



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina



División de Estudios de Postgrado e Investigación
Departamento de Medicina Familiar

Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad Académica

Unidad de Medicina Familiar No 2 "Juana de Asbaje"
Delegación Norte del Distrito Federal

CONOCIMIENTOS DE LA EMBARAZADA SOBRE PREECLAMPSIA / ECLAMPSIA

Trabajo para obtener el Diploma de Especialista en Medicina Familiar

Presenta:
Dr. Jesús Castillo Cano

Asesor Metodológico:
Dr. Horacio Castillo Beltrán



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**CONOCIMIENTOS DE LA EMBARAZADA
SOBRE PREECLAMPSIA / ECLAMPSIA**

PRESENTA:

DR. JESUS CASTILLO CANO

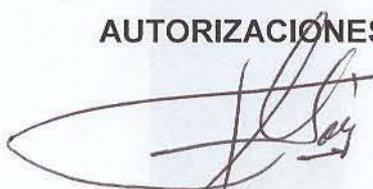
**CONOCIMIENTO DE LA EMBARAZADA SOBRE
PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

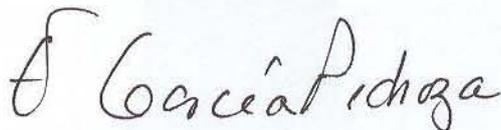
PRESENTA

DR. JESUS CASTILLO CANO

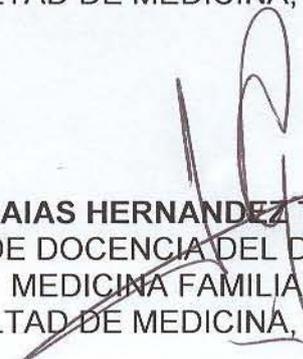
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

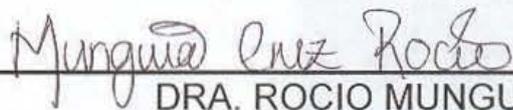
**CONOCIMIENTO DE LA EMBARAZADA SOBRE
PREECLAMPSIA / ECLAMPSIA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. JESUS CASTILLO CANO

AUTORIZACIONES



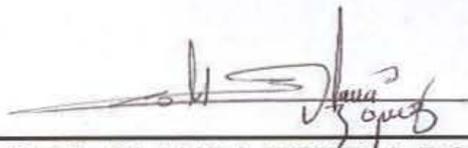
DRA. ROCIO MUNGUIA CRUZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES UMF No. 2



DR. HORACIO CASTILLO BELTRAN

ASESOR METODOLOGICO Y DE TEMA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR ADSCRITO AL HGO Y UMF No. 13
VOCAL DE COMITÉ DE INVESTIGACION



DRA. BLANCA ESTELA RODRIGUEZ PAREDES

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION
EN SALUD EN LA UMF No.2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INDICE

	PAGINAS
1.- TITULO	
2.- INDICE	
3.- MARCO TEORICO	1
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
5.- JUSTIFICACION	7
6.- OBJETIVOS	9
GENERAL	9
ESPECIFICOS	9
7.- HIPOTESIS	9
8.- METODOLOGIA	10
TIPO DE ESTUDIO	11
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	12
TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	13
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION	14
INFORMACION A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR	15
METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION	15
CONSIDERACIONES ETICAS	15
9.- RESULTADOS	16
TABLAS, CUADROS Y GRAFICAS	17
DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS	18
10.- DISCUSION (ANALISIS DE RESULTADOS)	20
11.- CONCLUSIONES	20
12.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	21
13.- ANEXOS	33

3. MARCO TEORICO

Se considera trascendente el realizar estudios sobre conocimientos de temas específicos en pacientes obstétricas que acuden a consulta a Institutos de Salud Nacionales, a un primer nivel de atención. Esto para determinar probables factores de riesgo por ignorancia de padecimientos de importancia epidemiológica y/o el escaso logro de metas institucionales, en programas específicos que se puedan presentar como problemas de salud reproductiva. Hay problemas médicos que lleven hasta la muerte a embarazadas. La preeclampsia/eclampsia (PE) son enfermedades que por su magnitud y complicaciones son factores para mortalidad materna prevenible. Entre otros factores están la inasistencia de las pacientes al inicio del embarazo, el número de consultas obstétricas el control y orientación por el médico familiar. Es conveniente efectuar escrutinios pre concepcionales para determinar si existen factores de riesgo en estas patologías. Composición porcentual de embarazadas en edades extremas: adolescencia o embarazo tardío, facilitan este problema. La prevalencia de la PE y sus complicaciones se han incrementado. Es causa directa de muerte en las derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con cifras más alarmantes. Puede ser el desconocimiento de estas complicaciones de la gestación, por parte de las embarazadas, un factor de riesgo que contribuya a este problema. Se hace necesario determinar este probable grado de desconocimiento.

La PE es la mayor causa de morbimortalidad en madres, fetos y neonatos a nivel mundial y del 5% al 10% de los embarazos se afectaran.(1,2) Existen países donde la mortalidad por PE es baja, como es la República Checa, que reporta una muerte materna por cada 170,000 recién nacidos vivos (RNV) y que sugieren la capacitación de perinatólogos para disminuir estas cifras.(3) Los Estados Unidos de América menciona mortalidad de 1.5 por cada 100,000 RNV, es decir casi el doble que la República Checa, notificando que es tres veces más frecuente en mujeres de raza negra, en comparación con las de raza blanca.(4) Por otro lado países africanos como Kenia, Nigeria y Tanzania reportan mortalidad muy alta por PE posiblemente por oferta de servicios médicos insuficientes, sobre todo en zonas pobres y por control

prenatal tardío.(5,6,7,8) En el continente americano el país con mayor problema de mortalidad obstétrica es Haití que reporta esta por PE de 600 x100000

RNV, es decir, 400 veces más que USA, con un OR de 7.5 para muerte fetal, OR de 6.9 para eclampsia y OR de 10.7 para oliguria.(9) Países de Centro América donde la mortalidad por PE se ha incrementado entre otros son: Honduras de 110 a 280, Jamaica de 87 a 170. Países que han disminuido la mortalidad por PE son: Barbados de 95 a 16, Belice de 140 a 52.(10) Chile reporta estrategias para disminuir la mortalidad por PE de 40 a 16.7 gracias a que se implementó la capacitación del personal que atendía los partos.(11) México disminuyó de 90.4 en 1990 a 72.6 en el 2000, por arriba del compromiso internacional de reducir al 45.2.(10) La tasa de muerte materna en México de 2004 a 2006 fue de 32.2, 17.4 y 22 respectivamente por cada 100000 RNV.(10,12) Esto indica que se ha disminuido la mortandad materna en cuatro veces en 16 años.(10,12)

Análisis de la mortalidad materna en dos hospitales del IMSS, en periodos de 21 y 10 años retrospectivamente señalan que se pueden evitar muertes maternas en 32% de los casos, que las muertes directas e indirectas tienden a igualarse al hacer un análisis en tres periodos de 7 años con una mortalidad materna de 83 por 100000 RNV, Se recomienda educación a la paciente y capacitación al personal médico.(13) En el segundo estudio se reporta tasa de mortandad de 63.5 por 100000 RNV y las causas de muerte directas e indirectas son muy disparejas 83% y 17% respectivamente. Se encontró muertes prevenibles en 73% y control prenatal adecuado en 51%.(14) Estas tasas de mortalidad están por arriba de la media nacional, por ser hospitales de concentración. Se han demostrado cambios en la presentación de cuadros clínicos y forma de muerte aumentando el edema pulmonar y disminuyendo en evento vascular cerebral.(15)

Las diferencias entre el mejor calificado con México es de 37 veces, y entre el peor calificado en América es de 27 veces, no que ubica a nuestro país como de mediano riesgo, lo cual no es una justificación.(3,9)

