeDDAA4QFggaMAA&url=http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2000000200006&usg=AFQjCNG7G_d8fjFo82YkTsgz9w-iLpHzFQ&sig2=4
 17. García-nájera O, Sandoval-ayala OI. Preeclampsia , eclampsia y HELLP. 2015;38:118–27. Available from: <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjyqrq30tXKAhVIYyYKHBihCf8QFggaMAA&url=http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cmas151x.pdf&usg=AFQjCNFH8XdFkYBSqWlpXd-9kU6uBlZKw&sig2=-ox3oRCxObtIDBRgsheLiw>
 18. Francisco G, Urrego P, Bogotá AM De, Alberto M, García B, Antonio A, et al. Guía de trastornos hipertensivos del embarazo. :1–24. Available from: http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Guia_Maternidad-Trastornos_baja.pdf
 19. Kuklina E V, Ayala C, Callaghan WM. Hypertensive disorders and severe obstetric morbidity in the United States. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2009;113(6):1299–306. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19461426>
 20. Handbook WHO, Development G. LA PREECLAMPSIA Y LA ECLAMPSIA Consecuencias y medidas. 2013;1–5. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/119742/1/WHO_RHR_14.17_spa.pdf
 21. Roberts JM, Druzin M, August P a, Gaiser RR, Bakris G, Granger JP, et al. ACOG

Guidelines: Hypertension in pregnancy [Internet]. American College of Obstetricians and Gynecologists. 2012. 1-100 p. Available from: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Task-Force-and-Work-Group-Reports/Hypertension-in-Pregnancy>

22. Sibai B, Dekker G, Kupferminc M. Pre-eclampsia. *Lancet* [Internet]. 2005;365(9461):785–99. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673605179872>
23. Ovesen P, Rasmussen S, Kesmodel U. Effect of prepregnancy maternal overweight and obesity on pregnancy outcome. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2011;118(2 Pt 1):305–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21775846>
24. MESA C, CLARA, ARENAS D. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=261120994006>. 2008; Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=261120994006> ISSN 0120-8705
25. Antonio J, González S, Machado MG. Preeclampsia anterior como factor de riesgo en el embarazo actual Previous Eclampsia as a Risk Factor in Current Pregnancy. 2014;40(4):368–77. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol40_04_14/gin03414.htm
26. Martín L, Carbajal G. Actualización en la fisiopatología de la preeclampsia. *Rev Peru Ginecol y Obstet* [Internet]. 2014;60(4):321–31. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n4/a08v60n4.pdf>
27. Schwaecz R, Fescina R, Duverges C. OBSTETRICIA. *Igarss* 2014. 2014;(1):1–5.
28. Teppa-Garrán a, Oviedo NJ, Proverbio T, Proverbio F, Marín R. Patogenia de la preeclampsia. *Vitae* [Internet]. 2001;(Ivic). Available from: <http://caibco.ucv.ve/vitae/VitaeSiete/homevitae.htm>
29. Malvino E. Preeclampsia Grave y Eclampsia. *Bibl Obstet Crit* [Internet]. 2011;1–279. Available from: http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/Preeclampsia_Eclampsia.pdf
30. Carputo, R; Barranco Armenteros M. Fisiopatología de la preeclampsia ¿es posible prevenirla? *Serv Obstet y Ginecol Hosp Univ Virgen las Nieves Granada* [Internet]. 2013;1–21. Available from: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2013/clase2013_fisiopatologia_preeclampsia.pdf
31. Cabero i Roura L. Manual del residente de Obstetricia y Ginecología. 1997;2 vol. Available from: http://cataleg.uab.cat/record=b1683695~S1*cat
32. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 27. Hypertension in pregnancy : the management of hypertensive disorders during pregnancy H ypertension in pregnancy the management of hypertensive disorders. NICE Clin Guidel. 2011;
33. Turner J. Diagnosis and management of pre-eclampsia: an update. *Int J Womens*

