

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISIÓN ESTUDIOS DE POSTGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**

**CONOCIMIENTO DE LAS GESTANTES SOBRE LA COMPATIBILIDAD DEL RH (D)
NEGATIVO EN EL RECIÉN NACIDO**

Trabajo especial de grado que se presenta para optar al título de Especialista en
Administración en Salud Pública

Tutor: Josefa Orfila

Annelee Méndez.
Carmen Jiménez

Caracas, junio 2013

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
VICERRECTORADO ACADÉMICO
SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECNOLÓGICA (SICHT)

FECHA: 15 de Junio 2013

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE LOS TRABAJOS DE LICENCIATURA,
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.**

Nosotras Lcda. Annelee Méndez y Carmen Jiménez, autoras del trabajo o tesis: CONOCIMIENTO DE LAS GESTANTES SOBRE LA COMPATIBILIDAD DEL RH (D) NEGATIVO EN EL RECIÉN NACIDO, Presentado para optar al título de Especialista en Administración en Salud Pública.

Autorizo a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

x	<i>Si autorizo</i>
	<i>Autorizo después de 1 año</i>
	<i>No autorizo</i>
	<i>Autorizo difundir sólo algunas partes del trabajo</i>
<i>Indique:</i>	

Firma(s) autor (es)

C.I. N° V-16.960.899

e-mail: 1985sancrist@hotmail.com

C.I N° V- 11.827.883

e-mail: cjimenecj.1971@hotmail.com

En Caracas, a los 15 días del mes de junio de 2013

Nota: En caso de no autorizarse la Escuela o Comisión de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo.

La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.

Lcda. Josefa Orfila
Tutor

Prof. Beatriz Feliciano Hernández
Director del Curso

Prof. Mariano Fernández Silano
Coordinador del Curso

ÍNDICE

RESUMEN	v
INTRODUCCIÓN	1
MÉTODOS	14
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	19
REFERENCIAS	25
ANEXOS	27

CONOCIMIENTO DE LAS GESTANTES SOBRE LA COMPATIBILIDAD DEL RH (D) NEGATIVO EN EL RECIÉN NACIDO

Annelee Méndez, C.I:16.960.899. Sexo: Femenino, E-mail: ane26-1985sancrist@hotmail.com Telf: 0412-351-33-26/0295-416-50-96. Dirección: Los Robles, calle Don Antonio, Residencia "Ola Margarita" Casa n° 8 Curso de Especialización en Salud Pública;

Carmen Jiménez, C.I: 11.827.883. Sexo: Femenino, E-mail: cjimenej.1971@hotmail.com Telf: 0416494-55-74. Dirección: La Asunción, calle Las Margaritas Urbanización Salazar Real Casa n° 59 Curso de Especialización en Salud Pública

Tutora: Josefa Orfila, C.I 2.643.220. Sexo: Femenino, E-mail: josefaorfila@gmail.com telf: 04142530227. Dirección: Av. El ejército. El Paraíso. Resd. Emilia apto-3. Caracas. Especialista en Salud Pública.

RESUMEN

Objetivo: Describir el nivel de conocimiento que poseen las gestantes que acuden a la Clínica Popular "Nueva Esparta" sobre la compatibilidad del Rh (D) negativo en el recién nacido, en el segundo semestre de 2012. Método: La investigación es de tipo descriptivo y prospectivo con diseño de campo. La población estará integrada por las gestantes que acuden a la Clínica Popular "Nueva Esparta" en el segundo semestre de 2012. En esta investigación se tomará solo las gestantes Rh (D) negativo que acuden a la Clínica Popular "Nueva Esparta" segundo semestre de 2012, empleando para ello la técnica de muestreo probabilístico intencional. Para recolectar los datos se utilizará una encuesta. Como instrumento de recolección de datos se empleó el cuestionario de respuestas multicótomas, de selección simple. Entre los resultados se demostró que 45% de las madres consultadas considera que existe la posibilidad de que un bebé tenga problemas de salud cuando la madre sea Rh (D) negativo y el padre Rh (D) positivo. 18% de las embarazadas conoce que la compatibilidad Rh es un problema cuando se trata de un segundo embarazo.

Palabras Claves: Compatibilidad Rh (D) negativo, gestantes, riesgo, complicaciones, prevención.

ABSTRACT

Objective: Describe the level of knowledge possessed by the pregnant women who come to the clinic Popular "Sparta" on the compatibility of Rh (D) negative in the newborn, in the second half of 2012. Method: The research is descriptive and prospective field design. The population will consist of pregnant women attending the clinic Popular "Sparta" in the second half of 2012. This research will only Rh (D) negative pregnant women attending the clinic Popular "Sparta" second half of 2012, employing probability sampling technique intentional. To collect the survey data will be used. As data collection instrument was used multicótomas questionnaire responses, selection simple. Among the results showed that 45% of mothers surveyed considered that there is a chance that a baby has health problems when the mother is Rh (D) negative and Rh (D) positive father. 18% of pregnant women known that compatibility is a problem when Rh is a second pregnancy.

Keywords: compatibility Rh (D) negative pregnant women, risk, complications, prevention.

INTRODUCCIÓN

La compatibilidad Rh (D) es una afección que se desarrolla cuando una mujer embarazada tiene sangre Rh negativa y el bebé que lleva en su vientre tiene sangre Rh (D) positivo.

Cuando la madre es Rh-negativo y el feto tiene sangre Rh (D) positivo que ha heredado de un padre Rh (D) positivo, parte de la sangre fetal puede entrar en contacto con la sangre materna a través de la placenta, sobre todo en los últimos días de embarazo y durante el parto. Si ello sucede, el organismo de la madre puede tratar los glóbulos rojos del feto como elementos extraños y producir anticuerpos para destruirlos (anticuerpos antiRh D). Los valores de estos anticuerpos de la madre se elevan a lo largo de todo el embarazo y pueden atravesar la placenta y llegar al feto, donde pueden destruir parte de sus eritrocitos. Como resultado, puede desarrollarse la enfermedad hemolítica en el feto (eritroblastosis fetal) o en el recién nacido (eritroblastosis neonatal). No obstante, durante un primer embarazo, rara vez surgen estos problemas porque, por lo general, no se produce un contacto significativo entre la sangre del feto y la de la madre hasta el momento del parto. Sin embargo, en cada embarazo subsiguiente, la madre se sensibiliza cada vez más frente a la sangre Rh (D) positivo y produce anticuerpos cada vez con mayor antelación⁽¹⁾.

Es por ello que al iniciar un embarazo, una de las primeras pruebas que se practican es el tipeaje que sirve para determinar el tipo de sangre de la madre y el factor Rh (D). De acuerdo al tipo de sangre, ésta tiene cierto tipo de proteínas en la superficie de los glóbulos rojos.

La compatibilidad Rh (D) negativo incluye síntomas en el feto o recién nacido tales como anemias, hidropesía fetal que puede estar acompañada por insuficiencia cardíaca, problemas respiratorios, el síndrome neurológico denominado kernicterus en cual se desarrolla en la etapa temprana mediante signos como ictericia extrema, succión o lactancia deficiente, etapa intermedia con llanto agudo, fontanela abultada y convulsiones y en la etapa tardía mediante la pérdida de

audición aguda, retraso mental, convulsiones trastornos del movimiento entre otros⁽²⁾.

En este orden, la educación de la salud para las gestantes Rh (D) negativo está fundamentada primordialmente en el cumplimiento de las medidas de profilaxis como la aplicación de la inyección de la inmunoglobulina anti D a mitad del embarazo y una segunda inyección unos días antes del parto.