No se han demostrado cambios en la morbilidad materna al comparar cohortes de embarazadas con hipertensión arterial sistémica con control estricto.(16) Es importante recordar que antecedentes de trasplante renal pueden dar como resultado

embarazos con resultados adversos.(17) La morbilidad y mortalidad en la PE es alta, sobre todo en embarazadas con menos de 28 semanas de gestación.(18) El diagnóstico oportuno de la PE depende grandemente del conocimiento y práctica, número de pacientes atendidos anualmente, tiempo en que no se ha actualizado el médico tratante, el otorgar educación para la salud a sus pacientes, el acudir a programas de educación médica continua, ya que solo más de la mitad hacen procedimientos de prevención e inclusive el género del facultativo. (19,20,21) Existen algunos procedimientos diagnósticos para predecir posible PE, como es el monitoreo ambulatorio de la presión arterial y el Doppler.(22,23) Diagnósticos asociados como cirrosis hepática, embolismo por líquido amniótico, Síndrome de HELLP, ruptura hepática o preeclampsia previa, como indicadores de mayor riesgo de mortalidad. (24,25,26,27) El ser primigesta es factor de riesgo para presentar PE con un Odd Ratio (OR) de 2.42 en un estudio de meta análisis de 40 años.(28) Por otro lado hay factores protectores para evitar PE como el ejercicio.(29,30,31)

Para determinar conocimiento en embarazadas sobre PE se deben utilizar de preferencia instrumentos validados como el MMSQK, Syllabus, OSCE, según sea para poblaciones específicas.(32,33,34) Existe doble posibilidad de que un recién nacido ingrese a cuidados intensivos neonatales en caso de ser producto de un embarazo con PE o hipertensión. Además existe OR de 2.20 a 3.52 para daño a recién nacido.(35,36)

En caso de no contar con dicho instrumento, se elabora uno específico como piloto el cual conteste las preguntas en forma adecuada al identificar conocimientos, habilidades y competencias en diversas personas.(37,38) Se deben efectuar estrategias educativas efectivas cuando se detecte deficiencia en conocimientos en los pacientes así como entrenadores clínicos o residentes.(39) Médicos especialistas tienen calificaciones hasta 84%.(39) Se dispone de redes computacionales accesibles a personal médico y paramédico, sin embargo hay escasos usuarios que buscan

información basada en evidencias.(40) Pocos facultativos tiene conocimientos sobre economía de la salud y en un estudio multicéntrico no hay diferencias entre Instituciones de salud, pero si con médicos privados (P 0.001) hasta del 40%.(41)

El facultativo genera 5 errores médicos a saber: de enfoque, interpretación, juicio, decisión y ejecución.(42) Se ha destacado que la medicina basada en evidencias es “ la integración de la mejor evidencia científica con la experiencia clínica y los valores de los pacientes” por lo que es importante elaborar las Guías Clínico Diagnósticas.(43) La primera versión de las Guías Diagnósticos Terapéuticas debe ser realizada por el grupo original y validada por un grupo de expertos externos para mejores resultados.(44) Para alcanzar las expectativas de un impacto positivo se requiere en el personal una actitud receptiva.(45) Con estrategias educativas específicas hay mejoría en la posibilidad de la calidad de la atención sin embargo solo el 2% de las complicadas sobrevive.(46) Al no efectuar educación adecuada a los pacientes estos tendrán inadecuado manejo como: el impacto al diagnóstico, preferencias sesgadas para su manejo e inclusive solicitud o rechazo a escrutinios o pruebas específicas. Además la mayoría de pacientes están satisfechas con la información recibida aunque desconozcan en realidad su padecimiento e inclusive son indiferentes a datos como el pronóstico, sin embargo habrá resultados satisfactorios al efectuar estrategias educativas bien planeadas.(47,48,49)

Existen medicamentos útiles para la PE como el sulfato de magnesio, hidralazina y labetalol.(50,51) Sin embargo hay algunos antioxidantes y vitaminas (A,C y E) que no han demostrado utilidad para prevenir PE, pero también se reporta OR de 0.29 protector al usar poli vitaminas en el estado peri concepción y acido fólico con OR de 0.37 protector, para prevenir PE.(52,53,54,55,56) El calcio es factor protector para PE, pero solo en embarazadas con hipocalcemia previa, con riesgo relativo de 0.36, sin embargo, estudios aleatorizados doble ciego y multicéntricos refieren que no se previene la PE sino unicamente reduce su severidad, la morbilidad materna y la mortalidad fetal.(57,58,59,60) El descanso en cama indicado en embarazadas no demuestra fehacientemente beneficios para reducir riegos de PE probablemente por el tamaño de muestra aunque metodológica mente estuvieron bien elaboradas.(61)

Una de las complicaciones de la PE es el parto pretérmino, el cual en los estudios realizados por Calderón Guillen, se presenta hasta en un 7% del total de los

embarazos. En cuanto a la PE se presentó hasta el 20% de las pacientes con parto pretérmino. En la literatura se informa del 6 al 10% (62).

La PE es un padecimiento que se presenta después de la vigésima semana del embarazo, durante el parto y el puerperio y está caracterizada por hipertensión arterial, proteinuria y edema y en casos más severos, convulsiones y/o coma, en este último caso la complicación se denomina eclampsia. Se ha identificado la existencia de ciertos factores y características que incrementan significativamente el riesgo de presentar preclampsia y eclampsia pronósticos normativos se consideraran como factores de riesgo los siguientes:

- Nivel socioeconómico bajo.
- Escolaridad menos de 6 años
- Madre soltera o no unida.
- Historia clínica de Preclampsia – Eclampsia
- Edad menor de 20 años
- Edad de 35 años o más
- Primer embarazo
- Cinco o más embarazos
- Embarazo múltiple
- Enfermedad trofoblástica
- Polihidramnios
- Hipertensión arterial de cualquier origen
- Diabetes mellitus
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedades autoinmunes

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para tener un documento de actualizado del conocimiento que tienen las embarazadas que asisten a consulta a un primer nivel de atención, (Unidad de Medicina Familiar (U.M.F.)) sobre la preeclampsia / eclampsia en los aspectos educativos, preventivos, factores de riesgo y signos de alarma, en una determinada zona, es indispensable en forma periódica efectuar estudios transversales que muestren este indicador para el mejor pronóstico de esta enfermedad y sus complicaciones.

Ya que se ha incrementado la morbi-mortalidad por estos padecimientos (preeclampsia/eclampsia) a nivel nacional y más específicamente a nivel del valle de México, siendo esta una zona urbana en donde se encuentran recursos técnico-medico (HGO 3 CMR, HGT, HGP3A) que resolvería estos problemas. El médico familiar como eje del primer nivel de atención donde el 80% de la población cuenta con las acciones PREVEIMSS para el control adecuado del núcleo familiar.

Las variables que influye en los resultados de complicaciones del embarazo también son atribuibles al médico como el desconocimiento que tiene en los aspectos de consejería de planificación familiar, manejo del control de embarazo, detección oportuna de signos de alarma en las pacientes embarazadas sobre todo de la Zona Norte del DF.

El conocimiento de la paciente y sus familiares sobre el embarazo y sus enfermedades concomitantes.

Una clasificación que nos permite saber las causas medicas de la mortalidad materno infantil son las muertes directa o indirecta. Una muerte directa es aquella que atañe a la evolución de las complicaciones propias del embarazo pudiendo ser por enfermedades concomitantes o simplemente por evolución incorrecta del embarazo. Una muerte indirecta es aquella que incluye una enfermedad extra fuera del embarazo como accidentes o infecciones no atribuibles al embarazo

No todas las muertes son achacables al sistema, por ejemplo si una paciente es dada de baja aun con complicaciones son trámites administrativos que un médico familiar no pueden controlar esta situación que en muchas ocasiones angustia y pone en peligro la vida del binomio madre hijo.