- Health [Internet]. 2010;327. Available from: <http://www.dovepress.com/diagnosis-and-management-of-pre-eclampsia-an-update-peer-reviewed-article-IJWH>
34. Hernandez J. "incidencia de complicaciones maternas en pacientes con preeclampsia severa-eclampsia en la unidad de cuidados intensivos del hospital general ecatepec las américas en el periodo de marzo 2010 a octubre 2013 ." 2013;1–56. Available from: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/123456789/14875/1/Tesis.417760.pdf>
 35. Nora D, González P, Antonio M, León D De, Calderón M, Gabriel C, et al. Mortalidad materna por eclampsia complicada con hemorragia cerebral, microangiopatía trombotica, fuga capilar y falla orgánica múltiple. Crit Care Med [Internet]. 2009;1–5. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2009/ti094d.pdf>
 36. Nápoles, D. Nápoles D. ARTÍCULO DE REVISIÓN Hemostasia normal y coagulación intravascular diseminada en obstetricia Normal hemostasis and disseminated intravascular clotting in Obstetrics Dr.C. Danilo Nápoles Méndez. Medisan. 2012;16(3):401–28.
 37. Torres D, Santos J, Colmenares M, Delgado O, Villasmil ER, Reyna Villasmil E. Edema agudo de pulmón secundario a preeclampsia severa. Clin Invest Ginecol Obstet [Internet]. Elsevier B.V.; 2011;38(2):70–2. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210573X09001373>
 38. Gabriel C, Vega B, Díaz M, Ponce DL, Guerrero A, Carlos J, et al. Edema agudo pulmonar no cardiogénico en gineco-obstetricia. Med Crítica y Ter Intensiva [Internet]. 2012;XXVI(3):122–6. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2012/ti123c.pdf>
 39. Arellys Falcón Hernández D, Rodríguez Armada C a, Molina Díaz F, Pereira Valdés E, Díaz Yáñez NM. Edema Agudo Del Pulmón. 2006;11(1):27–30. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/7_edema_agudo_pulmon.pdf
 40. Orozco-Méndez H, Hernández-Pacheco JA, Estrada-Altamirano A, Hernández-Muñoz VA, Carvajal-Valencia AJ, Coronado-Mestre RE. Incidencia y evolución de insuficiencia renal aguda en mujeres con preeclampsia severa y eclampsia en una Unidad de Cuidados Intensivos. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2011;25(2):67–73. Available from: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=76&IDARTICULO=31052&IDPUBLICACION=3367>
 41. Auchter M. El recién nacido normal. Available from: <http://med.unne.edu.ar/enfermeria/catedras/materno/diapos/005.pdf>
 42. Eduardo Sepúlveda S, Fátima Crispi B, Andrés Pons G, Eduard Gratacos S. Restricción de crecimiento intrauterino. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2014;25(6):958–63. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706443>
 43. Vigil Paulino, de Gracia Jose, Campana Sara JD. Modulo de capacitacion en preeclampsia / eclampsia. Fed Latinoam Soc Obstet Y Ginecol [Internet]. 2012;1:1–54.

Available from: www.promsex.org

44. Ecuador M de SP del. Componente Normativo Materno. 2008;1–320. Available from: <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/2>. Componente Normativo Materno CONASA.pdf
45. Fescina R, B DM, Ei O, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas [Internet]. 2012. 77 p. Available from: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=279&Itemid=
46. Angeles Palacios RC, Cusihamán Auccacusi Y. Conocimientos , actitudes y prácticas de los signos y síntomas de preeclampsia en puérperas con este síndrome durante la gestación y los resultados perinatales Instituto Nacional Materno Perinatal , 2010. 2011;62. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1176>
47. Laza VC, Sánchez VG. Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación. Enfermería Glob [Internet]. 2012;26:408–15. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/141371>
48. Ángel M, Rojas R. Relación entre los conceptos: información, conocimiento y valor. Semejanzas y diferencias. Ciência da Informação [Internet]. 2005;34(2):52–61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ci/v34n2/28555.pdf>
49. Mayorca Yarihuamán Ana Milagros. Conocimientos , actitudes y prácticas de medidas de bioseguridad , en la canalización de vía venosa periférica que realizan las internas de enfermería. 2010;107. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/530/1/mayorca_ya.pdf
50. Briñol P, Falces C. actitudes. 2005;457–90. Available from: <https://www.uam.es/otros/persuasion/papers/Actitudes.pdf>
51. Segarra M, Bou. J. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. Rev Econ y Empres [Internet]. 2004;Vol. 22, N:175–96. Available from: http://www.researchgate.net/publication/28185756_Concepto_tipos_y_dimensiones_del_conocimiento_configuracin_del_conocimiento_estratgico/file/9fcfd50bb6da9c94cc.pdf
52. Rodriguez. M, Jesús; Pastor, Angeles; Lòpez. R S. AFRONTAMIENTO, APOYO SOCIAL, CALIDAD DE VIDA Y ENFERMEDAD. Departamento de psicología de la Salud, Facultad de Medicina. Universidad de Alicante. 2010.
53. Gracia E, Herrero J, Musitu G. El apoyo social. Univ Cantab [Internet]. 1995;1–11. Available from: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_13.pdf
54. Benages, Sonia; Crespo E. EL APOYO SOCIAL COMO MODULADOR DEL RIESGO

