



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 1 NORTE DEL DISTRITO
FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33
“EL ROSARIO”**



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA EN MUJERES
EMBARAZADAS QUE PERTENECEN A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 33
EL ROSARIO”**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

**DRA. ALMA ROXANA SOLIS GARCIA
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

A S E S O R

**DRA. CONCEPCION VARGAS LEON
MÉDICO ADSCRITO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR MAT. 99374257
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 33 “EL ROSARIO”
AUTORIZACIONES**

MEXICO D.F FEBRERO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DRA. MÓNICA SANCHEZ CORONA

**ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO. 33 EL ROSARIO**

DRA. CONCEPCION VARGAS LEON

**MÉDICO ADSCRITO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR MAT. 99374257
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 33 “EL ROSARIO”. ASESORA**

**DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO**

**DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO**

**DRA. ALMA ROXANA SOLIS GARCIA
RESIDENTE DE 3ER. AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR**

AGRADECIMIENTOS

Primero y antes que nada dar gracias a **Dios** por haberme acompañado y guiado a lo largo de esta carrera, por ser mi fortaleza en esos momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de experiencias buenas y malas las cuales han dejado un gran aprendizaje, pero sobre todo por esos pequeños momentos de felicidad que le dan sentido a mi vida.

A mis padres Ramón e Isabel porque gracias a su apoyo y consejos, he llegado a realizar una de mis grandes metas lo cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir, por enseñarme a luchar y ser la fuerza que necesito las veces que he caído, por eso y mil cosas más los amo.

A mis Hermanas Ana y Ariana por su apoyo, cariño y confianza, por compartir los buenos y malos momentos de esta vida y por ser mi fuerza y motor en esta vida, las quiero.

A mi Tía Minerva que es como si fuera una segunda madre para mí por su apoyo incondicional, confianza y por ser mi guía gracias te quiero

A mi Mami por ser un ejemplo de vida ya que me ha enseñado que se puede salir adelante a pesar de todas las adversidades que se lleguen a presentar y que siempre hay una luz en el camino.

A mis amigos y hermanos de profesión Janis, Pepe, Denni, Vero, Ana, Robe, Steffi y la súper guardia Shir, Claudia, Belem, Víctor siempre juntos hasta el final, por compartir esta aventura llamada residencia, y estar conmigo en las buenas y en las malas, por esas risas, llanto y hasta corajes compartidos simplemente gracias.

A la Dra. Mónica Neri por sus enseñanzas, aprendizajes y apoyo incondicional tanto en cuestiones académicas como personales gracias.

Y a todas esas personas que de alguna forma participaron en esta etapa de mi vida y que me ayudaron a continuar y dejaron alguna enseñanza. Simplemente Gracias.

INDICE

<i>Resumen</i>	5
<i>Introducción</i>	6
<i>Antecedentes</i>	16
<i>Planteamiento del Problema y objetivos</i>	18
<i>Material y Método</i>	19
<i>Resultados</i>	21
<i>Tablas y Gráficas</i>	23
<i>Discusión</i>	30
<i>Conclusiones</i>	32
<i>Bibliografía</i>	34
<i>Anexos</i>	37

RESUMEN

Solís G.A.R*; Vargas L.C**. Nivel De Conocimiento sobre los Signos De Alarma En Mujeres Embarazadas Que Pertenecen A La Unidad De Medicina Familiar No 33 El Rosario. México D.F. Agosto 2012.

Antecedentes: La salud de la madre y el niño es prioridad mundial, las acciones para mejorar el binomio, requiere de servicios institucionales del cuidado del embarazo para disminuir índices de morbimortalidad, la mayoría de los daños obstétricos pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento de signos de alarma en mujeres embarazadas que pertenecen a la Unidad de Medicina Familiar No 33 El Rosario. **Material y método:** Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo por encuesta, tomando una muestra aleatoria simple de 150 embarazadas con control prenatal en la UMF 33 El Rosario. **Resultados:** 57% de las encuestadas tuvo un embarazo planeado, 57% inicio su control en el 1er trimestre de su embarazo, 48% tiene un riesgo reproductivo bajo, 57% identifica los signos de alarma, 60% considera la calidad de información como clara, 63% obtuvo información por un medico Familiar. **Conclusión:** La atención prenatal oportuna favorece un mejor conocimiento de los síntomas de alarma obstétrica ya que la información que reciben en control prenatal es de forma clara y explícita respondiendo todas sus dudas, permitiendo un control adecuado y atención oportuna al identificar algún síntoma de alarma.

Palabras clave: Riesgo reproductivo, Signos y síntomas de alarma del embarazo

*Residente 3er Año Medicina Familiar; ** Medico Familiar Adscrito UMF 33 El Rosario

INTRODUCCION

La salud de la madre y el niño está contemplada en este momento como una prioridad de orden mundial, su situación de salud y desarrollo son indicadores de las condiciones de vida de la población de un país así como las acciones comprendidas para el mejoramiento de la salud madre e hijo, considerando al embarazo como un proceso socio histórico, por lo que se requiere otorgar servicios institucionales del cuidado del embarazo ya que esto disminuye considerablemente los índices de morbimortalidad ⁽¹⁾. Ya que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez. ⁽²⁾

Por lo que en la actualidad, la concepción se debe considerar de alta prioridad en las actividades destinadas 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 el grupo de población en edad reproductiva. ⁽³⁾ El nacimiento de un niño sano es un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo, sin embargo para muchas familias, el proceso de reproducción puede ser sombrío y peligroso, con morbilidad, secuelas y en última instancia la muerte de la madre, de su hijo, o de ambos, de acuerdo a estudios realizados en cuba. ⁽⁴⁾

Por lo que la atención prenatal tiene como principales propósitos la prevención de las complicaciones maternas durante el curso del embarazo o el diagnóstico oportuno y la atención adecuada de las mismas, así como evitar intervenciones innecesarias y favorecer la satisfacción de la mujer embarazada, a través de una serie de acciones específicas enfocadas hacia la prevención y la educación. ⁽⁵⁾ por lo que la prestación de servicios de salud a la mujer embarazada es una prioridad nacional e internacional. La atención prenatal adecuada se ha relacionado con una mejor calidad de vida para los niños y las mujeres, durante y después del embarazo, ya que en el proceso de atención se pueden prevenir, detectar y tratar en forma oportuna las complicaciones que generan secuelas o la muerte de cualquiera de los integrantes del binomio madre-hijo. ⁽⁶⁾ ya que la las principales causas de mortalidad materna y perinatal son predecibles mediante la atención prenatal sistemática y de alta calidad permitiendo identificar y controlar los diferentes factores de riesgo obstétrico y perinatal. ⁽⁷⁾

