

**SEGUIMIENTO A LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA  
ATENDIDAS EN LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO E  
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DEL  
MUNICIPIO DE CUMBAL EN EL PERÍODO 2006 – 2007**

**CARLOS ANDRÉS ARCOS RUALES  
JHON EVER ALVAREZ ESPIN  
HÉCTOR NORMANDO BENAVIDES  
OSCAR EDWIN CORTES CHAMORRO  
JOSÉ DIONISIO ROSERO HERRERA**

**UNIVERSIDAD MARIANA  
CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES CES  
FACULTAD DE EDUCACIÓN AVANZADA  
POSTGRADO EN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA  
SAN JUAN DE PASTO  
2008**

**SEGUIMIENTO A LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA  
ATENDIDAS EN LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO E  
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DEL  
MUNICIPIO DE CUMBAL EN EL PERÍODO 2006 – 2007**

**CARLOS ANDRÉS ARCOS RUALES  
JHON EVER ALVAREZ ESPIN  
HÉCTOR NORMANDO BENAVIDES  
OSCAR EDWIN CORTES CHAMORRO  
JOSÉ DIONISIO ROSERO HERRERA**

**Trabajo de Grado presentado como requisito para optar  
el título de Especialista en Gerencia de la Salud Pública**

**Asesor:  
Dr. CARLOS TAMAYO**

**UNIVERSIDAD MARIANA  
CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES CES  
FACULTAD DE EDUCACIÓN AVANZADA  
POSTGRADO EN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA  
SAN JUAN DE PASTO  
2008**

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN	11
1.1 TEMA	11
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	12
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.4 JUSTIFICACIÓN	12
1.5 OBJETIVOS	14
1.5.1 Objetivo general	14
1.5.2 Objetivos específicos	14
2. MARCO REFERENCIAL	15
2.1 ANTECEDENTES	15
2.2 MARCO TEÓRICO	17
2.2.1 Fecundación	17
2.2.2 Preeclampsia	18
2.2.3 Características sociodemográficas	20
2.2.4 Factores de riesgo relacionados con antecedentes patológicos	21
2.2.5 Factores relacionados con las conductas de autocuidado	24
2.2.6 Factores psicológicos	29
2.3 MARCO CONCEPTUAL	30

2.4 MARCO LEGAL	31
2.4.1 Acuerdo 117	31
2.4.2 Ley 100 de 1993	31
2.4.3 Política de salud sexual y reproductiva	32
2.4.4 Plan de choque	32
2.4.5 Ley 1692 de mayo 1992	32
3. METODOLOGÍA	34
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	34
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	34
3.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	34
3.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	34
3.5 PROCESAMIENTO DE DATOS	35
4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	36
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	36
4.2 CARACTERÍSTICAS DE LA PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA	43
4.3 FACTORES DE RIESGO	44
4.4 COMPLICACIONES	51
5. CONCLUSIONES	56
6. RECOMENDACIONES	59
BIBLIOGRAFÍA	59
REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS	62
ANEXOS	64

## LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Distribución porcentual de la edad de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	36
Cuadro 2. Distribución porcentual del estado civil de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	38
Cuadro 3. Distribución porcentual de la procedencia de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	39
Cuadro 4. Distribución porcentual de la escolaridad y estrato socioeconómico de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	40
Cuadro 5. Distribución porcentual de la ocupación de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	41
Cuadro 6. Distribución porcentual de las características de la preeclampsia y eclampsia presentes en las gestantes atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	43
Cuadro 7. Distribución porcentual del padecimiento de hipertensión y diabetes de los familiares de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	44
Cuadro 8. Distribución porcentual del padecimiento de hipertensión y diabetes de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	46
Cuadro 9. Distribución porcentual de los factores de riesgo de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	47

Cuadro 10. Distribución porcentual de los factores de riesgo exógenos de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	49
Cuadro 11. Distribución porcentual de los factores de riesgo asociados al embarazo de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	50
Cuadro 12. Distribución porcentual de las complicaciones maternas de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	51
Cuadro 13. Distribución porcentual de las complicaciones maternas de los recién nacidos de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	53
Cuadro 14. Distribución porcentual de la mortalidad de los recién nacidos de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	54

## LISTA DE GRÁFICAS

	pág.
Gráfica 1. Distribución porcentual de la edad de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	37
Gráfica 2. Distribución porcentual del estado civil de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	38
Gráfica 3. Distribución porcentual de la procedencia de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	39
Gráfica 4. Distribución porcentual de la escolaridad y estrato socioeconómico de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	40
Gráfica 5. Distribución porcentual de la ocupación de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	42
Gráfica 6. Distribución porcentual de las características de la preeclampsia y eclampsia presentes en las gestantes atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	43
Gráfica 7. Distribución porcentual del padecimiento de hipertensión y diabetes de los familiares de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	44
Gráfica 8. Distribución porcentual del padecimiento de hipertensión y diabetes de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	46
Gráfica 9. Distribución porcentual de los factores de riesgo de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	48

Gráfica 10. Distribución porcentual de los factores de riesgo exógenos de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	49
Gráfica 11. Distribución porcentual de los factores de riesgo asociados al embarazo de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	50
Gráfica 12. Distribución porcentual de las complicaciones maternas de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	52
Gráfica 13. Distribución porcentual de las complicaciones maternas de los recién nacidos de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	53
Gráfica 14. Distribución porcentual de la mortalidad de los recién nacidos de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.	54



## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Matriz de operacionalización de variables	65
Anexo B. Formato de revisión de historias clínicas	68
Anexo C. Presupuesto	71
Anexo D. Cronograma de actividades	72

## INTRODUCCIÓN

En muchos países en desarrollo las complicaciones del embarazo y el parto constituyen las principales causas de muerte entre las mujeres en edad reproductiva. Más de una mujer muere cada minuto debido a estas causas y un total de 585.000 mujeres mueren cada año. Menos del uno por ciento de estas muertes ocurren en los países desarrollados, lo que demuestra que esto pudiera evitarse si hubiera recursos y servicios disponibles.

Cualquier mujer puede tener complicaciones inesperadas e impredecibles durante el embarazo, el parto e inmediatamente después del parto. Aunque la atención de la salud accesible y de alta calidad ha hecho que la mortalidad materna sea un hecho esporádico; las causas para que se presente la muerte materna, está relacionada directamente con preeclampsia, hemorragias, síndrome de hellp, entre otros.

En el proceso de atención se han presentado complicaciones a las maternas, si se tiene en cuenta que la mayoría de las maternas asisten a la institución en el momento del parto, suelen ocurrir algunas situaciones en el embarazo, si a esto se le agrega la falta de sensibilización de las mismas para asistir a los controles prenatales, impidiendo que se detecten a tiempo las anomalías para de esta manera prevenir complicaciones.

Con el desarrollo del presente estudio se hizo un seguimiento a las gestantes con preeclampsia y eclampsia, para lo cual se analizaron las características sociodemográficas que son fundamentales para identificar la incidencia de los mismos en la patología, también los factores de riesgo relacionados con antecedentes patológicos, conductas de autocuidado y psicológicos; para finalmente fortalecer aspectos que hicieron posible la enfermedad, lo cual fue de gran utilidad para prevenir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

El presente trabajo investigativo consta de seis capítulos a saber, el primer está representado por los elementos de identificación, en el cual se encuentra la descripción del problema, formulación, justificación y objetivos; el segundo capítulo se representa el marco referencial, el tercer capítulo se enfoca en la metodología, el cuarto capítulo hace relación a la presentación de resultados; el quinto capítulo conclusiones y el sexto recomendaciones, finalmente se presenta la bibliografía y anexos respectivos.

## **1. ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN**

### **1.1 TÍTULO**

Seguimiento de las gestantes con preeclampsia – eclampsia atendidas en las Empresas Sociales del Estado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Municipio de Cumbal, en el período 2006-2007.

### **1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

La lenta reducción de la mortalidad y morbilidad maternas está arraigada en la falta de poder de las mujeres y su desigual acceso a los recursos dentro de las familias, la sociedad y los mercados económicos. Estos factores crean un medio que fomenta una precaria salud reproductiva y una maternidad con riesgo aún antes que ocurra el embarazo y empeoran la situación una vez que se inician el embarazo y el parto.

Ante esta situación, las cifras del Ministerio de Salud, “67.7 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos mueren en Colombia, por causas asociadas a la maternidad”<sup>1</sup>, aunque en algunas regiones tienen tasas muy superiores al promedio. Si se tiene en cuenta que no todas las muertes maternas quedan registradas como tales, muy probablemente la cifra es aún mayor.

A nivel del Departamento de Nariño, se encontró que la mortalidad materna está representada en 40 personas en el año 2004, lo que indica que aún es una cifra alta, siendo más frecuente en los municipios de la costa Pacífica.

En el municipio de Cumbal se ha evidenciado que las gestantes están padeciendo de preeclampsia y eclampsia, quienes se encuentran en los controles prenatales como pacientes de alto riesgo, es de resaltar que en el período agosto 2005 a octubre 2006, se cuenta con 29 casos en la IPS Cumbal.

En vista de que esta patología ha generado complicaciones a algunas maternas, es así como en el municipio de Cumbal se vienen presentando varios casos de morbimortalidad por PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA principalmente en gestantes del área rural en edades comprendidas entre los 20 hasta los 35 años generando mayor gasto económico para las Instituciones prestadores de salud en el municipio por la intervención en las complicaciones causados en la madre y en el niño, dejando a un lado los programas de promoción y prevención plan de choque

---

<sup>1</sup> MINISTERIO DE SALUD. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos, 2002.

entre otros, incrementados por el personal de salud pero no acogidos por la población gestante.

Generalmente la mujer gestante no maneja hábitos alimentarios balanceados inicialmente hacia el consumo exagerado de carbohidratos, sal etc., que ocasionan obesidad y por consecuencia la predisposición al síndrome hipertensivo.

Por otra parte y sobre todo la mujer del área rural, a pesar de tener toda la información pertinente debido a sus arraigadas creencias étnicas y comportamientos raciales acuden a parteras quienes desconociendo la gravedad del problema lo tratan empíricamente causando complicaciones durante la gestación y el parto.

Sabemos de antemano que son muchas las causas que originan la preeclampsia, que existen muchos estudios con respecto a este tema, más sin embargo pretendemos investigar las causas propias de esta patología en las mujeres gestantes de nuestro municipio.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el estado de salud de las gestantes con preeclampsia – eclampsia atendidas en las Empresas Sociales del Estado e Institución Prestadoras de servicios de salud del municipio de Cumbal en el período 2006 – 2007?

## **JUSTIFICACIÓN**

El problema de mortalidad materna y perinatal, se ha convertido en una situación preocupante, si se tiene en cuenta que "en todo el mundo ocurre una tasa de 4.3 muertes maternas por cada 1.000 nacidos vivos. En Colombia, la cifra es de 4.8 muertes maternas por cada 1.000 nacidos vivos"<sup>2</sup>

La preeclampsia es un síndrome específico del embarazo que se puede agravar en mujeres normotensas o porque ya tengan una hipertensión pre-existente que junto con las infecciones y las hemorragias producen muchas muertes maternas y fetales. Se calcula que 50.000 mujeres mueren cada año a causa de eclampsia, presentándose en los países subdesarrollados debido a una pobre cobertura en los servicios de salud que no permiten acceder a la mujer a un control prenatal, oportuno y adecuado.

"La mortalidad materna es un indicador universal de desarrollo de un país o región igual es un indicador de calidad de atención, en el Departamento de Nariño corresponde a una tasa de 1.1 x 1000 nacidos vivos lo que significa que por cada

---

<sup>2</sup> Ibid. p. 3.

mil nacimientos muere una mujer en el Departamento. Las causas de estas muertes en un porcentaje menor del 50% fueron producidas por causas directas como la preeclampsia, disfunción uterina y otras causas obstétricas"<sup>3</sup>

Estas tasas de mortalidad materna reflejan el riesgo de morir que tiene una mujer gestante, debido en muchas ocasiones al estado de salud durante el embarazo, parto y puerperio, esta situación y los datos anteriormente relacionados dieron pie para que se planteara este estudio encaminado a hacer un seguimiento a las gestantes con este tipo de alteraciones.

Es reconocida la importancia de los desórdenes hipertensivos en la gestación por su incidencia y como causa de complicaciones de la salud materna fetal. Los trastornos hipertensivos en el embarazo se constituyen en un grupo complejo de patologías que es necesario analizar y estudiar para clasificarlos, evaluarlos y adaptarlos para la aplicación según se considere conveniente.

La población gestante del Municipio de Cumbal, no esta exenta a este problema antes por el contrario se ha observado una gran incidencia de estos casos que han provocado la muerte prenatal y materna. Es cierto que este problema es una falencia de control, sin embargo hay factores que impiden el normal desarrollo de este proceso, así por ejemplo: la madre gestante puede estar inscritas a los programas de control pero muchas veces su cultura, su etnia, su idiosincrasia, como también las grandes distancias a los centros hospitalarios hacen que no asista normalmente a sus controles ocasionando graves problemas durante toda su gestación y porque no en el momento del parto.

En la comunidad el 80% son mujeres campesinas e indígenas con apego a creencias y por lo tanto acuden a parteras o comadronas que atienden estos casos en forma empírica basados en los conocimientos adquiridos de los antecesores.

La utilidad que brinda el estudio es amplia, en primer lugar a las gestantes del municipio de Cumbal, porque tendrán la oportunidad de interactuar con los investigadores a través del suministro de la información, puesto que esto será tenido en cuenta para hacer el seguimiento respectivo y detectar los factores de riesgo para fomentar estrategias para prevenirlos y de esta manera disminuir la morbilidad por esta patología.

Lo novedoso de llevar a cabo esta investigación es que a nivel del municipio de Cumbal, no se han realizado este tipo de estudios, más aún tomando a las gestantes que tienen alto riesgo de padecer complicaciones en el embarazo por preeclampsia y eclampsia.

---

<sup>3</sup>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO.. La salud en cifras. Volumen 1. San Juan de Pasto, 2004.

## **1.5 OBJETIVOS**

### **1.5.1 Objetivo general**

Realizar seguimiento a las gestantes con preeclampsia – eclampsia atendidas en las Empresas Sociales del Estado e Instituciones Prestadoras de servicios de salud del municipio de Cumbal en el período 2006 – 2007, con el fin de aportar elementos diagnósticos presuntivos para mejorar la historia natural de la enfermedad.

### **1.5.2 Objetivos específicos**

- Identificar las características sociodemográficas de las gestantes con preeclampsia – eclampsia atendidas en las empresas sociales del Estado e instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio de Cumbal.
- Definir las características de la pre-eclampsia y eclampsia y la incidencia que tiene en las gestantes del municipio de Cumbal.
- Identificar los factores de riesgo en las gestantes con trastornos hipertensivos atendidas en las EPS e IPS del municipio de Cumbal.
- Determinar las complicaciones maternas, fetales y neonatales, que se presentan en las gestantes atendidas en las EPS e IPS del municipio de Cumbal.

## 2. MARCO REFERENCIAL

### 2.1 ANTECEDENTES

Se encontró un estudio titulado: “preeclampsia – eclampsia, experiencia en el Centro Médico Nacional de Torreón”<sup>4</sup>. El objetivo es analizar las características epidemiológicas y morbilidad materna y perinatal en pacientes con preeclampsia atendidas en el Centro Médico Nacional Torreón, del IMSS.

Se realizó una encuesta retrospectiva y descriptiva de 138 ingresos al servicio de Ginecología y Obstetricia del 1º. de enero al 31 de diciembre de 1997 con diagnóstico de preeclampsia. Se determinaron las complicaciones maternas y perinatales secundarias a esta patología. También se calculó la tasa de mortalidad, letalidad y mortalidad proporcional. Para el análisis se empleó estadística descriptiva.

