



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33
"EL ROSARIO"



**"NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE DATOS DE
ALARMA OBSTETRICA EN PACIENTES EMBARAZADAS
USUARIAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33."**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

**DRA. FLOR ARACELI NAVA AYALA
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:
DR RODOLFO ARVIZU IGLESIAS**

**DRA GRISELDA GOMEZ ORTEGA
ASESOR EXTERNO**

MÉXICO D. F.

GENERACIÓN 2005-2008



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.

INVESTIGADOR PRINCIPAL

DR. RODOLFO ARVÍZU IGLESIAS

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

ASESOR EXTERNO

DRA. GRISELDA GOMEZ ORTEGA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Vo.Bo.

DR. RODOLFO ARVÍZU IGLESIAS

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

DRA. MÓNICA ENRÍQUEZ NERI

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

AUTORA DE TESIS

DRA. FLOR ARACELI NAVA AYALA
MÉDICA RESIDENTE EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS.... POR HABERME DADO LA OPORTUNIDAD DE VIVIR, DARME SALUD Y TODO LO QUE TENGO EN ESTOS MOMENTOS.

A MI FAMILIA DE ORIGEN... MIS PADRES Y HERMANAS....PORQUE SIEMPRE ESTUVIERON A MI LADO, DESDE EL PRIMER DIA DE MI EXISTENCIA Y HAN SIDO LOS PRINCIPALES PILARES EN LOS QUE ME HE APOYADO...PRINCIPALMENTE MI MADRE

A MI FAMILIA DE PROCREACION... YAHIR, LEO Y ALDO... MIS TRES GRANDES AMORES. A ELLOS QUE HAN SABIDO ESPERAR SIEMPRE A PESAR DE LAS ADVERSIDADES Y QUE SIEMPRE ESTARAN CON LOS BRAZOS ABIERTOS, UNA SONRISA Y PALABRAS DE ALIENTO QUE LO CURAN TODO...

A MIS PROFESORES, QUIENES SIEMPRE ESTUVIERON PENDIENTES DE NUESTRO CRECIMIENTO Y DESARROLLO COMO RESIDENTES Y QUE INCULCARON PROFUNDAMENTE LA ENORME RESPONSABILIDAD DE SER MEDICO FAMILIAR, Y DE ENGRANDECER ESTA ESPECIALIDAD CON NUESTROS ACTOS DIARIOS... AL DR ARVIZU EN QUIEN SIEMPRE TUVE MAS QUE UN JEFE DE ENSEÑANZA, UN APOYO MORAL QUE CON NADA PODRIA PAGAR EN UNO DE LOS MOMENTOS MAS DIFICILES DE MI VIDA...

A MI ASESORA, DRA GRISELDA, QUE CONFIO EN MI, A PESAR DE TENER MULTIPLES OCUPACIONES, SIEMPRE ESTUVO A NUESTRO LADO, ENCAMINANDO ESTE TRABAJO Y QUE NOS HIZO COMPRENDER LA VERDADERA IMPORTANCIA DE LA ETICA EN NUESTRA VIDA DIARIA... TODA SITUACION ES DIGNA DE UN JUICIO ETICO... SIEMPRE PARA MEJORAR NUESTRA CALIDAD COMO SERES HUMANOS Y COMO MEDICOS FAMILIARES.

PERO SOBRE TODO... A LOS PACIENTES QUE VI, TRATE Y QUE SON EL MEJOR LIBRO QUE CUALQUIER MEDICO TIENE PARA APRENDER..Y EN QUIENES SE VE REFLEJADO EL ESFUERZO DE ESTOS 3 AÑOS.....

INDICE

	pág
RESUMEN.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
MATERIAL Y MÉTODOS.....	18
RESULTADOS.....	19
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	37
CONCLUSIÓN.....	40
BIBLIOGRAFÍA.....	42
ANEXOS.....	43

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE DATOS DE
ALARMA OBSTETRICA EN PACIENTES EMBARAZADAS
USUARIAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33.**

Nava-Ayala F, Arvizu Iglesias R. Nivel de conocimientos de datos de alarma obstétrica en embarazadas. México D. F. Unidad de Medicina Familiar No. 33 IMSS, 2008.

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento de datos de alarma obstétrica en pacientes embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No.33. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal en una muestra de 208 pacientes embarazadas en control prenatal usuarias de la Unidad de Medicina Familiar No.33 del IMSS, para evaluar el nivel de conocimientos de datos de alarma obstétrica. Se evaluaron variables sociodemográficas, fuentes de conocimiento y conocimiento de datos de alarma. Clasificándose el nivel de conocimiento en Bajo (<60%); Medio (60-79%) y Alto (>80%). **Resultados:** Se ubicó a las pacientes con rango de edad entre 17 a 36 años, una media y mediana de 25 años de edad, y con una moda de 28 años de edad. Con un nivel de conocimientos global de 84%. Por trimestre se obtuvo un 73.9% para el primero, 67.3% para el segundo, y un 91.05% para el tercero. **Conclusiones:** El nivel de conocimientos global fue alto, pero el nivel por trimestre de gestación se ubicó como medio en los dos primeros trimestres, y alto en el tercero. Sin embargo existen datos de alarma que las pacientes consideran de poca importancia como la cervicovaginitis. Es necesario por parte del equipo multidisciplinario la implementación de estrategias educativas enfocadas por trimestre y la difusión de la información de forma escrita para mejoramiento de la calidad de la información. **Palabras clave:** embarazo, nivel de conocimientos, datos de alarma.

INTRODUCCION

EMBARAZO NORMAL.

El embarazo (gestación), es el estado materno que consiste en desarrollar un feto dentro del cuerpo. El producto de la concepción desde la fecundación hasta la semana 8 del embarazo, recibe el nombre de embrión y a partir de esta semana y hasta el parto se llama feto. Para fines obstétricos, la duración del embarazo se mide en edad gestacional, la edad estimada del feto calculada a partir del primer día del último período menstrual (normal), si se supone de un ciclo de 28 días. La edad gestacional se expresa en semanas cumplidas, a diferencia, de la edad de desarrollo (edad fetal), que es la edad calculada a partir del momento de la implantación. (1)

En la actualidad la concepción se debe considerar de alta prioridad en las actividades designadas al cuidado de la salud materna, tanto por su importancia para el bienestar general del núcleo familiar, como por su magnitud, trascendencia, y vulnerabilidad en este grupo de edad reproductiva (2)

Los daños a la salud materna tienen altas repercusiones desfavorables, en el bienestar perinatal, en las posibilidades de supervivencia infantil y en la familia.

Los cambios fisiológicos que se producen durante el embarazo, colocan a las mujeres embarazadas en condiciones biológicas de gran susceptibilidad, para ser afectadas por diversas situaciones de morbilidad y mortalidad, con el impacto adicional consecuente en el producto de la concepción. (3)

Actualmente se reconoce que las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana sistemática y alta calidad, que permita la identificación y el control de los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal.

MORTALIDAD MATERNA.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD MATERNO-PERINATAL.

Desde que la pareja decide concebir un hijo, hasta los primeros siete días de nacido el fruto, una gran variedad de factores influyen en que la maternidad - paternidad sea un evento seguro. Dichos factores son de tipo social, económico, cultural, geográfico, del desarrollo de los servicios de salud, así como las políticas, planes y programas que el Estado está en capacidad de plantear y asumir en la práctica para proteger de manera eficaz a la familia gestante.

El proceso mediante el cual se brinda los servicios de salud a la familia gestante debe tener características de calidad técnica, oportunidad y suficiencia en todos los aspectos del cuidado materno. En este sentido, cobra importancia las relaciones interpersonales que logren establecer vínculo entre el personal de salud y la pareja que demanda el servicio, de manera que se posibilite la comunicación y mediante esta se establezca un compromiso mutuo para llevar a feliz término la gestación y el parto. Una de las funciones más importantes del control prenatal es la detección de riesgos y su tratamiento oportuno y adecuado para controlarlos.

La situación de la mortalidad materna en México ha experimentado disminución notable en las últimas cinco décadas. De acuerdo con las estadísticas oficiales al respecto, ha pasado de más de 100 por cada 100 mil nacidos vivos en 1950 a tasas de aproximadamente 75 para el año 2000. No obstante, tales cifras son 5 a 10 veces superiores a las de los países industrializados de nuestro continente, o de aquéllos con mayor desarrollo de sus sistemas nacionales de salud, como Cuba y Costa Rica. (4)

Además, las acentuadas variaciones regionales y las diferencias urbano - rurales son expresión de la persistencia de desigualdad económica y social para amplios sectores nacionales, que, entre otras consecuencias, conducen a la inequidad en el acceso a los servicios profesionales de salud durante el embarazo, parto y puerperio.

La mortalidad materna en el mundo en desarrollo comparte ciertas características comunes: en su mayoría es obstétrica directa, es decir, causada por patología propia del estado grávido- puerperal o derivada de las intervenciones para su atención; está originada por padecimientos previsibles como la preeclampsia-eclampsia, las hemorragias del parto y el puerperio, las infecciones puerperales y las complicaciones del aborto; se vincula con la insuficiente educación de la población para el uso oportuno de los servicios médicos ante datos de alarma de complicaciones obstétricas; finalmente, se agrava por la insuficiente accesibilidad a la atención obstétrica ambulatoria y hospitalaria, así como por la calidad limitada de esta última.

Los problemas que se asocian a morbilidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pregestacionales

La mortalidad materna es un tema de salud pública. Ha aumentado considerablemente el conocimiento de las causas de la discapacidad y la muerte maternas y de las intervenciones apropiadas en entornos de escasos recursos. La historia indica que la clave para la reducción de la mortalidad materna no reside exclusivamente en el desarrollo socioeconómico general, sino también en ofrecer un tratamiento eficaz y accesible.

Los resultados de investigación y la experiencia práctica demuestran que determinadas intervenciones de salud pueden reducir la incidencia y la gravedad de las principales complicaciones asociadas con el embarazo, el parto y el puerperio, tanto para las madres como para sus bebés.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueve actualmente un enfoque más centrado en intervenciones eficaces en razón de los costos, como la atención obstétrica esencial (AOE), la asistencia del parto por personal cualificado y el mejor acceso a servicios de atención de salud materna de calidad.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), donde se atiende casi la mitad de los nacimientos ocurridos en las unidades médicas del país, el panorama epidemiológico de la mortalidad materna, si bien significativamente mejor que el de México en su conjunto, comparte algunas de las características antes señaladas.

Como resultado de la instrumentación de una de ellas, al término de 2003 el IMSS registró la tasa de mortalidad materna más baja de la historia institucional: 29.2 por 100 mil nacidos vivos (4).