También pueden ser achacadas a la paciente y /o a sus familiares incluyendo todo el núcleo familiar. La paciente embarazada presenta deficiencias en la educación para la salud en los aspectos de la edad en que presenta mas riesgo de tener complicaciones, alimentación, ejercicio, higiene personal, uso adecuado de medicamentos durante el embarazo, procedimientos diagnósticos contraindicados en el embarazo, uso de ropa y calzado cómoda y adecuada durante el embarazo, que medicamentos y o alimentos favorecen la preclampsia.

Otros factores de riesgo que debe de saber la embarazada son edad indicada para embarazarse, numero de embarazos, antecedentes familiares de preclampsia, eclampsia, antecedentes personales con diagnostico asociados como hipertensión así como el conocimiento de los signos de alarma para acudir a un servicio de atención general.

Dependiendo de los resultados se incrementaran las estrategias educativas en base a los focos rojos encontrados. Se hace la pregunta:

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la preeclampsia / eclampsia en los aspectos educativos, preventivos, factores de riesgo y signos de alarma, en embarazadas que acuden a consulta médica a un primer nivel de atención del IMSS en la UMF # 33 El Rosario, de la Delegación 39 Norte del Distrito Federal?

5. JUSTIFICACION

La PE es una de las complicaciones mas temidas en el embarazo, constituye una de las primeras dos causas de muerte materna a nivel general y la primera en zonas urbanas, representa un elevado costo económico y social sobre todo para la familia ya que representa alta mortalidad en el binomio madre hijo.

Frente a este problema medico, social y económico, lo más valioso que un sistema de salud puede ofrecer es la prevención.

La educación comienza desde la primera atención. La paciente y sus familiares deben ser informado constantemente de la necesidad de mantener un buen control del embarazo, si se agrega la poca información que sobre este padecimiento reciben las embarazadas es claro que el panorama epidemiológico sea delicado al considerar que ha sido la primera causa de muerte materna directa en la Delegación Norte del Distrito Federal, en al menos diez casos anuales en los últimos cinco años. (Según los reportes de las Reuniones de Mortalidad Materna de la Delegación 1 NO del DF).

A nivel nacional estamos en 20 fallecimientos por 100,000 RNV, lo que sitúa al país como de riesgo medio, sin embargo no se han cumplido con los compromisos internacionales en salud.

En la delegación norte del DF durante el año 2002 contamos con un porcentaje muy bajo de muertes maternas (2.3%). En un año calendario (2006) se incremento la mortalidad materna en un 20% lo que nos mantiene en alarma a las autoridades, incrementando los programas de actualización en el conocimiento de la patologías y el manejo de los medico de los tres niveles de atención sobre todo el Médico Familiar.

El alto costo de vidas humanas, financieros, hospitalarios, tecnológicos y médicos, así como el impacto a la familia involucrada hace necesario actualizar la información básica para la obtención de indicadores educativos en el ámbito operativo que se genera en las U.M.F.s para la toma adecuada de decisiones que garanticen el acceso a conocimientos básicos en la embarazada sobre la PE.

6. OBJETIVOS

GENERAL.-

Determinar el nivel de conocimientos que tienen las embarazadas, que acuden a consulta médica en un primer nivel de atención sobre la preeclampsia / eclampsia, en los aspectos educativos, preventivos, factores de riesgo, signos de alarma, en la U.M.F. # 33 El Rosario, de la Delegación 39 Norte del Distrito Federal.

ESPECIFICOS.-

Determinar el nivel de conocimientos que tienen las embarazadas que acuden a consulta médica en un primer nivel de atención sobre la preeclampsia / eclampsia en aspectos educativos, en la U.M.F. #33 El Rosario de la Delegación 39 Norte del Distrito Federal.

Determinar el nivel de conocimientos que tienen las embarazadas que acuden a consulta médica en un primer nivel de atención sobre la preeclampsia / eclampsia en aspectos preventivos, en la U.M.F # 33 El Rosario de la Delegación 39 Norte del Distrito Federal.

Determinar el nivel de conocimientos que tienen las embarazadas que acuden a consulta médica en un primer nivel de atención sobre la preeclampsia / eclampsia en aspectos de factores de riesgo, en la U.M.F # 33 de la Delegación 39 Norte del Distrito federal por tener especialidad de Medicina Familiar.

Determinar el nivel de conocimientos que tienen las embarazadas que acuden a consulta médica en un primer nivel de atención sobre la preeclampsia / eclampsia en aspectos de signos de alarma, en la U.M.F de la Delegación 39 Norte del Distrito Federal.

7. HIPÓTESIS

No se requiere por ser descriptivo.

8. METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Transversal, descriptivo y retrospectivo.

POBLACION, LUGAR Y PERIODO DE ESTUDIO

Población: Todas las embarazadas que acuden a atención médica en Medicina Familiar, en la U.M.F 33 El Rosario de la Delegación # 39 Norte del D.F.

Lugar: El servicio de Medicina Familiar de ambos turnos en la U.M.F. # 33 El Rosario de la Delegación # 39 Norte del D.F.

Periodo: Del 01 de noviembre al 31 de diciembre de 2008.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

No se requiere ya que será tipo censo de una población de 104 posibles en un mes calendario.

CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSIÓN y ELIMINACION.

Inclusión: Embarazadas que acudan a consulta médica al Servicio de Medicina Familiar en la U.M.F. # 33 de la Delegación # 39 Norte del Distrito Federal. Que lleven al menos dos consultas de control prenatal.

Exclusión: Embarazadas que acudan a consulta médica al Servicio de Medicina Familiar en la U.M.F. # 33 de la Delegación # 39 Norte del Distrito Federal que no deseen participar en el estudio.

Eliminación: Embarazadas que acudan a consulta médica al Servicio de Medicina Familiar en la U.M.F # 33 de la Delegación # 39 Norte del Distrito Federal que contesten menos del 85% (ochenta y cinco por ciento) del cuestionario aplicado..

INFORMACIÓN A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR

INDEPENDIENTE

Pacientes obstétricas que acuden a consulta medica al servicio de Medicina Familiar en la U.M.F. # 33 El Rosario sin importar semanas de gestación.

DEPENDIENTES

Nivel de conocimiento de las embarazadas sobre preeclampsia / eclampsia, en los aspectos educativos, preventivos, factores de riesgo y signos de alarma.

UNIVERSALES

Edad, genero, tener el médico tratante de primer nivel Residencia de Medicina Familiar, Modalidad de la Residencia de Medicina Familiar y turno de adscripción.

CONFUSIONALES

Universidad de procedencia del médico tratante, especialidad de Medicina Familiar, otras especialidades, curso recientes sobre preeclampsia / eclampsia (seis Meses Previos) turno de adscripción.

CONCEPTO	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
Médico	Profesional de la salud legalmente autorizado para ejercer la profesión médica	Médico familiar	Nominal
Unidad Medico Familiar	Edificación diseñada para que en ella se otorga consulta médica en un primer nivel de atención	U.M.F. de adscripción	Nominal
Primer nivel	Puerta de entrada al sistema médico del IMSS que resuelve el 85% de la atención médica	Servicio de Medicina Familiar	Ordinal
Genero	Diferencia genética y física entre el macho y la hembra	Hombre o mujer	Dicotómica
Antigüedad laboral	Años laborados en el área médica del IMSS	Años de trabajo cumplidos	Ordinal
Especialidad	Haber obtenido el post grado universitario de una especialidad médica	Grado universitario	Dicotómica
Especialidad en medicina familiar	Haber obtenido la especialidad en medicina familiar	Ser egresado de la especialidad de médico familiar	Dicotómica
Modalidad especialidad	Sistema presencial o semipresencial para cursar una especialidad	Tradicional o semipresencial	Nominal
Embarazo	Estado fisiológico de la gestación en la mujer	Estar encinta	Dicotómica
Semanas de gestación	Número de semanas cumplidos del embarazo desde la semana cero a la cuarenta y dos	De la semana cero a la semana 42	Ordinal
Preeclampsia	Complicación médica multifactorial asociada al embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial, altos niveles de proteínas en orina y edema	Si o no	Dicotómica
Eclampsia	La presencia de convulsiones en una embarazada no relacionado con daño cerebral ni traumas, que generalmente aparece después de la semana 20 de gestación	Si o no	Dicotómica
Conocimiento	Es el entendimiento, comprensión o talento para discernir sobre algún tópico	Bueno, regular o malo	Ordinal
Educación	Es la instrucción, formación enseñanza aprendizaje de temas variados	Bueno, regular o malo	Ordinal
Prevención	La disposición de hacer anticipadamente acciones para evitar un riesgo	Bueno, regular o malo	Ordinal
Etiología	Estudio sobre las causas de las enfermedades	Bueno, regular o malo	Ordinal
Factores de riesgo	Elemento o causa de una contingencia o proximidad de un daño	Bueno, regular o malo	Ordinal
Signos de alarma	Objeto, señal, figura o aviso que advierte de un peligro	Bueno, regular o malo	Ordinal
Tratamiento	Modo de trabajar cierta información para obtener resultados	Bueno, regular o malo	Ordinal