Se llegó a los resultados de que la prevalencia de preeclampsia fue de 2.1%,. La edad de las pacientes fue de 23.2 años y la edad gestacional al momento del diagnóstico de preeclampsia de 36.4 semanas. Sólo 41.3% de las pacientes recibió control prenatal adecuado. La prevalencia de complicaciones maternas fue de 29.0%. La tasa de mortalidad fue de 0.15 x 1,000; la tasa de letalidad de 0.72%. Se registraron 15 muertes neonatales (10.9%) y una fetal.

Se concluyó que la preeclampsia-eclampsia sigue siendo una de las patologías que más inciden en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, por lo que se deberá seguir trabajando en encontrar la forma de prevenir su aparición o de modificar su evolución evitando la eclampsia u otras formas graves de la enfermedad.

Otro estudio que se llevó a cabo en el Hospital de Manizales es el titulado “morbimortalidad materna en el Hospital de Caldas, Manizales”<sup>5</sup>.

Este trabajo analiza la morbilidad y mortalidad materna de pacientes hospitalizadas en el Hospital de Caldas, Manizales, entre enero de 1993 y diciembre de 1995. La principal causa de morbilidad materna fue el aborto. La tasa de mortalidad materna hospitalaria fue 31.5 por cien mil nacidos vivos. La primera causa de muerte fue preeclampsia/eclampsia. El procedimiento quirúrgico más común fue la operación cesárea. Uno de cada 4 partos se atendió por cesárea. La

---

<sup>4</sup> RUIZ HERNÁNDEZ, José. Departamento de perinatología. División de Ginecoobstetricia Hospital No. 16 IMSS. Torreón, 2003.

<sup>5</sup> JARAMILLO, Eduardo León. Morbimortalidad materna en el Hospital de Caldas.

desproporción fetopélvica fue la primera indicación en 16.2% de todas las cesáreas. La infección de herida quirúrgica ocurrió en 1%, la endometritis postcesárea en 0.6% y la endometritis postparto en 0.2%. La estancia hospitalaria promedio para las mujeres que tuvieron parto vaginal fue 2.3 días y para las sometidas a cesárea 1.2 días.

La morbilidad por trastornos hipertensivos que complican el embarazo parece ser un fenómeno constante en el HC, si se compara la incidencia observada en este estudio (4.2/100 egresos obstétricos) con las descritas en un estudio realizado en 1986 y 1987 en el HC, en el que hubo 4.9/100 partos, con una distribución porcentual similar a la hallada en este trabajo, por tipo de trastorno hipertensivo.

La presente incidencia específica de preeclampsia-eclampsia (3.9 casos por 100 egresos) parece ser mucho mayor que 4 casos por mil egresos y ligeramente más baja que la descrita para el Instituto Materno Infantil de Bogotá de 6% de los egresos obstétricos. En los Estados Unidos se estima que entre 5% y 10% de las mujeres embarazadas desarrollan preeclampsia eclampsia

Si bien, en el hospital no se dispone de datos sobre reingresos que permitan calcular indicadores de morbilidad y evaluar el efecto del egreso temprano, hay estudios que concluyen que la hospitalización por 24 a 36 horas después del parto es suficiente para garantizar la seguridad de la madre y del recién nacido. Sin embargo, hay gran controversia sobre la duración de la estancia hospitalaria en el postparto inmediato y la tendencia actual de la legislación en algunos estados norteamericanos es prolongar la estancia hospitalaria en el puerperio inmediato.

A nivel de la Universidad Mariana, se llevó a cabo un estudio, titulado: “propuesta educativa del programa de salud sexual reproductiva: maternidad segura en adolescentes, embarazadas en situación de desplazamiento en edad de 14 a 19 años atendidas en los programas de la Cruz Roja Colombiana del municipio de Pasto”<sup>6</sup>

Su objetivo general es aplicar una propuesta educativa en salud sexual y reproductiva, maternidad segura en adolescentes embarazadas con el fin de realizar acciones de promoción y protección para evitar el embarazo no deseado, parto seguro y sin riesgos en la población adolescente en situación de desplazamiento en edad de 14 a 19 años atendidas en los programas de la Cruz Roja Colombiana en el municipio de Pasto.

Se concluyó:

---

<sup>6</sup> ORDOÑEZ, Andrea y otros. Propuesta educativa del programa de salud sexual reproductiva: maternidad segura en adolescentes embarazadas en situación de desplazamiento en edad de 14 a 19 años atendidas en los programas de la Cruz Roja Colombiana del municipio de Pasto. Tesis de grado (Enfermería). Universidad Mariana, Facultad Ciencias de la Salud. Programa de Enfermería.



- Los conocimientos que poseen las adolescentes en lo que hace relación a la maternidad segura es deficiente.
- El impacto que causo la propuesta educativa es en algún grado satisfactoria porque las adolescentes embarazadas cambiaron su manera de pensar en lo que hace relación a la maternidad.

## 2.2 MARCO TEÓRICO

**2.2.1 Fecundación.** "Se entiende por fecundación la fusión del espermatozoide con el óvulo, después de la eyaculación de semen en el fondo de la vagina, unos quinientos millones de espermatozoides inician una carrera de quince centímetros que, tras esfuerzos que duran unas cinco horas, sólo terminarán no más de un par de docenas de ellos"<sup>7</sup>

Es precisamente en la porción externa de la trompa de falopio donde los espermatozoides se encuentran con el óvulo y donde uno de ellos y sólo uno, atraído por una sustancia química liberada por el óvulo hunde su cabeza en la capa protectora o zona pelúcida del óvulo, atraviesa la membrana, gracias a una serie de sustancias especiales, se libra de la cola y penetra en el interior del óvulo. Desde este momento, el óvulo deja de interesarse por otros espermatozoides e incluso se protege de ellos para evitar otras fecundaciones. Una vez fusionados ambos núcleos, el óvulo fecundado recibe el nombre de huevo o cigoto y sus aventuras a lo largo de nueve meses sólo acaban de empezar.

El desarrollo prenatal del ser humano se lleva a efecto durante 40 a 41 semanas, las cuales para una mejor comprensión pueden distribuirse en los siguientes períodos:

- Preembrionario. Se extiende desde la fertilización hasta la formación del disco embrionario con las tres capas germinales; comprende desde la primera hasta la tercera semana inclusive.
- Embrionario. Hay un rápido crecimiento y diferenciación y se forman la mayor parte de los órganos (organogénesis); se extiende desde la cuarta hasta la octava semana inclusive.
- Fetal. Se caracteriza por el crecimiento y la maduración posterior de los diferentes órganos y sistemas establecidos durante el período embrionario; se extiende desde la novena semana hasta el término de la gestación<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> GISPERT, Carlos. Maternidad y puericultura. España: Grupo Editorial Océano. 1999. P. 33.

<sup>8</sup> BOTERO, Jaime y otros. Obstetricia y ginecología. Sexta edición. México: Copyright 2000. P. 16.

**2.2.2 Preeclampsia.** “La preeclampsia es un síndrome clínico caracterizado por hipertensión con disfunción orgánica múltiple, proteinuria, edemas.

Es definida como un incremento de al menos 140/90 mmHg después de la semana 20 de gestación, un incremento en la presión sanguínea diastólica de al menos 15 mmHg respecto a un nivel previo a la semana 20 combinado con proteinuria (> 300 mg en 24 horas). Las mediciones de la presión arterial citadas deben ser medidas al menos dos ocasiones con por lo menos 6 horas de separación. La proteinuria puede ser una toma simple de orina al azar que indique al menos 30 mg/dL ó ++ en dos muestras de orina según el tipo de prueba. El criterio del incremento de 30 mmHg en la presión sistólica y/o 15 mmHg en la presión diastólica respecto a valores previos a la semana 20 de gestación ha sido eliminado por ser poco específico<sup>9</sup>.

Como la proteinuria puede ser una manifestación tardía, se puede sospechar la preeclampsia en una embarazada con hipertensión acompañada de cefalalgia, dolor abdominal o anomalías en los exámenes de laboratorio.

- La hipertensión que sobreviene en la preeclampsia es causada por un aumento de la resistencia vascular periférica. El gasto cardíaco suele ser menor que en el embarazo normotensivo. El flujo renal y la GFR descienden en la preeclampsia de un 62-84%. Una reducción de la GFR del 50% duplica la creatinina sérica. Un aumento de la creatinina sérica del 0.5-1 mg/dL o del BUN de 8-16 mg/dL representa una disminución de la GFR del 50%. El ácido úrico aumenta antes que haya una elevación medida de la creatinina o BUN. Como en la preeclampsia no hay aumento de la producción de ácido úrico la hiperuricemia indica una disminución de la depuración renal. La hiperuricemia (>5.5 mg/dL) es un marcador valioso para diferenciar la preeclampsia de todas las demás causas de hipertensión durante el embarazo.
- Hay aumento súbito de peso con edema, sobre todo en cara y manos.
- Es probable que la retención de sodio que tiene lugar en la preeclampsia esté causada por depleción de volumen y reducción de GFR. Pese a la retención de sodio, el volumen plasmático en la preeclampsia está disminuido respecto al embarazo normotensivo. La hipertensión causa desplazamiento preferencial de líquido del espacio intravascular al intersticial.
- El aumento de la permeabilidad vascular a las proteínas podría ser secundario a lesión de las células endoteliales de causa indeterminada. En la preeclampsia hay disfunción generalizada de las células endoteliales con caída en la síntesis de PGI<sub>2</sub>, aumento de fibronectina celular plasmática y activación del factor de Von Willebrand. La sobreproducción de endotelina

---

<sup>9</sup> BURROW, G.M. Complicaciones durante el embarazo. México: Mc Graw Hill, 1996. p. 23.

(vasoconstrictor y agregante plaquetario) ha sido considerada un posible factor en la preeclampsia. Los lípidos peroxidados circulantes inhiben selectivamente la enzima prostaglandina sintasa, desviando la vía de la ciclooxigenasa hacia la síntesis de tromboxano A<sub>2</sub>, un vasoconstrictor y agregante plaquetario.

- Respecto a la glucemia, la hiperglucemia reduce la síntesis de PGI<sub>2</sub> por las células endoteliales; la preeclampsia aumenta el antagonismo a la insulina observado en el embarazo normal.
- La reducción del volumen plasmático en la preeclampsia no debe ser tratada con expansión de volumen porque puede causarse edema agudo de pulmón. Cuando las mujeres preeclámpicas presentan edema pulmonar, éste suele ser consecuencia de administración de grandes volúmenes de líquido antes del parto y durante este. También, la presión oncótica del plasma cae después del parto, debido a una rápida movilización de líquido del espacio intersticial, que si se combina con aumento de la presión capilar pulmonar, se induce edema de pulmón.
- En la preeclampsia hay hiperlipidemia en niveles más altos respecto a las embarazadas normotensas, además en la preeclampsia severa la vitamina E está disminuida.
- En la preeclampsia hay espasmo arterial en muchos tejidos, especialmente en riñones, cerebro e hígado.

### **Factores de riesgo**

- Historia previa de preeclampsia.
- Edad materna (menores de 15 años, mayores de 40 años).
- Historia familia
- Presencia de enfermedades subyacentes
- Hipertensión crónica y enfermedad renal
- Obesidad, resistencia a la insulina, bajo peso al nacer
- Diabetes gestacional, diabetes mellitus tipo 1.
- Resistencia a proteína C activada, deficiencia de proteína.
- Anticuerpos antifosfolípido
- Esterocitosis

### **Factores exógenos**

- Fumar (disminuye el riesgo)
- Estrés

Asociados al embarazo

- Embarazos gemelares.
- Anormalidades congénitas estructurales
- Anomalías cromosómicas
- Infección de vías urinarias”<sup>10</sup>

### **2.2.3 Características sociodemográficas de las gestantes**

#### **“Edad menor de 15 años y mayor de 35 años de edad**

**Menor de 15 años.** El embarazo en la adolescencia se asocia a mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el niño, no solo a que están menos preparadas emocionalmente que las mujeres mayores para tener un bebé, sino también menos preparadas físicamente para dar a luz un bebé saludable. Dentro de las complicaciones se incluyen: Parto pretérmino, Placenta previa, bajo peso al nacer prematuridad, retraso del crecimiento intrauterino

**Mayor de 35 años.** Dar a luz a un niño con síndrome de Down, aborto espontáneo, placenta previa, embarazo ectópico.

#### **Estado civil**

Cuando una madre tiene que afrontar su embarazo sin la compañía de su compañero, ya sea por separación, muerte o abandono, la va a llevar a un estado de depresión, soledad y dudas acerca de si continuar con su embarazo o no, en muchas ocasiones, ese nuevo ser, mas que significar un motivo de alegría, puede resultar un obstáculo para continuar con su vida laboral y social. El feto, en su vida intrauterina, va a percibir toda esa serie de situaciones y pensamientos que experimenta la madre, lo cual va a llevar a que sea una persona callada, aislada, insegura de si mismo, con baja autoestima y desarrollo escolar pobre.

#### **Nivel educativo**

Una gestante con un nivel educativo bajo, no conoce y por lo tanto no aplica los cuidados básicos que se debe tener en cuenta en el embarazo, por ejemplo, no aplica la estimulación intrauterina dando como resultado un niño (a) introvertido, no se puede haber inscrito a control prenatal, por lo tanto, no se puede detectar complicaciones en su embarazo y parto, no maneja una dieta balanceada obteniendo niños (as) con bajo peso al nacer. En conclusión su embarazo y con ello su hijo (a) no se va a desarrollar en las mejores condiciones.

---

<sup>10</sup> OMS. Conferencia internacional sobre la mortalidad sin riesgo. Disponible en internet. <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/normapar.htm>. 21 de marzo de 2000.

## **Ocupación**

Se debe tener en cuenta que el embarazo no es sinónimo de enfermedad, por lo tanto, la madre puede continuar realizando sus tareas cotidianas siempre y cuando estas no requieran un esfuerzo físico o psicológico.

Si la gestante se desempeña en algún campo laboral, y este cumple con las condiciones anteriores, es necesario que renuncie a el ya que puede producir aborto espontáneo y desprendimiento prematuro de placenta.

## **Nivel socioeconómico**

“Las condiciones de pobreza pueden privar a la madre y al feto de muchos requerimientos necesarios para la salud de ambos, entre ellos encontramos una alimentación balanceada, al no existir esta, la madre puede desnutrirse y por ende el feto, dando como resultado un niño (a) con bajo peso al nacer y con retraso del crecimiento intrauterino.

## **Residencia**

Las madres que habitan tanto en la zona rural como urbana, pueden contribuir para un desarrollo adecuado de su embarazo, pero se encuentra un porcentaje mas bajo en aquellas madres de residencia rural, debido al difícil acceso a los centros de salud y a sus concepciones culturales con respecto al embarazo. Por lo tanto la madre puede no inscribirse al control prenatal, por ende no se le podrán detectar posibles complicaciones en el embarazo y parto”<sup>11</sup>.

### **2.2.4 Factores de riesgo relacionados con antecedentes patológicos**

#### **“Hipertensión**

Las alteraciones hipertensivas durante el embarazo son una importante causa de muerte materna y morbimortalidad fetal en todo el mundo. Las pacientes embarazadas hipertensas están predispuestas al desarrollo de complicaciones potencialmente mortales, la mujer hipertensa adecuadamente controlada no tiene problemas durante el embarazo.

Clasificación:

- Pre eclampsia.
- Eclampsia.
- Hipertensión crónica.

---

<sup>11</sup> GIL E., Cataño. Mortalidad materna y factores de riesgo. Estudio de casos y controles. Medellín: Marín Vieco, 2001. p. 80

- Hipertensión crónica con preeclampsia o eclampsia sobreagrada.
- Hipertensión gestacional.

Los trastornos hipertensivos traen como consecuencia:

- Desprendimiento de placenta.
- Coagulación intra vascular diseminada,
- Hemorragia cerebral,
- Insuficiencia hepática y renal”<sup>12</sup>.