La mortalidad materna es considerada, desde hace muchos años, uno de los índices más adecuados para evaluar la calidad de la atención obstétrica. Las muertes maternas deben verse como un acontecimiento biológico, sanitario, social y económico desfavorable (5)

CONTROL PRENATAL.

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.

a) CUIDADOS PRENATALES.

El control prenatal como un sistema de prevención se inició alrededor de 1901 y se puede asegurar que en los últimos treinta años la obstetricia ha logrado tres objetivos importantes con el.

- Implementación y extensión del cuidado prenatal.
- Selección y manejo del riesgo perinatal.
- Clasificación, selección y aplicación de los métodos de vigilancia materno-fetales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que un buen control prenatal es el que se inicia antes del tercer mes, con ocho a doce consultas, de las cuales el médico debe realizar al menos la primera y participar en las siguientes. Sin embargo, se ha encontrado una disminución significativa de embarazos pretérmino y menor mortalidad perinatal con un control iniciado antes del quinto mes, un total de cinco consultas y presencia de una enfermera obstétrica entrenada (6).

El embarazo es un proceso fisiológico normal; gran parte de los nacimientos no requiere intervención activa de los profesionales al cuidado de la salud, porque el proceso de la reproducción se desarrolla por patrones biológicos. Sin embargo, el embarazo altera los procesos psicofisiológicos de la mujer y tiene el potencial para afectar el estado de salud, de la madre y del hijo. Los cuidados preparto incluyen los componentes médicos y los de enfermería necesarios para proteger la vida y la salud de la madre y el feto, asegurar que sea una experiencia satisfactoria y que favorezca el desarrollo de la mujer y su familia (7).

El objetivo de todo cuidado prenatal es asegurar que todo embarazo culmine en el parto de un niño sano sin deteriorar la salud de la madre (8). Este objetivo se logra mediante la combinación de esfuerzos de los futuros padres, el médico, la enfermera y diversos miembros del equipo de salud, concediéndose especial atención a ampliar los conocimientos y experiencias de los futuros padres y la familia, de manera que todos los miembros asimilen el embarazo de modo positivo, se favorezca la salud de la madre y su futuro hijo, y se efectúe con facilidad la adaptación familiar para incluir a ese nuevo miembro (7).

Acciones	Primera consulta M.F.	Segunda consulta M.F.	Consultas subsiguientes M.F. y/o E.M.I.
Diagnóstico y tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica. • Cálculo del riesgo obstétrico. • Peso, talla, TA, examen pélvico. • Acido. Fólico. 5 mg por boca cada 24 horas. • Sulfato o fumarato ferroso. • 100 mg por boca , 3 veces al día. • BH, Glucemia, EGO, VDRL, Grupo y Rh. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interpretar resultados de laboratorio. • Actualización del riesgo obstétrico (RO). • Peso, TA (Tensión arterial), FF (Foco fetal), FU (Fondo uterino). • Urocultivo entre las 12 y 16 semanas de edad gestacional para detección de bacteriuria asintomática 	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización del RO. • Peso, TA, altura de FU, FF, movimientos fetales, detección de edema y sangrado transvaginal. • BH y EGO entre las semanas 18 a 20 y 32 a 34. • Glucemia entre las semanas 24-28
Preventivas	<ul style="list-style-type: none"> • Toxoide tetánico (1ª. D) • D.O.C. • Detección de VIH en sujetos de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Toxoide Tetánico (2ª. D) 	
Educativas	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta variada de acuerdo a la disponibilidad local de alimentos. • Uso de zapato bajo. • Caminata de 30 minutos tres veces a la semana. • Técnica de cepillado dental y beneficios de la vigilancia de la salud buco-dental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control o modificación de factores de riesgo modificables. • Identificación de signos de alarma. • Orientación de conductas en caso de signos de alarma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar modificación de Factores de riesgo y vigilancia de signos de alarma. • Fomento de la lactancia materna. • Apoyo para la elección y aceptación de un método de planificación familiar.

VALORACION RIESGO OBSTETRICO.

1. **Embarazo de bajo riesgo.** Aquel carente de antecedentes patológicos de la madre que signifiquen incremento del riesgo obstétrico o evidencia clínica de complicación menor o mayor del embarazo. Las mujeres con esta condición recibirán el cuidado prenatal por parte de la enfermera materno-infantil (EMI).
2. **Embarazo de riesgo intermedio.** Cuando existan condiciones o complicaciones menores de la gestación, las cuales puedan ser controladas con los recursos del primer nivel de atención. Estas mujeres quedarán bajo el cuidado prenatal del médico familiar (MF).
3. **Embarazo de alto riesgo.** Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o el producto. Estas mujeres requieren de ser atendidas en la consulta externa del segundo nivel como pacientes ambulatorios u hospitalizados, por lo tanto deberán ser referidas a estas instalaciones (7)

Alto Riesgo*	Riesgo Intermedio*	Bajo Riesgo*
<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial. • Diabetes Mellitus. • Cardiopatía. • Nefropatía. • Dos o más abortos.** • Preeclampsia - Eclampsia.** • Rh (-) con Coombs indirecto (+) • Otra enfermedad crónica y/o sistémica grave. • Malformaciones congénitas.** • Hemorragia transvaginal durante el tercer trimestre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad < de 20 y > de 34 años. • Dos o más Cesáreas.** • Cuatro o más embarazos.** • Infección de vías urinarias. • Tabaquismo crónico. • Hemorragia transvaginal durante el primer trimestre. • Productos prematuros o con bajo peso al nacer.** • Muerte fetal.** 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de los factores o condiciones para riesgo intermedio y alto. • Intervalo intergenésico < de dos años.** • Una Cesárea o Aborto.** • Estatura menor de 150 cm. • Escolaridad primaria o menos.
↓	↓	↓
ENVÍO AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	ATENCIÓN PRENATAL POR EL MF	ATENCIÓN PRENATAL POR LA ENFERMERA MATERNO-INFANTIL
<p>Riesgo Obstétrico La presencia de uno o más de los factores o características permite calificar la magnitud del riesgo</p>		

EDUCACION MATERNA

En México, la información y capacitación de grupos multidisciplinarios para detectar, tratar y orientar correctamente a grupo de riesgo específicos representan una prioridad, haciendo énfasis en la necesidad de aspectos educativos. (8)

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente.

El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal (8)

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales:

- Signos y síntomas de alarma
- Nutrición materna
- Lactancia y cuidados del recién nacido
- Derechos legales
- Orientación sexual
- Planificación familiar
- Preparación para el parto

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico donde atenderá su parto. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto. Es probable que este punto sea uno de los más estresantes para el grupo familiar y que tiene una simple solución (9)

1. La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto en
 - a. primera mitad (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto).
 - b. segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta normoinserta)
 - c. flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario).
2. Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia del grupo familiar y de la embarazada cuando se cumplen las 40 semanas y no se ha producido el parto. De ahí que se debe informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas.
3. Debe estar informada que los movimientos fetales serán reconocidas por ella alrededor del quinto mes como signo de salud fetal
 - a. frecuencia
 - b. intensidad
4. Debe estar capacitada para reconocer :
 - a. el inicio del trabajo de parto (con fines de evitar concurrencias innecesarias a la maternidad)
 - b. la contractilidad uterina de pretérmino.
5. Debe estar informada de concurrir al centro asistencial obstétrico en relación a patologías paralelas al embarazo:
 - a. fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc

En la literatura se encuentran algunos estudios que tratan de identificar el conocimiento que tienen las gestantes acerca de signos y síntomas de alarma obstétrica, dentro de los cuales podemos mencionar un estudio que se realizó en el Instituto Nacional de Perinatología de México, DF., mediante una entrevista aplicada a 375 pacientes embarazadas, de quienes se investigó su diagnóstico de riesgo, tipo y frecuencia de signos y síntomas que consideraron molestias. Se observó que casi el 70% de las molestias fueron consideradas como normales por las pacientes, incluyendo signos y síntomas francamente patológicos. (10)

En otro estudio que se realizó para saber el conocimiento existente sobre los signos de alarma durante el embarazo, mediante la aplicación de un cuestionario a 100 embarazadas.

Entre los resultados llama la atención los aspectos explorados que denotan situaciones de alarma evidente (sangrado transvaginal, ausencia de movimientos fetales, salida de líquido amniótico), fueron contestados correctamente con mayor frecuencia, que otros más sutiles, cuyo enfoque es preventivo como son: identificación de IVU, como causa predisponente de ruptura de membranas, identificación del riesgo de infección por ruptura prematura de membranas, identificación de tomar sistemáticamente la tensión arterial para identificar complicaciones, identificación temprana de signos y síntomas de IVU, identificación de contracciones uterinas características de trabajo de parto. (11)

Rodríguez-Ceniceros JO. En la UMF No 32 y Unidad Regional de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, IMSS Nuevo León. Realizaron un estudio cuyo objetivo era el evaluar el efecto de embarazo anterior en el reconocimiento de signos y síntomas de alarma obstétrica en la mujer con embarazo actual. Se realizó un estudio transversal comparativo en mujeres embarazadas (40 primigestas y 40 no primigestas) entre 10 y 40 semanas de gestación, seleccionadas en forma consecutiva, con por lo menos una visita de control prenatal y con adscripción a la UMF No. 32. Se encuestó sobre 11 síntomas o signos de alarma obstétrica, variables sociodemográficas y ginecoobstétricas. Se realizó estadística descriptiva y análisis de regresión lineal múltiple (12)

Entre los resultados se menciona que el grupo de primigestas fue similar a aquellas con 2 o más embarazos en lo que respecta a escolaridad, estado civil y semanas de gestación. Sin embargo, difirieron en edad (primigestas 22.6 ± 4 años; no primigestas 27.7 ± 4 años; $p < .0001$) y en el primer grupo, predominó la ocupación de empleada ($p < .05$). El promedio general de conocimiento fue mayor en las no primigestas que en las primigestas (68.9 puntos ± 16 vs 61.4 puntos ± 15 , respectivamente; $p < .04$). El antecedente familiar materno o paterno de embarazo complicado y la edad, influyeron en el reconocimiento correcto de signos y síntomas de alarma obstétrica, independientemente del efecto del número de embarazos, escolaridad, ocupación, estado civil y número de visitas prenatales

MATERIAL Y METODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, prospectivo y observacional en pacientes embarazadas usuarias de la Unidad de Medicina Familiar no.33 (UMF 33) "El Rosario", con el objeto de determinar el nivel de conocimientos sobre datos de alarma obstétrica con el que cuentan las pacientes embarazadas que acuden a control prenatal a esta unidad, con una muestra de 208 pacientes; Se inició con la búsqueda de las referencias bibliográficas, continuando con la realización y estructuración del protocolo en el que se establecieron los siguientes criterios de inclusión para el estudio: derechohabientes del IMSS adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.33, pacientes embarazadas que asistan a la consulta externa, a control prenatal, pacientes que acepten participar en el estudio y criterios de no inclusión: pacientes no derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar No.33, pacientes que no acepten participar en el estudio; determinando también las variables a estudiar que fueron las siguientes: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, número de gesta, trimestre de gestación, factores de riesgo obstétrico, nivel de conocimientos de datos de alarma obstétrica y fuente de conocimiento. Posteriormente se presentó el protocolo al Comité de Ética e Investigación, para proceder a la obtención de datos mediante la aplicación del cuestionario instrumento de evaluación para evaluar el nivel de conocimientos de datos de alarma obstétrica identificados por las usuarias embarazadas en control prenatal de la UMF No 33 previo consentimiento informado. El cuestionario que consto de un total de 25 preguntas. En la primera parte los reactivos de la pregunta 1 a 12 se refieren a características sociodemográficas de las usuarias, así como con respecto a la variable fuente de conocimiento.