Las tasas de mortalidad materna y perinatal son indicadores que reflejan las condiciones de vida de la mujer; la morbilidad subyacente y la calidad de vida de una sociedad; la situación social, cultural, económica y política; la cobertura, eficacia y eficiencia de los

servicios de salud; las condiciones de educación, alimentación y vivienda en un sitio determinado. Así vemos que las 2/3 partes de las muertes en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo. De acuerdo a información recabada durante el año 2008 en Europa septentrional, una de cada 9 850 mujeres tienen riesgo de muerte materna; Norteamérica una de cada 6366; en Asia una de cada 54 y África una de cada 21 mujeres.⁽⁸⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 define la salud reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de la reproducción. La misma comprende la atención pre concepcional, prenatal, del parto, del recién nacido, del puerperio y neonatal precoz, teniendo como meta la reducción de las muertes maternas en tres cuartas partes para el año 2015.^(9,10)

En el año 2006 la OMS publica un Programa de Atención Prenatal Orientada de los cuales nos muestra que los programas de atención prenatal (APN) han sido un reflejo de los programas de países desarrollados, con frecuencia los programas se implementan de manera deficiente y hacen poco para promover la salud de las madres y los neonatos. Hasta hace poco, muchos de los componentes de la atención prenatal no se evaluaban rigurosamente. Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado un paquete de Atención Prenatal (APN) orientada, que incluye únicamente consejería, exámenes y pruebas que sirven para propósitos inmediatos, cuyos objetivos son poner mayor énfasis en la calidad de la atención que en la cantidad y en el caso de embarazos normales la OMS recomienda sólo cuatro visitas prenatales, cuyo objetivo es mantener estos embarazos como normales a través de:

- La identificación de condiciones de salud preexistentes
- La detección temprana de complicaciones que surgen durante el embarazo
- El fomento de la salud y prevención de enfermedades
- La preparación para el parto
- La elaboración de un plan para estar listos ante una complicación.⁽¹¹⁾

En Estados Unidos hay un programa de atención prenatal dirigido a mujeres hispanas basado en estos puntos que marca la OMS para que los embarazos lleguen a feliz término y con las mínimas complicaciones posibles ya que hace énfasis en acudir a atención médica llevar una dieta saludable y los factores que influyen durante el embarazo y las medidas que deben tomarse en caso de tener alguna de estas.⁽¹²⁾

En nuestro país mediante el Programa de Salud Reproductiva garantiza una maternidad saludable y sin riesgos en todas las mujeres mexicanas, contribuyendo a disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal a través del Programa de Acción Arranque

Parejo en la Vida mediante acciones que permitan asegurar una atención prenatal adecuada y parto sin complicaciones, planteando la necesidad de aumentar la información y el acceso a los servicios de salud de calidad para la población femenina e infantil para reducir los rezagos de salud que hay en estos grupos de edad. ^(13, 14,15)

Como se ha mencionado en nuestro país la atención Prenatal es el conjunto de acciones de salud que reciben las gestantes a través del Sistema Nacional de Salud, y tiene la cobertura más ancha de esa pirámide en la atención primaria de salud (médicos familiares y enfermeras). Su propósito es lograr una óptima atención en salud para todas las gestantes, y que permita obtener un recién nacido vivo, sano, de buen peso y sin complicaciones maternas. ⁽¹⁶⁾ La atención prenatal es el gran avance y de todos los medios conocidos el único realmente eficaz para anticiparse con cierta seguridad a sucesos imprevistos, así como para diagnosticar la existencia o no de gestación; para conocer el terreno en donde se desarrollará; los antecedentes personales de importancia; el estado actual de salud y la evolución del embarazo; la situación psicosocial y otros datos más que unidos a los métodos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, permiten establecer con bastante seguridad la identificación clínica de normalidad o desviación y por lo tanto establecer un pronóstico y tratamiento adecuados. Es por lo tanto la atención médica prenatal, un sistema de vigilancia periódica, sistemática y primordialmente clínica del estado grávido, con el apoyo de los recursos del laboratorio y gabinete. ⁽¹⁷⁾

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 causas de morbilidad y mortalidad, con el impacto adicional consecuente sobre el producto de la concepción. Actualmente se reconoce que: Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permita la identificación y el control de los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal ⁽³⁾

La prevención de las complicaciones y la muerte durante el proceso de la reproducción es uno de los pilares para el desarrollo de la salud reproductiva, y el principal instrumento para lograr este fin es la aplicación del concepto de riesgo reproductivo. ⁽⁸⁾ y algunos otros conceptos como son riesgo preconcepcional, riesgo obstétrico. Se conoce como riesgo reproductivo como la probabilidad de alterar el equilibrio del estado general físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor. ⁽³⁾

Se conoce como *riesgo preconcepcional* a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio. Por lo antes expuesto, el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma

condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso. Por lo tanto, no puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero sí debemos tener en cuenta una serie de criterios principales que nos ayuden a su identificación. ⁽¹⁸⁾

El Riesgo obstétrico. Se entiende como todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma del desarrollo normal o la supervivencia del producto. ⁽³⁾

El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo. Se les dará su valor clínico, y planificará la adecuada atención de éstas, con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal. Un factor de riesgo se define como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos. La identificación temprana de los factores de riesgo, seguida de una atención adecuada, pueden prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables. Los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una gestante pueden concurrir varios factores, con mayor efecto sobre el producto. La valoración del riesgo es un proceso dinámico, ya que se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante. ⁽¹⁸⁾

La valoración del riesgo obstétrico nos permite planear las características la intencionalidad que debe tener la vigilancia prenatal en cada caso, en particular para la identificación de los factores de riesgo, la educación para la salud y la detección oportuna de complicaciones. ⁽³⁾

El control del embarazo, incluido dentro de la medicina preventiva, es primordial para reducir los accidentes perinatales al poderse identificar los principales riesgos evitables. Este control necesita una metódica y reiterada recopilación de información clínica, para lo cual es indispensable una búsqueda activa de signos de alerta, basada en los principales riesgos, lo que proporcionaría a la consulta una plena eficacia. Este control debe ser estricto para todas las embarazadas, dada la posibilidad del riesgo potencial de un accidente perinatal. Con mucha frecuencia, será el control prenatal, el método que detectará los primeros signos de una alteración en el desarrollo de un embarazo que aparentemente parece transcurrir con normalidad. El riesgo es variable en relación con su repercusión sobre el embarazo; sin embargo, existen categorías mayores de riesgo ante parto, agrupadas principalmente en: enfermedades preexistentes, historia obstétrica previa desfavorable, enfermedades condicionadas por la gestación, y evidencias de malnutrición materna. ⁽¹⁸⁾

Entendiéndose como factor de riesgo la característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos asociados con un aumento de la probabilidad de

ocurrencia en un daño, por lo que el riesgo obstétrico alto es un aumento real o potencial en la probabilidad de sufrir daños a la salud de la madre o del producto, ya que existen diversas clasificaciones de riesgo, pero ninguna puede sustituir el pensamiento y la experiencia del médico ante cada embarazada, es decir teniendo en cuenta los diversos factores que pueden presentarse se debe aplicar un enfoque integral analítico e individualizado en cada caso.⁽¹³⁾