Planteamiento y delimitación del problema

El embarazo trae consigo una gran esperanza para el futuro y puede conferir a la mujer un estatus social especial y muy apreciado, por otro lado despierta grandes expectativas en cuanto a la atención sanitaria que en esta circunstancia se suele solicitar en buen grado. Esto explica, el extraordinario éxito de las consultas de asistencia prenatal. Por ello la actual administración de salud realiza grandes esfuerzos para proporcionar la atención necesaria capaz de infundir confianza, resolver los problemas que puedan seguir en el estatus conferidos por el embarazo tal y como lo señala la Norma Oficial de Venezuela para la Atención Integral en Salud Reproductiva (2000) sobre la salud materna perinatal: "el mejoramiento de la salud de la mujer implica poner en marcha múltiples acciones que correspondan a la complejidad de los factores que influyen en ella"⁽³⁾.

En Venezuela existe la necesidad de garantizar servicios adecuados de asistencia para la atención respecto a la salud sexual y reproductiva, como también promover la importancia de asistir a la atención prenatal desde la primera sospecha de embarazo y cumplir con pruebas de laboratorio que puedan identificar a tiempo los factores predisponentes que puedan detectar cualquier enfermedad perinatal, relacionado con esta situación, surge el Proyecto Madre que tiene como finalidad motivar, orientar e instruir a las madres embarazadas que acuden a la consulta prenatal de los ambulatorios y hospitales del país, con la finalidad de controlar y/o prevenir cualquier riesgo en el desarrollo evolutivo del feto, uno de ellos es precisamente la compatibilidad por Rh (D) negativo⁽⁴⁾.

La incompatibilidad Rh (D) se desarrolla siempre que existe una diferencia en el tipo de sangre existente entre la madre y el feto, Rh (D) negativo por parte de la madre y Rh (D) positivo por parte del feto. Las causas pueden ser varias y complejas, entre ellas se encuentra el paso de los glóbulos rojos del feto al torrente sanguíneo de la madre a través de la placenta ⁽⁵⁾.

Cuando el cuerpo de la madre detecta estos glóbulos rojos, su organismo no tolera esta intrusión con lo que el sistema inmunológico de la madre atacará a estos glóbulos rojos como si de sustancias extrañas se tratara. El organismo de la madre empieza entonces a generar anticuerpos contra los glóbulos rojos que provienen del niño, el peligro aparece cuando existe la posibilidad de que estos anticuerpos traspasen la placenta en dirección al feto, atacando los glóbulos rojos de este. Problemas de incompatibilidad Rh (D) provoca desde síntomas muy leves hasta síntomas verdaderamente serios y graves como la hemólisis, enfermedad que destruye los glóbulos rojos y libera la hemoglobina en el sistema circulatorio del neonato.

Cuando el número de glóbulos rojos (en el feto) es muy bajo, el organismo busca compensar la baja de hemoglobina y comienza a producir sangre en lugares donde normalmente no se produce, lo que se conoce como enfermedad hemolítica del recién nacido. La hemoglobina liberada se convierte en bilirrubina y las consecuencias sobre el feto pueden ser graves y diversas.

En Venezuela, aproximadamente 12% de los embarazos son incompatibles, lo que determina cuán importante es la prevención de la isoimmunización Rh (D). Las consecuencias de la incompatibilidad sanguínea pueden ser irremediables si no se toman las medidas necesarias para resguardar la salud del futuro bebé ⁽⁶⁾.

En este orden es vinculante la información que aporta el equipo de salud sobre la compatibilidad e incompatibilidad Rh (D) a las gestantes que acuden a los centros asistenciales del país mediante actividades de promoción y educación para la salud con la finalidad de promover el cumplimiento de las medidas preventivas y de tratamiento en las madres con factor Rh (D) negativo, puesto que es común detectar el desconocimiento de las mismas sobre la etiología, signos y síntomas,

complicaciones, diagnóstico prevención y tratamiento de la compatibilidad sanguínea.

En el Estado Nueva Esparta, específicamente en la Clínica Popular “Nueva Esparta” ubicada en el municipio Arismendi, según datos aportados por el Departamento de Registros Médicos de este centro asistencial, durante el primer semestre de 2012 se registraron diversos casos de gestantes con problemas de incompatibilidad sanguínea con factor Rh (D) negativo. Por consiguiente es útil fomentar la educación para la salud en las gestantes con factor Rh (D) negativo mediante orientaciones y eventos informativos que fortalezcan su conocimiento sobre la identificación de problemas de incompatibilidad, estrategias tempranas a seguir y sus principales complicaciones maternas y fetales durante el embarazo, entre ellas la compatibilidad sanguínea, demostrando la educación para la salud como un instrumento básico que debe emplear el equipo de salud para prevenir enfermedades, mediante la aplicación de métodos que le permitan llegar con claridad a las personas que reciben la información.

En torno a lo planteado surge la siguiente pregunta:

¿Tendrán las gestantes que acuden a la Clínica Popular “Nueva Esparta” conocimiento de las implicaciones que tiene para el recién nacido la compatibilidad del factor Rh (D) negativo?

Justificación e importancia.

La importancia de la educación para la salud en las embarazadas se justifica, ante la actual situación demográfica y epidemiológica, los problemas de salud asociados a estilos de vida y multicausalidad, son responsables de gran parte de la morbimortalidad y de los déficits en calidad de vida. Igualmente, los determinantes sociales, son parte fundamental del origen y de las potenciales soluciones para enfrentar la dinámica de salud actual.

Esta investigación permitirá generar acciones para un programa educativo a las gestantes con factor Rh (D) negativo, identificar las carencias y deficiencia que

tienen sobre el conocimiento de las posibles complicaciones de este problema obteniendo de esta manera, información real para una respuesta o solución a esta situación que cada día se incrementa en las consultas prenatales especialmente a las personas embarazadas que acuden a la consulta de la Clínica Popular Nueva Esparta. Mediante este estudio se propone la intervención preventiva del equipo de salud, que se fundamentará en la educación para así disminuir el riesgo al que están expuestas las embarazadas y sus futuros hijos. Esta educación se traducirá en una mejor calidad de vida y con esto un mejoramiento en la salud ya que en el control prenatal se vigilara la evolución del embarazo, la preparación para el momento del parto, e incluso el cuidado post natal y del recién nacido.

También, sirve para el equipo de salud multidisciplinario cómo una herramienta práctica y accesible en la orientación a las usuarias, con el fin de obtener una rápida información sobre el control prenatal y los problemas con la incompatibilidad del Rh (D) negativo

Asimismo, les permitirá a estas futuras madres obtener el conocimiento pleno del desarrollo de su gestación, canalizando sus inquietudes y necesidades referidas a su control sucesivo de los embarazos posteriores y evitar las complicaciones futuras de los recién nacidos.

Esta investigación servirá como antecedentes a otros trabajos, con material de información y formación referente a la educación de aquellas embarazadas que hayan presentado compatibilidad del factor Rh (D), también como material de apoyo a universidades que proyecten un fin común.

Antecedentes

Torrealba y Lira (1993) en su estudio "Atención al Paciente RH negativo en el Hospital Central "Dr. Plácido Rodríguez Rivero" de San Felipe, Estado Yaracuy. En esta investigación se revisaron 500 historias escogidas aleatoriamente de un total de 5.731 de pacientes atendidas en el Hospital Central de San Felipe " Dr. Plácido Rodríguez Rivero". En el Servicio de Obstetricia y Ginecología que ingresaron en trabajo de parto durante el lapso comprendido entre Julio de 1991 y Julio de 1992.