- CORONARIO. Psicología Básica, Univ [Internet]. 2002;2. Available from: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi2/apoyo.pdf>
55. Fachado AA, Rodríguez MM, Castro LG. Apoyo social : Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. Cad Aten Primaria [Internet]. 2013;19:118–23. Available from: http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf
 56. Gracia E, Herrero J, Musitu G. El apoyo social. Cent Nac CONDICIONES Trab [Internet]. 1995;1–11. Available from: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_439.pdf
 57. Whittaker. EMT& JK. El Mapa de la Red Social: Evaluación del Apoyo Social en la Práctica Clínica. 2000. p. 4. available from: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/223/b15134945.pdf?sequence=1>
 58. Almagi EB. Social support, stress and health/ Apoyo social, estrés y salud. 2015;(November).available from: www.aspb.cat/quefem/.../riesgo_psicosocial_guia_completa2010_ESP.pdf.
 59. Ramón A, Salazar R. Escuela Nacional de Salud Pública Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes. 2003; Available from: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/aymara.pdf>
 60. Castro R. Revista de Saúde Pública. "la investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos" 1997;31(4). available from: www.revistas.usp.br/rsp/article/download/24306/26230
 61. Guarino, Leticia; Scremín, Fausto; Borrás S. Nivel de información y apoyo social como predictoras de la salud y calidad de vida durante el embarazo. 2013; Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297226904007.pdf>
 62. Pasarin L. Estudio antropológico de redes sociales de madres adolescentes durante el embarazo. 2008; available from: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851.
 63. Alvarado M R, Medina L E, Aranda Ch W. El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. Rev Med Chil. Sociedad Médica de Santiago; 2002 May;130(5):561–8.
 63. Moreira, Mónica; Morocho M. conocimiento, actitudes y practicas (cap) de las adolescentes embarazadas que son atendidas en la consulta extertna del hospital materno-infantil “dra. matilde hidalgo de prócel” sobre el síndrome preeclampsia-eclampsia. guayaquil 2014 [internet]. universidad de guayaquil, facultad de ciencias médicas; 2014. Available from: [http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9099/1/TESIS CAP DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS 2014.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9099/1/TESIS%20CAP%20DE%20ADOLESCENTES%20EMBARAZADAS%202014.pdf)

64. Guarino, Leticia; Scremín, Fausto; Borrás S. Nivel de información y apoyo social como predictoras de la salud y calidad de vida durante el embarazo. 2013; Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297226904007.pdf>

APÉNDICE

8.1 ANEXO 1 ENCUESTA DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1.- Edad

2.- ¿Usted se considera?

Mestiza	indígena	Blanca	Afroecuatoriana	mulata	montubia	otro
---------	----------	--------	-----------------	--------	----------	------

2.- ¿Que es para usted un signo de alarma?

1. Una señal que avisa peligro
2. Una señal de que todo se encuentra bien
3. No sabe

3.- ¿Cuál de los siguientes síntomas considera usted que es el más importante en la elevación de la presión arterial durante el embarazo?

1. Dolor de cabeza intenso
2. Hinchazón de manos, pies y cara
3. Orinar frecuentemente
4. Fiebre
5. No sabe

4.- Si presenta presión arterial alta durante el embarazo y esta no se diagnostica o no se trata, ¿Cuál de las siguientes opciones considera usted que podría suceder?

1. No hay consecuencias
2. Es normal que se eleve la presión arterial en el embarazo
3. Muerte de la madre y/o hijo
4. No sabe.

5.- ¿cuál de estos factores cree usted que aumenta el riesgo de desarrollar preeclampsia?