Una de las clasificaciones utilizadas son las instauradas en el IMSS las cuales consideran que el Factor de riesgo obstétrico: condición o factor que cuando está presente aumenta la probabilidad de que la madre o el niño desarrollen una enfermedad.⁽⁹⁾ La presencia de uno o más de los siguientes factores permite clasificar al embarazo como: de bajo riesgo (normal) y de alto riesgo. Se consideran como factores de Riesgo Obstétrico los siguientes: Adolescente embarazada; Edad de 35 años o más con edad ginecológica menor a los 2 años; Diabetes e Hipertensión arterial; Multigravidez; Abortos; Malformaciones congénitas; Cesárea previa; Muerte Fetal; Hemorragias en la 2a mitad del embarazo; Nefropatía; Cardiopatía; Prematurez; Intervalo intergenésico menor de 2 años; Preeclampsia- Eclampsia (PE). Se considera edad ginecológica al tiempo transcurrido entre el inicio de la menarca y la fecha de fecundación.⁽⁶⁾

De acuerdo al programa llamado “Estrategias para disminuir mortalidad materna en México” establecido por la secretaria de salud en Agosto del 2009 una vez diagnosticado el embarazo, el médico se debe dedicar durante todas las consultas posteriores a otorgar a la mujer asistencia técnica e información fundamentalmente de tipo preventivo, a través de una instrucción adecuada de la evolución de cada uno de los tres trimestres en que se divide el embarazo, tanto en relación a cambios normales, como a posibles desviaciones. El primero comprende las primeras 13 a 14 semanas; el segundo va de la 14 a la 24 y el tercero de la 24 a las 40 semanas y durante ellas hay variantes de conductas, todas ellas encaminadas a la protección del binomio materno fetal. En términos generales, a la embarazada se le da a conocer lo que le está permitido hacer y lo que debe evitar durante su período gestacional; tomando en cuenta que la mujer sana no necesita variar mucho sus actividades cuando se embaraza. Las consultas se indican con una frecuencia de cada treinta días, durante los siete primeros meses y de cada 15 días en los últimos meses.⁽¹⁹⁾

Una de las prioridades de los cuidados prenatales es informar a las mujeres para que sean capaces, de tomar decisiones informadas acerca de sus cuidados en donde serán atendidas, quien llevara a cabo sus cuidados a que exámenes serán sometidas y donde se atenderá el parto. Desde el primer contacto con la mujer embarazada se le debe ofrecer información acerca de los cuidados del embarazo, servicios y opciones disponibles, consideraciones al estilo de vida incluyendo información acerca de la dieta y pruebas de laboratorio y el propósito de estas, se debe ofrecer información clara y consistente y dar la oportunidad para discutir sus problemas, dudas y preguntas. Independientemente de la edad gestacional en la primera consulta el Médico familiar debe identificar los factores de riesgo para resultados adversos del embarazo e identificar los que son modificables y dar indicaciones precisas ya que estos pueden incrementar

significativamente los resultados adversos y la necesidad de derivar a la paciente a otro nivel. En todo seguimiento prenatal el personal de salud debe estar alerta de los signos o síntomas o condiciones que afectan la salud de la madre o del producto haciendo énfasis en la detección de violencia intrafamiliar, diabetes gestacional y preeclampsia. ⁽¹⁵⁾

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), las mujeres embarazadas (beneficiarias o trabajadoras) tienen el derecho de recibir servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio, en el IMSS se considera que la atención prenatal se debería de iniciar en el primer trimestre en todos los casos y que cada mujer debería de acumular por lo menos siete consultas al final del embarazo, desde 1983 se intensificaron las acciones con la finalidad de tener mejores condiciones de salud y reducir el riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto. A pesar de la existencia de la norma, no se ha logrado un nivel óptimo de utilización ya que las mujeres embarazadas reciben menos consultas (5.2 por mujer en promedio) y sólo el 33.4% de ellas iniciaron la atención en el primer trimestre del embarazo. ⁽⁶⁾

De acuerdo a el programa “Embarazo Saludable” anunciado por primera vez por el C. Presidente de la República, Lic. Felipe Calderón Hinojosa en mayo del 2008 facilita la afiliación a todas las mujeres embarazadas en el país al Seguro Popular. Una vez afiliadas las mujeres embarazadas contarán con la atención prenatal, del parto o cesárea y del puerperio, así como la atención del recién nacido en forma completamente gratuita de acuerdo con las capacidades que incluye en el catálogo de atención el Seguro Popular cuyo objetivo es promover y avanzar en estrategias regionales y nacionales para asegurar que todas las mujeres tengan acceso a la atención calificada del parto a través de un convenio inter-institucional, para prestar atención a las mujeres en edad gestacional que presenten una emergencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con capacidad para la atención de emergencias obstétricas, sin tomar en consideración su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento esto con el fin de disminuir las muertes maternas y perinatales en nuestro país. ⁽¹⁸⁾

La mortalidad materna en México representa un problema multifactorial de salud pública, relacionado con la cobertura y calidad de los servicios de salud y con factores socioeconómicos y culturales. Durante la última década, la tasa de mortalidad materna ha mostrado una tendencia ligeramente a la baja. En 1990 se registraron 5.4 defunciones maternas por 10 000 Nacidos Vivos Registrados (NVR); mientras que en el 2000 este indicador alcanzó el valor de 4.68. ⁽¹⁴⁾

Aunque las muertes maternas han disminuido en las últimas décadas. Entre 1990 y 2005 la razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos se redujo de 89 a 63. Aunque se trata de un descenso importante todavía estamos lejos de la meta que se estableció en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015, lo que significa llevar el valor de este indicador a 22 por 100,000 nacidos vivos en 2015. Entre 1990 y 1999 la mortalidad materna

disminuyó a un ritmo de 1.84% anual, que se incrementó a 2.84% entre 2000 y 2006. Para alcanzar la meta de los ODM, los valores de este indicador tendrán que disminuir hasta 2015 a una tasa anual de 6.9%. Los mayores esfuerzos tendrán que hacerse en las poblaciones marginadas, que son las que presentan las mayores cifras de mortalidad materna.

En 2005 se presentaron en el país 1,242 muertes maternas; De este total, 67.7% ocurrieron en mujeres sin seguridad social y 19%, fuera de una unidad médica (hogar, vía pública). El riesgo de fallecer de una embarazada en Guerrero fue dos veces mayor que el promedio nacional y cinco veces mayor que el de las embarazadas de Nuevo León. Las entidades con problemas de mortalidad materna más serios son Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Nayarit y Oaxaca, que presentan cifras de razón de mortalidad materna superiores a 80 por 100,000 nacidos vivos.⁽¹⁵⁾

Las principales causas de muerte materna en México son los trastornos hipertensivos del embarazo y las hemorragias durante el embarazo, el parto y el puerperio. Es importante señalar, sin embargo, que el predominio de ciertas causas depende del contexto. En las zonas urbanas casi la mitad de las muertes maternas se debe a complicaciones del embarazo, dentro de las que destaca la preeclampsia. En las zonas urbanas de los estados más desarrollados, las muertes maternas se deben a padecimientos sistémicos subyacentes, como la diabetes, que se ven agravados por la maternidad (causas obstétricas indirectas). Aquí el reto es mejorar la detección temprana y el tratamiento oportuno de estas complicaciones. En las áreas rurales la mitad de las muertes se debe a hemorragias (causas obstétricas directas).