Además se exploran algunos factores de riesgo obstétrico presentes en las usuarias encuestadas, englobados en la tabla 1. (Basado en la Guía clínica para la atención de pacientes en control prenatal en el primer nivel de atención), valorando de esta forma el riesgo obstétrico de cada paciente. De la pregunta 14 a la pregunta 25 se exploran las principales datos de alarma obstétrica identificados como tal por las usuarias embarazadas de la UMF 33, como sangrado transvaginal, síntomas urinarios, presencia de leucorrea, síntomas de vasoespasmo, hipomotilidad fetal, presencia de convulsiones durante el embarazo, contracciones prematuras, etc.

Llevándose a cabo la recolección de datos, realizando posteriormente la evaluación y análisis de los resultados.

RESULTADOS

La población de de mujeres en edad fértil que están adscritas a la unidad es de 25,480, de las cuales 1,359 acuden a control prenatal en el momento de estudio tomando una muestra de 208 mujeres embarazadas y que acuden en el momento de la aplicación de la encuesta.

De las cuales el rango de edad fue de 17 a 36 años, con una media y mediana de 25 años, moda de 28 años con Desviación estandar de 4.4

Encontrándose un porcentaje mayor de pacientes en el rango de edad de 21-25 años con un 46 % (96), seguido de las de 26-30 años, con un 28% (58), las pacientes entre 15-20 años con una frecuencia de 13% (27), al igual que las de 31-36 en un 13% (27). Tabla y Gráfica 1.

En cuanto al estado civil el mayor porcentaje fue casada 53% (111), seguida de las que se encuentran en unión libre con un 33% (68), solteras un 13.5% (28), y separadas con un 0.5% (1). Tabla y Grafica 2

Con respecto a escolaridad fue secundaria con un 40 % (84), seguido de la universitaria con un 32 % (67), técnica 14 % (30), primaria 13 % (26), y por último ninguna 1 % (1). Tabla y Gráfica 3.

En cuanto a ocupación el mayor porcentaje fue de hogar con un 57 % (119), empleada con 31% (65), estudiantes un 11 % (23), desempleada un 1% (1). Tabla y Gráfica 4

El número de embarazos que las pacientes refieren haber tenido, aún cuando no han llegado a termino, el 48% (99) se refiere primigesta, el 35% (73) refiere dos embarazos, el 11% (22) tres embarazos, el 5% (13) cuatro embarazos, y el 1% (5) cinco embarazos. Tabla y Grafica 5.

La mayoría de las pacientes iniciaron su control prenatal en el primer trimestre 80% (166), en el segundo trimestre el 19% (40), y en el tercer trimestre el 1% (2). Tabla y Gráfica 6

De acuerdo al trimestre de gestación en el momento de la encuesta fueron: primero 34% (70), segundo 34% (70), tercero 32% (68). Tabla y Gráfica 7

Al 93% (193)de las pacientes se le informó la fecha probable de parto, mientras que a un 7% (15)no se le proporcionó esta información. Tabla y Gráfica 8

En relación a la fuente de información sobre los datos de alarma durante el embarazo el médico familiar 73% (151), médico obstetra 13% (27), trabajadora social 10% (22), enfermera materno infantil 3% (7) y otras fuentes 1% (1). Tabla y Gráfica 9

Sobre información escrita 39% (82) refiere que si la recibieron y el 61% (126), no la recibieron. Tabla y gráfica 10. La información mediante pláticas y talleres la recibieron el 74% (153), y el 26% (55), no recibió la información. Tabla y Gráfica 11

En el momento del estudio se calculó el riesgo obstétrico de las pacientes, se encontró que el 12% (25) padecía presión alta, el 4% (8) tuvo antecedente de 2 o más abortos, el 1% (3) eran diabéticas, el 1% (3) presentaron sangrado en el último trimestre del embarazo, el 1% (2) padecía alguna nefropatía, y el 0.5% (1) tuvo antecedente de malformaciones congénitas. En total el 19.5% (42), presentan datos de alto riesgo. Tabla 12

En cuanto a riesgo intermedio 159 pacientes lo presentaron (67%), infecciones de vías urinarias 50 (24%), tener menos de 20 años y mas de 34, (28) 14% , sangrado vaginal durante los primeros 3 meses de embarazo 19 (9%), productos prematuros o con bajo peso al nacer 10 (5%), 4 o mas embarazos 10 (5%), tabaquismo crónico 8 (4%). Tabla 12

Un total de 135 pacientes (65%), presentaron datos de bajo riesgo (escolaridad, estatura menor de 1.50 cm, espacio ínter genésico menor 2 años, una cesárea o un aborto). Tabla 12.

El conocimiento de los datos de alarma en el embarazo por trimestre fueron contestadas correctamente las siguientes preguntas. En la pregunta sobre dolor pélvico en el primer trimestre, 189 pacientes (91%), en relación a hemorragia vaginal y acudir al hospital de manera inmediata fue contestada correctamente en el 90%, en cuanto a edema fue correcta en el 86%, para los datos de infección de vías urinarias en el 86%, la hiperemesis el 70% de las pacientes lo contestaron correctamente. La presencia de leucorrea en el primer trimestre fue correcta en el 49%. Tabla y Gráfica 13

En el segundo trimestre la disminución de los movimientos fetales y revisión médica inmediata fue correcta en el 98%, datos de infección generalizada y consulta inmediata fue correcta en el 96%, la hemorragia vaginal y utilización inmediata de los servicios de salud 90%, edema durante el embarazo 86%, infección de vías urinarias 86%, cefalea 69%, contracciones uterinas prematuras 69%, Cervico-vaginitis 49%. Tabla y Gráfica 13

En el tercer trimestre fue contestada correctamente en un 98% la hipomotilidad fetal, 98% en convulsiones, el 96% en datos de infecciones sistematizadas, el 96% ruptura prematura de membranas, datos de vasoespasmo 95% fosfenos, el 90% sobre hemorragia vaginal, edema en el 86%, y contracciones uterinas prematuras 69%, fueron contestados de manera correcta. Tabla y Gráfica 13

La calificación global en cuanto a nivel de conocimientos fue de 84%. La calificación por trimestre quedo de la siguiente manera: primer trimestre 73.9%, segundo trimestre 67.3%, tercer trimestre 91.05%. Tablas y Gráficas 14, 15 y 16

Tabla 1

Embarazadas según edad

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
15-20	27	13
21-25	96	46
26-30	58	28
31-36	27	13

Encuesta n= 208

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario para evaluar nivel de conocimientos de datos de alarma obstétrica en embarazadas de UMF 33

Gráfica 1

Edad en años de las embarazadas

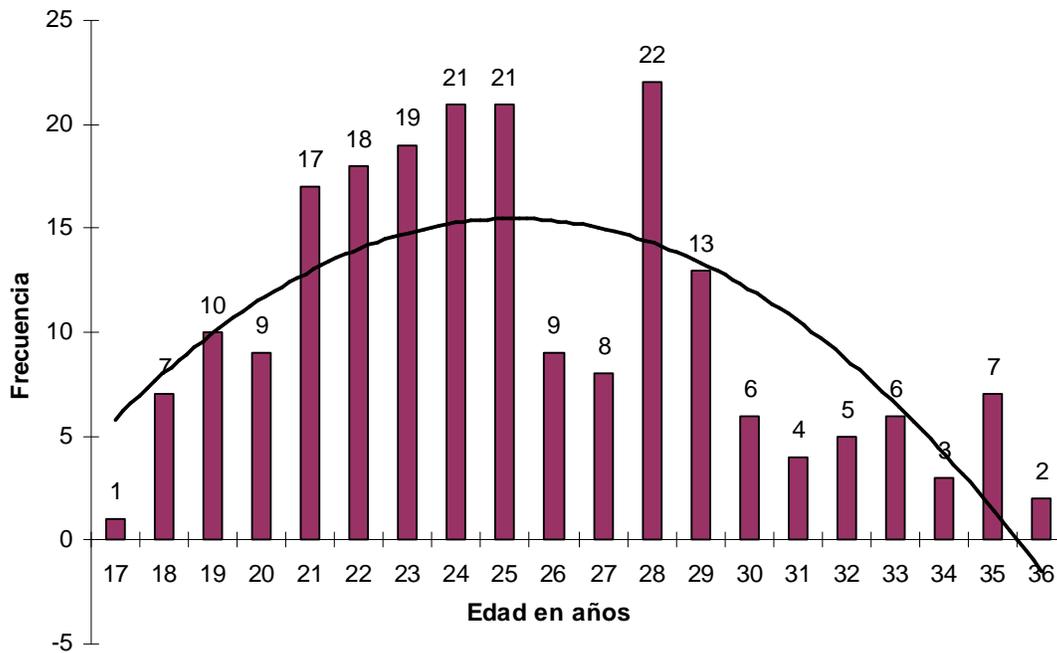


Tabla 2

Embarazadas según Estado Civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	28	13.5
Casada	111	53.0
Unión Libre	68	33.0
Separada	1	0.5
Total	208	100 %

Encuestas n= 208

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario para evaluar nivel de conocimientos de datos de alarma obstétrica en embarazadas de UMF 33