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

En la U.M.F # 33, El Rosario de la Delegación 39 Norte del D.F. perteneciente al IMSS. Se efectuará este estudio con el siguiente manejo metodológico:

1. Se calendarizará la visita a la U.M.F. # 33 El Rosario.
2. Se aplicará cuestionario estructurado con preguntas de opción múltiple sobre el tema de conocimientos de preeclampsia/eclampsia a las embarazadas de ambos turnos durante un mes calendario.
3. Se determinará el género del médico tratante, tener residencia de medicina familiar: en caso positivo determinar modalidad del mismo; en caso negativo identificar si se tiene especialidad distinta a medicina familiar y cual, turno en que labora.
4. Se solicita a la embarazada lectura y firma de consentimiento informado, número de afiliación e iniciales de su nombre, edad, número de gestas, consultorio en el que la atienden regularmente, turno de adscripción y si ha padecido de preeclampsia / eclampsia en embarazos previos.
5. Se captura en SPSS los datos previos y se analizarán estadísticamente

PRUEBA PILOTO

Se efectuará en embarazadas de la U.M.F. # 33, El Rosario en tres días calendarios para medir tiempos y dificultades operativas en julio de 2008. Posteriormente se excluyen del trabajo.

PLAN DE ANALISIS

Análisis simple de frecuencias encontradas y sus porcentajes, riesgo relativo y razón de momios.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Se considera como limitación importante, la temporalidad del evento y la población en estudio y las conclusiones solo se pueden aplicar a poblaciones con características similares.

CONSIDERACIONES ETICAS

Este trabajo se efectúa para determinar grado de conocimientos rutinarios sobre una enfermedad específica en embarazadas, en donde el investigador no tiene injerencia aplicándose encuestas con consentimiento informado firmado previamente. Se considera estudio de riesgo mínimo siendo el trabajo observacional, retrospectivo, descriptivo y comparativo. El presente trabajo cumple con el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de Investigación para la Salud, Secretaria de Salud 1987, Título Segundo, Capítulo Primero, Artículo 17 Fracción I, por lo que puede aplicarse el Artículo 23 de mismo Reglamento, por lo que se pedirá consentimiento por escrito, en virtud de hacer análisis solo de conocimientos médicos rutinarios en pacientes embarazadas. En caso de detectar desconocimiento importante en algunas encuestadas, estas serán canalizadas al servicio de Fomento a la Salud para su capacitación. Se mantendrá estrictamente la confidencialidad de datos individuales.

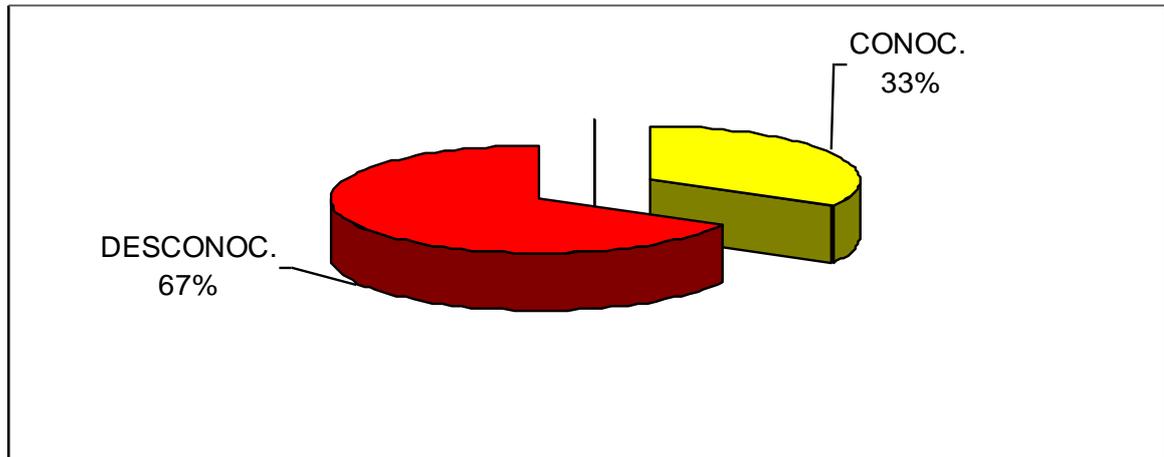
UTILIZACION DE LOS RESULTADOS

Se pondrán a consideración de las Autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social y de la Universidad Nacional Autónoma de México para lo conduce

9. RESULTADOS.

TABLAS, CUADROS Y GRAFICAS.