El reto en este caso es mejorar el acceso, la calidad y la oportunidad de la atención del parto y el puerperio. Un problema que es necesario atender de manera prioritaria es el de los embarazos en adolescentes. En las instituciones públicas de salud 21% de los partos atendidos en 2005 fueron en menores de 20 años y casi 7,289 ocurrieron en niñas de 10 a 14 años de edad. El riesgo de morir de las adolescentes que se embarazan es 1.2 veces mayor que el de las embarazadas mayores de 20 años.

Las muertes evitables son aquellas defunciones que, dado el nivel de desarrollo de la tecnología médica, no debieran producirse. Lo mismo sucede con las complicaciones de un embarazo: existen las medidas de promoción de la salud y atención prenatal y obstétrica para evitar que este tipo de complicaciones terminen en una muerte materna. La presencia de estas muertes, por lo tanto, nos habla de un problema de acceso o un problema de calidad.⁽²⁰⁾

Alrededor de 38% de las 2.3 millones de muertes que se presentaron en México entre 2000 y 2004 eran evitables, el 39.6% en mujeres; las principales causas de muertes evitables son las afecciones originadas en el periodo perinatal, la cardiopatía isquémica, el cáncer de mama, la diabetes, el cáncer cérvico uterino, las complicaciones del

embarazo, el parto y puerperio, la cirrosis hepática y las infecciones respiratorias agudas. La mortalidad materna se redujo de 89 en 1990 a 63 por 100,000 nacidos vivos en 2005. Sin embargo, muchas de las muertes que se producen podrían evitarse ampliando el acceso a atención médica de calidad y el traslado oportuno de los casos de embarazo o trabajo de parto complicado a unidades médicas especializadas.

En 2005 se presentaron en México 1,278 muertes maternas. De este total, 1,242, correspondieron a muertes obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio, y 36 a muertes tardías o por secuelas.⁽¹⁵⁾

De acuerdo a los reportes del El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2010 en su capítulo de salud el cual considera como tema emergente la salud materno infantil nos reporta que en 2006 había en el país 79 embarazos adolescentes (de 12 a 19 años) por cada mil mujeres en el mismo grupo de edad; la mayor incidencia se observa en la población de 18 y 19 años, donde esta proporción es 225 de cada mil jóvenes, además de las complicaciones que tiene un embarazo adolescente por sus características, también pueden ser causal de muerte fetal e incluso materna, la prevención y atención de estas complicaciones requieren de la asistencia de personal médico o prestadores de servicios de salud capacitados que monitoreen el desarrollo del embarazo; a esta asistencia se denomina atención prenatal.

A nivel internacional, tanto el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) como la OMS, recomiendan como mínimo cuatro visitas prenatales para cada mujer, iniciando en el primer trimestre del embarazo²⁵. Por su parte, la normatividad oficial en México, establece un mínimo de cinco revisiones prenatales, iniciando también durante el primer trimestre. En México durante 2006, 88.3% de las mujeres mexicanas de 20 a 49 años tienen al menos cuatro revisiones prenatales; siendo las de 35 a 39 años quienes presentan mayor proporción de atención en esta etapa (90.5%), y la menor atención la presentan las mujeres de 45 a 49 años (85.4 por ciento).⁽²¹⁾

En la Norma Oficial Mexicana y las guías de práctica clínica se establece que la atención a la madre durante el embarazo la unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contra referencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención) y en las cuales deben realizarse las siguientes acciones:

- Elaboración de historia clínica
- Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales);
- Medición y registro de peso y talla, medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración;

- Valoración del riesgo obstétrico;
- Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto;
- Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo); determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho.
- Examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36.
- Detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad;
- Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico;
- Prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo);
- Aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales.
- Orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada
- Promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada
- Promoción de la lactancia materna exclusiva y orientación sobre planificación familiar;
- Medidas de autocuidado de la salud;
- Establecimiento del diagnóstico integral.

El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia (24,25), infecciones cérvicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo. Se debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo

cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

- 1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas
- 2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas
- 3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas
- 4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas
- 5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas

Cuando el embarazo se prolongue después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42. (2, 22,23) por lo que la vigilancia prenatal es importante ya que con ello se hace hincapié en la importancia que tiene el difundir a cada una de las mujeres embarazadas los signos de alarma en el embarazo ya que con ello podremos llevar a feliz término el embarazo de nuestra población.

ANTECEDENTES

En Agosto del 2009 se crearon programas de salud materna privilegiando el enfoque de riesgo para prevenir muertes maternas, bajo la premisa de que era posible reducir y detectar con oportunidad los embarazos susceptibles de presentar complicaciones obstétricas. El enfoque de riesgo se basa en el conocimiento que existe sobre la propensión a la muerte bajo ciertos comportamientos, características o patologías. Por ejemplo, se sabe que la edad de la madre se encuentra estrechamente relacionada con la mortalidad materna.⁽¹⁹⁾

Por lo que la relevancia de este estudio radica en que independientemente de los factores de riesgo, se considera que toda mujer embarazada está en riesgo permanente de sufrir alguna complicación que le pueda causar la muerte de ella o su producto, sin embargo, los servicios de salud sólo pueden ayudar si la mujer puede y sabe utilizarlos en caso de urgencia obstétrica, por lo que es fundamental que la mujer embarazada identifique los signos de alarma de cada uno de los trimestres de embarazo y así se pueda buscar atención médica oportuna.

El estudio es factible para poder realizarlo ya que con el podemos determinar el conocimiento de los signos de alarma en mujeres embarazadas que pertenecen a la unidad de medicina familiar No. 33 el rosario en ambos turnos; Por lo que al mejorar la educación de las mujeres embarazadas, mejoramos su capacidad de decisión en casos de urgencia y adquiere mayor responsabilidad en cuanto a su vida reproductiva y salud, siendo estos elementos esenciales de las estrategias destinadas a reducir la mortalidad materna en nuestro país

Con los datos recabados podremos obtener un panorama de la información que reciben nuestras pacientes beneficiando y retroalimentando al equipo de salud y a su población en general ya que además de reforzar la información otorgada a las mujeres embarazadas, se contribuye a la prevención de complicaciones maternas en el embarazo, diagnóstico oportuno, atención adecuada contribuyendo a mejorar la salud, calidad de vida y equidad para las mujeres, sus familias y la comunidad en general (5), esto lo realizaría con la repartición de trípticos donde se difundan los datos de alarma para reforzar la información que se les da en su consulta prenatal.