Grafica 2

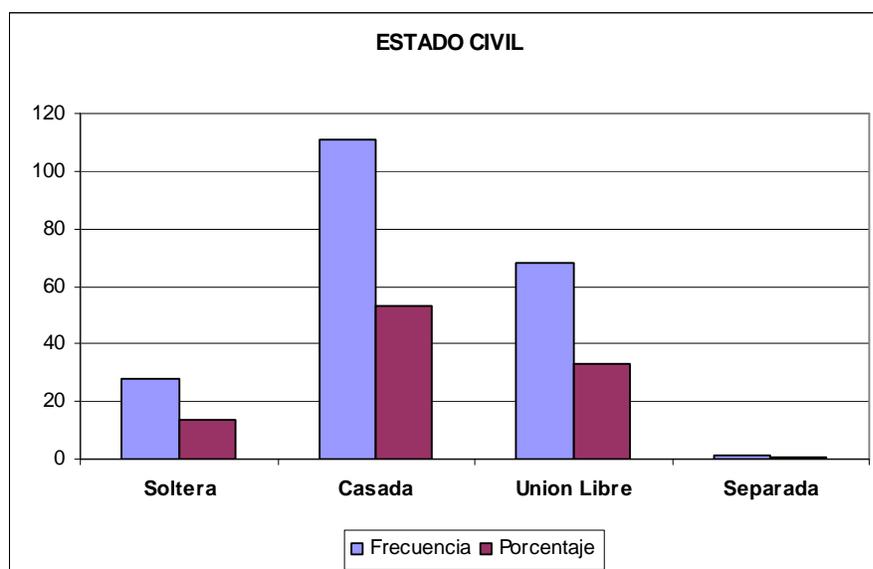


Tabla 3
Embarazadas según Escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	1	1
Primaria	26	13
Secundaria	84	40
Universitaria	67	32
Técnica	30	14
Total	208	100

Encuestas n= 208

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario para evaluar nivel de conocimientos de datos de alarma obstétrica en embarazadas de UMF 33

Gráfica 3

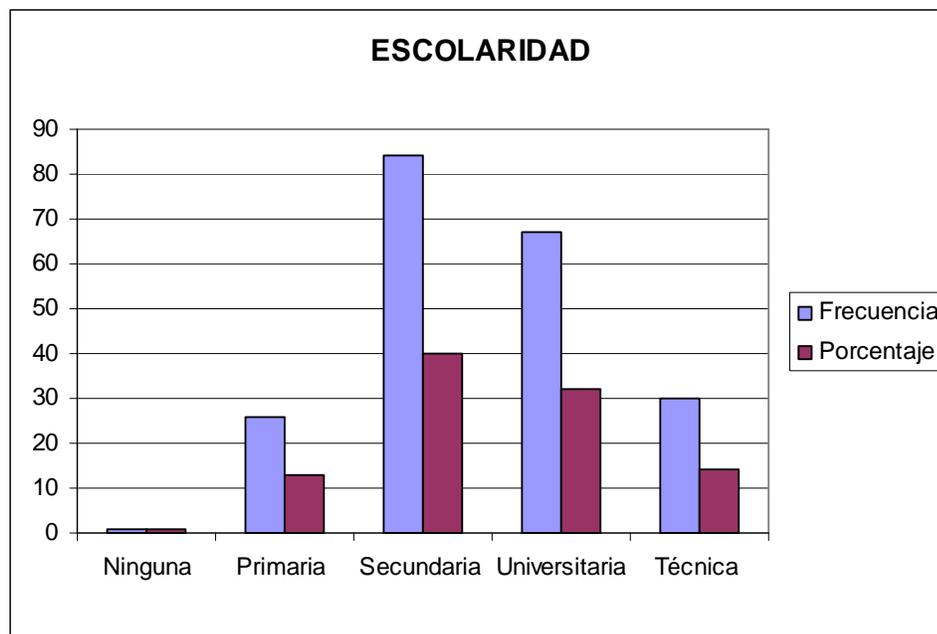


Tabla 4.

Embarazadas según ocupación.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	23	11
Empleada	65	31
Labores del hogar	119	57
Desempleada	1	1
Total	208	100

Encuesta n= 208

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario para evaluar nivel de conocimientos de datos de alarma obstétrica en embarazadas de UMF 33

Gráfica 4

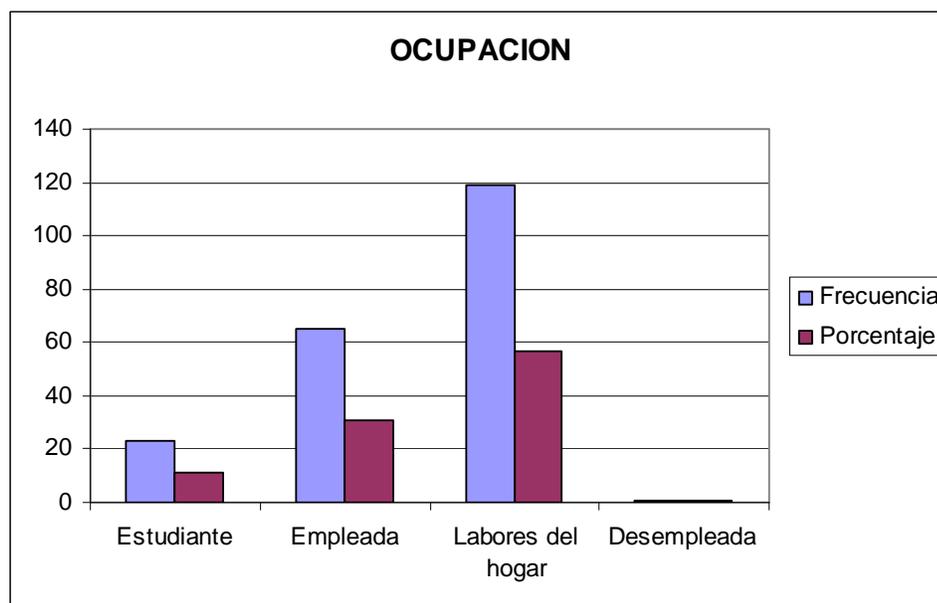


Tabla 5.

Numero de embarazos

Numero de Embarazos	Frecuencia	Porcentaje
Uno	99	48
Dos	73	35
Tres	22	11
Cuatro	13	5
Cinco	1	1
Total	208	100

Encuesta n= 208

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario para evaluar nivel de conocimientos de datos de alarma obstétrica en embarazadas de UMF 33

Gráfica 5

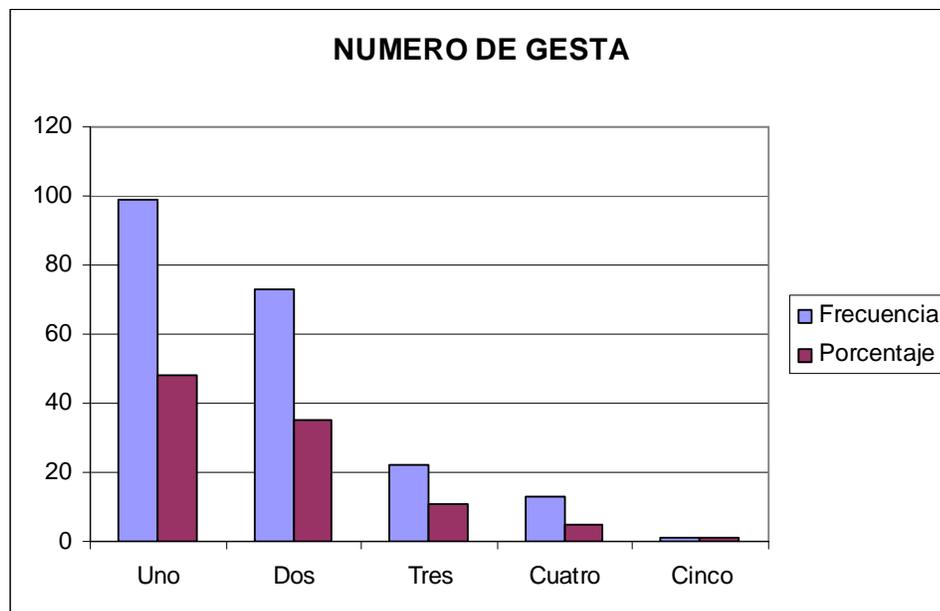


Tabla 6
Inicio de control prenatal

Asistencia a Control Prenatal	Frecuencia	Porcentaje
1 a 3 meses	166	80
4 a 6 meses	40	19
7 a 9 meses	2	1
Total	208	100

Encuesta n= 208

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario para evaluar nivel de conocimientos de datos de alarma obstétrica en embarazadas de UMF 33

Gráfica 6

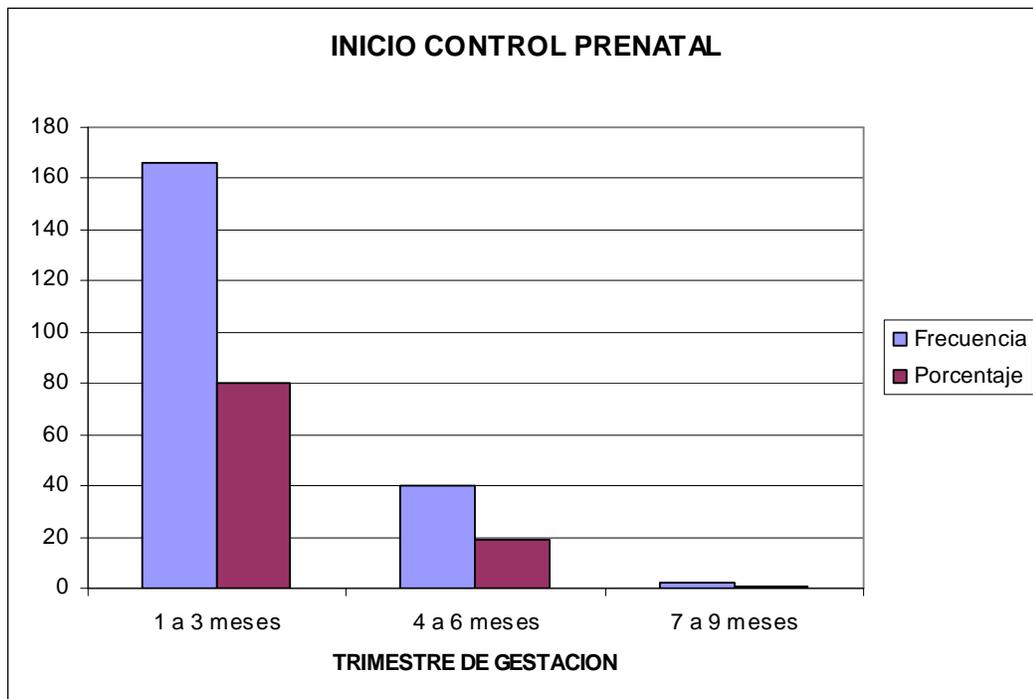


Tabla 7.
Trimestre de gestación:

Meses de Embarazo Actualmente	Frecuencia	Porcentaje
1 a 3 meses	70	34
4 a 6 meses	70	34
7 a 9 meses	68	32
Total	208	100

Encuesta n= 208

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario para evaluar nivel de conocimientos de datos de alarma obstétrica en embarazadas de UMF 33