### **Diabetes gestacional**

“Es toda aquella alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo. La diabetes gestacional traduce una insuficiente adaptación a la insulinoresistencia que se produce en la gestante.

Es la complicación mas frecuente del embarazo, su importancia radica en que la diabetes gestacional aumenta el riesgo de diversas complicaciones obstétricas.

Los bebés de madres que tienen diabetes estacional son vulnerables a varios desequilibrios químicos, como bajo nivel de calcio y de magnesio en suero, pero en general, los problemas más importantes de la diabetes gestacional son:

**Macrosomía.** Se refiere a un bebé que es considerablemente más grande de lo normal. Todos los nutrientes que el feto recibe vienen directamente de la sangre de la madre. Si la sangre de la madre tiene demasiada glucosa, el páncreas del feto percibe niveles altos de glucosa y produce más insulina en un esfuerzo por usar esa glucosa. El feto convierte el excedente de glucosa en grasa. Aun cuando la madre tiene diabetes gestacional, el feto puede producir toda la insulina que necesita. La combinación de los niveles altos de glucosa de la madre y de los niveles altos de insulina del feto da como resultado unos depósitos grandes de grasa, causando el crecimiento excesivo del feto.

**Hipoglucemia.** Se refiere al bajo nivel de azúcar en sangre que experimenta el bebé inmediatamente después del parto. Este problema se produce si los niveles del azúcar en la sangre de la madre han sido sistemáticamente altos, causándole al feto un nivel alto de insulina en la circulación. Después del parto, el bebé continúa teniendo un nivel alto de insulina, pero ya no tiene el nivel alto de azúcar proveniente de su madre; el resultado es que los niveles de azúcar en la sangre del recién nacido son muy bajos”<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> SALAZAR ARISTIZABAL, Luz. Mortalidad materna en Cali. Disponible en internet. [www.salud.com](http://www.salud.com). 22 de agosto de 2004.

<sup>13</sup> Ibid., p. 4.

## **“Trastornos Respiratorios**

El exceso de insulina o de glucosa en el sistema del bebé puede demorar la maduración de los pulmones y provocar dificultades respiratorias. Es más probable que se presente este problema si el bebé nace antes de las 37 semanas de gestación.

## **Epilepsia**

Para algunas mujeres el embarazo causa disminución en sus convulsiones; para otras es causa de aumento de las mismas, y para otras no hay cambios. El cambio hormonal durante el embarazo puede afectar la manera en que los medicamentos anti epilépticos son absorbidos así como la manera en que el organismo los maneja.

Aquellas mujeres con epilepsia que toman medicamentos anticonvulsivos corren un riesgo de dos a tres veces de tener un bebe con malformaciones congénitas que la mujer que no tiene epilepsia, la causa del aumento del riesgo no es totalmente conocida, puede ser que haya genes comunes para epilepsia y malformaciones congénitas, o tal vez sea un efecto específico de las drogas.

Las mujeres con Epilepsia necesitan continuar recibiendo sus drogas antiepilépticas durante todo el embarazo, estas drogas afectan la salud del feto dando como resultado: labio leporino, paladar endido, malformaciones de los miembros, malformación de órganos internos

## **Anemia**

Se considera anemia durante el embarazo a una disminución de la masa de la hemoglobina, es una complicación frecuente en los embarazos gemelares, la causa más habitual es la deficiencia de hierro, o la destrucción acelerada de los eritrocitos.

Ejerce una influencia claramente negativa en la gestación, que se manifiesta por los siguientes aspectos: aborto, parto pretérmino, aumento de la mortalidad perinatal, incremento del riesgo de infecciones puerperales”.

## **“Enfermedades infecciosas**

Una infección no tratada puede hacer que el trabajo de parto se inicie prematuramente y que se rompan las membranas que rodean al feto. Entre las enfermedades infecciosas se incluyen:

**Toxoplasmosis.** Es una infección provocada por un parásito unicelular llamado *Toxoplasma gondii*. Los bebés que resultan infectados antes del nacimiento

pueden nacer con graves problemas mentales o físicos. La toxoplasmosis a menudo presenta síntomas similares a la gripa, con inflamación de los ganglios o dolores musculares que persisten por períodos que van de unos días a varias semanas.

Los bebés nacidos con toxoplasmosis pueden desarrollar

- Infecciones en los ojos que pueden causar ceguera.
- Pérdida de la audición.
- Incapacidad de aprendizaje.
- Problemas físicos y mentales a largo plazo.
- Muerte.

### **Intoxicación por alimentos**

Las embarazadas deben evitar comer alimentos poco cocidos o crudos debido al riesgo de intoxicación por alimentos. La intoxicación por alimentos puede causar la deshidratación de la madre y privar al feto de nutrición. Además, la intoxicación por alimentos puede provocar meningitis y neumonía en el feto, y posiblemente la muerte<sup>14</sup>.

## **2.2.5 Factores de riesgo relacionados con las conductas de autocuidado**

### **Consumo de alcohol**

“Todo lo que una madre ingiere le llega también al feto. El alcohol se descompone mucho más lento en el cuerpo inmaduro del feto que en el cuerpo de un adulto esto hace que los niveles de alcohol permanezcan elevados durante más tiempo en el cuerpo del bebé. Además, el riesgo de abortos espontáneos y de nacimientos de niños muertos aumenta considerablemente con el consumo de alcohol.

Una de las principales consecuencias que conlleva el consumo de alcohol durante el embarazo es una condición muy seria denominada síndrome de alcoholismo fetal, este es la causa principal de retraso mental. Además se caracteriza por lo siguiente:

- Retraso del crecimiento del feto.
- Defectos faciales.
- Problemas del comportamiento.
- Problemas en los hábitos alimenticios y del sueño del bebé.
- Problemas de la vista y la audición.

---

<sup>14</sup> Ibid., p. 4.



- Necesidad de atención médica durante toda la vida del niño.
- Deformaciones de los órganos.
- Anomalías del funcionamiento del sistema nervioso central.

### **Tabaquismo**

El humo puede provocar diversos daños en el feto y puede ser causa de: bajo peso al nacer, nacimiento prematuro, mayor riesgo de defectos congénitos, muerte.

Posteriormente, los bebés de fumadoras pueden además tener los siguientes problemas:

- Desarrollo deficiente de los pulmones.
- Asma e infecciones respiratorias.
- Crecimiento físico deficiente.
- Desarrollo intelectual deficiente.
- Problemas del comportamiento.
- Mayor riesgo del síndrome de muerte súbita.

Así mismo, la madre puede experimentar problemas durante el embarazo como resultado del tabaco, incluyendo, entre otros, los siguientes: complicaciones de la placenta, parto prematuro, infecciones del útero.

Los investigadores creen que los efectos del monóxido de carbono (que reduce el oxígeno presente en la sangre) y la nicotina (que estimula la secreción de determinadas hormonas) provocan muchos de estos efectos adversos.

### **Drogadicción**

Los efectos que provocan las drogas ilegales, como la cocaína, pueden ser devastadores para un feto.

Las drogas pasan de la corriente sanguínea de la madre al feto a través de la placenta.

El consumo de marihuana durante el embarazo puede asociarse con problemas del comportamiento en el bebé.

El uso de cocaína puede provocar: parto prematuro, desprendimiento prematuro de la placenta, presión sanguínea alta, defectos de crecimiento, anomalías intestinales, hiperactividad, temblores incontrolables, problemas de aprendizaje, muerte del feto.

La heroína y otros opiáceos, pueden provocar un síndrome de abstinencia grave en el bebé y convulsiones.

## **Nutrición**

El desarrollo y crecimiento fetal dependen del aporte de nutriente de la madre al feto. El déficit en el ingreso dietética, la absorción inadecuada de nutrientes a partir del intestino, el metabolismo anormal de proteínas, lípidos, carbohidratos, minerales y vitaminas en el organismo materno, la insuficiente circulación placentaria y la utilización anormal de nutrientes por parte del feto, puede conducir a un notable deterioro del desarrollo fetal.

Las mujeres mal nutridas que ingieren dietas deficientes durante la gestación, tienen mayor tendencia a sufrir complicaciones como anemia, hipertensión, infecciones, retardo en el crecimiento y desarrollo intrauterino del feto y predisposición al parto pretermino.

El sobrepeso también es un factor de riesgo ya que la gestante obesa, tiene mayor predisposición para desarrollar una diabetes gestacional, sobrecarga cardiovascular que puede manifestarse con fatiga excesiva, hipertensión y tendencia a la aparición de varices en miembros inferiores

La ingesta de calcio por debajo de las recomendadas trae consigo daños en el desarrollo óseo del feto, pérdida de hueso materno. Se cree que existe conexión entre la baja ingesta de calcio y desordenes hipertensivos en el embarazo, debido a que la incidencia de pre eclampsia es mayor en las mujeres con pobre ingesta de calcio. La deficiencia de hierro causa anemia durante la gestación. El déficit de vitamina D trae consecuencias adversas para el crecimiento fetal y el desarrollo de dientes y huesos.

Es necesario considerar que ingestas dietarias inadecuadas no se presentan aisladamente, otro factores de estilo de vida en general pueden aumentar el riesgo de partos prematuros, bajo peso al nacer y otras complicaciones durante el embarazo”<sup>15</sup>.

## **Medicamentos**

Casi todos los fármacos que entran en la circulación materna, pasan a través de la placenta y alcanzan al feto, produciendo efectos farmacológicos deseados (tratamientos intrauterinos) y efectos colaterales adversos.

---

<sup>15</sup> OPS/OMS. Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas. Disponible en internet. <http://www.uninet.edu/tratado/c1108b.html>. 2 de septiembre de 2001.

En cuanto a los efectos adversos, estos dependen de la época del embarazo en la cual se administren. En la semana que sigue a la concepción, periodo del huevo, (va desde la fecundación hasta la nidación) la respuesta suele ser de tipo todo o nada, las células afectadas se reemplazan por otras indiferenciadas y el embarazo continua normalmente, o se pierde.

En el periodo del embrión (desde la segunda semana post concepcional hasta la novena) el daño se manifiesta por las malformaciones congénitas de distinta entidad y aborto.

Durante el periodo fetal (segundo y tercer trimestre) no pueden producirse malformaciones importantes, pero los fármacos pueden alterar el crecimiento y desarrollo funcional del feto.

### **Descanso y sueño**

Son esenciales para la salud, la mujer embarazada se cansa con mayor facilidad, por lo tanto, se debe reservar periodos concretos para que la madre descansa con los pies en alto.

El reposo favorece el retorno venoso al corazón, la resolución de los demás en las piernas, la reducción de la incidencia y la gravedad de la enfermedad vascular hipertensiva de la gestación, la mejoría de varices, el aumento del flujo sanguíneo al útero.

La relajación neuromuscular capacita a la gestante para obtener beneficio máximo de cualquier periodo de descanso, alivia la tensión del cuerpo y los calambres musculares, promueve el bienestar físico y mental, siendo un arma importante para contrarrestar el dolor en el momento del parto.

### **Recreación, deporte y ejercicio**

La recreación es necesaria tanto durante toda la gestación como en cualquier época de la vida, las actividades amenas sanas y agradables ayudaran a la embarazada a neutralizar su ansiedad y a mantener una buena perspectiva.

Algunos de los entretenimientos y actividades que contribuyen al esparcimiento incluyen: libros, radio, música, cine, eventos deportivos, televisión, visitas y paseos. La gimnasia diaria, el caminar en buen clima y el nadar en piscinas con agua tibia son fortalecedores y beneficiosos para la gestación.

El ejercicio ayuda a sentirse mejor física y emocionalmente, es la parte esencial de un embarazo sano, beneficios tanto para la madre como para su bebe. Sus beneficios son:

- Es la clave para mantener la fuerza muscular, y capacidad aeróbica
- El entrenamiento vascular también aumenta su fuerza lo que hace que el trabajo de parto sea mas rápido y mas tolerable
- Ayuda a permanecer dentro de los límites de aumento de peso recomendados
- Controla las molestias frecuentes propias del embarazo como dolor de espalda
- Contribuye a prevenir la preeclampsia
- Favorece la corrección postural
- Disminuye las molestias digestivas y estreñimiento
- Aumenta el bienestar psicológico reduciendo la ansiedad, estrés, depresión, e insomnio.
- Protege contra la diabetes gestacional
- Disminuye la posibilidad de cesárea

## **Trabajo**

La mujer embarazada que hace sus tareas domesticas debe evitar mantenerse de pie por largos periodos de tiempo, levantar objetos pesados, mover muebles y cualquier actividad que implique movimientos bruscos y cambios de equilibrio.

El trabajo idealmente no debería continuarse si se produce fatiga, no obstante, por lo general a la gestante que trabaja no se le puede hacer renunciar a su trabajo así sea muy fatigante, pues casi siempre es esencial para el sostenimiento de la familia. En general se deberían evitar los empleos que se prolonguen por varias horas, aunque sean trabajos manuales, moderados o que requieran que la gestante este constantemente de pie o que trabaje en horarios nocturnos.

En lo posible la gestante no debe trabajar más de ocho horas diarias ni más de cuarenta horas semanales.

Se debe tener cuidado cuando el trabajo de la gestante implica estar expuesta a sustancias toxicas como; anilina, monóxido de carbono, plomo y sus compuestos, mercurio y sus derivados, fósforo, sustancias radioactivas y rayos x, insecticidas y otras sustancias toxicas que ejercen un efecto perjudicial sobre los órganos hematopoyeticos, el hígado y los riñones materno con la consiguiente repercusión nociva sobre el curso de la gestación

## **Viajes**

Hay pocas restricciones para los viajes excepto al final de la gestación, la recomendación general que se le debe dar a la gestante es que evite aquellos viajes que podrían causarle mucha fatiga. Si se viaja en carro se recomienda hacer paradas de descanso cada dos horas con duración de diez a quince minutos, esto no solo evitara la fatiga sino que también dará la oportunidad de estirarse y caminar, lo que beneficiara la circulación general.

## **2.2.6 Factores de riesgo psicológicos que afectan a las gestantes**

### **Estrés**

La gestación sea la primera o no, tiene dos hechos de gran importancia que hacen que este acontecimiento sea estresante: la ambigüedad y la ambivalencia. En un comienzo, el embarazo se manifiesta con señales dudosas, su evolución es problemática. La actitud de la mujer es ambivalente, desea el embarazo, pero a la vez lo rechaza.

La gestación anuncia la inminencia de nuevos acontecimientos que se desarrollarán a lo largo de la misma. El estrés del embarazo es debido en gran parte al presagio inminente del parto. Pero hay otros sucesos predecibles, ya que se sabe que van a ocurrir pero se ignora que el resultado sea seguro.

La gestación implica exigencias y molestias que causan estrés, además está acompañada de náuseas, vómito, cambios de apetito. Lo cual causan inquietud. El mismo aumento de peso y la deformación corporal pueden motivar estrés. En segundo lugar esta la necesidad periódica de acudir al médico, sufrir exploraciones y pruebas, y al obtener los resultados aumenta la tensión.

El embarazo también causa estrés debido a que es tomado como desafío y como amenaza. Como desafío ya que la gestación implica una tarea de desarrollo psicosocial, además trae consigo tareas difíciles y comprometedoras cada vez más exigentes. Y como amenaza ya que hay una concreta amenaza de daño, dolor y muerte para la madre y el feto.

### **Violencia intrafamiliar**

La violencia intrafamiliar es un factor de riesgo que puede llevar a la madre a estados de depresión, de estrés, ansiedad, rabia entre otros, todos estos sentimientos son percibidos por el feto, desencadenando en él la posibilidad de que en el futuro sea un niño retraído, aislado, con problemas de aprendizaje.

### **Embarazo no deseado**

Una mujer puede tener muchas metas e ideales que cumplir, un embarazo en un momento no esperado puede significar una mayor dificultad para alcanzar esos sueños, los sentimientos que genera en la madre esta situación no son favorables para el feto, ya que él percibe este rechazo convirtiéndolo en una persona agresiva, hiperactiva o retraída en su vida.