1. Preeclampsia en embarazos previo y/ o antecedentes familiares de preeclampsia
2. Madres entre 15-19 años y madres con más de 40 años
3. Embarazo múltiple
4. Cambio de pareja
5. Todas las anteriores
6. Ninguna de las anteriores
7. No sabe

ACTITUDES

1.- ¿Me preocupé cuando se presentó algún signo o síntoma de alarma?

1. Si
2. No
3. No responde

2.- ¿Cuándo presenté algún signo o síntoma de alarma me comuniqué con un familiar, conocido o profesional de la salud?

1. Si
2. No
3. No responde

3.- ¿Durante el control prenatal pregunté sobre los signos y síntomas de alarma?

1. Si
2. No
3. No responde

4.- ¿Me fue difícil reconocer los signos de alarma?

1. Si
2. No
3. No responde

PRÁCTICAS

1.- ¿Cuándo presente algún signo de alarma lo comunique en mi control prenatal?

1. Si
2. No

2.- ¿Si presento algún signo de alarma, le prestó atención?

1. Si
2. No

3.- ¿Tomé medicación sin autorización médica cuando sentí alguna molestia?

1. Si
2. No

4.- ¿Si presenté alguna molestia en mi embarazo, descanso hasta recuperarme?

1. Si
2. No

8.3 ANEXO 3 TEST DE MOS

PREGUNTAS	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2-Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.	1	2	3	4	5
3-Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5
4-Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.	1	2	3	4	5

6-Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
7-Alguien con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8-Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9-Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10-Alguien que le abrace.	1	2	3	4	5
11-Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12-Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
13-Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
14-Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
15-Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	1	2	3	4	5
16- Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17- Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18- Alguien con quien divertirse.	1	2	3	4	5
19- Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20-Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.					

8.4 ANEXO 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES



ESTUDIO SOBRE, PRESENCIA DE REDES DE APOYO SOCIAL Y SU RELACIÓN CON CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS APROPIADAS FRENTE A SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO, ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE LOS HOSPITALES: HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS, HOSPITAL GINECO OBSTETRICO ISIDRO AYORA Y HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ. EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO Y MARZO 2016.

PROPÓSITO:

Consentimiento informado dirigido a madres gestantes mayores de edad, con diagnóstico de trastornos hipertensivos gestacionales que sean atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia de los siguientes hospitales: Hospital General Enrique Garcés, Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora y Hospital Pablo Arturo Suarez. Se les invita a participar en el proyecto de investigación “PRESENCIA DE REDES DE APOYO SOCIAL Y SU RELACIÓN CON CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS APROPIADAS FRENTE A SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO”, ATENDIDAS EN EL SERVICIO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE LOS HOSPITALES: HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS, HOSPITAL GINECO OBSTETRICO ISIDRO AYORA Y HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ. EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO Y MARZO 2016.

Investigadoras principales:

- Molina Onofa Lucia Cristina (Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE)
- Torres Yajamín Alejandra Estefanía (Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE)

Organización:

- Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

En vista que Ud. es mayor de edad, y es paciente del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Enrique Garcés, Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora u Hospital Pablo Arturo Suarez, le solicitamos participar en esta investigación sobre la presencia de redes de apoyo social y su relación con conocimientos, actitudes y prácticas apropiadas frente a signos y síntomas de alarma en pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo. Este estudio incluye revisión de historias clínicas y la aplicación de encuestas por parte de las investigadoras. Su decisión de participar es totalmente voluntaria y puede hablar con las investigadoras para solicitarles cualquier información adicional acerca del estudio.

CONFIDENCIALIDAD:

La información que Usted nos proporcione y que se recogerá durante la investigación solamente la revisarán las investigadoras. En la base de datos de este estudio usted tendrá un número asignado como participante, y **NO CONSTARÁ SU NOMBRE NI SU CÉDULA DE CIUDADANÍA**, para mantener su anonimato. La información será guardada en un sistema informático, asegurada con clave y codificada. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a los datos del estudio. Las encuestas serán guardadas en un archivador bajo llave. El equipo de investigación protegerá su confidencialidad y utilizara los datos obtenidos solo para este estudio.