Gráfica 7

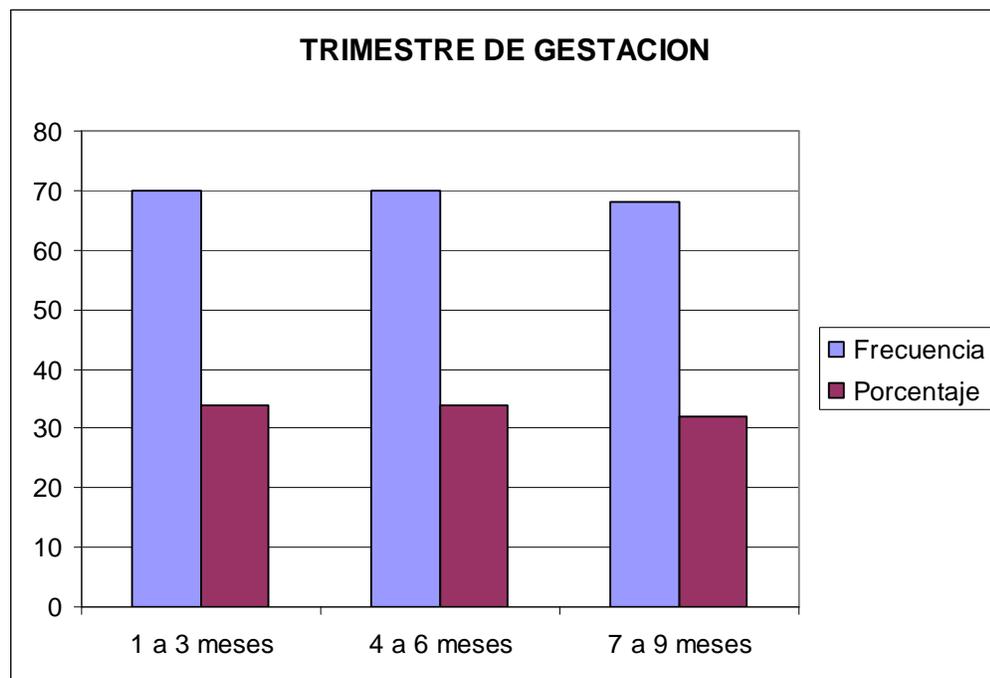


Tabla 8.

Información fecha probable de parto

Información fecha probable de parto	Frecuencia	Porcentaje
Sí	193	93
No	15	7
Total	208	100

Encuesta n= 208

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario para evaluar nivel de conocimientos de datos de alarma obstétrica en embarazadas de UMF 33

Gráfica 8

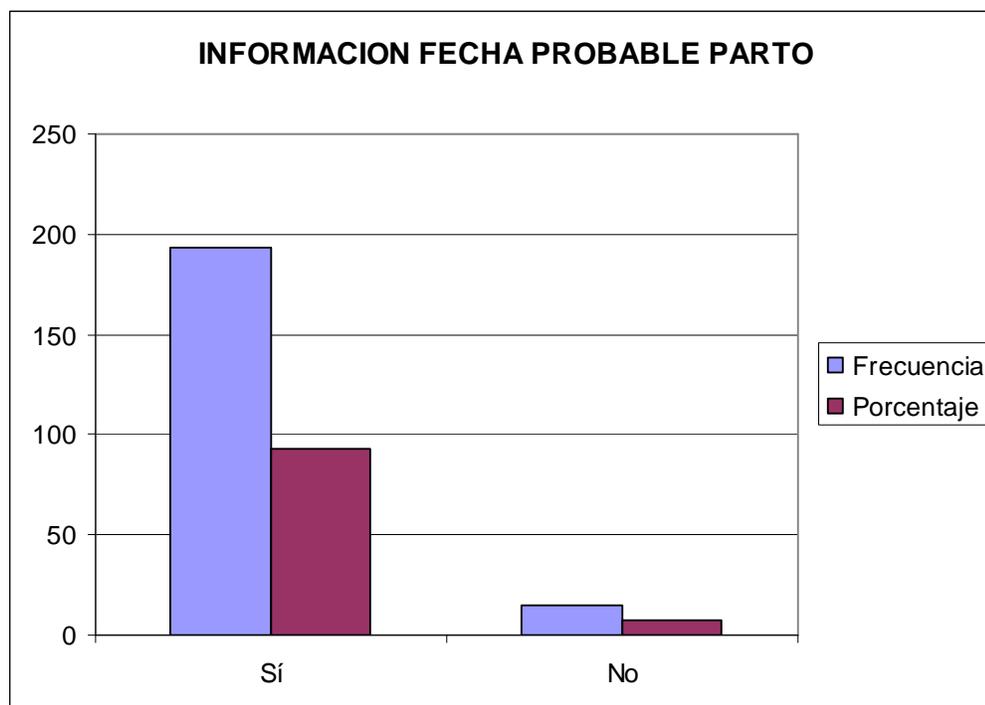


Tabla 9
Fuente de información datos de alarma

Fuente de información de datos de alarma	Frecuencia	Porcentaje
Médico Familiar	151	73
Médico Obstetra	27	13
Enfermera Materno Infantil	7	3
Trabajadora social	22	10
Otros (familiares)	1	1
Total	208	100

Encuesta n= 208

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario para evaluar nivel de conocimientos de datos de alarma obstétrica en embarazadas de UMF 33

Gráfica 9

FUENTE DE INFORMACION DE DATOS ALARMA OBSTETRICA

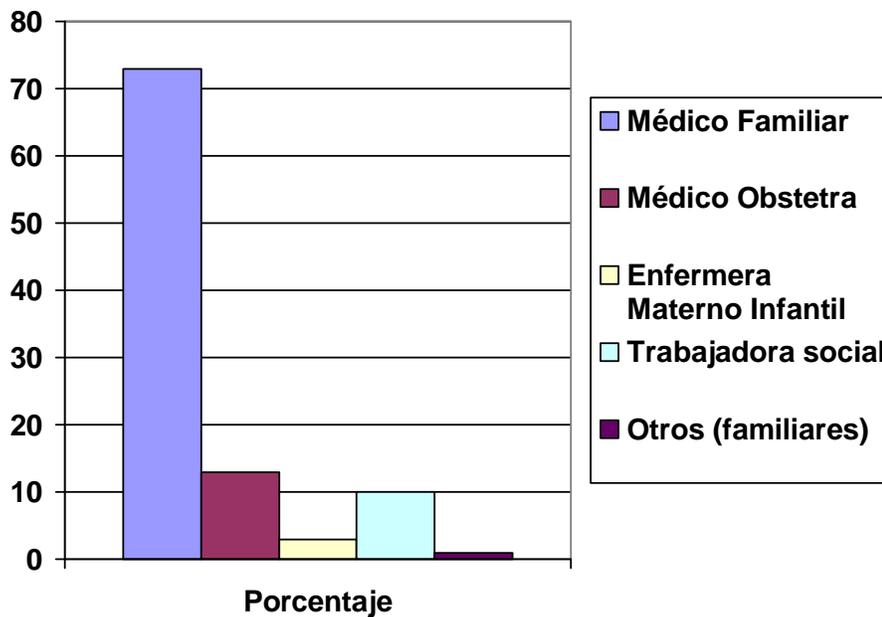


Tabla 10

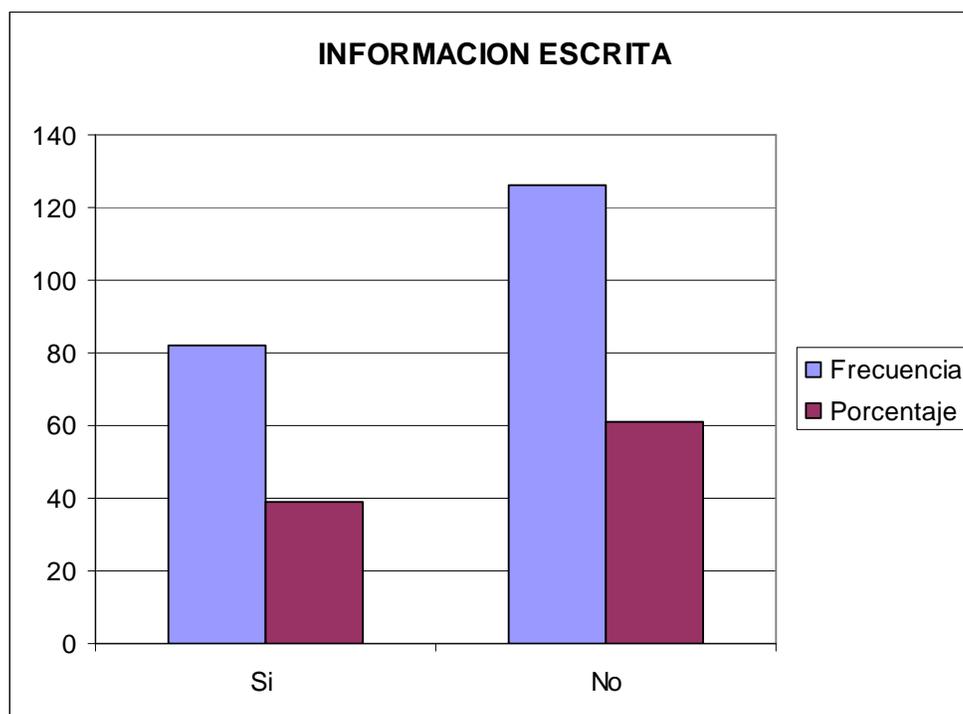
Información Escrita

Información Escrita	Frecuencia	Porcentaje
Si	82	39
No	126	61
Total	208	100

Encuesta n=208

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario para evaluar nivel de conocimientos de datos de alarma obstétrica en embarazadas de UMF 33

Gráfico 10



:

Tabla 11.
Información en pláticas o talleres

Información En platicas o talleres	Frecuencia	Porcentaje
Si	153	74
No	55	26
Total	208	100

Encuesta n= 208

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario para evaluar nivel de conocimientos de datos de alarma obstétrica en embarazadas de UMF 33