Este estudio tiene congruencia con políticas de salud ya que de acuerdo a lo estipulado en el programa de embarazo saludable y de acuerdo a las guías de control prenatal con enfoque de riesgo del IMSS (Julio 2009) que forman parte de las estrategias y líneas de acción consideradas en el Programa Nacional de Salud 2007- 2012 en el cual se facilita la afiliación a todas las mujeres embarazadas del país y en el cual estipula atención prenatal, atención de parto y puerperio con carácter preventivo de las complicaciones, ya que las principales causas de muerte materna y perinatal son previsible mediante

atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad permitiendo identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal, por lo que la intervención eficaz y la inversión en una maternidad sin riesgos no solo reduciría la mortalidad materna y la discapacidad materno infantil, sino que también contribuiría a la mejor salud, calidad de vida de las mujeres y sus familias.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las tasas de mortalidad materna y perinatal son indicadores que reflejan las condiciones de vida de la mujer; la morbilidad subyacente y la calidad de vida de una sociedad; la situación social, cultural, económica y política; la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud; las condiciones de educación, alimentación y vivienda en un sitio determinado. Así vemos que las 2/3 partes de las muertes en edad fértil se relacionan con complicaciones del embarazo. Teniendo en cuenta que las principales causas de muerte materna en México son los trastornos hipertensivos del embarazo y las hemorragias durante el embarazo, el parto y el puerperio, es importante señalar que el predominio de ciertas causas depende del contexto. En las zonas urbanas casi la mitad de las muertes maternas se debe a complicaciones del embarazo, dentro de las que destaca la preeclampsia.

Por lo que la presente investigación se plantea en vista que la mayoría de las emergencias obstétricas son por causa de signos y síntomas de alarma que fueron identificados de forma oportuna o tardía por las mismas gestantes, independientemente de sus factores de riesgo, se considera que toda mujer gestante está en riesgo permanente de sufrir alguna complicación que le pueda causar la muerte de ella o su producto. Sin embargo, los servicios de salud sólo pueden ayudar si la mujer puede utilizarlos. En caso de urgencia obstétrica, es fundamental que se identifiquen los signos de peligro y se busque atención rápidamente. La mejora de la educación de las mujeres, de su capacidad de decisión en materia de búsqueda de atención sanitaria, son elementos esenciales de las estrategias destinadas a reducir la mortalidad materna. Por lo que es importante el conocimiento que tengan las mujeres sobre los signos de alarma durante su embarazo ya que también con esto disminuimos las probabilidades de muertes maternas y perinatales.

En la unidad de medicina familiar No. 33 existe una población de 113 525 derechohabientes de las cuales 25 964 son mujeres en edad fértil que corresponden al 43.49% de la población general, de las cuales 494 son mujeres embarazadas que llevan su control prenatal en la unidad, tomados del área de información médica y archivo clínico (ARIMAC) en el mes de Mayo- Junio 2011, de acuerdo a estudios previos en esta unidad relacionados con este tema uno con el título “ Información que reciben las derechohabientes embarazadas durante el control prenatal” de 1986 (26) y otro llamado “Nivel de conocimiento que las mujeres embarazadas tienen sobre los factores de riesgo” de 2000 (27) en los cuales se concluyó que el nivel que tienen las mujeres embarazadas depende de factores socioeconómicos, nivel escolaridad y los antecedentes gineco obstétricos de cada una de ellas, motivo por el cual mi pregunta de investigación surge con el propósito de determinar si estos factores se han modificado en los últimos años ya que la difusión de los datos de alarma en los últimos años ha sido prioridad de todos los programas de salud que se implementan en el país.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el nivel de conocimiento de signos de alarma en mujeres embarazadas que pertenecen a la Unidad de Medicina Familiar No 33 El Rosario?

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No.33 El Rosario la cual se encuentra ubicada en Av. De las Culturas esquina Av. Del Renacimiento, Colonia Unidad el Rosario, Delegación Azcapotzalco, que pertenece a la delegación 1 noroeste y a la subdelegación 1 de Santa María la Rivera en el D.F. en el servicio de consulta externa, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de los signos de alarma en mujeres embarazadas que pertenecen a la Unidad de Medicina Familiar No 33 El Rosario Ambos Turnos.

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo por encuesta, abierto que se aplicó a la población de mujeres embarazadas que llevaban su control prenatal en la UMF 33 El Rosario independientemente del riesgo reproductivo y semanas de gestación de las mismas.

El grupo de estudio estuvo constituido por un total de 150 pacientes embarazadas derechohabientes del IMSS con los siguientes criterios de inclusión: embarazadas adscritas a la UMF 33 El Rosario independientemente del turno, riesgo reproductivo e independientemente de las semanas de gestación que acudan a atención prenatal en la UMF 33 El Rosario; embarazadas que acepten participar en nuestro estudio; embarazadas con o sin enfermedades agregadas. Y los siguientes criterios de exclusión: embarazadas no adscritas a la UMF 33 El Rosario, no embarazadas, embarazadas que no lleven control prenatal en la UMF 33 El Rosario, embarazadas que no acepten participar en nuestro estudio. Y tomando como criterios de eliminación: Pacientes que interrumpen embarazo antes de lo planeado ya sea por aborto o parto prematuro, pacientes que no puedan contestar dicho cuestionario por desconocer los términos utilizados en el mismo o que falseen información en dicho cuestionario.

Previo consentimiento informado (Anexo 3), se recabo información y riesgo reproductivo en base al formato MF7/85 del IMSS (Anexo 2) el cual fue llenado por el encuestador (Médico Residente) y los datos obtenidos del expediente electrónico SIMF en especial de la hoja de riesgo reproductivo, para calcular riesgo que tengan cada una de las pacientes al cual se dio un valor numérico que va desde 0.5 a 4 para un riesgo bajo, de 5 a 8 para un riesgo intermedio y más de 9 para un riesgo alto; posteriormente se aplicó un cuestionario ex profeso (Anexo 1) el cual consta de tres apartados principales: I Datos generales tomando en cuenta nombre, edad, estado civil, ocupación, escolaridad; II Control Prenatal tomando en cuenta si fue un embarazo planeado, cambios que sufre en el embarazo, inicio de control prenatal, atención prenatal; III Signos y síntomas de alarma en el embarazo como son: cefalea, contracciones, disminución de la percepción de movimientos del producto, y quien da esta información; cuenta con 20 ítems de respuesta corta, a las cuales se les dará un puntaje de 2 para si y 1 para no y en caso de los incisos el inciso a) vale 2 puntos el inciso b) vale 1 punto y el inciso c) vale 0 puntos, el cual será llenado por cada una de las pacientes, cuyo llenado será en aproximadamente 5 minutos como máximo.