## **Relación con el cónyuge y la familia**

La comprensión y consideración por parte de la familia y sobretodo del esposo harán mucho para aliviar las incertidumbres e inquietudes que experimenta la madre, el afecto y la ternura del padre son especialmente apreciados y de valor terapéutico durante este periodo. El esposo es probablemente la persona que tiene mayor capacidad para ayudar a la madre a obtener la clase de diversiones sociales que mas le agraden.

### **2.3 MARCO CONCEPTUAL**

**EMBARAZO:** “El embarazo es el periodo de tiempo que transcurre desde la fecundación hasta que se produce el nacimiento, y dura alrededor de nueve meses.

En este tiempo, el futuro bebé se desarrolla y crece: durante los dos primeros meses del embarazo, lo llamamos embrión; es muy pequeño y sus órganos se están formando poco a poco. A partir del tercer mes, recibe el nombre de feto, y su cuerpo empezará a madurar y crecer hasta el momento del nacimiento”<sup>16</sup>

**FACTOR DE RIESGO:** cualquier característica o circunstancia detectable en una o en grupo de mujeres embarazadas, asociada con un aumento en la probabilidad de padecer o desarrollar o estar expuesto a un proceso mórbido.

**MORTALIDAD MATERNA:** “Suceso que ocurre en aquella mujer en estado de embarazo o dentro de los 42 días de terminado el mismo, por cualquier causa relacionada o agravada por la gestación o por su manejo, no incluye causas accidentales.

Una muerte materna es una verdadera tragedia ya que implica la desaparición de una mujer por causas que en la gran mayoría de los casos pueden prevenirse. Con frecuencia entre sus repercusiones se encuentra la desintegración de la familia, una elevada mortalidad infantil, la deserción escolar, y el ingreso prematuro de los hijos al campo laboral”<sup>17</sup>

**MORTALIDAD PERINATAL:** “La mortalidad perinatal es la interrupción del embarazo antes de las cuarenta semanas de gestación, ocurrida por causas externas impredecibles. Se divide en temprana o aborto (hasta las 19 semanas) intermedia (20-27 semanas) y tardía (mayor o igual a 28 semanas)”<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> SCHWAREZ, Ricardo y otros. Obstetricia. 5ª. Ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1995.

<sup>17</sup> BENSON, Raph C. Manual de ginecología y obstetricia. 7ª. Ed. México: Manual Moderno, 1985.

<sup>18</sup> Ibid. p. 112.

## **2.4 MARCO LEGAL**

**2.4.1 Acuerdo 117.** Es el acuerdo por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de la demanda inducida y la atención de las enfermedades de interés en salud pública.

Dentro del acuerdo 117, se encuentra la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo mediante el control prenatal.

### **Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo**

Por medio de la cual se pretende identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos a fin de lograr una gestación adecuada que permitan que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo.

#### **Objetivos**

- Vigilar la evolución del proceso de la gestación de tal forma que sea posible prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo biopsico-sociales que incidan en el mencionado proceso.
- Detectar tempranamente las alteraciones del embarazo y en consecuencia orientar el tratamiento adecuado de las mismas.
- Ofrecer a la pareja una educación que permita una interrelación adecuada entre los padres y su hijo o hija desde la gestación.

#### **Población objeto**

Las beneficiarias son todas las mujeres gestantes afiliadas a los Regímenes Contributivo, Subsidiado y Vinculado.

Esta norma técnica es de gran utilidad en el desarrollo de la presente investigación por la importancia del control prenatal en el proceso de gestación al ser un apoyo para las mujeres de bajos recursos, ya que es un programa que se encuentra en todos los centros de salud y su prestación es gratuita.

**2.4.2 Ley 100/93.** A través de esta Ley, el SGSSS conforma un sistema general de seguridad social en salud, el cual busca crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos sus niveles, brindando una calidad de atención humanizada. Este sistema cuenta con unos regímenes dentro de los cuales podrán estar las personas según su capacidad de pago y vulnerabilidad.

Las mujeres gestantes tienen mayor facilidad de acceder a los servicios de salud, principalmente a través del régimen subsidiado, la identificación de ellas como beneficiarias se realiza mediante la aplicación del SISBEN teniendo en cuenta una particular importancia en las madres durante el embarazo, parto, post parto y periodo de lactancia.

**2.4.3 Política Nacional de salud sexual y reproductiva.** Se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social.

Una de las metas que plantea esta política para los próximos cuatro años está directamente relacionada con lo que corresponde a maternidad segura; la cual consiste en reducir la tasa de mortalidad materna evitable, mejorando la cobertura, la calidad de atención y el fortalecimiento de las acciones de vigilancia, prevención y atención.

Dentro de la política, la línea de acción de la maternidad segura, está dirigida a garantizar un proceso de gestación sana y las mejores condiciones para el recién nacido. Por lo tanto, es importante que se brinde una atención adecuada y oportuna durante todo el proceso de gestación.

Esta política se relaciona en gran parte con nuestro trabajo de investigación ya que pretende manejar los riesgos asociados a la maternidad para brindar tratamiento a todas las complicaciones que puedan surgir.

**2.4.4 Plan de choque para evitar la mortalidad materna y perinatal.** Es una iniciativa liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en conjunto con otras agencias internacionales de cooperación técnica y financiera contribuyen a que las mujeres disfruten del pleno ejercicio del derecho a una maternidad saludable y segura. La mortalidad materna y perinatal representan un grave problema de salud crítico inadmisibles, sus causas son evitables e irreversibles, es muy importante el plan de choque ya que su propósito general es contribuir de manera eficaz y eficiente a la reducción de algunas de las causas de la mortalidad materno perinatal, los factores de riesgo, y en la modificación de algunos de los efectos de las determinantes sociales y culturales asociadas a la mortalidad materna.

Las intervenciones deben incluir programas de salud reproductiva, aun desde el periodo preconcepcional, aumento de la cobertura de los programas de planificación familiar, vigilancia nutricional, y acciones dirigidas a la prevención de la drogadicción y el alcoholismo, mejoramiento de sistemas de atención, remisión y transporte de las complicaciones.

**2.4.5 Ley No. 16-92 mayo 1992.** En ella se dictan reglas especiales para proteger la maternidad.



La trabajadora debe informar de su embarazo al empleador incluida su fecha probable de parto. La mujer no puede ser despedida de su empleo por el hecho de estar embarazada o a los 6 meses después de la fecha del parto.

Durante el periodo de gestación no se le puede exigir a la materna que realice trabajo que requiera un esfuerzo físico incompatible con su estado.

Si el trabajo que desempeña la gestante es perjudicial para su salud o la del niño, el empleador debe facilitar a la materna que cambie de trabajo, si no es posible, la trabajadora tiene derecho a una licencia. La gestante tiene derecho a un descanso obligatorio seis semanas antes de la fecha probable de parto y las seis semanas que le siguen.

Durante el periodo de lactancia la trabajadora tiene derecho en su lugar de trabajo a tres descansos remunerados durante su jornada de veinte minutos cada uno con el objeto de amamantar a su hijo.

### **3. ASPECTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El estudio se basó en el paradigma cuantitativo con enfoque descriptivo, en el cual se pretende hacer un seguimiento a las gestantes con pre-eclampsia y eclampsia atendidas en las EPS e IPS del Municipio de Cumbal.

Será cuantitativo porque se parte de la tabulación de la información basados en datos estadísticos en los cuales se procesa la información a distribución porcentual para luego presentar el análisis e interpretación de los resultados obtenidos en el desarrollo de la investigación.

Es un estudio descriptivo porque se relaciona cada uno de los objetivos con la parte teórica para sacar las conclusiones respectivas que permitirán identificar los aspectos mencionados en el estudio.

#### **3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población de este estudio está conformada por las gestantes inscritas a control prenatal en el período 2006 a 2007 en la ESE e IPS del municipio de Cumbal, correspondiente a 1293 usuarias.

La muestra de estudio está conformada por las gestantes con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia:

ESE Hospital Cumbal	34
IPS Indígena – Cumbal	20

#### **TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

**Revisión historia clínica.** Esta técnica será utilizada para hacer la revisión respectiva de las valoraciones realizadas a las gestantes, dichos datos serán capturados y posteriormente analizados e interpretados.

#### **3.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Los instrumentos estarán basados en los items relacionados con las características sociodemográficas, factores de riesgo, relacionados con los antecedentes patológicos, conductas de autocuidado y psicológicos, los cuales conforman la estructura de la encuesta.

### **3.5 PROCESAMIENTO DE DATOS**

La información recolectada a través del proceso de investigación será sistematizada estadísticamente con la utilización del programa Excell, lo cual permitirá visualizar y cruzar variables específicamente cada uno de los resultados para posteriormente hacer la interpretación correspondiente.

## 4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Se han estipulado las alteraciones hipertensivas durante el embarazo como la causa de muerte materna y morbimortalidad fetal en todo el mundo, puesto que las pacientes embarazadas hipertensas están predispuestas al desarrollo de complicaciones potencialmente mortales, la mujer hipertensa adecuadamente controlada no tiene problemas durante el embarazo.

Unas de las complicaciones más frecuentes son la preeclampsia y eclampsia, que son consideradas las patologías con mayor frecuencia en las gestantes, por tal motivo se pretendió con esta investigación hacer un seguimiento a las gestantes atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal, con la finalidad de conocer los diferentes aspectos que se relacionan en la mujer gestante.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la presente investigación, tomando como referencia cada uno de los objetivos planteados inicialmente, para determinar el seguimiento en estas pacientes.

### 4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES

Al mencionar las características sociodemográficas se relaciona directamente con el “conocimiento particular de los integrantes de un grupo o comunidad específica para determinar la forma de vida”<sup>19</sup>, en el caso específico se analizó la edad, estado civil, procedencia, escolaridad, estrato socioeconómico, ocupación, los cuales son vitales en el desarrollo gestacional de la mujer embarazada.

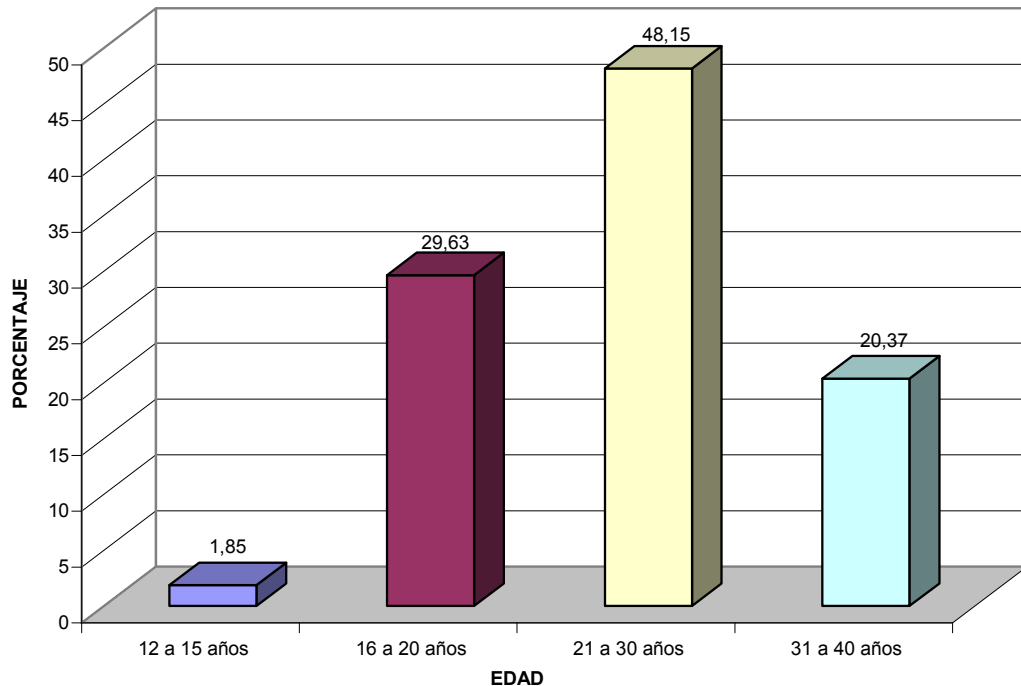
**Cuadro 1. Distribución porcentual de la edad de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
12 a 15 años	1	1,85
16 a 20 años	16	29,63
21 a 30 años	26	48,15
31 a 40 años	11	20,37
TOTAL	54	100

Fuente: esta investigación

<sup>19</sup> MICROSOFT ENCARTA 2008.

**Gráfica 1. Distribución porcentual de la edad de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**



En la muestra sujeto de estudio, se encontró que la edad que predominó en las gestantes con pre-eclampsia y eclampsia está determinada en 21 a 30 años con el 48.15%, de 16 a 20 años con el 29.63%, de 31 a 40 años con el 20.37% y de 12 a 15 años con el 1.85%.

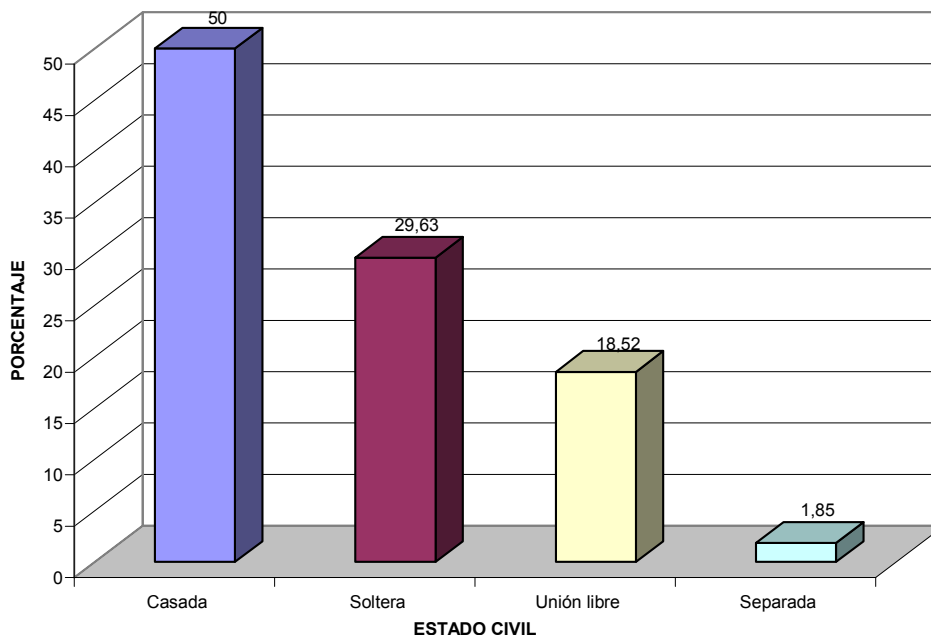
En la muestra de estudio se encontró con estos factores de riesgo representados en un porcentaje significativo, lo que indica que estas personas están expuestas a complicaciones, debido a los aspectos anteriormente mencionados, lo que indica que la presencia de preeclampsia y eclampsia es más frecuente en estos rangos de edad. Aunque es importante mencionar que las personas que no se encuentran en este rango de edad, también fueron propensas, y pueden ser ocasionados por otro tipo de riesgo.

**Cuadro 2. Distribución porcentual del estado civil de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casada	27	50,00
Soltera	16	29,63
Unión libre	10	18,52
Separada	1	1,85
TOTAL	54	100

Fuente: esta investigación

**Gráfica 2. Distribución porcentual del estado civil de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**



El estado civil que predomina en las mujeres gestantes está representado en un 50% por casada, seguido por el 29.63% soltera, el 18.52% unión libre y el 1.85% separada.