Gráfica 11

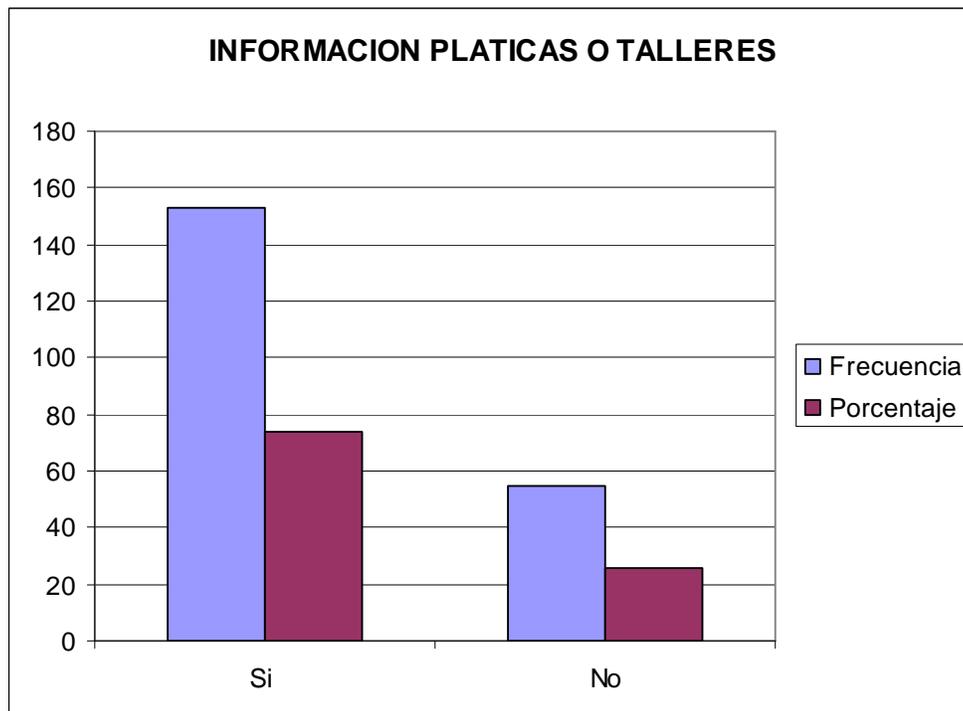


Tabla 12
Factores de riesgo que presentaban
Las embarazadas en el momento de la encuesta
n= 208

ALTO RIESGO		SI		NO	
	Frec.	%	Frec.	%	
Presión alta	13	6	195	94	
Presión alta en embarazo Presión alta y convulsiones en embarazo	12	6	196	94	
Dos o más abortos	8	4	200	96	
Diabetes (Azúcar en la sangre)	3	1	205	99	
Sangrado vaginal durante los últimos 3 meses de embarazo	3	1	205	99	
Enfermedades de los riñones	2	1	206	99	
Malformaciones congénitas	1	0.5	207	99.5	
Incompatibilidad de sangre con el bebe (o embarazos previos)	0	0	208	100	
Problemas del corazón	0	0	208	100	
Otra enfermedad crónica y/o sistémica grave.	0	0	208	100	
TOTAL	42	19.5			

RIESGO INTERMEDIO		SI		NO	
	Frec	%	frec	%	
Infección de vías urinarias.	50	24	158	76	
Edad menos de 20 y mayor de 34 años.	28	14	180	96	
Sangrado vaginal durante los primeros 3 meses de embarazo	19	9	189	91	
Dos o más Cesáreas	14	7	194	93	
Productos prematuros o con bajo peso al nacer	10	5	198	95	
Cuatro o más embarazos	10	5	198	95	
Tabaquismo crónico	8	4	200	96	
TOTAL	139	67%			

BAJO RIESGO		SI		NO	
	Frec	%	Frec	%	
Estatura menor de 150 cm	60	29	148	71	
Una Cesárea o Aborto	39	19	169	81	
Escolaridad primaria	19	9	189	91	
Menos de 2 años de último embarazo	17	8	191	92	
TOTAL	135	65%			

DATOS DE ALARMA POR TRIMESTRE DE EMBARAZO

Tabla 13
Conocimiento de los síntomas de alarma por trimestre de embarazo
n= 208

Primer trimestre	Correctas		Incorrectas	
	Frec	%	Frec.	%
13. Si presenta durante los primeros 3 meses del embarazo dolor en el vientre, es normal	189	91	19	9
18. Se debe acudir de inmediato a su hospital más cercano cuando hay hemorragia vaginal.	188	90	20	10
17. La inflamación de la cara o los dedos es una situación normal del embarazo.	180	86	28	14
14. Durante el embarazo son normales las molestias al orinar, como dolor y ardor	178	86	3	14
19. El vómito abundante y continuo es una reacción normal ante el embarazo y no amerita que se consulte de inmediato a su médico.	146	70	62	30
20. El dolor de cabeza continuo e intenso es normal en algunas mujeres embarazadas	144	69	64	31
15. No hay que preocuparse si presenta durante los primeros tres meses del embarazo flujo vaginal	102	49	105	51

Segundo Trimestre	Correcta		Incorrecta	
	Frec	%	Frec.	%
25. Si disminuye o se deja de mover su bebe, es indicación para acudir inmediatamente a revisión médica	204	98	4	2
23. Los escalofríos y la fiebre son signos de alarma en una embarazada que deben hacerla consultar de inmediato a revisión médica.	200	96	8	4
18. Se debe acudir de inmediato a su hospital más cercano cuando hay hemorragia vaginal.	188	90	20	10
17. La inflamación de la cara o los dedos es una situación normal del embarazo.	180	86	28	14
14. Durante el embarazo son normales las molestias al orinar, como dolor y ardor	178	86	3	14
20. El dolor de cabeza continuo e intenso es normal en algunas mujeres embarazadas	144	69	64	31
24. El "dolor con endurecimiento de estómago" antes de los 9 meses es normal.	143	69	65	31
15. No hay que preocuparse si presenta durante los primeros tres meses del embarazo flujo vaginal	102	49	105	51

Tabla 13
 Conocimiento de los síntomas de alarma por trimestre de embarazo
 n= 208

Tercer Trimestre	Correcta		Incorrecta	
	Frec	%	Frec.	%
25. Si disminuye o se deja de mover su bebe, es indicación para acudir inmediatamente a revisión médica	204	98	4	2
22. Los “ataques “ por primera vez durante el embarazo son signo de alarma para recibir atención médica de urgencia	203	98	5	2
23. Los escalofríos y la fiebre son signos de alarma en una embarazada que deben hacerla consultar de inmediato a revisión médica.	200	96	8	4
16. Si Ud. presenta salida de líquido por la vagina, debe acudir de inmediato al hospital más cercano	200	96	8	4
21. Si Ud. presenta visión borrosa o “ve puntos brillantes” debe consultar rápidamente al médico.	197	95	11	5
18. Se debe acudir de inmediato a su hospital más cercano cuando hay hemorragia vaginal.	188	90	20	10
17. La inflamación de la cara o los dedos es una situación normal del embarazo.	180	86	28	14
24. El “dolor con endurecimiento de estómago” antes de los 9 meses es normal.	143	69	65	31

Fuente: Datos obtenidos del cuestionario para evaluar nivel de conocimientos de datos de alarma obstétrica en embarazadas de UMF 33

Tabla 14

PRIMER TRIMESTRE n = 70				
CONOCIMIENTOS				
PREGUNTA	Correcto		Incorrecto	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
15 Leucorrea	33	47.8	36	52.2
19 Vomito	42	60	28	40
20 Cefalea	45	64.3	25	35.7
14 Infección vías urinarias	55	78.6	15	21.4
13 Dolor abdominal	62	88.6	8	11.4
18 Sangrado vaginal	62	88.6	8	11.4
17 Edema	63	90	7	10

Promedio global de conocimiento 73.9 % (Medio)

Gráfico 14

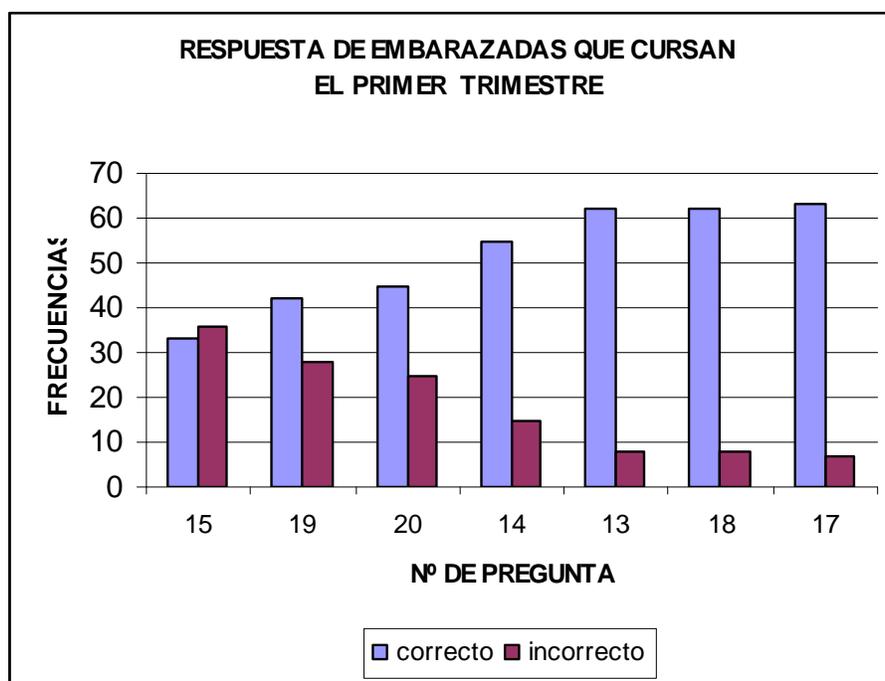


Tabla 15

SEGUNDO TRIMESTRE n = 70				
CONOCIMIENTOS				
PREGUNTA	Correcto		Incorrecto	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
15 Leucorrea	31	44.3	39	55.7
24 Actividad uterina	48	68.6	22	31.4
20 Cefalea	51	72.9	19	27.1
17 Edema	58	82.9	12	17.1
14 Infecciones vía urinarias	62	88.6	8	11.4
18 Sangrado vaginal	65	92.9	5	7.1
23 Infección	66	94.3	4	5.7

Promedio global de conocimientos 67.3 % (Medio)