En este lapso se atendieron 19 pacientes Rh negativo de las cuales 94,7% presentaron parto eutócico, 73,6% se realizaron control prenatal y la mayoría de ellas 71,4% en instituciones públicas. Las pacientes no recibieron tratamiento con IgG Anti Rh postparto. El manejo de la paciente Rh negativo, durante el control prenatal y parto no es el adecuado, detectándose fallas en el mismo. La profilaxis con IgG Anti D en el preparto es considerada pauta en nuestro medio y se realiza en forma irregular en el postparto, con el consiguiente riesgo de sensibilización para embarazos futuros. Se concluyó que la mayor población atendida estuvo comprendida entre 20 y 30 años y como en todos los hospitales la principal causa de ingreso fue por trabajo de parto. 14 de las 19 pacientes se realizaron control prenatal, 10 en instituciones públicas y de estas, 8 desconocían su factor Rh. Fueron omitidos el factor Rh del marido y el título de aglutinina. No se tomó muestra del cordón umbilical por desconocimiento del factor Rh de la madre y ninguna paciente recibió tratamiento con IgG Anti D pre y postparto⁽⁷⁾. Baptista y Rosenfeld-Mann (2001) realizaron el estudio “Prevención de la isoimmunización materna al RhD, con γ globulina antiD” en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), México, con el objetivo de presentar la experiencia institucional en la prevención de la isoimmunización al RhD, mediante el empleo de 150 μ g de γ -globulina anti D en las mujeres Rh negativo. Se registraron los antecedentes inmunohematológicos de los casos consecutivos de todas las mujeres Rh negativo que acudieron, para su atención médica, al Instituto Nacional de Perinatología entre 1982 y 1995. A las mujeres con riesgo de isoimmunización se les aplicó 150 μ g de γ -globulina anti D, con fines preventivos. En el periodo de estudio ingresaron 4.857 mujeres Rh negativo (4.85% del total de mujeres), de las cuales 629 (13.0%), presentaron isoimmunización al RhD. De estas últimas, 542 (86.2%) ya se encontraron isoimmunizadas desde antes de su ingreso al Instituto. En 22 casos (3.5%), la isoimmunización ocurrió a pesar de que recibieron la dosis adecuada de γ globulina anti D. De las 2 605 pacientes (53.6%) sometidas a prevención, a 2 039 se les aplicó una sola dosis, y a 475, hasta dos dosis. En 22 casos se documentó la falla de la prevención; sin embargo, en cuatro de ellos, se

registraron embarazos múltiples, y los restantes 18 presentaron patología obstétrica asociada. Se concluyó que mediante este programa de prevención, consistente en administrar 150 µg de γ-globulina anti D por dosis, es posible reducir la isoimmunización a menos de un caso por cada 1000 mujeres. Los fracasos en la prevención de la isoimmunización se asociaron a condiciones obstétricas agregadas y al incumplimiento de las guías o lineamientos del programa⁽⁸⁾.

Adrián y Belazzi (2009) en su investigación “Compatibilidad Rh en el embarazo”, con el objetivo de por objetivo de revisar distintas publicaciones referentes a la compatibilidad Rh (D) en el embarazo teniendo en cuenta sus características más relevantes en epidemiología, etiopatogenia, clínica, diagnóstico, evolución y tratamiento. Se trata de un estudio documental y descriptivo donde se indica que el tratamiento en los casos en que no se ha hecho profilaxis incluye, por un lado plasmaferesis y administración de gammaglobulina intravenosa para la madre y transfusión intrauterina de sangre Rh(D) negativo para el feto. Se concluyó que agudizando los esfuerzos en diagnóstico, prevención, y eventualmente tratamiento, se logrará el objetivo de lidiar contra una enfermedad que aún en la actualidad continúa amenazando a la población fetal, particularmente, en de países en vías de desarrollo⁽⁹⁾.

Marco Teórico

Educación para la salud

La educación es un factor determinante en la salud, puesto que la salud es básicamente una estructura social: se crea a través de la interrelación entre la gente y sus entornos en el proceso de la vida diaria: donde la gente vive, ama, aprende, trabaja y juega⁽¹⁰⁾.

En este ámbito se conceptualiza la educación para la salud, la cual según como una disciplina que estudia y desarrolla los procesos que permiten generar pautas de conducta (individuales y colectivas favorables) a la salud a través de distintos niveles de acción que van desde la transmisión de información hasta la reflexión y participación conjunta de los integrantes de dicho proceso educandos-educadores.

En la educación para la salud se espera que a través de la conducción de expertos, haya cambios de conducta, favorables a la salud. La educación para la salud, actualmente abarca un concepto más amplio de promoción de la salud y un nuevo énfasis en la prevención, se concentra cada vez más en el aprendizaje y en el proceso de fortalecimiento de la autonomía. Desde este punto de vista, la educación para la salud es un proceso social y político imprescindible, así como un elemento básico de desarrollo humano. Como consecuencia, la educación para la salud está abarcando aspectos y ocupando cada vez más, una función central dentro de varios sectores de las políticas, tanto de países desarrollados, como sub-desarrollados, entre ellos la salud⁽¹¹⁾.

Desde que la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de la Salud (1978) y la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (Ottawa 1986) identificaron el papel esencial de la educación para la salud, ha habido un progreso considerable en el mejoramiento de la salud mundial. En este sentido han, disminuido las enfermedades infecciosas y la mortalidad infantil, las personas están mejor nutridas, se tiene más acceso al agua limpia y la gente vive más tiempo que antes⁽¹²⁾.

El desarrollo de la Educación para la Salud es un indicador claro de calidad y bienestar de los pueblos. Desde esta realidad, se hace necesario no sólo profundizar en los conceptos, aunque sean prioritarios para avanzar, sino también una adecuada programación y planificación, eficaces metodologías, recursos, y sobre todo unos profesionales con una sólida formación en esta materia.

En las gestantes, la educación para la salud, se convierte en una herramienta primaria para transmitir información a las mujeres acerca de sus embarazos. La educación logra, reducir factores de riesgo modificables y satisfacción a las mujeres al aumentar sus conocimientos sobre los cambios que en ella provoca su embarazo, sobre el desarrollo fetal, logrando identificar complicaciones como la compatibilidad Rh(D).

Compatibilidad Rh

La compatibilidad Rh (D) es una situación clínica producida durante el embarazo, debida a que la madre carece del antígeno Rh (D) y el feto la tiene. Dada la presencia del grupo Rh (antígeno D) en aproximadamente un 75% de la población y con un 25% de personas que carecen del mismo, la posibilidad de una madre Rh(D) negativa con feto Rh (D) positivo es muy alta⁽¹³⁾.

De entre todas las combinaciones posibles, el riesgo existe cuando se combinan el grupo sanguíneo de la mujer Rh(D) negativo y el del hombre Rh (D) positivo, aunque no habría riesgo si el bebé hereda el Rh (D) negativo de la madre. Pero cuando una mujer Rh (D) negativo y un hombre Rh (D) positivo conciben un hijo, existe la posibilidad de que el bebé tenga problemas de salud. Es posible que el bebé que está formándose dentro de la madre que es Rh (D) negativo tenga sangre Rh(D) positivo que heredó del padre.

Aproximadamente la mitad de los niños con una madre Rh (D) negativo y un padre Rh (D) positivo son Rh (D) positivos aunque hay que señalar, que éstos no se darían normalmente en el primer embarazo sino en los siguientes. Los problemas potenciales de esta asociación derivan de la fabricación por la madre de anticuerpos contra la proteína Rh(D). Este proceso se llama sensibilización Rh. En caso de sensibilización Rh(D), el embarazo por un feto Rh positivo origina la enfermedad hemolítica del recién nacido por compatibilidad Rh (D)⁽¹⁴⁾.

La gravedad de esta condición puede variar ampliamente. En algunos casos, el bebé no presenta síntomas de la enfermedad; en otros casos puede conducir a la muerte del bebé antes o poco después de nacer. Este trastorno se puede tratar en el útero (antes del nacimiento del bebé) por medio de una transfusión intrauterina. Cuando el bebé nace, los signos que se pueden presentar como señales de compatibilidad de Rh (D) son: agrandamiento del hígado o del bazo, hinchazón generalizada, ictericia y anemia. Después del nacimiento, dependiendo de la gravedad de la condición, generalmente es necesario realizar una transfusión de sangre.