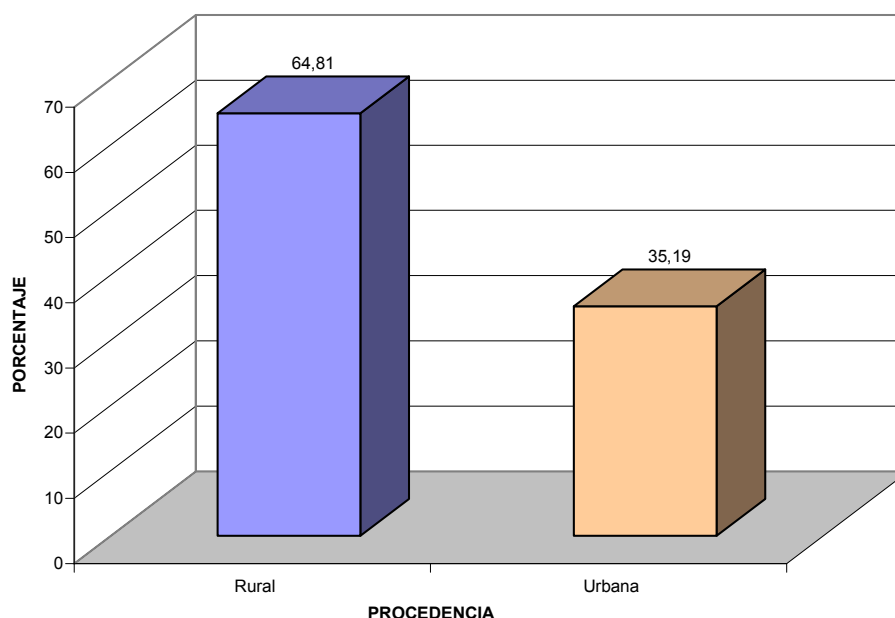
Las gestantes con este diagnóstico que se encuentran casadas, tienen mayor facilidad de afrontar la enfermedad con relación a las gestantes que tienen que afrontarlo sin compañero, la cita anterior indica claramente que esto le genera depresión, soledad, dudas, entre otros, lo cual puede generarse complicaciones al embarazo como en el caso específico la presencia de preeclampsia y eclampsia que son frecuentes en las gestantes.

**Cuadro 3. Distribución porcentual de la procedencia de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Rural	35	64,81
Urbana	19	35,19
TOTAL	54	100

Fuente: esta investigación

**Gráfica 3. Distribución porcentual de la procedencia de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**



La procedencia de las gestantes está representada en un 64.81% del área rural y el 35.19% del área urbana, los datos indican que hay predominio del área rural, esto se presenta debido a la distribución poblacional en el municipio de Cumbal, que posee mayoría de personas en dicha área.

Haciendo énfasis en la procedencia de las gestantes, se evidenció mayor presencia del área rural, lo que indica que estas mujeres debido a que las veredas donde habitan son retiradas a la cabecera municipal en muchas ocasiones les impide recibir atención e inscribirse a control prenatal, éste es un factor de riesgo porque no se detectan a tiempo las complicaciones, generándose la presencia de preeclampsia y eclampsia que ha sido adquirida anteriormente y no se ha llevado un control respectivo para disminuir las complicaciones.

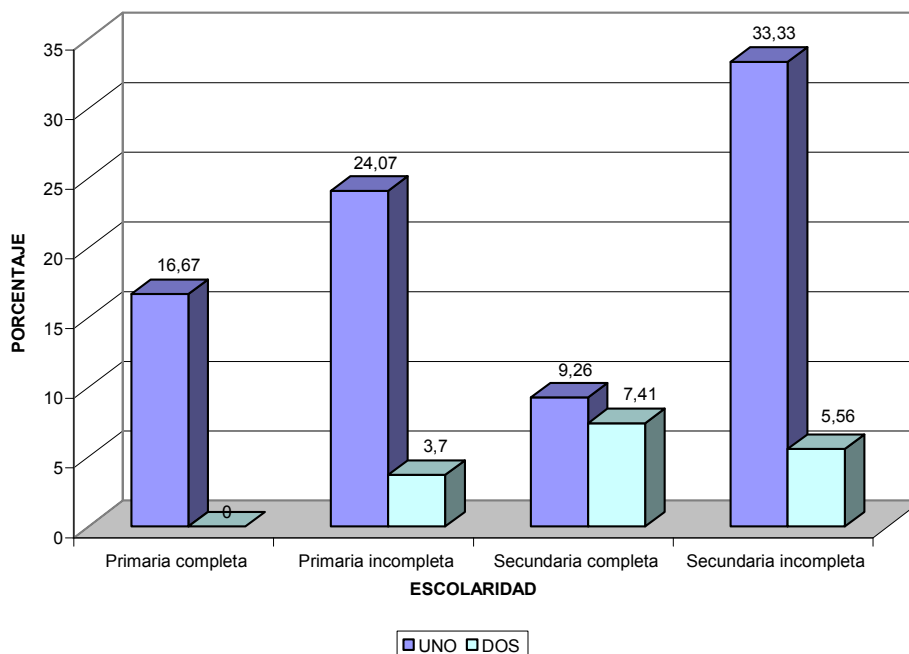
Unido a las manifestaciones anteriores, también se presentan los aspectos culturales, representados en la creencia de parteras y curanderas, quienes son las personas encargadas de brindarles atención a la madre y posteriormente a los menores, considerándose negativo porque esto impide la asistencia a una institución de salud para que sea atendida por personal de salud idóneo.

**Cuadro 4. Distribución porcentual de la escolaridad y estrato socioeconómico de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**

ESCOLARIDAD	ESTRATO SOCIOECONÓMICO				TOTAL	
	UNO		DOS			
	F	%	F	%	F	%
Primaria completa	9	16,67			9	16.67
Primaria incompleta	13	24,07	2	3,70	15	27.77
Secundaria completa	5	9,26	4	7,41	9	16.67
Secundaria incompleta	18	33,33	3	5,56	21	38.89
TOTAL	45	83,33	9	16,67		100

Fuente: esta investigación

**Gráfica 4. Distribución porcentual de la escolaridad y estrato socioeconómico de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**





La escolaridad de las gestantes está representada en un 38.89% secundaria incompleta, el 27.77% primaria incompleta, el 16.67% primaria completa y secundaria completa respectivamente; igualmente el estrato socioeconómico al que pertenecen está representado en el uno con el 83.33% y el estrato dos con el 16.67%.

Se evidencia que el estrato socioeconómico incide directamente en el grado de escolaridad, puesto que la mayoría de las gestantes son del estrato uno y por ende la participación en educación se ve disminuida con relación al estrato socioeconómico dos. En la muestra de estudio se evidencia que la enfermedad de preeclampsia y eclampsia son más frecuentes en los estratos bajos y con mayor frecuencia en los niveles bajos de escolaridad.

En la muestra de estudio se evidencia condiciones de pobreza en algunas gestantes, quienes no disponen de los alimentos requeridos para mantener una dieta balanceada, esto interfiere de alguna manera en la presencia de complicaciones para la madre y para el feto.

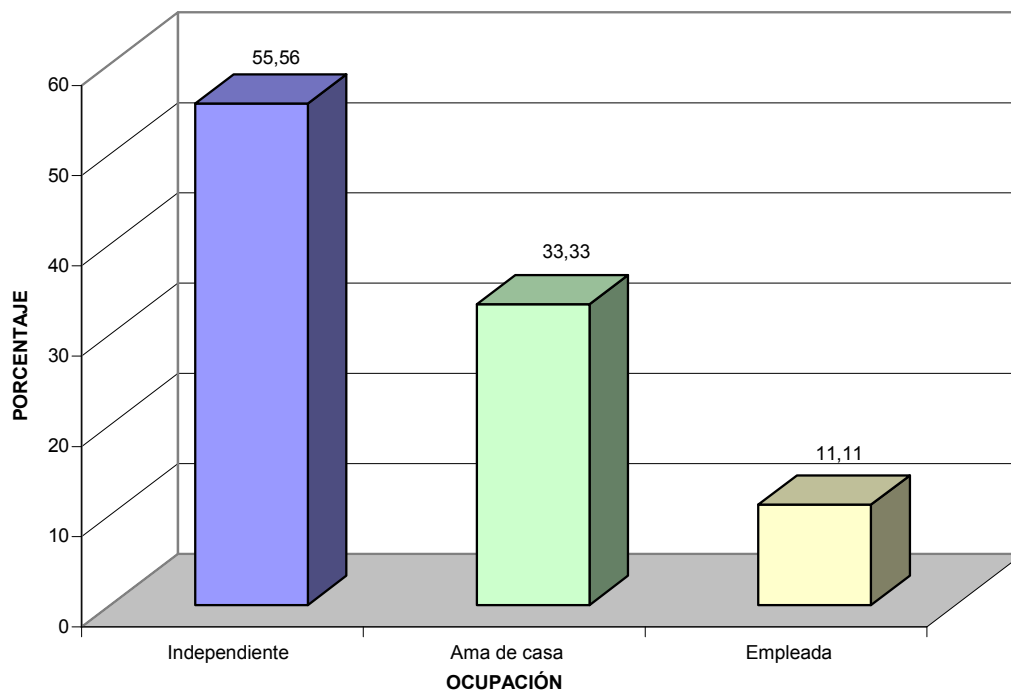
Igualmente el grado de escolaridad puede incidir en relación a la participación en las diferentes actividades educativas que se impartan, porque no conoce los principios básicos del embarazo, por ende no podría estimular al bebé, no detectaría las complicaciones y las asumiría como normal, por tal motivo estos dos aspectos se unen y se genera una escasa participación en los controles que les impide detectar a tiempo las complicaciones.

**Cuadro 5. Distribución porcentual de la ocupación de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Independiente	30	55.56
Ama de casa	18	33.33
Empleada	6	11.11
TOTAL	54	100

Fuente: esta investigación

**Gráfica 5. Distribución porcentual de la ocupación de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**



La ocupación de las gestantes está representada en un 55.56% trabajo independiente, el 33.33% ama de casa y el 11.11% empleada. Los anteriores resultados indican que las madres se mantienen ocupadas en las diferentes labores, ya sean productivas o no.

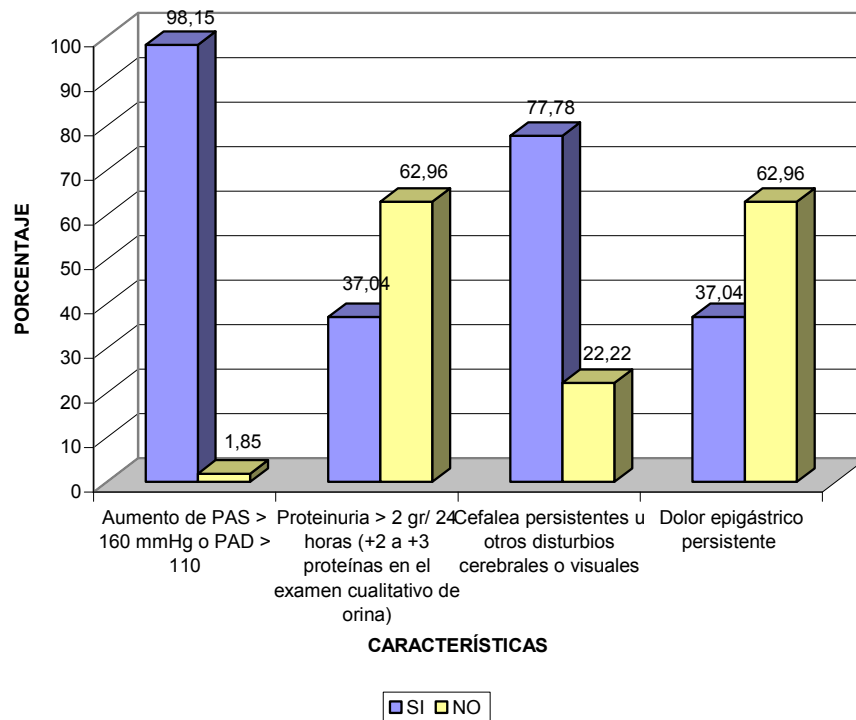
La ocupación de las gestantes no es un factor de riesgo para que se presente la preeclampsia y eclampsia, puesto que éste es un aspecto importante en la gestante porque contribuye para que la gestante se mantenga relacionada con otras personas y esto le permite obtener ingresos para la consecución de recursos económicos que requiere para la crianza del bebé que viene en camino.

## 4.2 CARACTERÍSTICAS DE LA PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

**Cuadro 6. Distribución porcentual de las características de la preeclampsia y eclampsia presentes en las gestantes atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**

CARACTERÍSTICAS	SI		NO	
	F	%	F	%
1. Aumento de PAS > 160 mmHg o PAD > 110	53	98,15	1	1,85
2. Proteinuria > 2 gr/ 24 horas (+2 a +3 proteínas en el examen cualitativo de orina)	20	37,04	34	62,96
3. Cefalea persistentes u otros disturbios cerebrales o visuales	42	77,78	12	22,22
4. Dolor epigástrico persistente	20	37,04	34	62,96

**Gráfica 6. Distribución porcentual de las características de la preeclampsia y eclampsia presentes en las gestantes atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**



Se analizaron las características de la preeclampsia y eclampsia, se encontró que el 98.15% presentaron aumento de PAS > 160 mmHg o PAD > 110; el 77.78% cefalea persistente u otros disturbios cerebrales o visuales, el 37.04% presentó proteinuria y dolor epigástrico persistente.

En la muestra de estudio existe presencia de la sintomatología práctica de preeclampsia, lo que indica que las gestantes han sido propensas de padecerla y puede agravarse a tal punto que es prioritario la interrupción de un embarazo para no poner en riesgo la vida de la madre.

Sin embargo, se ha considerado la preeclampsia como una de las causas que afecta a las maternas, en el cual se presentan múltiples complicaciones generadas por la hipertensión crónica en las gestantes durante el embarazo o antes de la vigésima semana y que persiste después del mismo.

La eclampsia al igual que la preeclampsia también se ha considerado como una de las causas que han incidido para que se presente la mortalidad materna o perinatal, por tal motivo es importante que se lleve un control prenatal adecuado y a tiempo para disminuir complicaciones.

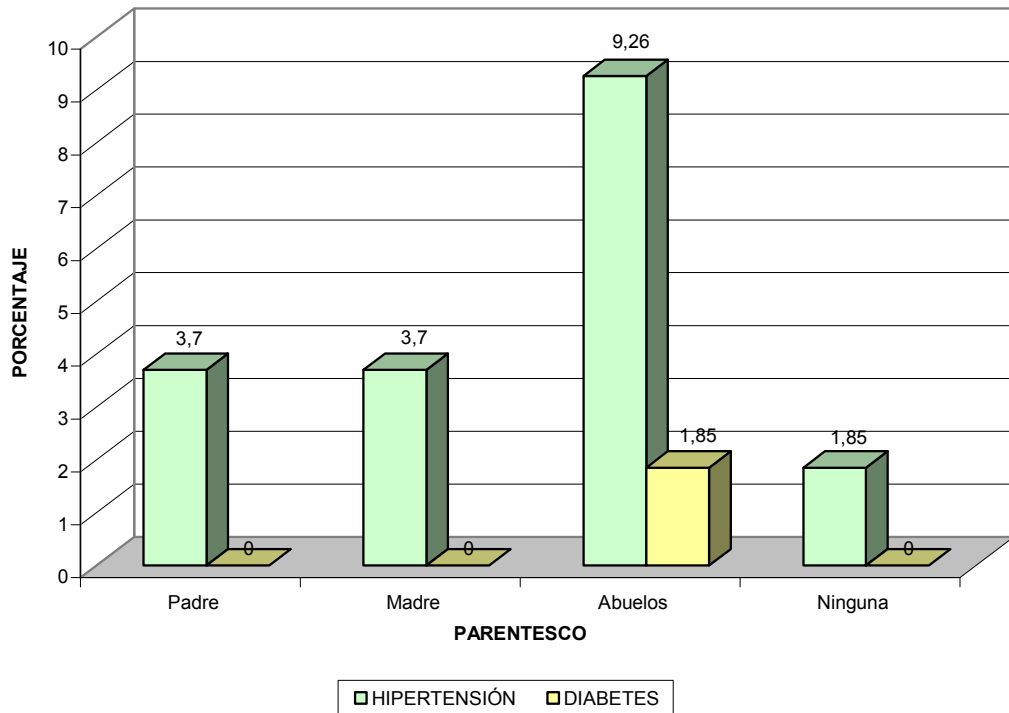
#### 4.3 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo hacen relación a toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de contraer una enfermedad que genere complicaciones durante el embarazo, parto y postparto, que afectan a la madre o al feto.