Gráfica 15

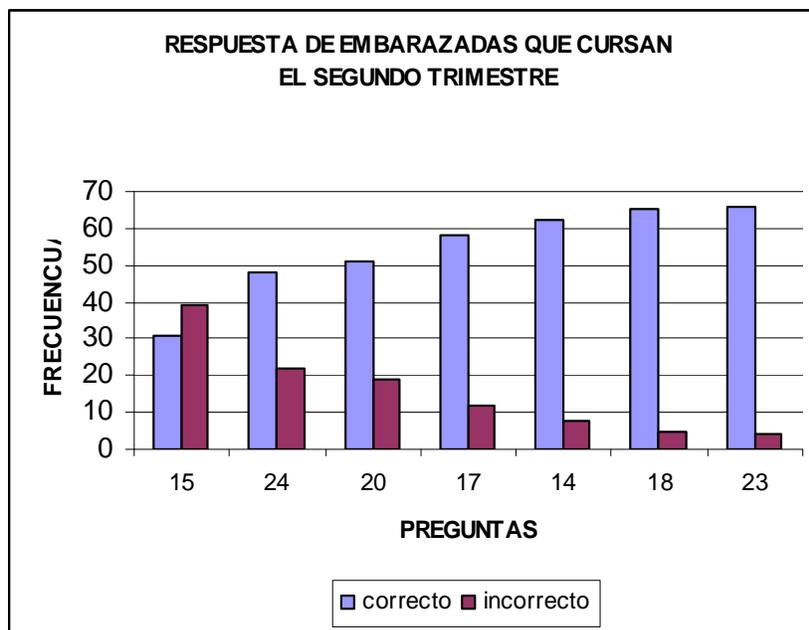
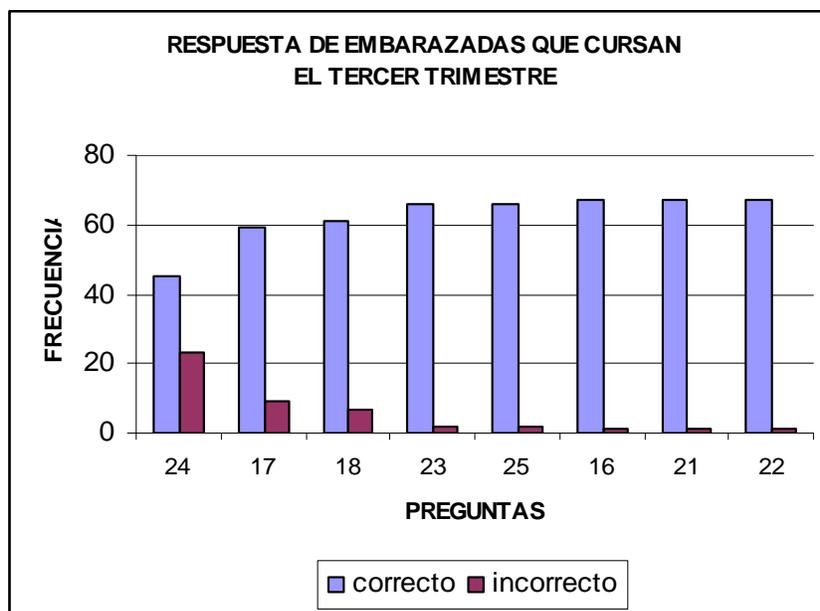


Tabla 16

TERCER TRIMESTRE n = 68				
CONOCIMIENTOS				
PREGUNTA	Correcto		Incorrecto	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
24 Contracciones uterinas	45	62.2	23	33.8
17 Edema	59	86.8	9	13.2
18 Sangrado vaginal	61	89.7	7	10.3
23 Infección	66	97.1	2	2.9
25 Movilidad fetal	66	97.1	2	2.9
16 Ruptura prematura membranas	67	98.5	1	1.5
21 Alteraciones visuales	67	98.5	1	1.5
22 Crisis convulsivas	67	98.5	1	1.5

Promedio global de conocimiento 91.5% (Alto)

Gráfica 16



ANALISIS DE RESULTADOS.

El rango de edad de nuestras pacientes se encontró una población entre 17 y 36 años de edad. Encontrándose un porcentaje mayor de pacientes de 28 años de edad 10.6 % (22 pacientes), que traduce el grupo de mujeres que acuden a control prenatal en esta unidad de Medicina Familiar, lo cual nos muestra también que el embarazo se pospone para etapas más tardías de la vida de la mujer en edad fértil, probablemente relacionado con expectativas a futuro. Sin embargo también vemos embarazo en adolescente aunque en una proporción menor.

El estado civil de las pacientes estudiadas fue en su mayoría casada 53.4% (111 pacientes), seguida de las que se encuentran en unión libre con un 32.7% y con un porcentaje menor de aquellas que se encuentran sin una pareja. Lo cual demuestra que la mayoría de las pacientes tienen una estabilidad en este aspecto.

La escolaridad observada en las pacientes estudiadas fue predominantemente a nivel secundaria con un 40.4% (84 pacientes), seguido de la universitaria con un 32.2 % (67), y un pequeño porcentaje de aquellas sin instrucción académica, lo cual demuestra que aunque el nivel de analfabetismo en la población estudiada es mínimo, esto traduce además el acceso a la educación en esta zona, la cual es una zona urbana.

En cuanto a ocupación el mayor porcentaje fue de hogar con un 57.2% (119), empleada con 31.3% (65), lo cual demuestra que a pesar de que las mujeres tengan un grado mayor de escolaridad, sigue predominando la dedicación al hogar, con un porcentaje menor de aquellas mujeres que además están integradas al ámbito laboral.

De acuerdo al número de embarazos que las pacientes refieren haber tenido, aún cuando no han llegado a término el 48% (99) es primigesta, siendo el resto multigesta, y de estas últimas el mayor porcentaje se encuentra cursando el segundo embarazo, lo cual nos demuestra, que de alguna manera si hay influencia de los programas de planificación familiar, esto aunado, al grado de escolaridad visto anteriormente y a la edad, traduce la preocupación de la mujer en edad fértil por procrear menos hijos y el primer embarazo a edades más tardías, lo cual a su vez también hace que aumente el riesgo de complicaciones en el mismo.

El trimestre de gestación en el momento de la encuesta fue tanto para el primer 34% (70), como para el segundo trimestre 34% (70), igual, con una menor proporción del tercero 32% (32). Ello debido a que las pacientes llevan a cabo su control durante los primeros meses de gestación en la unidad de Medicina Familiar y aquellas que se encuentran en el último trimestre generalmente están en control en un segundo nivel de atención.

Al 92.8% de las pacientes se le informó la fecha probable de parto, mientras que a un 7.2% no se le proporcionó esta información. Lo cual traduce que prácticamente la mayoría está recibiendo información a este respecto, sin embargo, al encontrarse en control prenatal el 100% de las pacientes deberían estar informadas.

De la información que se está brindando a las usuarias embarazadas de la UMF 33 en control prenatal, la principal fuente de información es el médico familiar, 73% (151), seguida del médico obstetra 13% (27) y la trabajadora social 11% (22). Sin embargo a pesar de que el mayor informante es el médico familiar, es un porcentaje bajo considerando que es obligación de todo control a la paciente embarazada informar en cada consulta sobre datos de alarma obstétrica. También encontramos que un porcentaje muy bajo es informado por la Enfermera materno infantil 3% (7), lo cual nos demuestra que sigue faltando capacitación y cumplimiento de parte del equipo de salud en el que se apoya el médico familiar para el control de la paciente embarazada. Esto también se ve reflejado en el porcentaje de trabajo social que informa estos datos de alarma, ya que también es parte del equipo de salud y debería de ser mayor la difusión y educación materna por parte de las trabajadoras sociales, hacia la paciente embarazada. A este respecto también hace falta la transmisión de la información no solo de manera verbal sino también escrita, ya que solo el 39% (87) refiere que sí la recibieron y el 61% (126), no la recibieron. Así como mayor difusión mediante pláticas y talleres, puesto que solo el 74% (153) recibió información de esta manera.

En la valoración en cuanto a riesgo obstétrico de las pacientes la mayoría se ubica en un riesgo intermedio 159 pacientes (67%), aunque con un porcentaje de 19.5% (42), de datos de alto riesgo. Lo cual nos traduce que hay pacientes que no están siendo canalizadas, de manera adecuada ya que deberían de estar en control en un segundo nivel.

Respecto al conocimiento de los datos de alarma en el embarazo por trimestre las pacientes identificaron el dolor pélvico y la hemorragia vaginal como situaciones que ameritan revisión médica inmediata. En cuanto a edema y datos de infección de vías urinarias fue identificado como dato de alarma, sin embargo de menor importancia ya que solo el 86%, lo considero de riesgo. La hiperemesis y la cefalea fueron considerados de menor riesgo ya que solo el 70% y 69% respectivamente, lo manifestó como dato de alarma. La presencia de leucorrea es un dato que la mayoría de las pacientes consideran irrelevante, ya que el 51% de ellas lo consideran como normal.

En el segundo trimestre la disminución de los movimientos fetales, la fiebre y la hemorragia vaginal fueron identificadas como motivos para acudir de forma inmediata de los servicios de salud. El edema durante el embarazo, los datos de infección de vías urinarias, la cefalea y las contracciones uterinas prematuras fueron considerados como datos de menor importancia, solo siendo identificados por un 86% y 69% de las pacientes como de riesgo para el desarrollo del embarazo. Nuevamente los datos de Cervico-vaginitis se siguen considerando como una situación sin importancia ya que solo el 49%, los identifica como de riesgo.

En el tercer trimestre las pacientes identifican la hipomotilidad fetal, la presencia de convulsiones, datos de infecciones sistematizadas, la ruptura prematura de membranas, datos de vasoespasmo y la hemorragia vaginal, como situaciones de riesgo y que deben ser atendidas de manera inmediata por personal médico. Identificando el edema como dato de alarma solo en el 86%, y contracciones uterinas prematuras 69%. Situaciones que se siguen tomando como de menor importancia.

Dichos resultados concuerdan con estudios realizados previamente como el de Ortigosa y cols, en donde fueron explorados datos que denotan situaciones de alarma evidente (sangrado transvaginal, ausencia de movimientos fetales, salida de líquido amniótico), fueron contestados correctamente con mayor frecuencia, no así otros como la identificación de síntomas de Infección de vías urinarias, identificación de contracciones uterinas características de trabajo de parto.

La calificación global en cuanto a nivel de conocimientos fue de 84%, que de acuerdo a nuestra escala se consideraría alta (nivel bajo < 60%, medio 60-79%, alto >80% respuestas correctas). Sin embargo cuando se hace la calificación por trimestre se encuentra que en el primer trimestre se tiene un nivel de conocimientos medio con un 73.9%, en el segundo trimestre medio con un 67.3%, y en el tercer trimestre un nivel alto con un 91.05%. . Tal vez porque en este trimestre el médico hace más énfasis en los datos de alarma, conforme se acerca cada vez más la fecha probable de parto, en comparación a los 2 primeros trimestres. Lo cual nos denota que se tiene que hacer énfasis en el primer y segundo trimestre en cuanto a datos de alarma obstétrica.

CONCLUSIONES

Dentro de los grupos de población más susceptibles a la enfermedad y a la muerte se encuentra el grupo materno-infantil. La susceptibilidad para las mujeres en edad reproductiva nace en los procesos fisiológicos que acompañan al embarazo, los cuales modifican el organismo materno y aumenta su vulnerabilidad.

La información y capacitación de grupos multidisciplinarios para detectar, tratar y orientar correctamente a grupos de riesgo específico representan una prioridad haciendo énfasis en la necesidad de aspectos educativos.