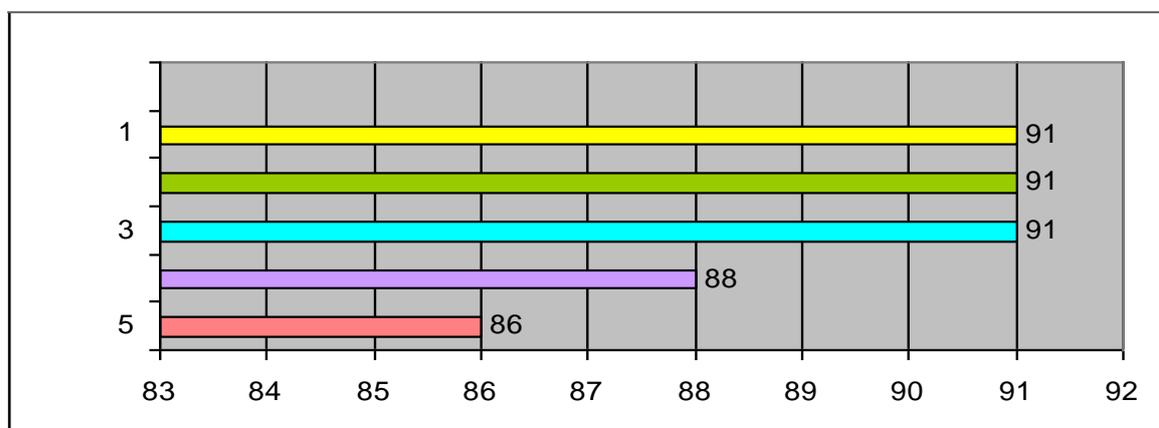
CALIFICACION GLOBAL



Gráfica 1.
Cuestionario aplicado en U. M. F. 33

N = 78 unidades de análisis

RESPUESTAS CON MEJOR CALIFICACION



Gráfica 2.
Cuestionario aplicado en la U.M.:F. 33
N = 78 unidades de análisis

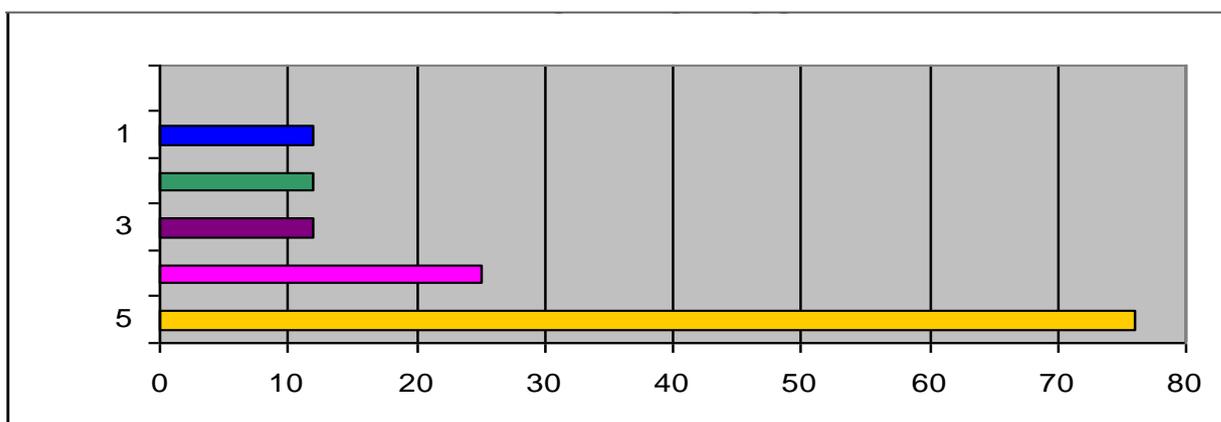
RESPUESTAS CON BUENA CALIFICACION

1 Es la mayor frecuencia de enfermedad y muerte	91%
2 Es la mayor causa de enfermedad y muerte	91%
3 Si se da educación adecuada tengo mejor pronostico madre y bebe	91%
4 Como se da cuenta que tiene preclampsia	88%
5 Si su médico sospecha de preeclampsia ¿sabe que estudios de laboratorio solicitaría?	86%

Tabla 1.

Cuestionario aplicado en la U.M.F. 33

RESPUESTAS CON MALA CALIFICACION



Gráfica 3.

Cuestionario aplicado de la U.M.F. 33

N = 78 unidades de análisis

RESPUESTAS CON MALA CALIFICACION

1 El calcio disminuye la preeclampsia	7.6%
2 Si no se efectúa educación adecuada a los pacientes estos tendrán problemas médicos	2.5%
3 Influye en el diagnóstico oportuno para preeclampsia / eclampsia	1.2%
4 Diagnósticos asociados modifican la presencia de preeclampsia	1.2%
5 Los siguientes medicamentos ayudan en el caso de la preeclampsia	1.2%

Tabla 2.

Cuestionario aplicado en la U.M.F. 33

DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS

Como resultado global se obtuvo que el porcentaje de desconocimiento de la población estudiada sea de un 67%.

Los cinco conocimientos mayores calificados, como se observa esquemáticamente en la gráfica 2 y tabla 1, son los siguientes:

1. La paciente identificó que la preeclampsia / eclampsia es una causa de muerte en madres en un 91%.
2. Identificó que afecta mayormente durante el embarazo en un 91%.
3. Identificó que si recibe educación adecuada el pronóstico tanto para ella como para el producto será mejor (91%).
4. Identificó los principales síntomas de alarma (edema de pies, tobillo y cara) relacionados con preeclampsia / eclampsia en un 88%.
5. El 86% de la pacientes identificó los exámenes de laboratorio que su médico solicitaría en caso de sospechar preeclampsia / eclampsia.

Los cinco conocimientos menores calificados, representados en la gráfica 3 y tabla 2, son los que a continuación describo:

1. Las pacientes desconocen que el calcio disminuye la severidad de la preeclampsia, pues sólo el 7.6% respondió acertadamente.
2. Únicamente el 2.5% saben que si no se les ofrece educación adecuada tendrán problemas médicos, así como que hay una influencia directa de la misma en el diagnóstico oportuno del padecimiento mencionado (solo 1.2% contestó correctamente).
3. El 1.2% de las pacientes encuestadas supieron que diagnósticos asociados modifican la presencia de preeclampsia.
4. El 1.2% de las pacientes estudiadas identificaron los medicamentos que ayudan en el caso de la preeclampsia.

10. DISCUSION (ANALISIS DE RESULTADOS)

Como se puede observar en el marco teórico, no hay estudios de investigación encaminados al grado de información o conocimiento con el que cuentan las pacientes acerca de la preeclampsia/eclampsia, la principal causa de muerte materna en nuestro país, por lo que es un aspecto en el que se debe poner mayor énfasis, motivo de mi interés para la realización de esta tesis.

Como se demuestra en el estudio, el grado de desinformación dentro de las pacientes embarazadas es alarmante, pues en base a los resultados de los cuestionarios realizados se obtuvo que sólo el 33% de la población analizada posean información adecuada. Sin embargo, valdría la pena cuestionarnos acerca de las posibles causas del desconocimiento, ya que podría ser un factor inminente a la falta de interés de las pacientes, pues es bien conocido que los médicos, en conjunto con enfermeras, trabajadoras sociales y asistentes médicas, a últimas fechas han tomado mayor interés en las acciones encaminadas a proporcionar información adecuada, oportuna y veraz relacionada no solo con las complicaciones del embarazo, sino también para la adecuada y sana evolución de la gestación.

11. CONCLUSIONES.

- Las 2/3 partes de las pacientes embarazadas no tienen idea de lo que es la preeclampsia /eclampsia.
- Las pacientes sí identifica a la preeclampsia/eclampsia como una enfermedad que afecta a la embarazada y/o al producto.
- Sí tiene conocimiento de que puede producir la muerte.
- Se da cuenta de algunos signos de alarma para identificar este problema.
- Conoce los estudios de laboratorio para el control de este padecimiento.
- La paciente no conoce cuáles son los tratamientos que existen para la preeclampsia/eclampsia.
- Desconoce los diagnósticos asociados y qué tanto influyen en el pronóstico.

RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS

Se recomiendan estrategias educativas que sean aplicadas por Médico Familiar y /o trabajo social para que se eleve el nivel de conocimiento de las embarazadas porque se demuestra que esta en un 33% y así evitar en lo aplicable la mortalidad materna.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- Gutman G, Hilli O, Lessing JB, Kupferminc MJ, Pauzner D. The male role in the etiology of preeclampsia. *Harefuah*. 145(4):281-5, 2006 Abr.
2. - Llekis JV, Reddy UM, Roberts JM. Preeclampsia—a pressing problem: an executive summary of a National Institute of Child Health and Human Development workshop, *Reproductive Sciences*. 14(6):508-23, 2007 Sep.
3. - Srp B, Velevil P, Kvasnicka J. Fatal complications in preeclampsia and eclampsia. *Ceska Gynecologie*. 67(6):361-71, 2002 Nov.
- 4.- Mackay A.P. Berg CJ, Atrash HK. Pregnancy-related mortality for preeclampsia and eclampsia. *Obstetrics & Gynecology*. 97(4):533-8, 2001 Apr.
- 5.- Liljestrand J. Trends in maternal health/health care in low-income countries and the implications on neonatal health. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*. 11(1):3-6, 2006 Feb.
- 6.- Urassa DP, Carlstedt A, Nystrom L, Massawe SN, Lindmark G. Eclampsia in Dar es Salaam, Tanzania -- incidence, outcome and the role of antenatal care. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 85(5):571-8, 2006
- 7.- Igberase GO, Ebelgb PN. Eclampsia: ten years of experience in a rural tertiary hospital in the Niger delta, Nigeria. *Journal of Obstetrics & Gynecology*. 26(5):414-7, 2006 Jul.
- 8.- Fotso JC, Ezeh A, Oronje R. Provision and use of maternal health services among urban poor women in Kenya: what do we know and what do we do? *Journal of Urban Health*. 85(3):428-42. 2008 May.
- 9.- Small MJ, Kershaw T, Frederic R, Blanc C, Neale D, Copel J, Williams KP. Characteristics of preeclampsia and eclampsia-related maternal death in rural Haiti. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 18(5):343-8, 2005 Nov.
- 10.- Díaz EDF. Mortalidad materna. Una tarea inconclusa. México: Fundar; 2006. P. 48.
- 11.- Donoso SE. Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas: Resultados de Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2003;68;13-16.
- 12.- Montesano-Delfin JR, Hernández A, Zapién-Moreno J, Olivares Durán E, Guizar-Mendoza JM, Luna-Ruiz MA. Mortalidad materna: enlace entre gestión directiva y atención clínica oportuna.
- 13.- Angulo J, Cortés L, Guillermo Torres L, Aguayo G, Hernández S, Ávalos J. Análisis de la mortalidad materna, en tres períodos, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente. *Ginecología y Obstetricia de México*; jul 2007, Vol 75 Issue 7, p384-393