Causas

Las causas pueden ser varias y complejas, entre ellas se encuentra el paso de los glóbulos rojos del feto al torrente sanguíneo de la madre a través de la placenta. Cuando el cuerpo de la madre detecta estos glóbulos rojos, su organismo no tolera esta intrusión con lo que el sistema inmunológico de la madre atacará a estos glóbulos rojos como si de sustancias extrañas se tratara. El organismo de la madre empieza entonces a generar anticuerpos contra los glóbulos rojos que provienen del niño, el peligro aparece cuando existe la posibilidad de que estos anticuerpos traspasen la placenta en dirección al feto, atacando los glóbulos rojos de éste⁽¹⁵⁾.

Factores de riesgo

Un factor de riesgo es aquello que incrementa su probabilidad de contraer una enfermedad o condición. Los factores de riesgo incluyen:

- Una mujer embarazada con sangre Rh (D) negativo que anteriormente haya tenido un embarazo de un feto Rh (D) positivo
- Una mujer embarazada que previamente tuvo una transfusión de sangre o amniocentesis.
- Una mujer embarazada con sangre Rh negativo que no haya recibido profilaxis de inmunización Rh (D) durante un embarazo previo de un feto Rh (D) positivo⁽¹⁶⁾.

Complicaciones

Las complicaciones en el feto antes de nacer, son:

- Polihidramnios: exceso de líquido amniótico alrededor del bebé al momento de nacer.
- Hemólisis (destrucción de los glóbulos rojos).
- Hidropesía fetal: es la complicación de la compatibilidad Rh(D), puede causar anemia severa, lo que puede provocar a su vez insuficiencia cardiaca fetal, inflamación corporal total, dificultad respiratoria o colapso circulatorio, en caso de que el bebé haya nacido.

Los síntomas que se presentan en el recién nacido con esta enfermedad, pueden ser:

- Ictericia: piel de color amarillento, por exceso de bilirrubina en el organismo.
- Hipotonía: disminución en el tono muscular.
- Disminución en el desarrollo motor y mental
- Kernicterus, es un síndrome neurológico, que ocasiona pérdida del reflejo Moro (reflejo de alarma), pérdida del apetito y disminución en la actividad física.

También puede provocar una postura inusual, fontanela abultada (abultamiento en los espacios blandos de la cabeza del bebé) y convulsiones, así como, la disminución del tono muscular, trastornos en el movimiento, pérdida de la audición y disminución de la capacidad mental⁽¹⁷⁾.

Prevención

Antiguamente, se procedía a un recambio total de la sangre del neonato (exsanguinotransfusión) e, incluso, se practicaban transfusiones intrauterinas. Hoy en día, mediante el cribado de las embarazadas, se identifica aquellas con Rh- y se procede a la profilaxis inmunoglobulina anti-D (Rh0), después de cualquier evento de sensibilización, en las primeras 72 horas. Es decir, debe administrarse durante cada embarazo, después de un aborto (espontáneo o provocado) y después de pruebas invasivas, como una amniocentesis o una biopsia de corion. Se inyecta por vía intramuscular o intravenosa y es efectiva, como mínimo, durante 6 semanas.

La inmunización previene la formación de anticuerpos de la madre Rh- contra las células Rh (D) positivo del feto que pueden pasar a la circulación materna, con el fin de proteger a los futuros bebés de la enfermedad hemolítica del neonato. La administración sistemática a partir de finales de los años 60 a todas las gestantes con Rh (D) negativo e hijos con Rh (D) positivo ha hecho desaparecer casi por completo la enfermedad hemolítica de lactantes, que en 1969 causaba la muerte de 48 bebés por cada 100.000 nacidos vivos⁽¹⁸⁾.

Objetivos

Objetivo general

Describir el nivel de conocimiento que poseen las gestantes que acuden a la Clínica Popular “Nueva Esparta” sobre la compatibilidad del Rh (D) negativo en el recién nacido, en el segundo semestre de 2012.

Objetivos específicos

- Caracterizar a la población según antecedentes obstétricos.
- Detectar el conocimiento de las embarazadas sobre los riesgos de la compatibilidad sanguínea.
- Señalar el conocimiento de las embarazadas sobre las complicaciones de la compatibilidad sanguínea.
- Identificar el conocimiento de las embarazadas sobre los controles de salud para la prevención de la compatibilidad sanguínea.

Aspectos Éticos

Principio de beneficencia

Se trata del deber ético de buscar el bien para las personas participantes en la investigación con el fin de lograr los máximos beneficios y reducir al mínimo los riesgos de los cuales deriven posibles daños o lesiones. Es decir, que los riesgos sean razonables frente a los beneficios previstos, que el diseño tenga validez científica y que los investigadores sean competentes integralmente para realizar el estudio y sean promotores del bienestar de las personas.

Principio de justicia social

El principio de justicia puede analizarse desde los principios o hacia las consecuencias de los actos. En el primer caso se logra un diseño de investigación justo cuando está de acuerdo con los principios, como el de respeto a las personas; en el segundo se aplica el concepto de justicia en contextos teleológicos, de modo que será justo todo lo que armoniza el binomio costo/beneficio. Por lo tanto, la justicia se realiza no sólo en la comprensión y reconocimiento de los principios sino en la búsqueda efectiva de las consecuencias buenas de todo el actuar investigativo.

La percepción del aspecto teleológico de la justicia es importante y resulta muy operativo por ser fácilmente cuantificable. Aquí puede afirmarse aquello de que la racionalidad económica es indispensable para la racionalidad ética.

MÉTODOS

En esta sección se complementa el tipo y diseño de la investigación, población y muestra, técnicas de recolección de datos y técnicas de análisis de datos.

Tipo de estudio

Según el problema y los objetivos planteados del estudio la investigación es de tipo descriptivo y prospectivo, mediante la cual se determinó la situación de la variable en estudio al presentar los hechos tal cual como suceden en el momento de la investigación. La investigación descriptiva se define como la etapa preparatoria del trabajo científico que permite ordenar el resultado de las observaciones de las conductas, las características, los factores, procedimientos y otras variables de fenómenos y hechos. Este tipo de investigación no contó hipótesis explícitas. La investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento⁽¹⁹⁾.

De acuerdo a lo expuesto, se buscó obtener información acerca del fenómeno, con la finalidad de describir sus implicaciones, sin importar la causa u origen del problema tratando de dar una visión de sus características y cómo operar. En este caso se determinó la educación para la salud en las gestantes Rh (D) negativo que acuden a la Clínica Popular “Nueva Esparta” año 2012.

El diseño de investigación viene a ser la estrategia que adopta el investigador para responder al problema planteado. Se recolecta la información de una manera directa de la realidad en donde ocurren los hechos. Estudia un determinado grupo de personas para conocer su estructura y sus relaciones sociales⁽²⁰⁾.

En relación a lo anterior la investigación se presentó con un diseño de campo, puesto que se procedió a recolectar los datos directamente del lugar donde acontecen los hechos, es decir en la Clínica Popular “Nueva Esparta” ubicada en el municipio Arismendi, Estado Nueva Esparta.

Población y muestra

La población es la totalidad del fenómeno a estudiar en donde las unidades de población poseen una característica con la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación⁽²⁰⁾.

La población estuvo integrada por las gestantes que acuden a la Clínica Popular “Nueva Esparta” en el segundo semestre de 2012. Por su parte la muestra es un subconjunto o parte de la población cuando analiza una muestra no se hace con el propósito de fijar la atención en ella o conocer sus propiedades sino de conocer la población de la cual proviene. La muestra es o debe ser una representación de la población.

En esta investigación se tomó solo las gestantes Rh (D) negativo que acudieron a la Clínica Popular “Nueva Esparta” segundo semestre de 2012, empleando para ello la técnica de muestreo probabilístico intencional.

Criterio de inclusión y de exclusión

Como criterio de inclusión en esta investigación se estableció a las gestantes Rh(D) negativo que acudieron a la Clínica Popular “Nueva Esparta” durante el segundo semestre de 2012. El criterio de exclusión lo representaron las gestantes que no son Rh negativo o que siendo Rh(D) negativo acuden a este centro asistencial en lapsos diferentes al período de estudio.