El cuestionario fue previamente validado mediante una prueba piloto el cual fue aplicado a 50 mujeres embarazadas (10% de nuestra población total) tomando como características principales de nuestros testigos a mujeres embarazadas que acudían a su control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 el rosario independientemente del riesgo reproductivo, edad y semanas de gestación que aceptaron participar en nuestra prueba piloto. Para la confiabilidad del instrumento se aplicó la prueba estadística de Alfa Cronbach obteniendo un resultado de 0.935 que corresponde a una confiabilidad muy alta de acuerdo a la siguiente escala: 0.81 - 1.00 Muy Alta; 0.61 - 0.80 Alta; 0.41 - 0.60 Moderada; 0.21 - 0.40 baja; 0.001 - 0.20 Muy baja. Posteriormente solo se modificó la redacción del instrumento para mejorar la comprensión de los términos utilizados en el mismo.

Una vez validado se aplicó dicho cuestionario recabándose la información en un periodo aproximado de dos meses (Junio, Julio) durante los turnos matutino y vespertino de la unidad. Los datos de cada una de las encuestas fueron escaneados y archivados electrónicamente, para posteriormente ser analizados la información se guardó en un libro de Excel, se recabaron los resultados durante el mes de Julio y Agosto donde en revisión conjunta con el asesor se realizó el análisis de los resultados obtenidos en nuestra investigación y se registraron en tablas y se graficaron la atención prenatal tomando en cuenta si fue o no un embarazo planeado, Información que recibieron y de quien la recibieron, Inicio del control prenatal, calidad de la información que reciben y las detecciones oportunas de las embarazadas como son aplicación de tétanos e influenza, toma de tensión arterial, crecimiento uterino, peso y talla y signos de vasoespasmo.

Se valoró el riesgo reproductivo de nuestras pacientes calificado en bajo, intermedio y alto, Nivel de conocimiento que tienen sobre los signos de alarma calificándoles en bueno, regular y malo y de que personal de salud recibieron dicha información desde el médico familiar, enfermera materno Infantil y trabajo social. Y valorando si el llevar una atención prenatal adecuada favorece el mejor conocimiento y comprensión de cada uno de los signos de alarma.

La presente investigación se realizó tomando en cuenta los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación a nivel internacional, nacional e institucional.

RESULTADOS

En la unidad de medicina familiar contamos con 494 mujeres embarazadas en diferentes etapas de la gestación con diferente riesgo reproductivo, a las cuales se les aplicó un cuestionario ex profeso previamente validado en 10% de nuestra muestra inicial y Para la confiabilidad del instrumento se aplicó la prueba estadística de Alfa Cronbach obteniendo un resultado de 0.935 que corresponde a una confiabilidad muy alta de acuerdo a la siguiente escala:

- 0.81 - 1.00 Muy Alta
- 0.61 - 0.80 Alta
- 0.41 - 0.60 Moderada
- 0.21 - 0.40 baja
- 0.20 Muy baja

Después de la validación y confiabilidad del instrumento se realizó una revisión del mismo y se modificó la redacción del instrumento para mejorar la comprensión de los términos utilizados en el mismo y favorecer su adecuado llenado.

Una vez realizadas dichas correcciones se tomó una muestra aleatoria simple a 150 mujeres en diferentes etapas de gestación cuyos resultados obtenidos fueron analizados de acuerdo a los diferentes apartados de nuestro cuestionario y fueron los siguientes:

En base al control prenatal y tomando en cuenta si fue un embarazo planeado 65 de las encuestadas (43%) respondieron que no fue planeado y 85 (57%) refieren que fue un embarazo planeado. (Tabla y Grafica 1). En base a la información que tienen las pacientes sobre los cambios que sufrirían en su embarazo se recabo que 90 de las encuestadas (60%) recibieron esta información del médico familiar al acudir a sus citas control prenatal, 50 paciente (33%) recibieron información de sus familiares y amigos y 10 pacientes (7%) recibieron información en diferentes medios consultados como internet y diversos medios de comunicación. (Tabla y Grafica 2)

En cuanto al inicio del control prenatal 85 pacientes encuestadas (57%) iniciaron su control en el primer trimestre de su embarazo, que de acuerdo a NOM es la etapa ideal del inicio de control prenatal; 50 pacientes encuestadas (33%) durante el segundo trimestre del embarazo y 15 pacientes (10%) lo iniciaron en el tercer trimestre, debido a que la mayoría de las pacientes llevaban un control en medio particular y solo acudieron al instituto por cuestiones administrativas. (Tabla y Grafica 3)

En cuanto a la calidad de la información que recibieron en sus consultas prenatales 90 pacientes encuestadas (60%) consideraron la información que recibieron como clara y que respondía todas sus dudas en cada una de las consultas prenatales a las cuales acuden; 45 pacientes encuestadas (30%) consideraron la información como confusa debido a que se utilizaron diversos términos médicos que no comprendieron y los cuales no fueron debidamente explicados; 15 pacientes encuestados (10%) consideraron que la calidad de información que recibieron como poco comprensible debido a que se utilizaron términos médicos que no fueron explicados a adecuadamente. (Tabla y Grafica 4)

En cuanto al nivel de conocimiento que tienen nuestras pacientes encuestadas se concluyó que 85 pacientes (57%) de ellas tiene un adecuado conocimiento e identificación de los signos de alarma en el embarazo ya que identifica más de 10 signos de alarma; 49 pacientes (33%) tiene un conocimiento regular ya que identifica solo de 5 a 9 signos de alarma y 15 pacientes (10%) de ellas tiene un conocimiento malo ya que identifica menos de 4 signos de alarma en el embarazo. (Tabla y Grafica 5)

En cuanto a quienes les explicaron cada uno de los signos de alarma obstétrica identificables 95 pacientes encuestadas (63%) recibieron la información por un médico familiar al acudir a su control prenatal de forma constante, 55 pacientes (37%) recibieron información al acudir a trabajo social ya que se le hizo énfasis en este servicio, ninguna paciente acude al servicio de EMI (Enfermera Materno Infantil) debido a que no contamos por el momento con este servicio en la unidad. (Tabla y Grafica 6)

En cuanto al riesgo reproductivo se consideró que 72 pacientes encuestadas (48%) tiene un bajo riesgo reproductivo que de acuerdo a los lineamientos del instituto puede llevar un control en EMI sin embargo no contamos con este servicio por el momento en la unidad por lo que continúan su control con su médico familiar, 40 pacientes (27%) presento un riesgo intermedio las cuales llevan un control con su médico familiar, 38 paciente (25%) un riesgo alto por lo que llevan un control prenatal de forma conjunta con Obstetricia, los datos obtenidos mediante el llenado de la MF7/85. (Tabla y Grafica 7)

TABLAS Y GRÁFICAS

TABLA 1

CONTROL PRENATAL Y EMBARAZO PLANEADO

	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
EMBARAZO PLANEADO	85	57%
EMBARAZO NO PLANEADO	65	43%