- 14.- Alfonso Hernández J, Ángel López J, Ramos G, López A. Análisis de casos de muerte materna ocurridos durante un período de 10 años. *Ginecología y Obstetricia de México*; feb2007, Vol 75 Issue 2, p61-67
- 15.- Walker JJ. Severe preeclampsia and eclampsia. *Best practice & Research in clinical Obstetrics and Gynecology*. 14(1):57-71, 2000 Feb.
- 16.- Riesgo AI, Gómez LG, González A, Vázquez J, Ortigón MA. Hipertensión arterial crónica en 110 mujeres embarazadas. *Ginecología y Obstetricia de México*: abr2008, Vol. 76 Issue4, p202-210
- 17.- Arauz JF, Méndez JA, Solís G. Embarazo en pacientes con trasplante renal: morbilidad materna y fetal. *Ginecología y Obstetricia de México*; nov2008, Vol 76 Issue11, p643-651
- 18.- Jantasing S, Tanawattanacharoen S. Perinatal outcomes in severe preeclamptic women between 24-33 (+6) weeks' gestation. *Journal of the Medical Association of Thailand* . 91(1):25-30, 2008 Jan.
- 19.- Woodward CA, et al. Maternity care maternal serum screening. Do male and female family physicians care for woman differently? *Canadian Family Physician*. 43:1078-84, 1997 Jun.
- 20.- Repke JT, Power ML, Holzman GB, Schulkin J. Hypertension in pregnancy and preeclampsia . Knowledge and clinical practice among obstetrician–gynecologists. *Journal of Reproductive Medicine* . 47(6):472-6, 2002 Jun.
- 21.- Martínez JL, Licea Serrato J de D, Jiménez R Grimes RM. HIV/AIDS practice patterns, knowledge and educational needs among Hispanic clinicians in Texas USA, and Nuevo Leon México. *Pan American Journal of Public Health* . 4(1):14-9, 1998 Jul.
- 22.- Davis GK, Mackenzie C, Brown MA, Homer CS, Holt D, McHugh L, Mangos G. Predicting transformation from hypertension to preeclampsia in clinical practice: a possible role for 24 hour ambulatory blood pressure monitoring. *Hypertension in Pregnancy*. 26(1):77-87, 2007
- 23.- Plasencia W, Maíz N, Bonino S, Kalhura C, Nicolaidis KH. Uterine artery Doppler at 11 + 0 to 13 +6 weeks in de prediction of preeclampsia, *Ultrasound in Obstetric & Gynecology*. 30(5):742-9, 2007 Oct.
- 24.- Trodos T, Vediglione P, Ogge G, Paladini D, Vergani P, Cardaropoli S. Low incidence of hypertensive disorders of pregnancy in women treated with spiramycin for toxoplasmosis infection. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 61(3):336-40, 2006 Mar.
- 25.- Obata NH, Kurauchi O, Kikkawa F, Yamada M, Fukuda Y, Takura A. Preeclampsia with fetal death in a patient with schistosomiasis japonica. *Archives of Gynecology & Obstetric*. 261(2):101-4, 1998.

- 26.- Shapiro JM. Critical care of the obstetric patient. *Journal of Intensive Care Medicine*. 21(5):278-86,2006 Sep-Oct.
- 27.- González-Martínez G, Aguirre-Suarez J, Alarcón-Sandoval A, Pulgar- Lehl A, Valbuena-Adrianza O. Ruptura hepática y esplénica asociada con preeclampsia severa: presentación de un caso. *Investigación Clínica*. 45(1):63-8, 2004 Mar.
- 28.- Dildy GA 3rd, Belfort MA, Smulian JC. Preeclampsia recurrence and prevention. *Seminars of Perinatology*. 31(3):135-41, 2007 Jun.
- 29.- The effects and mechanisms of primiparity on the risk of preeclampsia: a systematic review. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 21 Suppl 1:36-45,2007 Jul.
- 30.- Damm P, Breitowicz B, Hegaard H. Exercise, pregnancy and insulin sensitivity – what is new? *Applied Physiology, Nutrition & Metabolic = Physiologie Appliquee, Nutrition et Metabolisme*. 32(3):537-40,2007 Jun.
- 31.- Weissgerber TL, Wolfe LA, Davies GA, Mottola FM. Exercise in the prevention and treatment of maternal-fetal disease: a review of the literature. *Appl Physiol Nutr Metab*. 31(6):661-74, 2006 Dec.
- 32.- Goel V, Glazier R, Holzapfel S, Pugh P, Summers A. Evaluating patient's knowledge of maternal serum screening. *Prenatal Diagnosis*. 16(5):425-30,1996 May.
- 33.- Reuben DB, Lee M, David JW, Eslami MS, Osterweil DG, Melchiorre S, Weintraub NT. Development and validation of geriatric Knowledge test for primary care residents. *Journal of General Internal Medicine*. 12(7):450-2,1997 Jun.
- 35- Kramer AW, Jansen JJ, Zuithoff P, Dusman H, Tan LH, Grol RP, van der Vleuten CP. Predictive validity of a written knowledge test for an OSCE in postgraduate training for general practice Medical Education.36(9): 812-9,2002 Sep.
- 36.- Habli M, Levine RJ, Qian C, Sibai M. Neonatal outcomes in pregnancies with preeclampsia or gestational hypertension and in normotensive pregnancies that delivered at 35, 36 or 37 weeks of gestation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 197(4):406.e1-7, 2007 Oct.
- 37.- Chappell LC, Enye S, Seed P, Bridey AL, Poston L, Shennan AH. Adverse perinatal outcomes and risk factors for preeclampsia in women with chronic hypertension: a prospective study. *Hypertension*. 51(4):1002-9,2008 Apr.
- 38.- Pierce S, Pravikoff D, Tanner AB. Information literacy: instrument development to measure competencies and knowledge among nursing educators, nursing administrators, and nursing clinicians: a pilot study. *AMIM. Annual Symposium Proceeding/ AMIM Symposium:97*,2003