Procedimientos

Para recolectar los datos se utilizó una encuesta. La encuesta es una técnica cuantitativa que consiste en una investigación realizada sobre una muestra de sujetos, representativa de un colectivo más amplio que se lleva a cabo en el contexto de la vida cotidiana, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación con el fin de conseguir mediciones cuantitativas sobre una gran cantidad de características objetivas y subjetivas de la población⁽¹⁹⁾.

Como instrumento de recolección de datos se empleó el cuestionario de él cual se define como un conjunto de preguntas que condicionaran respuestas. Las preguntas pueden ser abiertas o cerradas multicótomos. El cuestionario que se aplicó fue de preguntas cerradas, de selección múltiple relacionados a la variable de estudio.

Tratamiento estadístico adecuado

Recabada la información se procedió a la clasificación y ordenamiento de la misma a fin de facilitar sus análisis. Este proceso, se llevó a cabo manualmente mediante una matriz o tabla de datos de doble entrada, donde se fue anotando las respuestas obtenidas del instrumento de recolección de datos.

Luego estos datos fueron sometidos al análisis estadístico descriptivo, definido como la descripción numérica de todos los elementos de un universo o grupo particular las conclusiones que se desprenden de esta descripción no van más allá del grupo descrito y cualquier similitud en los grupos extraños no pueden considerarse garantía⁽²⁰⁾.

Los resultados obtenidos en la investigación, se presentaron de manera tabular a través de tablas estadísticas en las cuales se ordenaron los datos numéricos en filas y columnas con las especificaciones correspondientes acerca de la naturaleza de los datos.

RESULTADOS

El Cuadro N° 1 revela que 45% de las madres consultadas considera que existe la posibilidad de que un bebé tenga problemas de salud cuando la madre sea Rh(D) negativo y el padre Rh (D) positivo, 30% respondieron madre Rh negativo y padre Rh (D) negativo y un 25% madre Rh (D) positivo y padre Rh (D) negativo.

En el Cuadro N° 2 se observa que 43% de las embarazadas conoce que la compatibilidad Rh (D) es un problema cuando se trata de un embarazo múltiple, 38% en un primer embarazo y 18% en un segundo embarazo.

En el Cuadro N° 3 se muestra que 45% de las madres sostiene que la compatibilidad por Rh (D) negativo es una afección que surge después del embarazo, 37% antes del embarazo y 18% durante el embarazo.

El Cuadro N° 4 muestra que 37% de las madres consideran que la compatibilidad por Rh (D) negativo surge a raíz del embarazo anterior y el tipo de sangre de su bebé es Rh(D) positivo, 33% del primer embarazo y el tipo de sangre de su bebé es Rh negativo, y 30% del embarazo anterior y el tipo de sangre de su bebé es Rh (D) negativo.

El Cuadro N° 5 indica que 40% de las embarazadas sostiene que la compatibilidad por Rh (D) surge a raíz de abortos, 35% de las transfusiones de sangre o amniocentesis previas y 25% del consumo de píldoras anticonceptivas.

En el Cuadro N° 6 se observa que 42% de las embarazadas opina que la compatibilidad por Rh (D) negativo puede estar ocasionada porque la madre ha tenido un bebé Rh (D) negativo y no se ha vacunado, 35% que ha tenido un bebé Rh (D) positivo y no se ha vacunado y 23% de la madre que ha tenido un bebé Rh (D) negativo y se vacunó.

En el Cuadro N° 7 se revela que 32% de las encuestadas opina que la compatibilidad por Rh (D) negativo puede ser causa grave en madres Rh (D) negativo que se han vacunado con antiglobulina anti D, 30% considera a causa de

partos múltiples y sin vacunación, 20% por hemoglobinas mayor o igual a 12,5 gr/dl y 18% por hemoglobinas menores de 12,5 gr/dl.

En el Cuadro N° 8 se muestra que 43% de las madres considera que el peligro de compatibilidad Rh (D) entre la madre y el feto es que los anticuerpos de la madre pueden atravesar la placenta y destruir los glóbulos rojos del bebé, 33% opina que los glóbulos rojos de la madre pueden alcanzar valores por debajo de los normales y un 23% considera que el bebé puede morir.

En el Cuadro N° 9 muestra que 45% de las encuestadas opina que las complicaciones de la compatibilidad por Rh (D) negativo son los problemas renales, destrucción de los glóbulos rojos, inflamación corporal, 32% de los problemas neurológicos, destrucción de los glóbulos rojos, inflamación corporal y un 23% que son los problemas mentales, destrucción de los glóbulos blancos, inflamación corporal.

En el Cuadro N° 10 señala que 58% de las consultadas dice que los efectos de la compatibilidad Rh (D) negativo en el bebé son el aumento de la sensibilidad a infecciones, 22% que son la disminución en el desarrollo motor y mental, y un 20% acerca de la disminución del nivel de glóbulos blancos y plaquetas.

En el Cuadro N° 11 se observa que 47% de las madres indica que la prevención de los efectos de la compatibilidad por Rh (D) negativo se logra mediante el control y seguimiento con el médico obstetra, 37% mediante la realización de exámenes de laboratorio y un 17% por medio de la esterilización.

En el Cuadro N° 12 se muestra que 45% de las madres considera que la medida de prevención por Rh (D) negativo es la aplicación durante el primer mes de embarazo de la vacuna Inmunoglobulina anti D, 30% de la vacuna antitetánica y un 25% de la BCG.

En el Cuadro N° 13, se indica que 48% sostiene que para la compatibilidad por Rh (D) negativo existe como control las consultas con otros especialistas, promoción de la información sobre el tema en el centro de salud y a nivel comunitario, 32% el control de la esterilización femenina y promoción de la información sobre el tema en el centro de salud y a nivel comunitario y un 20% sobre la esterilización femenina y consultas con otros especialistas.

DISCUSIÓN

La compatibilidad Rh (D) es el término que se le da en medicina a una forma de enfermedad hemolítica del recién nacido que se desarrolla cuando una mujer embarazada tiene sangre Rh (D) negativa y el bebé que lleva en su vientre tiene sangre Rh (D) positivo⁽¹³⁾.

La aplicación del instrumento de recolección de datos demostró que 45% de las madres consultadas considera que existe la posibilidad de que un bebé tenga problemas de salud cuando la madre sea Rh (D) negativo y el padre Rh (D) positivo (Cuadro 1), lo que coincide con lo establecido en la revisión bibliográfica que indica que entre todas las combinaciones posibles, el riesgo existe cuando se combinan el grupo sanguíneo de la mujer Rh (D) negativo y el del hombre Rh(D) positivo, aunque no habría riesgo si el bebé hereda el Rh (D) negativo de la madre. Pero cuando una mujer Rh (D) negativo y un hombre Rh(D) positivo conciben un hijo, existe la posibilidad de que el bebé tenga problemas de salud. Es posible que el bebé que está formándose dentro de la madre que es Rh negativo tenga sangre Rh (D) positivo que heredó del padre⁽²¹⁾.

Para la mayoría de las embarazadas consultadas, la compatibilidad Rh(D) es un problema cuando se trata de un segundo embarazo así como una afección que surge después del embarazo (Cuadro 2 y 3), lo que contrasta con un reporte de investigación sobre la compatibilidad Rh (D) realizado Oaxaca, México en 2012 a una muestra de 49 personas de las cuales 51,11% manifestaron que la compatibilidad Rh (D) causa complicaciones en el primer embarazo⁽²²⁾.

Es importante considerar que aproximadamente la mitad de los niños con una madre Rh (D) negativo y un padre Rh (D) positivo son Rh (D) positivos aunque hay que señalar, que éstos no se darían normalmente en el primer embarazo sino en los siguientes, los problemas potenciales de esta asociación derivan de la fabricación por la madre de anticuerpos contra la proteína Rh(D)⁽¹⁵⁾.