COMPONENTES DEL ESTUDIO

Realizaremos una encuesta o revisión de historias clínicas que incluirá datos sobre su edad, su diagnóstico, número de embarazos, además entre otros, le preguntaremos sobre su conocimiento acerca de los signos y síntomas de la hipertensión en el embarazo, para lo cual contamos con la autorización de las autoridades respectivas. Usted puede decidir no contestar alguna de las preguntas o terminar la entrevista si desea.

Estos datos se guardaran en un archivo electrónico asegurado. Al final de la fase activa del estudio, borraremos este archivo para mantener su confidencialidad.

Las investigadoras serán encargadas de aplicar la encuesta a cada una de las participantes.

RIESGOS SOBRE SU SALUD: el estudio no implica ningún tipo de riesgo para su salud física ni mental.

TIEMPO DE PARTICIPACIÓN: Hemos calculado que su participación en este estudio durará entre 15-25 minutos aproximadamente. Su participación en este estudio será sólo por una vez.

LOS RESULTADOS: Los resultados de la investigación los informaremos al final del estudio, en Abril del 2016, a todos los interesados. La información sobre los resultados de este estudio será publicada, NO sus datos personales.

COSTOS, INCENTIVOS Y BENEFICIOS: Su participación en este estudio no tiene ningún costo para usted, de igual manera usted no recibirá ningún incentivo económico por participar en este estudio. El beneficio que usted recibirá por su participación será el saber que tan informada se encuentra para reconocer los signos y síntomas de alarma de los trastornos hipertensivos de tal modo que a futuro pueda identificarlos de manera oportuna.

Si usted decidiera no participar, no le afectará de ninguna manera en la atención que usted recibe en esta institución, y puede dejar de participar en el momento que desee sin perder sus derechos como paciente.

Si tiene dudas sobre cualquier aspecto puede ponerse en contacto con las directoras de la investigación, Lucia Cristina Molina Onofa y Alejandra Estefanía Torres Yajamín. Si tiene dudas sobre asuntos éticos en relación a esta investigación, puede ponerse en contacto con el Comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que ha aprobado esta investigación o con el comité de bioética de cada hospital

Lucia Cristina Molina Onofa

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

12 de Octubre y Roca

Quito, Ecuador

Comité de Bioética de la PUCE

Dra. Laura Arcos

12 de Octubre y Roca

Quito, Ecuador

Cel.: 0995442171

02-299-1533

cris_onofa@hotmail.com

Alejandra Estefanía Torres Yajamín

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

12 de Octubre y Roca

Quito, Ecuador

Cel.: 0999277339

estef.tor89@gmail.com

PÁGINA DE FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

He sido invitada a participar en la investigación sobre PRESENCIA DE REDES DE APOYO SOCIAL Y SU RELACIÓN CON CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS APROPIADAS FRENTE A SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO, ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE LOS HOSPITALES: HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS, HOSPITAL GINECO OBSTETRICO ISIDRO AYORA Y HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ. EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO Y MARZO 2016.

Entiendo que tomarán en cuenta a las madres gestantes que acuden al servicio de ginecología y obstetricia en los hospitales antes mencionados. Me realizaran una encuesta sobre los signos y síntomas de alarma de los trastornos hipertensivos del embarazo y redes de apoyo social.

Estoy informada que no existen riesgos para mi bienestar en esta investigación, y de que no tendrá ningún costo para mí o mi familia. Este estudio contribuirá a identificar problemas y proponer soluciones para mejorar la atención a las madres gestantes que presenten trastornos hipertensivos en el embarazo. Entiendo que este estudio no me dará ningún incentivo para participar.

Conozco el número de teléfono y el correo electrónico de las personas que me puede informar sobre las preguntas o inquietudes que pueda tener sobre la investigación.

He leído (o me han leído) la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y me han contestado en forma sencilla y satisfactoria las preguntas que he tenido.

Acepto voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de no realizarme el cultivo sin que afecte de manera alguna mi cuidado médico.

Si ____ No ____ Quisiera ser informado de los resultados de este estudio.

Firmo, Acepto libre y voluntariamente participar en esta investigación.

Firma (o huella dactilar): _____ Fecha _____

Número del teléfono celular: _____ casa: _____

Número de identificación: _____ Fecha de nacimiento: _____

Testigo(a): _____ Firma: _____

Datos del Investigador que aplicó la encuesta:

Nombre y apellidos: _____ Firma: _____