**Cuadro 7. Distribución porcentual del padecimiento de hipertensión y diabetes de los familiares de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**

PARENTESCO	HIPERTENSIÓN				DIABETES			
	SI		NO		SI		NO	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Padre	2	3,70	1	1,85			3	5,56
Madre	2	3,70	5	9,26			7	12,96
Abuelos	5	9,26	7	12,96	1	1,85	11	20,37
Ninguna	1	1,85	31	57,41			32	59,26
TOTAL	10	18,52	44	81,48	1	1,85	53	98,15

**Gráfica 7. Distribución porcentual del padecimiento de hipertensión y diabetes de los familiares de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**



Se analizaron los factores de riesgo relacionados con los antecedentes familiares, se encontró la presencia de hipertensión arterial en el 18.52% representado en alta proporción por los abuelos con el 9.26%, seguido por el 3.70% padre y madre respectivamente. Igualmente se evidenció presencia de diabetes en el 1.85% representado en los abuelos.

Los resultados anteriores indican la presencia de antecedentes familiares en alto porcentaje en hipertensión y en menor proporción en diabetes, éstos son considerados factores de riesgo que generarían complicaciones a la madre como al bebé en especial, siempre y cuando éstos no sean tratados a tiempo, alterando el normal proceso de crecimiento y desarrollo.

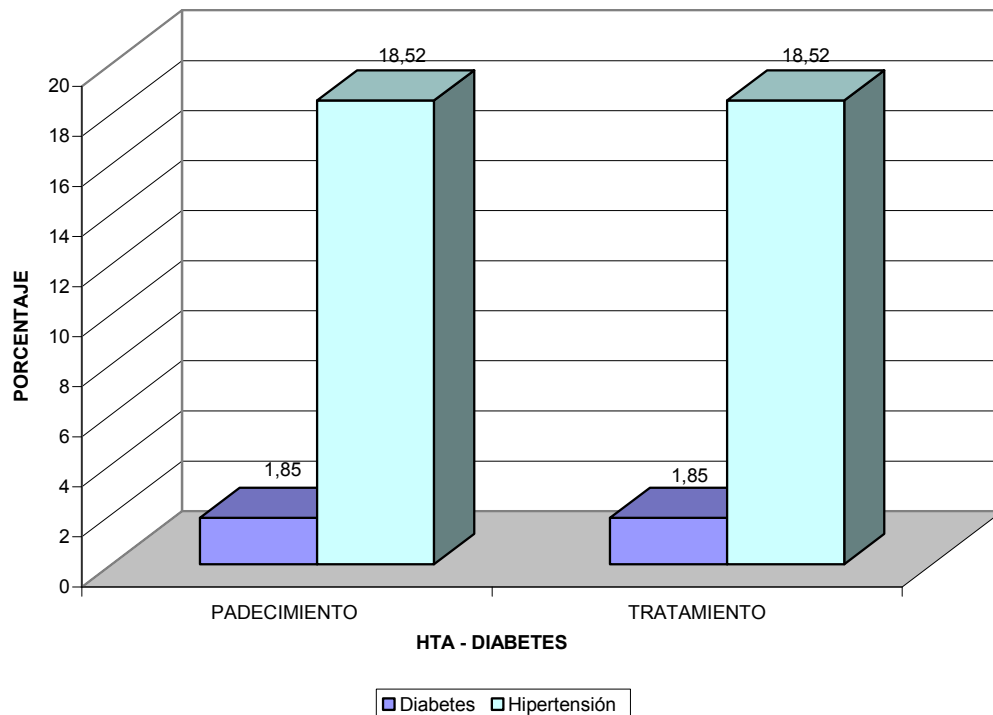
Los antecedentes familiares inciden en alguna manera en la presencia de algunas enfermedades, los cuales son considerados como factores de riesgo para padecer preeclampsia y eclampsia, según estudios anteriores éste ha influido para que haya presencia de estas gestantes y traen consecuencias a la madre como al bebé.

**Cuadro 8. Distribución porcentual del padecimiento de hipertensión y diabetes de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**

HTA-DIABETES	PADECIMIENTO				TRATAMIENTO			
	SI		NO		SI		NO	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Diabetes	1	1,85			1	1,85		
Hipertensión	10	18,52			10	18,52		

Fuente: esta investigación

**Gráfica 8. Distribución porcentual del padecimiento de hipertensión y diabetes de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**



Se analizó en las gestantes la presencia de hipertensión representada en un 18.52%, seguido por diabetes en un 1.85%, quienes han recibido tratamiento, los resultados anteriores coinciden, lo que indica que los antecedentes familiares incidieron directamente en el padecimiento de la enfermedad y por ende se presentó la preeclampsia y eclampsia.

Las gestantes que padecen de diabetes, poseen factores de riesgo que hacen posible que se presente la mortalidad materna y perinatal, ya que las complicaciones que esto generan afectan por lo general al feto en la mayoría de los casos, por lo que se evidencia un factor de riesgo para que no se lleve a feliz término el nacimiento del bebé, y en algunos casos también genera complicaciones a la madre, por ello es importante que se identifiquen a tiempo estas irregularidades, porque esto favorece el tratamiento respectivo, disminuyendo el riesgo al que están sometidas las gestantes.

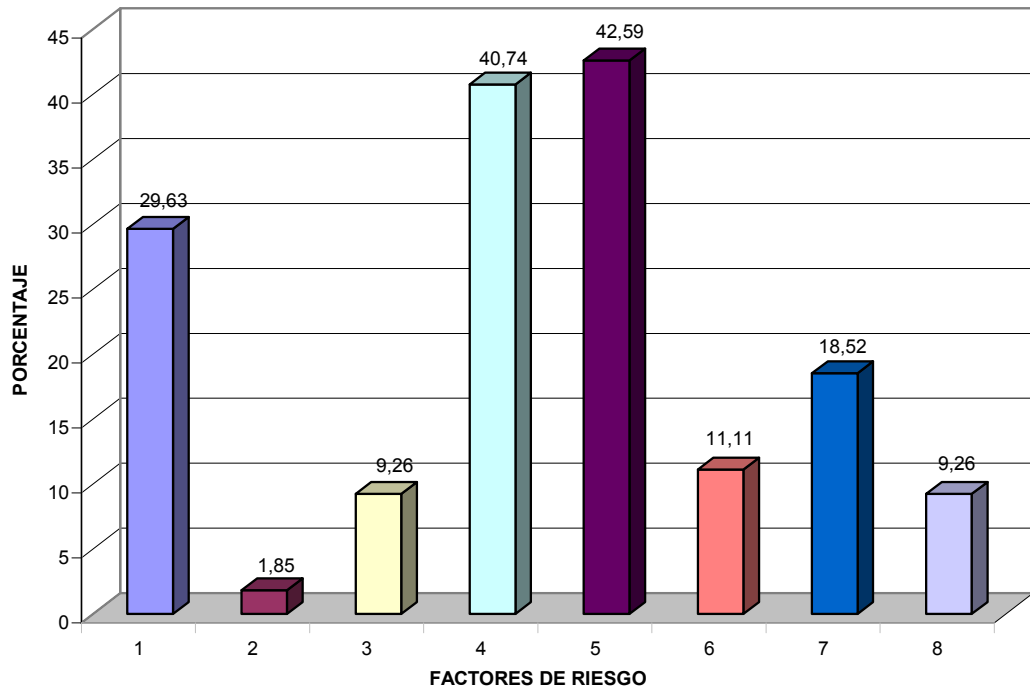
La afirmación anterior indica que la hipertensión trae un sinnúmero de riesgos, es así como genera complicaciones tanto a la madre como al bebé en especial, puesto que en él se presentan múltiples síntomas que si no son tratados a tiempo pueden alterar el normal proceso de crecimiento y desarrollo, es así como esta patología influye en el proceso de crecimiento del feto y complicaciones a la madre siempre y cuando no son tratadas a tiempo.

**Cuadro 9. Distribución porcentual de los factores de riesgo de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**

<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1. Presencia de enfermedades subyacentes	23	42,59
2. Historia familiar	22	40,74
3. Historia previa de preeclampsia	16	29,63
4. Obesidad	10	18,52
5. Hipertensión crónica y enfermedad renal	6	11,11
6. Edad materna mayor de 40 años	5	9,26
7. Bajo peso al nacer	5	9,26
8. Edad materna menor de 15 años	1	1,85

Fuente: esta investigación

**Gráfica 9. Distribución porcentual de los factores de riesgo de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**



Se analizaron los factores de riesgo manifestados por la gestantes, es así como se encontró que el 42.59% tienen presencia de enfermedades subyacentes, el 40.74% historia familiar, el 29.63% historia previa de preeclampsia, el 18.52% obesidad, el 11.11% hipertensión crónica y enfermedad renal, el 9.26% edad materna mayor de 40 años y bajo peso al nacer respectivamente, el 1.85% edad materna menor de 15 años.

Los factores de riesgo de las gestantes que se presentaron con mayor frecuencia son los relacionados con enfermedades subyacentes, en el caso específico la hipertensión arterial que la padecía un alto número de personal, igualmente coincide con la historia familiar generada por hipertensión y diabetes.

Las gestantes de la muestra de estudio tenían historia previa de preeclampsia, lo cual es un factor de riesgo agravante para la preeclampsia y eclampsia, unido a lo anterior, también se presentaron casos de obesidad, hipertensión crónica y enfermedad renal, que incide en que se presente esta enfermedad.

También se estipuló la presencia de mujeres en edad mayor de 40 años y menor de 15, quienes son propensas a adquirir la enfermedad debido a que tienen factor



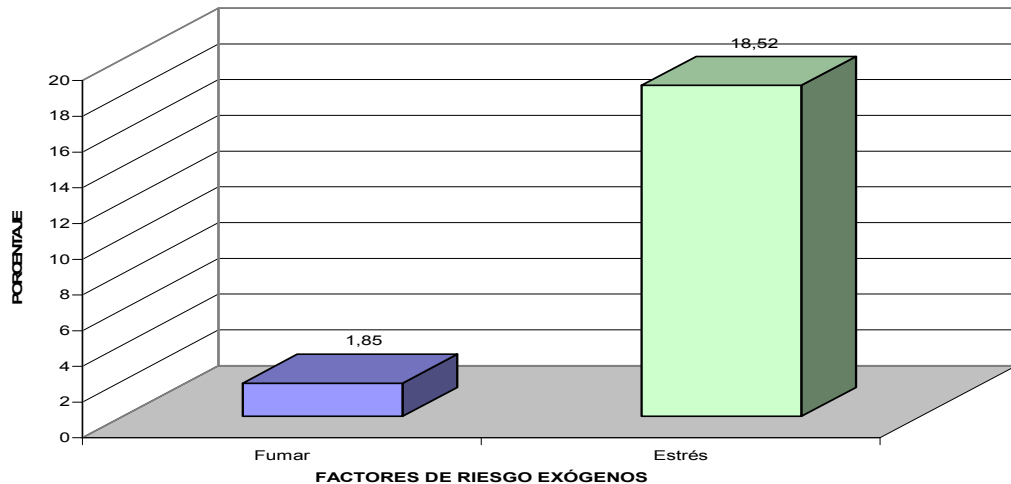
de riesgo que predispone las complicaciones en el embarazo, en el caso en mención la preeclampsia y eclampsia.

**Cuadro 10. Distribución porcentual de los factores de riesgo exógenos de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**

FACTORES DE RIESGO EXÓGENOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
• Fumar	1	1,85
• Estrés	10	18,52

Fuente: esta investigación

**Gráfica 10. Distribución porcentual de los factores de riesgo exógenos de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**



Se analizaron los factores de riesgo exógenos, es decir aquellos que se manifiestan externamente, es así como se encontró la presencia de una madre fumadora lo que representa el 1.85%, igualmente gestantes con padecimiento de estrés en un 18.52%.

La referencia anterior evidencia claramente los riesgos por los que tiene que atravesar el bebé de una madre fumadora, trayendo efectos dañinos sobre el sistema nervioso central, los cuales ocurren durante el tercer trimestre, acompañados de embarazo espontáneo y producto muerto al nacer, en este aspecto es importante enfatizar que el humo afecta directamente al bebé en particular, considerándose éste como un factor de riesgo.

En las gestantes se encontró un alto porcentaje que padecen estrés, esto generalmente está relacionado directamente con la depresión, considerándose un

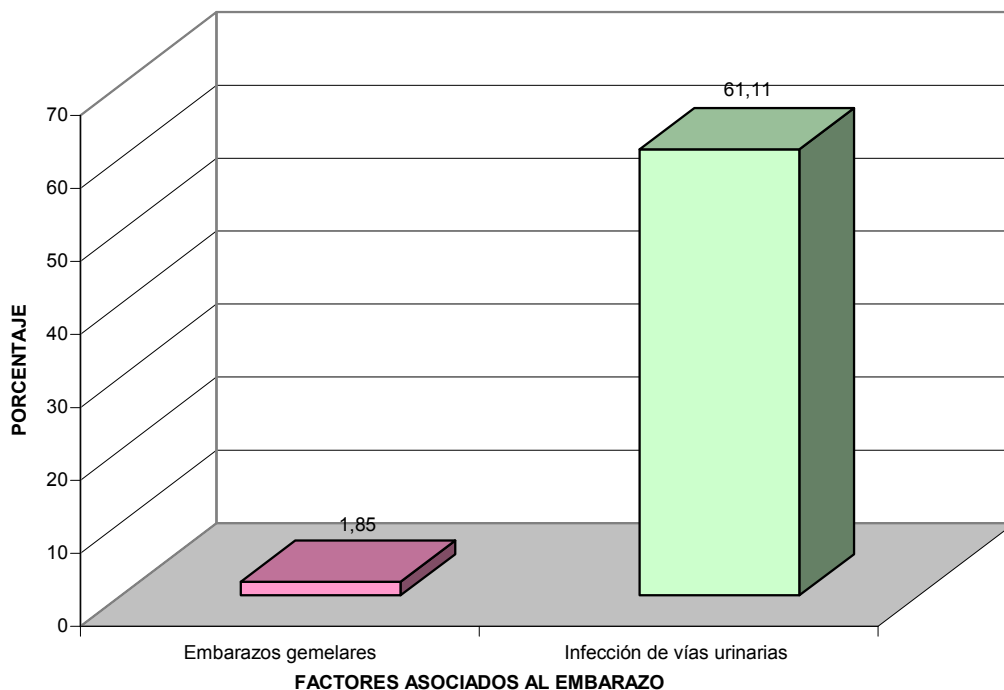
factor de riesgo para que se presenten complicaciones en el embarazo, ocasionándoles problemas al feto y a la madre.

Se ha considerado el estrés y la depresión como una condición médica seria, que puede poner en riesgo a la madre y al bebé, por ello se han creado tratamientos como es la consejería, psicoterapia, grupos de apoyo, medicamentos, entre otros, los cuales pretende que la gestante supere esta alteración y de esta manera se disminuyen los factores de riesgo que esto ocasionaría.

**Cuadro 11. Distribución porcentual de los factores de riesgo asociados al embarazo de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
• Embarazos gemelares	1	1,85
• Infección de vías urinarias	33	61,11

**Gráfica 11. Distribución porcentual de los factores de riesgo asociados al embarazo de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**



Los factores de riesgo asociados al embarazo, están representados en un 61.11% por infección de vías urinarias, seguido por el embarazo gemelar con el 1.85%, los

datos indican que la infección urinaria ha traído complicaciones para que se presente la preeclampsia y eclampsia en las gestantes.