El primer bebé que tenga la madre no suele verse afectado, ya que el hecho de que el organismo de la madre desarrolle los anticuerpos contra la sangre del feto, requiere algún tiempo. Pero en posteriores embarazos que coincidan con un bebé con grupo sanguíneo Rh(D) positivo si pueden haber inconvenientes.

La opinión de las madres demostró una mayor inclinación con respecto a que la compatibilidad por Rh negativo surge a raíz del embarazo anterior y el tipo de sangre de su bebé es Rh (D) positivo (Cuadro 4). De entre todas las combinaciones posibles, el riesgo existe cuando se combinan el grupo sanguíneo de la mujer Rh (D) negativo y el del hombre Rh (D) positivo, aunque no habría riesgo si el bebé hereda el Rh (D) negativo de la madre. Pero cuando una mujer Rh (D) negativo y un hombre Rh (D) positivo conciben un hijo, existe la posibilidad de que el bebé tenga problemas de salud. Es posible que el bebé que está formándose dentro de la madre que es Rh (D) negativo tenga sangre Rh (D) positivo que heredó del padre⁽¹³⁾.

Para las embarazadas consultadas la compatibilidad por Rh (D) surge a raíz de abortos y de las transfusiones de sangre o amniocentesis previas (Cuadro 5), la revisión bibliográfica señala al respecto que durante el parto, la sangre de la madre y la del bebé pueden entremezclarse. Si esto sucede, el cuerpo de la madre reconoce la proteína Rh (D) como una sustancia extraña y comienza a producir anticuerpos (moléculas proteicas en el sistema inmunológico que reconocen, y luego destruyen, las sustancias extrañas) para atacar a las proteínas Rh (D) que entran en su sangre. La mujer Rh (D) negativo embarazada también puede entrar en contacto con la proteína Rh (D) negativo algo que podría producir anticuerpos anti Rh (D) en las transfusiones de sangre con Rh(D) positivo, los abortos espontáneos y los embarazos extrauterinos⁽¹¹⁾.

Sobre las causas de la compatibilidad por Rh (D) negativo la opinión de las embarazadas encuestadas se inclinó por el hecho de tener un bebé Rh (D) positivo sin vacunación previa o en madres Rh (D) negativo que se han vacunado con antiglobulina anti D, (Cuadros 6,7). Aproximadamente 12% de los embarazos son incompatibles, lo que determina cuán importante es la prevención de la compatibilidad sanguínea o isoimmunización Rh(D), las consecuencias de la incompatibilidad sanguínea pueden ser irremediables si no se toman las medidas necesarias para resguardar la salud del futuro bebé, el plan de profilaxis para la prevención de la isoimmunización Rh (D) en Venezuela, se inició en 1.970,

mediante la aplicación de 300µg de inmunoglobulina Anti Rh (D) dentro de las 72 horas después del parto⁽¹⁵⁾.

Sobre el peligro de compatibilidad Rh(D) entre la madre y el feto, las gestantes tuvieron mayores respuestas que consideraban que los anticuerpos de la madre pueden atravesar la placenta y destruir los glóbulos rojos del bebé, acarreado en el bebé, problemas renales, destrucción de los glóbulos rojos e inflamación corporal (Cuadro 8,9).

Cuando el cuerpo de la madre detecta estos glóbulos rojos, su organismo no tolera esta intrusión con lo que el sistema inmunológico de la madre atacará a estos glóbulos rojos como si de sustancias extrañas se tratara. El organismo de la madre empieza entonces a generar anticuerpos contra los glóbulos rojos que provienen del niño, el peligro aparece cuando existe la posibilidad de que estos anticuerpos traspasen la placenta en dirección al feto, atacando los glóbulos rojos de este⁽¹⁶⁾.

Para las madres estudiadas los efectos de la compatibilidad Rh (D) negativo en el bebé son el aumento de la sensibilidad a infecciones (cuadro 10). La revisión bibliográfica sustenta que las complicaciones en el feto antes de nacer, son: polihidramnios: exceso de líquido amniótico alrededor del bebé al momento de nacer, hemólisis (destrucción de los glóbulos rojos). hidropesía fetal: es la complicación de la incompatibilidad Rh(D), puede causar anemia severa, lo que puede provocar a su vez insuficiencia cardíaca fetal, inflamación corporal total, dificultad respiratoria o colapso circulatorio, en caso de que el bebé haya nacido⁽¹⁴⁾.

En un segundo contacto de la madre Rh (D) negativo con Rh(D) positivo se desencadena una respuesta inmunológica materna mediada por inmunoglobulina IgG que atraviesa la barrera placentaria por su bajo peso molecular; este anticuerpo se adhiere a los eritrocitos fetales Rh (D) positivos formando complejos antígeno-anticuerpo que son destruidos en el sistema retículo endotelial fetal (hígado y bazo). Como mecanismo de defensa fetal a la anemia que se produce por la destrucción masiva de eritrocitos, el sistema eritropoyético es estimulado con producción y liberación de eritroblastos (eritrocitos jóvenes) a partir de la

médula ósea, el hígado y el bazo. Este fenómeno de producción y destrucción produce una disminución en la síntesis de proteínas, la cual según la severidad va a producir una disminución en la presión coloidoosmótica de la circulación fetal que se manifestará con edemas y posteriormente acumulación de líquidos en cavidades - hidrops fetal; si persiste el fenómeno la anemia severa ocasiona falla cardíaca. La respuesta es más frecuente en fetos masculinos⁽²²⁾.

La mayoría de las madres encuestadas indicaron que la prevención de los efectos de la compatibilidad por Rh (D) negativo se logra mediante el control y seguimiento con el médico obstetra, así mismo que la medida de prevención por Rh (D) negativo es la aplicación durante el primer mes de embarazo de la vacuna Inmunoglobulina anti D, y que para la compatibilidad por Rh (D) negativo existen como control las consultas con otros especialistas, promoción de la información sobre el tema en el centro de salud y a nivel comunitario (Cuadros 11,12 y 13). De acuerdo al estudio realizado en Oaxaca las personas que dijeron que lo más importante para prevenir la compatibilidad es un buen control materno prenatal fueron 8 equivalente a 17.68%⁽²¹⁾.

La medida terapéutica más eficaz es prevenir urgentemente la sensibilización de la madre, o sea, evitar que su organismo produzca y almacene anticuerpos anti-D. Cuando una mujer Rh (D) negativo engendra un hijo de un hombre Rh (D) positivo, se le debe inyectar una vacuna de inmunoglobulina anti-D en la semana 28 de gestación (profilaxis antenatal). En el momento del nacimiento, si el factor Rh (D) del recién nacido es positivo, se debe administrar a la madre una nueva dosis (profilaxis posnatal).

En el caso de que la mujer haya estado embarazada y no se colocara esta inyección, se deberá realizar un análisis de sangre para conocer si tiene los anticuerpos. Si ya existe isoimmunización, se debe llevar un férreo control del feto para determinar en todo momento el grado de afectación, con el objetivo de mantener el embarazo hasta la máxima maduración fetal, principalmente a nivel pulmonar⁽¹⁷⁾.

La combinación de métodos no invasivos, como la determinación del título de anticuerpos y a ecografía, y de métodos invasivos, como el análisis del líquido

amniótico y la cordocentesis, permiten detectar y predecir la gravedad en la mayoría de los casos. Si se detecta enfermedad entre la semana 32 y 34 de embarazo, es posible plantear la inducción pre-término del parto.

Los resultados de este estudio comprobaron que a pesar que existe conocimiento de las embarazadas sobre los riesgos, complicaciones y controles de salud para la prevención de la compatibilidad sanguínea, es preciso fortalecer el mismo mediante la formulación, diseño y aplicación de estrategias educativas como es el caso de un programa educativo dirigido a las gestantes que acuden al control prenatal con la finalidad de dar a conocer las implicaciones de la misma, primordialmente el factor preventivo haciendo hincapié en la inmunización para evitar las complicaciones asociadas a esta patología.