En esta investigación destaca que el nivel de conocimientos global de datos de alarma obstétrica se encuentra en un nivel alto. Sin embargo al desglosarlo por trimestre de gestación se observa que durante el primer y segundo trimestre se tiene un nivel de conocimientos medio, mientras que en el tercer trimestre, se tiene un nivel alto. Es en este punto en donde se debe de hacer modificaciones, para que tanto el médico familiar como la enfermera materno infantil, proporcionen desde el inicio del embarazo los datos de alarma para que las pacientes puedan ser capaces de identificarlos.

Los principales datos que las pacientes identifican como de alarma durante el embarazo son: la hemorragia vaginal, la hipomotilidad fetal, las convulsiones, la ruptura prematura de membranas, y la presencia de datos de infección tales como fiebre, durante los 3 trimestres. Sin embargo es menor el nivel de conocimientos que se tiene en cuanto a datos como contracciones uterinas prematuras, datos de infección de vías urinarias y edema, así como datos de vasoespasmo. Por último la identificación de cervicovaginitis como dato de alarma es mínima, ya que solo una pequeña proporción lo identifica como de riesgo.

Resultados similares a los reportados en otros estudios y que pueden desencadenar complicaciones en el último trimestre del embarazo. Lo que nos da la pauta para hacer una mayor difusión de los datos que se identifican en menor grado, orientando a la paciente desde el primer contacto tenga con el equipo de salud. Este estudio revelo que la principal fuente de información es el médico familiar, sin embargo también el resto del equipo de salud se debe dar a la tarea del reforzamiento y propiciar un mejoramiento en la calidad de esta información.

Se debe contar con el apoyo multidisciplinario para la educación de la paciente embarazada, desde la información en el consultorio dada por el médico familiar, posteriormente por la enfermera materno infantil, cuando se deriva a la paciente de bajo riesgo para continuar con su control, además del reforzamiento de esta información por el servicio de trabajo social.

En este sentido se propone la formación de grupos y estrategias educativas, creando grupos de embarazadas por trimestre de gestación, para que la calidad de la información proporcionada sea enfocada también al trimestre que cursa la paciente y sea de mayor utilidad, todo ello con la finalidad de que el curso de su embarazo se lleve a cabo con las menos complicaciones posibles.

En este estudio también se observó que hace falta difusión de los datos de alarma, y de información escrita. Por lo que se propone la realización de la misma, con folletos, carteles, etc. Aunado a una mayor difusión de los talleres educativos impartidos por trabajo social.

Todo lo anterior solo nos demuestra la afirmación en el sentido de que necesitan implementar acciones de comunicación, información y educación que permitan a las mujeres embarazadas la identificación de los datos de alarma y promuevan el uso correcto y oportuno de los servicios de salud. Al proporcionar apoyo y lazos de colaboración entre los miembros del equipo de salud se fomenta la prevención de las posibles complicaciones, se evitan daños a la salud tanto de la madre como del feto. Todo ello con el único fin de preservar la salud y fomentar el bienestar de nuestra paciente en este caso embarazada y de su familia.

BIBLIOGRAFIA

1. Williams. Obstetricia. 20th edición. Ed. Litoral Médica Panamericana.1997.
2. Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993) Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Secretaria de Salud. Diario Oficial. Enero de 1995.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas. Norma Técnica para la Vigilancia Materno Infantil. Coordinación de salud Reproductiva y Materno Infantil. IMSS. México, 1995.
4. Velasco-Murillo V. Mortalidad materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social 1992-2001. Gac Med Mex 2003;139(Suppl 1):S17-S22.
5. Velasco-Murillo V, Navarrete-Hernández E, Hernández-Alemán F, Anaya-Coeto S, Pozos-Cavanzo JL, Chavarría-Olarte ME. Mortalidad materna en el IMSS. Resultados iniciales de una intervención para su reducción. Cir Ciruj 2004.
6. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas. Washington, D.C: OMS-USAID; 2003.
7. Nesbitt, Robert E. «Identificación prenatal del feto que corre riesgo», en Clínicas de Perinatología. Asistencia del embarazo de alto riesgo. Interamericana. Septiembre 1974, p. 213.
8. Burrow, Gerard y Thomas Ferris. Complicaciones médicas durante el embarazo. Médica Panamericana. 2ª Ed. Buenos Aires, p. 109
9. Guía clínica para la atención de pacientes en control prenatal en el primer nivel de atención. GUIAS CLINICAS IMSS, 2007.
10. Pérez-Cuevas R. Reyes H, Gil V, Trejo JA, Heinz C, Oviedo M, Velasco V. Perspectivas actuales de la atención prenatal en medicina familiar. En: Prioridades de Salud en la Mujer. Editado por: Vitelio Velasco, Alejandro Reyes. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2002. pp.113-128.
11. Ortigosa C.E., Karchmer K.S. Factores relacionados con el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo. Ginecol Osbste. Mex. 1996; 64: 90-95
12. Rodríguez -Ceniceros JO. Granados-Gutiérrez MG. Embarazo previo y reconocimiento de signos y síntomas de alarma obstétrica. Revista Salud Pública y Nutrición. Monterrey, N. L (1). 2000

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 33**

**CUESTIONARIO PARA EVALUAR CONOCIMIENTOS DE DATOS DE ALARMA
OBSTETRICA DE USUARIAS DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL.**

El propósito de éste cuestionario es identificar el nivel de conocimientos de datos de alarma durante el embarazo en usuarias en control prenatal. Como Ud. es usuaria de éste programa en nuestra Unidad, su opinión experta es esencial.

El cuestionario es anónimo y la información se utilizará para ayudar al mejoramiento del programa.

1. Su edad en años cumplidos es: _____

Marque con una "X" la opción de respuesta que Ud. elija para cada pregunta.

2. Su estado civil es: a) Soltera. b) Casada. c) Separada. d) Viuda. e) Unión libre.
f) Divorciada.

3. El último año de estudios que realizó fue:
a) Ninguno. b) Primaria. c) Secundaria. d) Universitaria e) Técnica f) Otro.

4. Indique su ocupación actual
a) Estudiante. b) Empleada. c) Hogar. d) Desempleada e) Pensionada
f) Independiente.

5. ¿Cuántas veces se ha embarazado, contando este embarazo y aun los que no llegaron a término?

- | | |
|---------|-------------|
| a) Una | d) Cuatro |
| b) Dos | e) Cinco |
| c) Tres | f) Seis más |

6. ¿Cuánto tiempo de embarazo tenía cuando empezó a asistir a control prenatal en esta clínica?

- a) Menos de 1 mes a 3 meses.
- b) Más de 3 meses a 6 meses.
- c) Más de 6 meses a 9 meses

7. ¿Cuántos meses de embarazo tiene actualmente?

- a) Uno a tres
- b) Cuatro a seis
- c) Siete a nueve.

8. ¿Cual fue la fecha de su última regla? _____

9. ¿Que fecha probable de parto le ha dado su medico o la enfermera materno infantil?

10 ¿Quién le ha proporcionado información sobre datos de alarma en su embarazo, que pueden ocasionar complicaciones o riesgo?(solo una opción)

- a) Médico Familiar b) Médico obstetra c) Enfermera Materno infantil
d) Trabajo social e) Otras (Familia o amigas)

11. ¿Le han entregado información por escrito sobre temas relacionados con el embarazo y sus cuidados?

- a) Si b) No

12. ¿Le han informado mediante charlas o talleres sobre temas relacionados con el embarazo y sus cuidados?

- a) Si b) No

De la siguiente tabla marque con una X las enfermedades o situaciones presentes en su caso (Tabla 1)

	Si	No
Presión alta		
Diabetes (Azúcar en la sangre)		
Enfermedades de los riñones		
Dos o más abortos		
Presión alta en embarazo		
Presión alta y convulsiones en embarazo		
Incompatibilidad de sangre con el bebe (o embarazos previos)		
Problemas del corazón		
Otra enfermedad crónica y/o sistémica grave.		
Malformaciones congénitas		
Sangrado vaginal durante los últimos 3 meses de embarazo		
Edad menos de 20 y mayor de 34 años.		
Dos o más Cesáreas		
Productos prematuros o con bajo peso al nacer		
Cuatro o más embarazos		
Infección de vías urinarias.		
Tabaquismo crónico		
Sangrado vaginal durante los primeros 3 meses de embarazo		
Menos de 2 años de último embarazo		
Una Cesárea o Aborto		
Estatura menor de 150 cm		
Escolaridad primaria		

A continuación, Ud. encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con su embarazo.

	SI	NO
13. Si presenta durante los primeros 3 meses del embarazo dolor en el vientre, es normal		
14. Durante el embarazo son normales las molestias al orinar, como dolor y ardor		
15. No hay que preocuparse si presenta durante los primeros tres meses del embarazo flujo vaginal		
16. Si Ud. presenta salida de líquido por la vagina, debe acudir de inmediato al hospital más cercano		
17. La inflamación de la cara o los dedos es una situación normal del embarazo.		
18. Se debe acudir de inmediato a su hospital más cercano cuando hay hemorragia vaginal.		
19. El vómito abundante y continuo es una reacción normal ante el embarazo y no amerita que se consulte de inmediato a su médico.		
20. El dolor de cabeza continuo e intenso es normal en algunas mujeres embarazadas		
21. Si Ud. presenta visión borrosa o "ve puntos brillantes" debe consultar rápidamente al médico.		
22. Los "ataques " por primera vez durante el embarazo son signo de alarma para recibir atención médica de urgencia		
23. Los escalofríos y la fiebre son signos de alarma en una embarazada que deben hacerla consultar de inmediato a revisión médica.		
24. El "dolor con endurecimiento de estómago" antes de los 9 meses es normal.		
25. Si disminuye o se deja de mover su bebe, es indicación para acudir inmediatamente a revisión médica		

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Por medio de la presente **acepto participar en el proyecto de investigación** titulado *NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE DATOS DE ALARMA OBSTETRICA EN PACIENTES EMBARAZADAS USUARIAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33. IMSS*. Inscrito ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC con el registro número _____. Los objetivos del estudio son: Determinar el nivel de conocimiento acerca de datos de alarma obstétrica en pacientes embarazadas usuarias de la UMF 33.

Se me ha explicado que mi participación consiste en responder el *INSTRUMENTO DE CUESTIONARIO PARA EVALUAR CONOCIMIENTOS DE DATOS DE ALARMA OBSTETRICA EN DE USUARIAS DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL*

Declaro que se me ha informado ampliamente que los resultados serán utilizados confidencial y anónimamente.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos a llevar a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi identidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Entiendo que, de considerarlo conveniente, conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento.

USUARIA PARTICIPANTE

INVESTIGADOR

Nombre y firma

Nombre, firma y matrícula

TESTIGOS

Nombre y firma

Nombre y firma