Las manifestaciones anteriores indican que las infecciones urinarias fueron las más frecuentes en las gestantes, siendo éste un aspecto que altera el normal desarrollo del bebé, puesto que en este período surgen complicaciones para el embarazo, los resultados obtenidos en el estudio evidencian claramente con los estudios realizados.

En la investigación se encontró que las gestantes con preeclampsia y eclampsia tienen un alto porcentaje que padecen infección de vías urinarias, considerándose un factor de riesgo para la mayoría de las gestantes que no reciben atención previa para prevenir esta sintomatología.

#### **4.4 COMPLICACIONES**

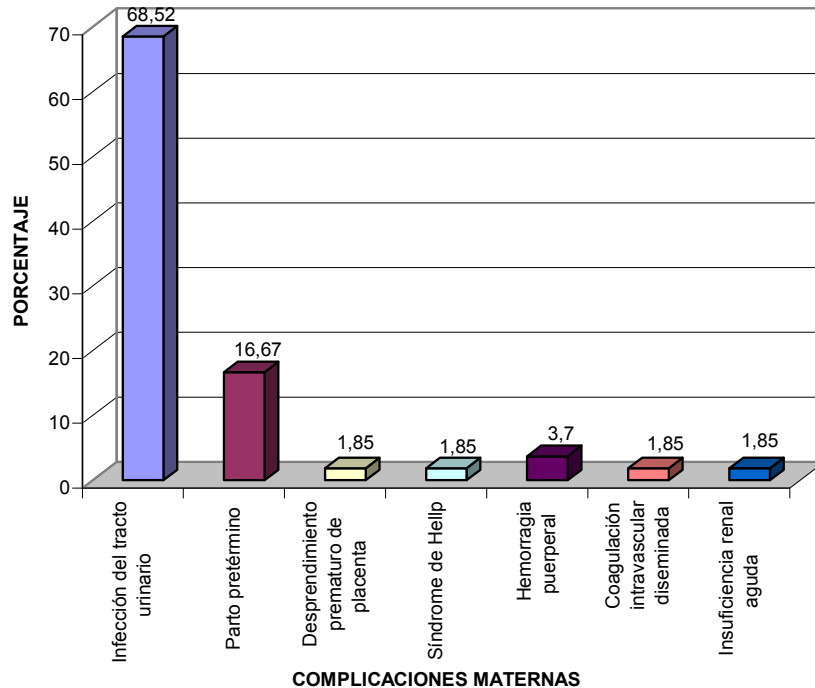
Se analizó las complicaciones que presentan las gestantes, se las clasificó en maternas, recién nacido y mortalidad.

**Cuadro 12. Distribución porcentual de las complicaciones maternas de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**

<b>COMPLICACIONES MATERNAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
• Infección del tracto urinario	37	68,52
• Parto pretérmino	9	16,67
• Desprendimiento prematuro de placenta	1	1,85
• Síndrome de Hellp	1	1,85
• Hemorragia puerperal	2	3,70
• Coagulación intravascular diseminada	1	1,85
• Insuficiencia renal aguda	1	1,85

Fuente: esta investigación

**Gráfica 12. Distribución porcentual de las complicaciones maternas de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**



En la gestante se encontraron complicaciones en un 68.52% infección del tracto urinario, seguido por el parto pretérmino en un 16.67%, hemorragia puerperal en un 3.70%, y desprendimiento prematuro de placenta, síndrome de Hellp, coagulación intravascular diseminada e insuficiencia aguda respectivamente en un 1.85%.

En el caso en particular es importante mencionar que las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia en las gestantes están representadas en las infecciones de vías urinarias, como se manifestó anteriormente en los factores de riesgo, ésta es la causa que ha generado mayores complicaciones desencadenando en el caso específico en la presencia de preeclampsia y eclampsia.

En las alteraciones que se suelen presentar en las gestantes está el embarazo pretérmino, ocasionándole complicaciones a la madre como al bebé debido a que nace sin la maduración respectiva y esto trae consecuencias posteriormente.

Igualmente se presentan otras complicaciones como es desprendimiento prematuro de placenta, síndrome de Hellp, hemorragia puerperal, coagulación

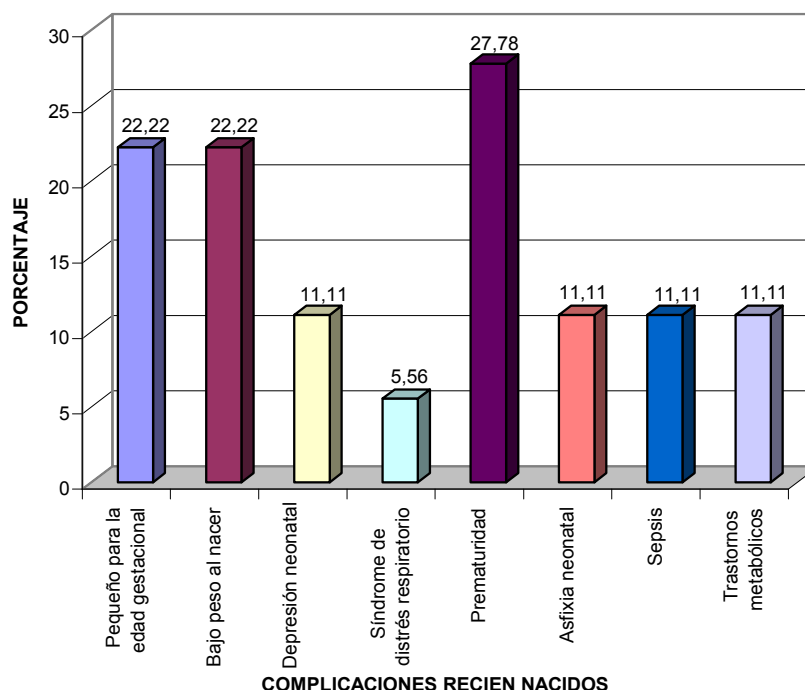
intravascular diseminada e insuficiencia renal aguda, que fueron ocasionados por complicaciones en preeclampsia y eclampsia respectivamente.

**Cuadro 13. Distribución porcentual de las complicaciones maternas de los recién nacidos de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**

COMPLICACIONES RECIÉN NACIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
• Pequeño para la edad gestacional	12	22,22
• Bajo peso al nacer	12	22,22
• Depresión neonatal	6	11,11
• Síndrome de distrés respiratorio	3	5,56
• Prematuridad	15	27,78
• Asfixia neonatal	6	11,11
• Sepsis	6	11,11
• Trastornos metabólicos	6	11,11

Fuente: esta investigación

**Gráfica 13. Distribución porcentual de las complicaciones maternas de los recién nacidos de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**



Las complicaciones que se presentaron en los recién nacidos, estuvieron representados en un 27.78% prematuridad, el 22.22% recién nacido pequeño para

la edad gestacional y bajo peso al nacer respectivamente, el 11.11% depresión neonatal, asfixia neonatal, sepsis y trastornos metabólicos, respectivamente, y el 5.56% síndrome de distrés respiratorio

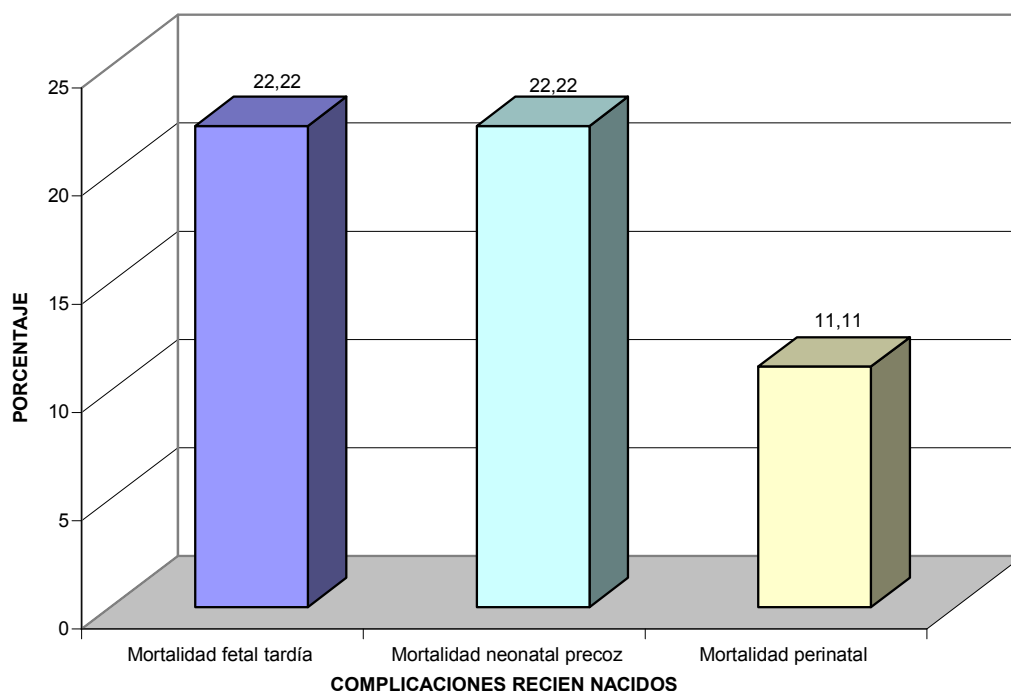
La presencia de preeclampsia y eclampsia en las gestantes trae complicaciones a los recién nacidos, ocasionándoles alteraciones a la salud física debido a que no han adquirido el crecimiento necesario de acuerdo a la edad gestacional, lo cual se constituye en un factor de riesgo que agrava de alguna manera el normal crecimiento y desarrollo.

**Cuadro 14. Distribución porcentual de la mortalidad de los recién nacidos de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**

MORTALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
• Mortalidad fetal tardía	12	22,22
• Mortalidad neonatal precoz	12	22,22
• Mortalidad perinatal	6	11,11

Fuente: esta investigación

**Gráfica 14. Distribución porcentual de la mortalidad de los recién nacidos de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en la ESE e IPS del municipio de Cumbal.**



Las complicaciones maternas de los recién nacidos están representadas en un 22.22% mortalidad fetal tardía y mortalidad neonatal precoz, el 11.11% mortalidad perinatal.

La situación anterior representa la complejidad del problema, puesto que se presentaron situaciones de mortalidad que desencadenaron en mortalidad fetal, neonatal y perinatal, las cuales son consecuencia de las diferentes complicaciones que se manejan en la preeclampsia y eclampsia.

## 5. CONCLUSIONES

- Las mujeres gestantes cuya edad materna es menores de 15 años y mayores de 40 años, es así como se estipula que la adolescencia está asociada a mayores tasas de morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el niño, dentro de las complicaciones se incluyen: parto pretérmino, placenta previa, bajo peso al nacer prematuridad, retraso del crecimiento intrauterino y para mayores de 40 años, están relacionados con: síndrome de Down, aborto espontáneo, placenta previa, embarazo ectópico. En la muestra de estudio se encontró con estos factores de riesgo representados en un porcentaje significativo, lo que indica que estas personas están expuestas a complicaciones.
- En la muestra de estudio se encontró predominio de las mujeres casadas y unión libre considerándose un porcentaje mayor, sin embargo se presentaron casos de las mujeres solteras y separadas, lo cual que indica que tienen que afrontar su embarazo sin la compañía de su compañero, lo que le genera depresión, soledad y dudas acerca de continuar con su embarazo o no, el feto en su vida uterina va a percibir toda una serie de situaciones y pensamientos que experimenta la madre en ocasiones.
- Relacionando con la procedencia, es importante mencionar que “las madres que habitan tanto en la zona rural como urbana, pueden contribuir para un desarrollo adecuado de su embarazo, pero se encuentra un porcentaje mas bajo en aquellas madres de residencia rural, debido al difícil acceso a los centros de salud y a sus concepciones culturales con respecto al embarazo. Por lo tanto la madre puede no inscribirse al control prenatal, por ende no se le podrán detectar posibles complicaciones en el embarazo, parto y postparto”.
- Es importante resaltar que “las condiciones de pobreza pueden privar a la madre y al feto de muchos requerimientos necesarios para la salud de ambos, entre ellos encontramos una alimentación balanceada, al no existir esta, la madre puede desnutrirse y por ende el feto, dando como resultado un niño (a) con bajo peso al nacer y con retraso del crecimiento intrauterino”.
- En este aspecto es importante tener en cuenta que “el embarazo no es sinónimo de enfermedad, por lo tanto, la madre puede continuar realizando las tareas cotidianas siempre y cuando éstas no requieran un esfuerzo físico o psicológico. Si la gestante se desempeña en algún campo laboral y éste no cumple con las condiciones anteriores, es necesario que renuncie porque le puede traer complicaciones”.



- Las manifestaciones de la preeclampsia afectaron a la muestra sujeto de estudio, “lo que se aumenta el riesgo de desprendimiento de la placenta de la pared uterina antes del parto. Un desprendimiento severo puede provocar una hemorragia intensa y entrar en estado de shock, que pueden poner en peligro la vida de la mamá, aunque se desconoce la causa por la cual sucede, sin embargo, las mujeres con hipertensión crónica son más propensas de padecerla, por eso es sumamente importante la vigilancia médica mensual”.
- La presencia de diabetes gestacional incide en las gestantes causando una insuficiente adaptación a la insulina, generando complicación fetal como “la macrosomía fetal, hipoglicemia fetal, hiperbilirrubinemia y policitemia, que afectan al feto aún cuando el trastorno sea mínimo, facilitando el retardo en el crecimiento intrauterino, traumatismos obstétricos, dificultad respiratoria, malformaciones congénitas, hipocalcemia y sufrimiento fetal intraparto”.
- Los factores de riesgo de las gestantes que se presentaron con mayor frecuencia son los relacionados con enfermedades subyacentes, en el caso específico la hipertensión arterial que la padecían un alto número de personal, igualmente coincide con la historia familiar generada por hipertensión y diabetes.
- “Aunque en la actualidad menos mujeres fuman durante el embarazo que antes, el hábito aún persiste entre muchas embarazadas. Además, aunque una embarazada no fume, puede verse expuesta al humo exhalado por otros fumadores en el hogar, su lugar de trabajo o en entornos sociales. El humo puede provocar diversos daños en el feto y puede ser causa de: bajo peso al nacer, nacimiento prematuro, muerte, mayor riesgo de defectos congénitos. Posteriormente, los bebés de fumadoras pueden además tener los siguientes problemas: desarrollo deficiente de los pulmones, asma e infecciones respiratorias, mayor riesgo del síndrome de muerte súbita, crecimiento físico deficiente, desarrollo intelectual deficiente, problemas de comportamiento”.
- Las infecciones urinarias se encuentran entre las patologías más frecuentes en el embarazo, “el mayor riesgo que éstas conllevan es la aparición de contracciones con el riesgo de partos prematuros, su tratamiento es sumamente efectivo e inocuo para el bebé con antibióticos en el primer caso y con antibióticos o antimicóticos locales en el segundo, según el germen que lo produzca nunca se debe automedicar, se debe tratar la infección urinaria a tiempo porque puede llegar a los riñones y a la sangre produciendo una amenaza de aborto”.
- En el caso en particular es importante mencionar que las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia en las gestantes están representadas en las infecciones de vías urinarias, como se manifestó anteriormente en los

factores de riesgo, ésta es la causa que ha generado mayores complicaciones desencadenando en el caso específico en la presencia de preeclampsia y eclampsia.

- La presencia de preeclampsia y eclampsia en las gestantes trae complicaciones a los recién nacidos, ocasionándoles alteraciones a la salud física debido a que no han adquirido el crecimiento necesario de acuerdo a la edad gestacional, lo cual se constituye en un factor de riesgo que agrava de alguna manera el normal crecimiento y desarrollo.