Por consiguiente se formula un Programa Educativo para promover el conocimiento de las gestantes que acuden a la Clínica Popular “Nueva Esparta” sobre la compatibilidad del Rh (D) negativo en el recién nacido.

Este programa educativo contará con una duración de 2 horas académicas, con frecuencia semanal.

OBJETIVO(S) TERMINAL(ES): Al finalizar la actividad educativa las asistentes tendrán conocimientos sobre la compatibilidad del Rh(D) negativo en el recién nacido.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	ESTRATEGIAS INSTRUCCIONALES	RECURSOS INSTRUCCIONALES	EVALUACIÓN
<p>1. Explicar los aspectos conceptuales sobre la compatibilidad Rh (D) negativo en el embarazo.</p> <p>2. Explicar los mecanismos de prevención de la compatibilidad Rh (D) negativo en el embarazo .</p>	<p>Causas Factores de Riesgo Síntomas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ictericia - Hipotonía - Disminución en el desarrollo motor y mental - Kernicterus, <p>Complicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Polihidramnios - Hidropesía fetal <p>Inmunizaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Charlas. - Torbellino de ideas. - Exposición, charlas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Video-beem, Pizarra, borrador, marcadores. - Folletos 	<ul style="list-style-type: none"> - Interrogatorio. - Participación activa. Participación activa Interrogatorio.

REFERENCIAS

1. Manual Merck para el Hogar. Compatibilidad de Rh.[Consulta: 2012]. Disponible en: <http://consumidores.msd.com.ve-/manual-merck/022-problemas-de-la-salud-de-la-mujer/245complicaciones-del-embarazo/compatibilidad-de-rh.aspx>.
2. Women and Infants.Compatibilidad Rh e isoimmunización. [Consulta: septiembre 2012]. Disponible en: <http://www.womenandinfants.org/encyclopedia/details.cfm?chunkid=11595&lang=Spanish&db=hls>.
3. Norma Oficial de Venezuela para la Atención Integral en Salud Reproductiva. 2000.
4. Guía de seguimiento del recién nacido de riesgo. **Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales. 2001.**
5. Pulevasalud.Compatibilidad del Rh (D) y enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido. [Consulta: agosto 2012]. Disponible en: <http://www.pulevasalud.com/ps/contenido.jsp>.
6. Ramírez J. Factor Rh. [Consulta: agosto 2012]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos63/factor-rh/factor-rh.shtml>
7. Torrealba L. Atención al Paciente RH (D) negativo en el Hospital Central “Dr. Plácido Rodríguez Rivero” de San Felipe, estado Yaracuy. Boletín Médico de Postgrado Vol. IX. N° 3. UCLA. Decanato de Medicina. Barquisimeto-Venezuela. 1993.
8. Baptista H y Rosenfeld-Mann, F. Prevención de la isoimmunización materna al RhD, con γ -globulina anti-D. Salud Pública Vol. 43(1):52-58. México. 2001.
9. Adrian M Belazzi M. Compatibilidad Rh (D) en el embarazo. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 195 –2009.
10. Calvo B. Educación para la Salud. Editorial Díaz de Santos. Madrid. 1991
11. Casas G.Educación para la Salud. Universidad Nacional Autónoma de México. 2002.
12. Colomer C, Álvarez C. Promoción de la Salud y Cambio Social. Editorial Elsevier. Barcelona. España.2003.
13. López J. Compatibilidad Rh (D). [Consulta: agosto 2012]. Disponible en: http://www.saludalia.com/starmedia/temas_de_salud/doc/hematologia/doc/doc_compatibilidad_rh.htm.

14. Intagen. Factor Rh - Eritroblastosis Fetal o Enfermedad Hemolítica del Recién Nacido. [Consulta: septiembre 2012]. Disponible en: <http://www.infogen.org.mx/Infogen1/servlet/CtrlVerArt?clvart=12879>.
15. Margulies M Voto L: Compatibilidad RH. Profilaxis. Clin. Perinatolog. Argentinas. Vol 1: 1-41; 1995.
16. Jovani L. Gammaglobulinoterapia en la ictericia hemolítica por isoimmunización. Archivos de Pediatría 1993. Vol 44 (2):183-185.
17. Frailuna A Rey P. Enfermedad hemolítica Feto-Neonatal. Normas de obstetricia Sardá 1994.
18. GomellaCunningham. Neonatología. Cap. 25: 214; 1998. Ed. Panamericana.
19. Pineda J. Metodología de la Investigación. Washington.1994.
20. Kidshealth. ¿Qué es la incompatibilidad rh. [Consulta: abril 2013]. Disponible en: http://www.kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/rh_esp.html.
21. López Y. Reporte de Investigación sobre la Incompatibilidad Rh. Oaxaca México..[Consulta: abril 2013]. Disponible en: http://www.unpa.edu.mx/~blopez/HerramientasTecnologicas/ReportesInvestigacion/Alumnos/yesenia%20perez%20lopez%20_%20norma%20pacheco%20santiago%20y%20magaly%20valor_grupo_C.pdf.
22. Levine p, Katzin EM, Burham I. Isoimmunization in pregnancy: its possible bearing on etiology of erithroblastosisfoetalis. JAMA 1941; 116: 825-827.

ANEXOS

Consentimiento Informado

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente investigación, que tiene relación con el conocimiento que poseen las gestantes que acuden a la Clínica Popular “Nueva Esparta” sobre la compatibilidad del Rh (D) negativo en el recién nacido, en el segundo semestre de 2012.

Mi participación consiste en responder algunas preguntas y/o permitir que se realicen en mi persona procedimientos que no ponen en riesgo mi integridad física y emocional. Así mismo se me dijo que los datos que yo proporcione serán confidenciales, sin haber la posibilidad de identificación individual, también que puedo dejar de participar en esta investigación en el momento en que lo desee.

El objetivo de la investigación consiste en describir el nivel de conocimiento que poseen las gestantes que acuden a la Clínica Popular “Nueva Esparta” sobre la compatibilidad del Rh (D) negativo en el recién nacido, en el segundo semestre de 2012.

Por consiguiente se aplicarán técnicas e instrumentos de recolección de datos con la finalidad de obtener información relevante que recoge el criterio de las gestantes sobre la compatibilidad sanguínea.

Las alumnas del Curso de Especialización en Administración en Salud Pública de la Universidad Central de Venezuela: Annelee Méndez y Carmen Jiménez, me han explicado que son las responsables de la investigación y que la están realizando como parte de su experiencia educativa.

Firma del encuestado(a)

Firma de los Investigadores

Cuestionario.

Instrucciones:

Lea cuidadosamente el contenido de cada pregunta.

Seleccione la respuesta que usted considere correcta.

Marque con una X la opción de su respuesta.