- 39.- Considine J Martin R. Development, reliability and validity of an instrument measuring the attitudes and knowledge of Emergency Department staff regarding the Emergency Nurse Practitioner role. *Accident and Emergency Nursing*.13(1):36-43 2005 Jan.
- 40.- El conocimiento médico. Fundamento de la atención a la salud. *Revista Médica del IMSS*; ene/feb2000,Vol38 Inssue1 P1
- 41.- Rodríguez-Ledesma ML, Constantino-Casas P, García-Contreras F, Garduño-Espinosa J. Conocimiento de los médicos sobre economía de la salud. *Revista Médica del IMSS*; jul/ago, Vol 45 Issue 4, p343-52
- 42.- Viniegra-Velázquez L. Ética y conocimiento medico alrededor de la reproducción. *Perinatología y Reproducción Humana*; ene-mar 1999, Vol 13 Issue 44-52
- 43.- Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence Based Medicine. How to practice and teach EBM. Second edition. London: Churchill Livingstone;2000:
- 44.- Oviedo-Mota MA, Trejo y Pérez JA, Reyes-Morales Hortencia, Flores-Hernández S, Pérez-Cuevas R, Trejo y Pérez JA, editores Guías de práctica clínica para medicina familiar. México: IMSS/El Manual Moderno. 2009. P.9-13
- 45.- Constantino-Casas P, Viniegra-Osorio A. Medécigo- Micete C, Torres-Arreola LP, Valenzuela-Torres A. El potencial de las guías de práctica clínica para mejorar la calidad de la atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2009,47(1):101-108
- 46.- Briones-Garduño JC, Gómez-Bravo E, Ávila-Esquivel F, Díaz de León-Ponce M. Experiencia TOLUCA en preeclampsia-eclampsia. *Cirugía y Cirujanos*. 73(2):101-5; discusión 106, 2005 Mar-Apr
- 47.- Kerfoot BP, Conlin PR, Travoris T, McMahon Gt. Patient safety knowledge and its determinants in medical trainees. *Journal of General Internal Medicine*. 22(8):1150-4,2007 Aug.
- 48.- Agard A, Hermeren G, Herlitz J. When is a patient with heart failure adequately informed? A study of patients' Knowledge of and attitudes toward medical information. *Heart & Lung*. 33(4): 219-26, 2004 Jul-Aug.
- 49.- Positive impact of an intervention by arthritis patient educators on knowledge and satisfaction of patients in a rheumatology practice. *Arthritis Care & Research*. 12(6):370-5, 1999 Dec.
- 50.- Vigil de Gracia P, et al. Severe hypertension in pregnancy: hydralazine or labetalol. A randomized clinical trial. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*. 128(1-2):157-62,2006 Sep-Oct.

- 51.- Polyzos NP, et al .Combined vitamin C and E supplementation during pregnancy for preeclampsia prevention: a systematic review. *Obstetrical & Gynecological Survey*. 62(3):202-6, 2007Mar.
- 52.- Rumbold A, Duley L, Crowther CA, Haslam RR. Antioxidants for preventing preeclampsia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (1)Cd004227., 2008.
- 53.- Bodnar LM, Tang G, Ness RB, Harger G, Roberts GM. Periconceptional multivitamin use reduces the risk of preeclampsia. *Am J Epidemiolog*. 164(5): 470-7, 2006 Sep 1.
- 55.- Spinnato JA 2nd , et al. Antioxidant therapy to prevent preeclampsia: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*. 110(6):1311-8, 2007 Dec.
- 56.- En SW, et al. Folic acid supplementation in early second trimester and the risk of preeclampsia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 198(1):45.e1-7,2008 Jan.
- 57.- Dietary calcium supplementation for prevention of preeclampsia and related problems; a systematic review and commentary. *BJGO: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*. 114(8): 933-43,2007 Aug.
- 58.- Beinder E. Calcium supplementation in pregnancy—is it a must?. *Therapeutische Umschau*. 64(5):243-7, 2007 May.
- 59.- Villar J, et al. World Health Organization randomized trial of calcium supplementation among low calcium intake pregnant women. *Am J of Obstetrics & Gynecology*. 194(3):639-49,2006 Mar.
- 60.- Meher S, Duley L. Rest during pregnancy for prevention preeclampsia and its complications in women with normal blood pressure. *Cochran Data base of Systematic Reviews*. (2) CD005930, 2006.
- 61.- Calderón G. J. factores de riesgo materno asociados al parto pretermo. *Rev. Med. IMSS* 2005; 43(\$): 339-342.
- 62.- Norma técnico médica para la prevención y manejo de la preclampsia- eclampsia. Dirección de prestaciones medicas Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. IMSS.

13. ANEXOS

ANEXO I

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente autorizo que yo _____ mayor de edad, y por mi libre voluntad participe en el protocolo de investigación titulado CONOCIMIENTOS DE LA EMBARAZADA SOBRE PREECLAMPSIA / ECLAMPSIA, registrado ante el Comité local de Investigación o la CNIC con el número_____.

El objetivo del estudio es demostrar cuáles son los conocimientos básicos que tiene la embarazada que acude a consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar # 33 El Rosario de la Delegación 39 Norte del Distrito Federal en los aspectos etiológicos educativos, preventivos, factores de riesgo, signos de alarma y tratamiento,

Se me ha explicado que mi participación consistirá en que se aplicará un cuestionario estructurado a mi persona consiste en 25 (veinticinco cerradas (Anexo 1), de las cuales son abiertas y 44 (cuarenta y cuatro) son cerradas. En el caso que se detecte que la calificación esta muy baja se me enviará con la Enfermera Materno Infantil de mi turno para que se me otorgue orientación específica. En el caso que se me detecte probable preeclampsia /o eclampsia se me enviará al servicio médico correspondiente para valoración del médico especialista. Los requisitos para este estudio es que estén adscritos y vigentes al momento de la encuesta en la Unidad de Medicina familiar # 33 El Rosario, Distrito Federal. Además reconozco vivir en la zona de influencia de dicha Unidad médica.

Declaro que se me han informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias, y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: No hay riesgos pues solo se efectúan un cuestionario de conocimientos sobre una enfermedad específica. No hay inconvenientes porque se le atenderá en los primeros 20 (veinte) minutos a partir de que se presente con el investigador. No hay molestias porque lo que se tiene que hacer es contestar el cuestionario. Los beneficios derivados son que se garantizara en su caso de un diagnostico pronto de este padecimiento y en su caso será enviado con el especialista que corresponda.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para el tratamiento, así como a responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con el tratamiento

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que esto afecte la atención médica que recibo en el Instituto

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque este pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado(a) en el mismo.

Nombre y firma del padre o madre tutor o representante legal

Dr. Jesús Castillo Cano matrícula `9993479

Nombre, firma y matrícula del Investigador responsable

Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio: 53-82-52-12 ext. 24241 de 8.00 a 20.00 horas

Testigos

Dra. Leticia Sánchez_____

Dr. Horacio Castillo Beltrán _____
Clave 2810-009-014

ANEXO II

CUESTIONARIO

FOLIO
AFILIACION Y AGREDADO

INICIALES

1.- La preeclampsia / eclampsia es la mayor causa de enfermedad y muerte en:

- a.- Madres
- b.- hombres jóvenes
- c.- Recién nacidos
- d.- Todos los anteriores
- e.- adultos mayores

2.- La preeclampsia / eclampsia afecta a:

- a.- los diabéticos
- b.- los hipertensos
- c.- los embarazos
- d.- a quien se aplica insulina
- e.- los artríticos

bib (1,2,3,4,)

3.- Ayudan a evitar preeclampsia

- a.- no comer azúcares
- b.- vivir a nivel del mar
- c.- comer mucho pescado
- d.- hacer el ejercicio.
- e.- tomar complejo B

bib(17,18)

4.- Se debe educar cuando hay deficiencia en conocimientos en los pacientes por:

- a.- entrenadores clínicos
- b.- médico residente
- c.- especialistas
- d.- todos los anteriores
- e, enfermera materno infantil

bib(4,26)

5.- La calificación máxima de un especialista en preeclampsia es de:

- a.- 72%
- b.- 80%
- c.- 84%
- d.- 92%
- e.- 97%

bib(4,26)

6.- Si no se efectuar educación adecuada a los pacientes estos tendrán:

- a.- adecuado manejo en el impacto al diagnóstico
- b.- preferencias sesgadas para su manejo
- c.- aceptación a pruebas inespecíficas
- d.- preferencias a pruebas específicas
- e.- insatisfechos con la información recibida

bib(27,28,29)

7.- Si se da educación adecuada a los pacientes estos tendrán:

- a.- conocimiento real de su padecimiento
- b.- indiferencia al pronóstico
- c.- resultados no satisfactorios
- d.- no cooperación para su tratamiento
- e.- abandono al tratamiento

bib(27,28,29)

8.- El diagnóstico oportuno de la preeclampsia / eclampsia depende de:

- a.- del conocimiento y práctica médico
- b.- numero de pacientes atendidos anualmente
- c.- tiempo en que no se han actualizado el médico tratante
- d.- el otorgar educación para la salud
- e.- todos los anteriores

bib(6,7,8)

9.- Influye en el diagnóstico oportuno para preeclampsia / eclampsia.