## 6. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la EPS e IPS, hacer seguimiento continuo a las gestantes, puesto que a través de ello se identifican las alteraciones en el embarazo y se puede hacer un control adecuado tendiente a disminuir las complicaciones que se presentan en las pacientes.
- Se recomienda hacer la captación de las gestantes desde los primeros meses, porque a través de ello se contribuye a la disminución de complicaciones, porque se le brinda la atención integral permitiéndoles que sigan un control prenatal y tengan un crecimiento fetal adecuado a la edad y de esta manera disminuir tomar las medidas preventivas y correctivas para que el parto sea seguro.
- Se recomienda que la Universidad Mariana y el CES, lideren y fomenten este tipo de proyectos que son llamativos para la comunidad, con ello se contribuye a tomar medidas preventivas para mejorar la calidad de vida de los integrantes de la misma.
- Se recomienda que el servicio de consulta externa se cree espacios de sensibilización a los usuarios donde se de a conocer la importancia que tiene el control prenatal para lograr un buen desarrollo de la gestación, evitando complicaciones que conlleven a la mortalidad materna y perinatal.

## BIBLIOGRAFÍA

BENSON, Raph C. Manual de ginecología y obstetricia. 7ª. Ed. México: Manual Moderno, 1985.

BOTERO, Jaime y otros. Obstetricia y ginecología. Sexta edición. México: Copyright 2000.

BURBANO TRUJILLO, Alexandra Magali y otros. Factores biopsicosociales que afectan a las usuarias que acuden a control prenatal al Centro de Salud Lorenzo de Aldana de San Juan de Pasto en el período febrero a diciembre de 2005. Tesis de grado (Enfermería). Universidad Mariana, Facultad Ciencias de la Salud. 140 p.

BURROW, G.M. Complicaciones durante el embarazo. México: Mc Graw Hill, 1996.

DECHERNEY, A. H. Diagnóstico y tratamientos ginecoobstétricos. México: Manual Moderno, 1997.

GIL E., Cataño. Mortalidad materna y factores de riesgo. Estudio de casos y controles. Medellín: Marín Vieco, 2001.

GISPERT, Carlos. Maternidad y puericultura. España: Grupo Editorial Océano. 1999.

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO. Sistema de vigilancia en salud pública. San Juan de Pasto, 2005. 60 p.

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO.. La salud en cifras. Volumen 1. San Juan de Pasto, 2004.

JARAMILLO, Eduardo León. Morbimortalidad materna en el Hospital de Caldas.

MINISTERIO DE SALUD. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos, 2002.

MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de Promoción y Prevención. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Santafé de Bogotá, 2004. 34 p.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. San Juan de Pasto: Instituto Departamental de salud de Nariño, 2003. 29 p.

ORDOÑEZ, Andrea y otros. Propuesta educativa del programa de salud sexual reproductiva: maternidad segura en adolescentes embarazadas en situación de desplazamiento en edad de 14 a 19 años atendidas en los programas de la Cruz Roja Colombiana del municipio de Pasto. Tesis de grado (Enfermería). Universidad Mariana, Facultad Ciencias de la Salud. Programa de Enfermería.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Situación mundial de las Américas: indicadores básicos 2002. Ginebra: OPS/OMS, 2001. 25 p.

OMS. Conferencia internacional sobre la mortalidad sin riesgo. Disponible en internet. <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/normapar.htm>. 21 de marzo de 2000.

OPS/OMS. Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas. Disponible en internet. <http://www.uninet.edu/tratado/c1108b.html>. 2 de septiembre de 2001.

RUGERTH, Carl. Índices de mortalidad perinatal. En: Revista Cubana No. 3 (2004).

SALAZAR ARISTIZABAL, Luz. Mortalidad materna en Cali. Disponible en internet. [www.salud.com](http://www.salud.com). 22 de agosto de 2004.

SCHWARTZ, Ricardo y otros. Obstetricia. 5ª. Ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1995.

TORRES GARCÍA y GONZÁLEZ RANCEL, Mónica. Riesgo reproductivo. Disponible en internet. [www.mujerreproductiva.com](http://www.mujerreproductiva.com). 28 de enero de 2004.

## REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

- (1) MINISTERIO DE SALUD. Situación de salud en Colombia. Indicadores básicos, 2002.
- (2) Ibid. p. 3.
- (3) INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO.. La salud en cifras. Volumen 1. San Juan de Pasto, 2004.
- (4) RUIZ HERNÁNDEZ, José. Departamento de perinatología. División de Ginecoobstetricia Hospital No. 16 IMSS. Torreón, 2003.
- (5) JARAMILLO, Eduardo León. Morbimortalidad materna en el Hospital de Caldas.
- (6) ORDOÑEZ, Andrea y otros. Propuesta educativa del programa de salud sexual reproductiva: maternidad segura en adolescentes embarazadas en situación de desplazamiento en edad de 14 a 19 años atendidas en los programas de la Cruz Roja Colombiana del municipio de Pasto. Tesis de grado (Enfermería). Universidad Mariana, Facultad Ciencias de la Salud. Programa de Enfermería.
- (7) GISPERT, Carlos. Maternidad y puericultura. España: Grupo Editorial Océano. 1999. P. 33.
- (8) BOTERO, Jaime y otros. Obstetricia y ginecología. Sexta edición. México: Copyright 2000. P. 16.
- (9) BURROW, G.M. Complicaciones durante el embarazo. México: Mc Graw Hill, 1996. p. 23.
- (10) OMS. Conferencia internacional sobre la mortalidad sin riesgo. Disponible en internet. <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/normapar.htm>. 21 de marzo de 2000.
- (11) GIL E., Cataño. Mortalidad materna y factores de riesgo. Estudio de casos y controles. Medellín: Marín Vieco, 2001. p. 80
- (12) SALAZAR ARISTIZABAL, Luz. Mortalidad materna en Cali. Disponible en internet. [www.salud.com](http://www.salud.com). 22 de agosto de 2004.
- (13) Ibid., p. 4.

(14) Ibid., p. 4.

(15) OPS/OMS. Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas. Disponible en internet. <http://www.uninet.edu/tratado/c1108b.html>. 2 de septiembre de 2001.

(16) SCHWAREZ, Ricardo y otros. Obstetricia. 5ª. Ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1995.

(17) BENSON, Raph C. Manual de ginecología y obstetricia. 7ª. Ed. México: Manual Moderno, 1985.

(18) Ibid. p. 112.

(19) MICROSOFT ENCARTA 2008.

**A N E X O S**



### ANEXO A. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN

UNIDAD DE ANÁLISIS	VARIABLES	INDICADORES	PREGUNTAS ORIENTADORAS	FUENTES	TÉCNICA
Seguimiento a las gestantes con preeclampsia y eclampsia	Características de la preeclampsia y eclampsia	$\frac{\text{Número de primigestantes}}{\text{Número de gestantes que conforman la muestra}} \times 100$	¿Cuántas gestantes son primíparas?	Registros de las EPS e IPS	Revisión historias clínicas
		$\frac{\text{Número de embarazadas adolescentes}}{\text{Número de gestantes que conforman la muestra}} \times 100$	¿Cuántas gestantes son adolescentes?		
		$\frac{\text{Número de gestantes de 35 o más años}}{\text{Número de gestantes que conforman la muestra}} \times 100$	¿Cuántas gestantes tienen 35 años o más?		
		$\frac{\text{Número de gestantes de raza negra}}{\text{Número de gestantes que conforman la muestra}} \times 100$	¿Cuántas gestantes son de raza negra?		
		$\frac{\text{Número de gestantes con embarazos múltiples}}{\text{Número de gestantes que conforman la muestra}} \times 100$	¿Cuántas gestantes tienen embarazos múltiples?		
		$\frac{\text{Número de gestantes con diabetes, hipertensión o enfermedad renal}}{\text{Número de gestantes que conforman la muestra}} \times 100$	¿cuántas gestantes tienen diabetes, hipertensión o enfermedad renal?		
		$\frac{\text{Número de gestantes de raza negra}}{\text{Número de gestantes que conforman la muestra}} \times 100$			
		$\frac{\text{Número de gestantes con embarazos múltiples}}{\text{Número de gestantes que conforman la muestra}} \times 100$			
		$\frac{\text{Número de gestantes con embarazos múltiples}}{\text{Número de gestantes que conforman la muestra}} \times 100$			

UNIDAD DE ANÁLISIS	VARIABLES	INDICADORES	PREGUNTAS ORIENTADORAS	FUENTES	TÉCNICA
		<p>Número de gestantes con antecedentes de diabetes -----x100 Número de gestantes que conforman la muestra</p> <p>Número de gestantes con antecedentes de HTA -----x100 Número de gestantes que conforman la muestra</p> <p>Número de gestantes con antecedentes de enfermedad renal -----x100 Número de gestantes que conforman la muestra</p>			
	Factores de riesgo	<p>Presencia de factores relacionados con el cónyuge -----x100 Número de gestantes que conforman la muestra</p> <p>Presencia de factores no relacionados con el cónyuge -----x100 Número de gestantes que conforman la muestra</p>	<p>¿A qué factores de riesgo están expuestas las gestantes? ¿Cuál es el mayor riesgo que se presenta en las gestantes? ¿Qué factores de riesgo son prevenibles?</p>	Gestantes	Encuesta

UNIDAD DE ANÁLISIS	VARIABLES	INDICADORES	PREGUNTAS ORIENTADORAS	FUENTES	TÉCNICA
		<p>Presencia de factores exógenos -----x100 Número de gestantes que conforman la muestra</p> <p>Presencia de factores asociados al embarazo -----x100 Número de gestantes que conforman la muestra</p>			
	Complicaciones	<p>Número de gestantes con complicaciones maternas -----x100 Número de gestantes que conforman la muestra</p> <p>Número de gestantes con complicaciones fetales -----x100 Número de gestantes que conforman la muestra</p> <p>Número de gestantes con complicaciones neonatales -----x100 Número de gestantes que conforman la muestra</p>	<p>¿Qué complicaciones maternas se han presentado?</p> <p>¿Qué complicaciones fetales se presentaron en las gestantes?</p> <p>¿Qué complicaciones neonatales se presentaron en las gestantes?</p>	Registros de EPS – IPS.	Revisión historia clínica

## ANEXO B.

### UNIVERSIDAD MARIANA CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES CES FACULTAD DE EDUCACIÓN AVANZADA POST-GRADO EN GERENCIA EN SALUD PÚBLICA

#### FORMATO DE REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

**OBJETIVO:** Determinar las características de las gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en las ESE e IPS del municipio de Cumbal

#### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad
  - a. 12 a 15 años \_\_\_\_\_
  - b. 16 a 20 años \_\_\_\_\_
  - c. 21 a 30 años \_\_\_\_\_
  - d. 31 a 40 años \_\_\_\_\_
2. Estado civil
  - a. Soltera \_\_\_\_\_
  - b. Casada \_\_\_\_\_
  - c. Unión libre \_\_\_\_\_
  - d. Separada \_\_\_\_\_
  - e. Otra \_\_\_ cuál \_\_\_\_\_
3. Procedencia
  - a. Rural -----
  - b. Urbana \_\_\_\_\_
  - c. Dónde? \_\_\_\_\_
4. Escolaridad
  - a. Primaria completa \_\_\_\_\_
  - b. Primaria incompleta \_\_\_\_\_
  - a. Secundaria completa \_\_\_\_\_
  - d. Secundaria incompleta \_\_\_\_\_
  - e. Técnico \_\_\_\_\_
5. Estrato socioeconómico
  - a. Uno \_\_\_\_\_
  - b. Dos \_\_\_\_\_
  - c. Tres \_\_\_\_\_
  - d. Cuatro \_\_\_\_\_
6. Lugar de trabajo
  - a. Empleada \_\_\_\_\_
  - b. Independiente \_\_\_\_\_
  - c. No trabaja \_\_\_\_\_
7. Hay en su familia alguna persona que padezca de hipertensión:
  - a. Padre \_\_\_\_\_
  - b. Madre \_\_\_\_\_
  - c. Hermanos \_\_\_\_\_
  - d. Abuelos \_\_\_\_\_
  - e. Ninguna \_\_\_\_\_

8. Padece de hipertensión a. Si \_\_\_\_\_ b. No \_\_\_\_\_ c. Tratamiento Si\_\_ No\_\_
9. Ha tenido embarazos anteriormente con complicaciones de:
- Preeclampsia
  - Eclampsia
  - Hipertensión crónica
  - Hipertensión crónica con preeclampsia
  - Hipertensión gestacional o transitoria del embarazo
  - Ninguno
10. ¿Hay en su familia alguna persona que padezca de diabetes?
- Padre \_\_\_\_\_
  - Madre \_\_\_\_\_
  - Hermanos \_\_\_\_\_
  - Abuelos \_\_\_\_\_
  - Ninguno \_\_\_\_\_
11. ¿Padece de diabetes a. Si \_\_\_\_\_ b. No \_\_\_\_\_ c. Tratamiento Si\_\_ No\_\_

### Características de la preeclampsia y eclampsia

CARACTERÍSTICAS	SI	NO
• Aumento de PAS > 160 mmHg o PAD > 110		
• Proteinuria > 2 gr/ 24 horas (+2 a +3 proteínas en el examen cualitativo de orina)		
• Cefalea persistentes u otros disturbios cerebrales o visuales		
• Dolor epigástrico persistente		

### Factores de riesgo

FACTORES DE RIESGO	SI	NO
• Historia previa de preeclampsia		
• Edad materna menor de 15 años		
• Edad materna mayor de 40 años		
• Historia familiar		
• Presencia de enfermedades subyacentes		
• Hipertensión crónica y enfermedad renal		
• Obesidad		
• Resistencia a la insulina		
• Bajo peso al nacer		
• Diabetes gestacional		
• Diabetes mellitus tipo I		
• Resistencia a proteína C activada		
• Deficiencia de proteína		
• Anticuerpos antifosfolípido		
• Esterocitosis		

<b>Factores exógenos</b>		
• Fumar		
• Estrés		
• Exposición in útero a dietilestilbestrol		
<b>Factores asociados al embarazo</b>		
• Embarazos gemelares		
• Anormalidades congénitas estructurales		
• Anomalías cromosómicas		
• Infección de vías urinarias		

### Complicaciones

COMPLICACIONES	SI	NO
<b>Maternas</b>		
• Infección del tracto urinario		
• Parto pretérmino		
• Infección puerperal		
• Desprendimiento prematuro de placenta		
• Síndrome de Hellp		
• Hemorragia puerperal		
• Coagulación intravascular diseminada		
• Insuficiencia renal aguda		
• Sepsis		
• Síndrome de distrés respiratorio		
• Insuficiencia cardíaca		
• Ruptura hepática		
• Desórdenes metabólicos		
• Desórdenes cerebrovascular		
<b>Recién nacido</b>		
• Pequeño para la edad gestacional		
• Bajo peso al nacer		
• Depresión neonatal		
• Síndrome de distrés respiratorio		
• Prematuridad		
• Asfixia neonatal		
• Sepsis		
• Trastornos metabólicos		
<b>Mortalidad</b>		
• Mortalidad fetal tardía		
• Mortalidad neonatal precoz		
• Mortalidad perinatal		
• Mortalidad materna		

**ANEXO C.**

**PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN**

**PRESUPUESTO DE INGRESOS**

Total presupuesto de ingresos \$ 1.331.000

**PRESUPUESTO DE GASTOS**

DETALLE	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Fotocopias varias	1.000	50	50.000
Transporte a Cumbal (4 visitas)	4 personas	30.000	480.000
Alimentación	4 personas	20.000	320.000
Utiles de papelería			50.000
Transcripción trabajo de grado	200	1.000	200.000
CD – ROOM	10	1.000	10.000
Elaboración de video beam			100.000
SUBTOTAL			1.210.000
Imprevistos (10%)			121.000
TOTAL			1.331.000