Fuente: Cuestionario de conocimiento de signos de alarma en mujeres embarazadas UMF 33

GRAFICA 1



Fuente: Cuestionario de conocimiento de signos de alarma en mujeres embarazadas UMF 33

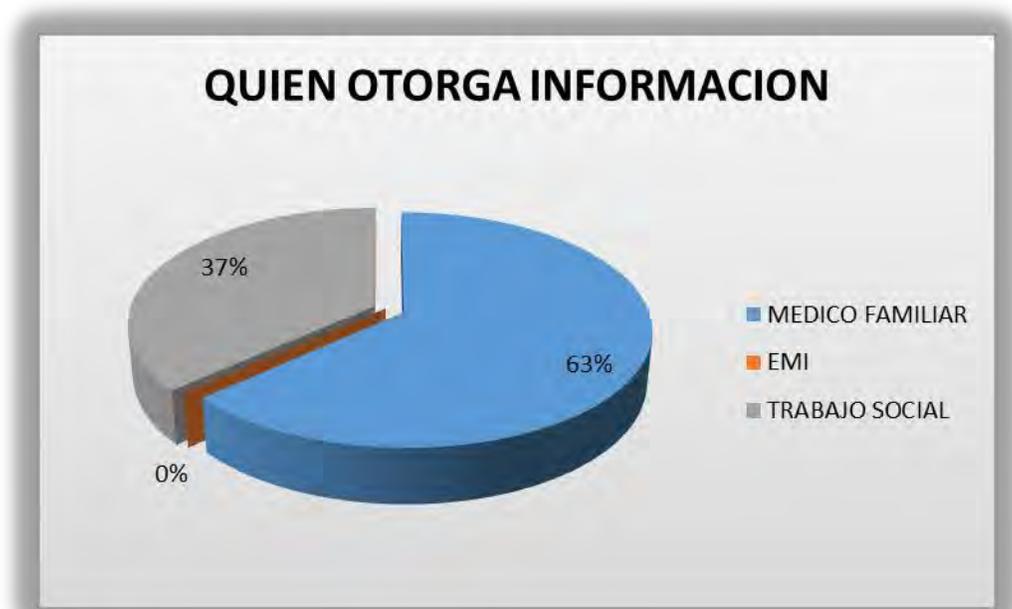
TABLA 2

CAMBIOS OCURRIDOS EN EL EMBARAZO

	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
MEDICO FAMILIAR	90	60
FAMILIARES/ AMIGOS	50	33
OTROS	10	7

Fuente: Cuestionario de conocimiento de signos de alarma en mujeres embarazadas UMF 33

GRAFICA 2



Fuente: Cuestionario de conocimiento de signos de alarma en mujeres embarazadas UMF 33

TABLA 3

INICIO DE CONTROL PRENATAL

	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
1ER TRIMESTRE	85	57
2DO TRIMESTRE	50	33
3ER TRIMESTRE	15	10

Fuente: Cuestionario de conocimiento de signos de alarma en mujeres embarazadas UMF 33

GRAFICA 3



Fuente: Cuestionario de conocimiento de signos de alarma en mujeres embarazadas UMF 33

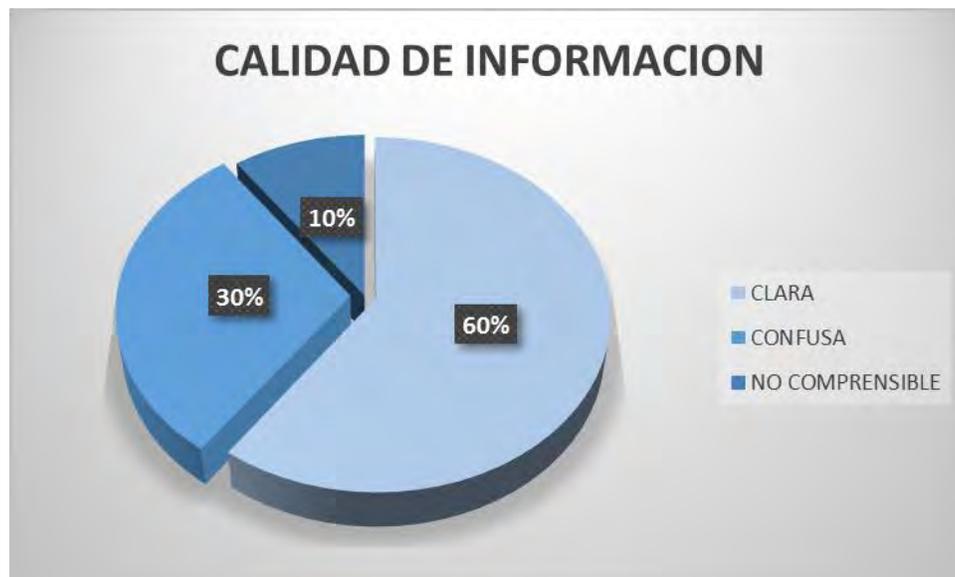
TABLA 4

CALIDAD DE INFORMACIÓN RECIBIDA

	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
CLARA	90	60
CONFUSA	45	30
NO COMPRENSIBLE	15	10

Fuente: Cuestionario de conocimiento de signos de alarma en mujeres embarazadas UMF 33

GRAFICA 4



Fuente: Cuestionario de conocimiento de signos de alarma en mujeres embarazadas UMF 33

TABLA 5

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SIGNOS DE ALARMA

	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
BUENO	85	57
REGULAR	50	33
MALO	15	10

Fuente: Cuestionario de conocimiento de signos de alarma en mujeres embarazadas UMF 33

GRAFICA 5



Fuente: Cuestionario de conocimiento de signos de alarma en mujeres embarazadas UMF 33

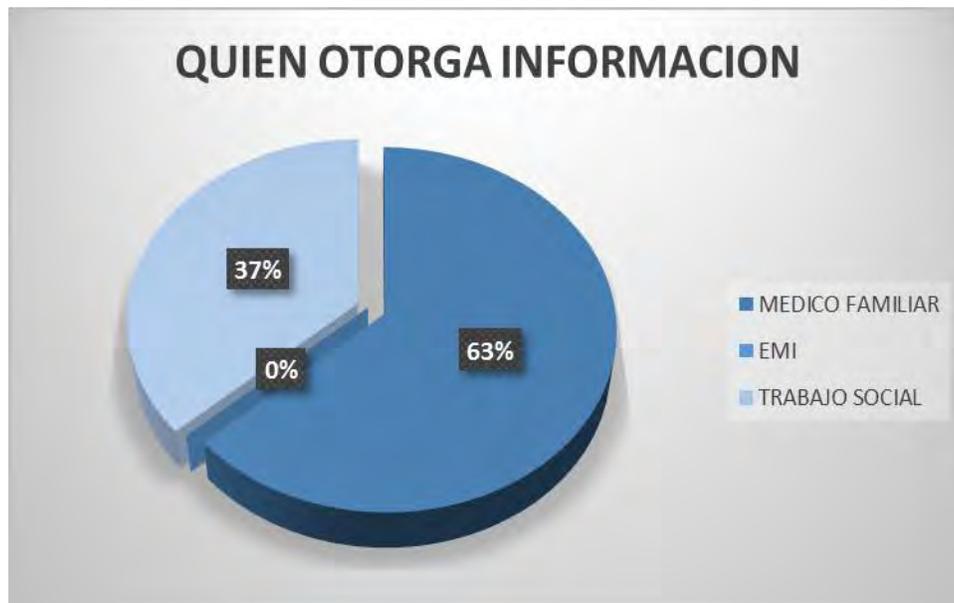
TABLA 6

EXPLICACIÓN DE LOS SIGNOS DE ALARMA

	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
MEDICO FAMILIAR	95	63
EMI	0	0
TRABAJO SOCIAL	55	37