- a.- no acudir a programas de educación médica continua
- b.- no hacen procedimientos de prevención
- c.- el género masculino del médico tratante
- d.- el género femenino del médico tratante
- e.- solicitar exámenes de laboratorio

bib(6,7,8)

10.- El descanso en cama indicado en embarazadas

- a.- no demuestra beneficios para reducir preeclampsia
- b.- si demuestra beneficios para reducir preeclampsia
- c.- no tiene que ver con estas enfermedades
- d.- todas las anteriores
- e.- ninguna de las anteriores

bib(41)

11.- Existen medicamentos útiles en la preeclampsia como

- a.- sulfato de magnesio
- b.- complejo b
- c.- insulina
- d.- glibenclamida
- e.-paracetamol

bib(30,31)

12.- Para saber el conocimiento sobre preeclampsia se utiliza este cuestionario

- a.- MMSQK
- b.- Syllabus
- c.-OSCE
- d.- HELLP
- e.- Ninguno de los anteriores

bib(19,20,21)

13.- Diagnósticos asociados modifican la presencia de preeclampsia

- a.- diabetes Mellitus
- b.- rubeola
- c.- escarlatina
- d.- toxoplasma
- e.- artritis

bib(11)

14.- Enfermedades como cirrosis, embolismo, ruptura hepática o preeclampsia:

- a.- indican menor mortalidad
- b.- indican igual mortalidad
- c.- indican mayor mortalidad
- d.- indican ceguera
- e.- no indican nada

bib(12,13,14,15)

15.- El calcio es protector para preeclampsia
a.- solo en embarazadas de menos de 20 semanas
b.- solo en embarazadas de más de 20 semanas
c.- solo en embarazadas con hipocalcemia previa
d.- solo en bebés de menos de 20 semanas
e.- solo en bebés de más de 20 semanas **bib(37,28,29,40)**

16.- El calcio disminuye
a.- la severidad de la preeclampsia
b.- la morbilidad materna
c.- la mortalidad fetal
d.- todos los anteriores
e.- ninguno de los anteriores **bib(37,28,29,40)**

17.- Existen procedimientos diagnósticos para predecir preeclampsia, como
a.- el monitoreo ambulatorio de la presión arterial
b.- examen de sangre
c.- examen de azúcar
d.- examen de colesterol
e.- rayos x de tórax **bib(9,10)**

18.- Existen procedimientos diagnósticos para predecir preeclampsia, como
a.- examen de la orina
b.- ultrasonido obstétrico
c.- sensitometría
d.- examen de la mama
e.- examen faríngeo **bib(9,10)**

19.- Los siguientes medicamentos ayudan en el caso de la preeclampsia
a.- vitamina A, C y E
b.- vitamina B
c.- vitamina E
d.- ácido fólico
e.- vitamina C **bib (32,33,34,35,36)**

20.- La muerte por preeclampsia / eclampsia es alta, sobre todo en:
a.- embarazadas con menor de 12 semanas de gestación
b.- embarazadas con menor de 20 semanas de gestación
c.- embarazadas con menor de 24 semanas de gestación
d.- embarazadas con menor de 28 semanas de gestación
e.- embarazadas con más de 28 semanas de gestación **bib (5)**

21.- El estar embarazada por primera vez el riesgo de preeclampsia
a.- de 1.5 veces
b.- de 2.0 veces
c.- de 2.5 veces
d.- de 3.0 veces
e.- de 3.5 veces **bib(16)**

22.- Posibilidad que un recién nacido ingrese a cuidados intensivos neonatales

- a.- a.- 1.5 veces
- b.- de 2.0 veces
- c.- de 2.5 veces
- d.- de 3.0 veces
- e.-de 3.5 veces

bib(22,23)

23.- Posibilidad al ser producto de un embarazo con preeclampsia o hipertensión.

- a.- de 1.5 veces
- b.- de 2.0 veces
- c.- de 2.5 veces
- d.- de 3.0 veces
- e.- de 3.5 veces

bib(22,23)

24.- Usted como paciente ¿Como se da cuenta que tiene preeclampsia?

- a.- Mucha sudoración
- b.- Hinchazón en pies, tobillos o cara
- c.- Ronchas en el cuerpo
- d.- Mucha hambre
- e.- Orinar mucho

bib(42)

25.- Si su médico sospecha que usted tiene preeclampsia ¿ que estudios de laboratorio solicitaría?

- a.- de azúcar
- b.- de anemia,
- c.- de orina
- d.- de garganta
- e.- de flemas

bib(42)

26.- Se tiene preeclampsia cuando

- a.- Se orina mas de 0.3 gramos de proteínas
- b.- Con presión arterial de 130/70
- c.- Con azúcar mayor a 140 mgs
- d.- Todas las anteriores
- e.- Ninguna de las anteriores

bib(42)

27.- Se debe diferenciar a la preeclampsia / eclampsia con :

- a.- Presión baja
- b.- Insuficiencia renal crónica
- c.- Varices
- d.- Diabetes
- e.- Infarto al miocardio

bib(42)

28.- Son factores de riesgo para preeclampsia

- a.- Anormalidades cromosómicas
- b.- Infecciones urinarias
- c.- Gemelos
- d.- todas las anteriores

e.- Ninguna de las anteriores

bib(42)

29.- Son factores de riesgo maternos

a.- Raza negra

b.- Diabetes Gestacional

c.- Edad menor de 20 años

d.- Edad mayor de 35 años

e.- Todas las anteriores

bib(42)

30.- Se tiene eclampsia cuando

a.- Se orina más de 5.0 gramos de proteínas en 24 horas

b.- Con presión arterial de 130/100

c.- Con azúcar mayor a 140 mgs

d.- Todas las anteriores

e.- Ninguna de las anteriores

bib(42)

RESPUESTAS

1.- todos los anteriores

2.- 10% de embarazos

3.- hacer ejercicio

4.- todos los anteriores

5.- 84%

6.- preferencias sesgadas a su manejo

7.- conocimiento real de su padecimiento

8.- todas las anteriores

9.- el genero femenino del medico tratante

10.- no muestra beneficios para reducir preeclampsia

- 11.- sulfato de magnesio
- 12.- ninguno de los anteriores
- 13.- toxoplasma
- 14.- indican mayor mortalidad
- 15.- solo en embarazadas con hipocalcemia
- 16.- todos los anteriores
- 17.- el monitoreo ambulatorio de la presión arterial
- 18.- examen de orina
- 19.- acido fólico
- 20.- embarazadas de menos de 28 semanas de gestación
- 21.- 2.5 veces
- 22.- 2.0 veces
- 23.- 3.5 veces
- 24.- hinchazón en pies o cara
- 25.- de orina
- 26.- se orina más de 0.3 gramos de proteínas
- 27.- insuficiencia renal crónica
- 28.- todas las anteriores
- 29.- todas las anteriores
- 30.- se orina más de 5.0 gramos de proteínas en 24 horas

ANEXO III

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	1º MES	2º MES	3º MES	4º MES	5º MES	6º MES	7º MES	8º MES	9º MES	10º MES
Delimitación del tema a estudiar	XXXX	XXXX	XXXX							
Revisión y selección de la bibliografía		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX				
Elaboración de protocolo				XXXX	XXXX	XXXX	XXXX			
Planteamiento operativo						XXXX	XXXX			
Revisión del protocolo por el Comité Local de Investigación								XXXX		
Registro del número de registro de protocolo								XXXX		
Recolección de la información								XXXX	XXXX	XXXX
Análisis de resultados										XXXX
Presentación final del trabajo										XXXX