Sabía usted que la compatibilidad por Rh (D) surge a causa de:

1. Existe la posibilidad de que un bebé tenga problemas de salud cuando proviene de:

Madre Rh (D) negativo y padre Rh (D) negativo_____

Madre Rh (D) negativo y padre Rh (D) positivo_____

Madre Rh (D) positivo y padre Rh (D) negativo_____

2. La compatibilidad Rh (D) es un problema cuando se trata de un:

Primer embarazo_____

Segundo embarazo_____

Embarazo múltiple_____

3. La compatibilidad por Rh (D) egativo es una afección que surge:

Antes del embarazo_____

Durante el embarazo_____

Después del embarazo_____

4. La compatibilidad por Rh (D) negativo surge a raíz de los siguientes riesgos:

Primer embarazo y el tipo de sangre de su bebé es Rh (D) negativo_____

Embarazo anterior y el tipo de sangre de su bebé es Rh (D) negativo_____

Embarazo anterior y el tipo de sangre de su bebé es Rh (D) positivo _____

5. La compatibilidad por Rh (D) negativo surge en caso de:

Transfusiones de sangre o amniocentesis previas____

Consumo de píldoras anticonceptivas____

Abortos____

6. La compatibilidad por Rh (D) negativo puede ser ocasionada si usted:

Ha tenido un bebé Rh (D) negativo y no se ha vacunado____

Ha tenido un bebé Rh (D) positivo y no se ha vacunado____

Ha tenido un bebé Rh (D) negativo y se vacuno____

7. La compatibilidad por Rh (D) negativo puede ser grave en madres Rh (D) negativo con:

Partos múltiples y sin vacunación ____

Hemoglobinas menores de 12,5 gr/dl ____

Hemoglobinas mayor o igual a 12,5 gr/dl _____

Mujeres que se han vacunado con antiglobulina anti D ____

8.Cuál es el peligro de la compatibilidad Rh (D) entre la madre y el feto:

Los anticuerpos de la madre pueden atravesar la placenta y destruir los glóbulos rojos del bebé____

Los glóbulos rojos de la madre pueden alcanzar valores por debajo de los normales____

El bebe puede morir____

9. Cuáles de las siguientes son complicaciones de la compatibilidad por Rh (D) negativo:

Problemas neurológicos, destrucción de los glóbulos rojos, inflamación corporal___

Problemas mentales, destrucción de los glóbulos blancos, inflamación corporal___

Problemas renales, destrucción de los glóbulos rojos, inflamación corporal___

10. La compatibilidad por Rh (D) negativo puede causar en el bebé

Disminución del nivel de glóbulos blancos y plaquetas___

Disminución en el desarrollo motor y mental___

Aumento de la sensibilidad a infecciones___

11. Los efectos de la compatibilidad por Rh (D) negativo pueden prevenirse mediante:

Control y seguimiento con el médico obstetra___

Realización de exámenes de laboratorio___

Esterilización___

12. Una medida de prevención para la compatibilidad por Rh (D) negativo es la aplicación durante el primer mes de embarazo de la vacuna:

BCG___

Inmunoglobulina anti D___

Antitetánica___

13. Sabía usted que para compatibilidad por Rh (D) negativo existen los siguientes controles:

Consultas con otros especialistas, promoción de la información sobre el tema en el centro de salud y a nivel comunitario___

Esterilización femenina y consultas con otros especialistas_____

Esterilización femenina y promoción de la información sobre el tema en el centro de salud y a nivel comunitario_____

Cuadro N° 1. Conocimiento de la madre sobre el efecto del grupo sanguíneo en el recién nacido. Nueva Esparta. 2012.

Respuestas	f	%
Madre Rh (D) negativo y padre Rh (D) negativo	18	30%
Madre Rh (D) negativo y padre Rh (D) positivo	27	45%
Madre Rh (D) positivo y padre Rh (D) negativo	15	25%

Totales	60	100%
---------	----	------

Cuadro N° 2. Conocimiento de la madre respecto al número de embarazos relacionado con riesgo de compatibilidad Rh(D). Nueva Esparta. 2012.

Respuestas	f	%
Primer embarazo	23	38%
Segundo embarazo	11	18%
Embarazo múltiple	26	43%
Totales	60	100%

Fuente: Encuesta realizada en la Clínica Popular Nueva Esparta 2012.

Cuadro N° 3. Conocimiento de la madre acerca del período del embarazo con compatibilidad Rh(D). Nueva Esparta. 2012.

Respuestas	f	%
Antes del embarazo	22	37%
Durante el embarazo	11	18%
Después del embarazo	27	45%
Totales	60	100%

Cuadro N° 4. Conocimiento acerca de los riesgos donde surge la compatibilidad Rh(D). Popular Nueva Esparta. 2012.

Respuestas	f	%
Primer embarazo y el tipo de sangre de su bebé es Rh (D) negativo	20	33%
Embarazo anterior y el tipo de sangre de su bebé es Rh (D) negativo	18	30%
Embarazo anterior y el tipo de sangre de su bebé es Rh (D) positivo	22	37%
Totales	60	100%

Cuadro N° 5. Conocimiento de la embarazada en relación a los casos cuando puede surgir la compatibilidad por Rh(D). Clínica Popular Nueva Esparta. 2012.

Respuestas	f	%
Transfusiones de sangre o amniocentesis previas	21	35%
Consumo de píldoras anticonceptivas	15	25%
Abortos	24	40%
Totales	60	100%

Cuadro N° 6. Conocimiento de las embarazadas respecto a las condiciones maternas que ocasionan la compatibilidad por Rh(D). Nueva Esparta. 2012.

Respuestas	f	%
Ha tenido un bebé Rh(D) negativo y no se ha vacunado	25	42%
Ha tenido un bebé Rh (D) positivo y no se ha vacunado	21	35%
Ha tenido un bebé Rh (D) negativo y se vacuno	14	23%
Totales	60	100%

Cuadro N° 7. Conocimiento de las embarazadas respecto a la gravedad de la compatibilidad en madres Rh (D) negativo. Nueva Esparta. 2012.

Respuestas	f	%
Partos múltiples y sin vacunación	18	30%
Hemoglobinas menores de 12,5 gr/dl	11	18%
Hemoglobinas mayor o igual a 12,5 gr/dl	12	20%
Mujeres que se han vacunado con antiglobulina anti D	19	32%
Totales	60	100%

Cuadro N° 8. Conocimiento de las madres respecto al peligro de compatibilidad Rh (D) entre la madre y el feto. Nueva Esparta. 2012.

Respuestas	f	%
Los anticuerpos de la madre pueden atravesar la placenta y destruir los glóbulos rojos del bebé	26	43%
Los glóbulos rojos de la madre pueden alcanzar valores por debajo de los normales	20	33%
El bebe puede morir	14	23%
Totales	60	100%

Cuadro N° 9. Conocimiento de las madres respecto a las complicaciones de la compatibilidad por Rh (D) negativo. Nueva Esparta. 2012.

Respuestas	f	%
Problemas neurológicos, destrucción de los glóbulos rojos, inflamación corporal	19	32%
Problemas mentales, destrucción de los glóbulos blancos, inflamación corporal	14	23%
Problemas renales, destrucción de los glóbulos rojos, inflamación corporal	27	45%
Totales	60	100%

Fuente: Encuesta realizada en la Clínica Popular Nueva Esparta 2012.

Cuadro N° 10. Conocimiento de las madres respecto a los efectos de la compatibilidad Rh (D) negativo en el bebé. Nueva Esparta. 2012.

Respuestas	f	%
Disminución del nivel de glóbulos blancos y plaquetas	12	20%
Disminución en el desarrollo motor y mental	13	22%
Aumento de la sensibilidad a infecciones	35	58%
Totales	60	100%

Cuadro N° 11. Conocimiento de las madres respecto a la prevención de los efectos de la compatibilidad por Rh (D) negativo. Nueva Esparta. 2012.

Respuestas	f	%
Control y seguimiento con el médico obstetra	28	47%
Realización de exámenes de laboratorio	22	37%
Esterilización	10	17%
Totales	60	100%

Cuadro N° 12. Aplicación de vacunas como medida de prevención de la compatibilidad por Rh (D) negativo. Nueva Esparta. 2012.

Respuestas	f	%
-------------------	----------	----------

BCG	15	25%
Inmunoglobulina anti D	27	45%
Antitetánica	18	30%
Totales	60	100%

Cuadro Nº 13. Controles para compatibilidad por Rh (D) negativo. Nueva Esparta. 2012.

Respuestas	f	%
Consultas con otros especialistas, promoción de la información sobre el tema en el centro de salud y a nivel comunitario	29	48%
Esterilización femenina y consultas con otros especialistas	12	20%
Esterilización femenina y promoción de la información sobre el tema en el centro de salud y a nivel comunitario	19	32%
Totales	60	100%