Fuente: Cuestionario de conocimiento de signos de alarma en mujeres embarazadas UMF 33

GRAFICA 6



Fuente: Cuestionario de conocimiento de signos de alarma en mujeres embarazadas UMF 33

TABLA 7

RIESGO REPRODUCTIVO

	ENCUESTADOS	PORCENTAJE
BAJO	72	48
INTERMEDIO	40	27
ALTO	38	25

Fuente: Cuestionario de conocimiento de signos de alarma en mujeres embarazadasUMF 33

GRAFICA 7



Fuente: Cuestionario de conocimiento de signos de alarma en mujeres embarazadas UMF 33

DISCUSIÓN

En el presente estudio se determinó el conocimiento que tienen las mujeres embarazadas que acuden a su control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar 33 El Rosario, el cual se determinó mediante la aplicación de un cuestionario exprofeso validado previamente para poder ser aplicado a nuestras pacientes, en el cual se tomaron en cuenta el riesgo reproductivo y algunos factores sociodemográficos para demostrar que estos influyen de cierta forma en como las mujeres embarazadas entienden cada uno de los signos de alarma en las diferentes etapas del embarazo.

En un estudio previo realizado en esta unidad sobre el nivel de conocimiento que tienen las mujeres embarazadas sobre los factores de riesgo estudio realizado en 2000 comparando los resultados obtenidos en este estudios que cuyos resultados fueron: que el riesgo reproductivo se asociaba fuertemente a la mortalidad materno infantil ya que el 63% de ellas tenía un conocimiento adecuado de los factores de riesgo y solo el 36% desconocía por completo los factores de riesgo que presentaban y en base al nivel de conocimiento encontramos que el 24% de las encuestadas tenía conocimiento de los factores de riesgo y el 55% un conocimiento regular y el 20% un conocimiento malo de los factores de riesgo y que estos resultados pudieron estar condicionados por el medio a través del cual las mujeres embarazadas obtenían la información en ese momento. Y en comparación con los resultados obtenidos en nuestro estudio se observa una similitud en los resultados pero con diferencia en ese estudio que tomamos en cuenta la etapa gestacional a la cual acuden por primer vez a recibir atención prenatal, obteniendo que un inicio prenatal dentro de las primeras semanas de gestación favorece una mejor comprensión de los datos de alarma en las diferentes etapas del embarazo. Sin embargo en cuanto a la información que reciben en el estudio previo se manejó que tenía una gran influencia de sus familiares y amigos sin embargo en nuestro estudio la mayoría de nuestras encuestadas ha recibido la información de médico familiar ya que acude a su control de forma más temprana y oportuna.

Investigando en la literatura no encontramos estudios de características similares dentro de la unidad por lo que nuestro estudio queda como precedente y se deja en claro que la mayoría de las pacientes embarazadas de nuestra unidad acuden de forma oportuna y se da una información adecuada en sus consultas de atención prenatal.

Queda claro que durante el embarazo debe instruirse sobre los signos de alarma obstétrica, como son contracciones, sangrado vaginal, salida de líquido amniótico, ausencia o disminución de movimientos fetales, cefalea intensa, visión borrosa, vomito persistente, fiebre persistente y edema, los cuales deben ser identificados para que las pacientes acudan a recibir asistencia médica oportuna para así poder evitar complicaciones y disminuir la morbi mortalidad del binomio.

La fuente de información del conocimiento que poseen las gestantes, lo relacionan con las actividades educativas recibidas de algunos médicos de familia y el resto con las

actividades recibidas en los hogares maternos y en el hospital. Por lo que las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente y se corresponsabiliza junto con su pareja (o familia), y con el médico en el cuidado de su propia salud. Por lo que es importante que la atención prenatal sea de forma integral, mediante la participación del equipo multidisciplinario de las unidades de medicina familiar, aumentando su efectividad y estimulando la aparición de acciones que tengan un impacto positivo en los resultados maternos fetales., favoreciendo la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo al bienestar del binomio.

La relación entre morbi mortalidad perinatal se han puesto de manifiesto en la literatura médica desde hace más de 20 años, la practica medica no ha logrado disminuir las tasas de algunas entidades nosológicas, que complican el embarazo que al parecer requieren de otras acciones complementarias como la educación en la salud.

La trascendencia del presente estudio radica en sensibilizar a los trabajadores de los sistemas de salud y en especial al médico familiar sobre la importancia que tiene la atención prenatal preventiva, involucrando a las pacientes embarazadas en el autocuidado de su salud al darles a conocer los factores de riesgo reproductivo que factor educativo queda entonces convertido en casi el único apoyo disponible pueden modificar el curso normal embarazo y dañar su salud y la del producto, lo que debe ser foco de atención dentro de la consulta médica y de programas educativos para la población obstétrica, el factor educativo queda entonces convertido en casi el único apoyo disponible para ese grupo en particular, lo cual resalta nuevamente la importancia del Médico Familiar en el primer de atención.

Ya que en el desarrollo del estudio se observó que el nivel de conocimiento que tienen las mujeres embarazadas encuestadas acerca de los signos de alarma es bueno de acuerdo a los resultados obtenidos, sin embargo se requiere hacer más énfasis en el claro entendimiento y comprensión de los mismos, apoyándose en los programas educativos que existen de salud reproductiva dentro del instituto.

CONCLUSION

La presencia de los factores de riesgo reproductivo durante el embarazo, favorece o propicia la morbimortalidad materno infantil, por lo que la importancia del conocimiento de los mismos por parte de las mujeres embarazadas radica en que son observables o identificables antes de que ocurra un daño a la salud.

En nuestra población estudiada, representada por 150 pacientes embarazadas independientemente de la etapa gestacional se observó que el 57 % de la mujeres encuestadas tiene un buen conocimiento sobre los datos de alarma ya que identifica más de 10 signos, el 33% de ellas identifica solo de 9 a 5 datos de alarma y el 10% no identifica el mínimo de los signos durante el embarazo, lo que nos habla de que hay que hacer énfasis de los mismos en cada consulta prenatal, utilizando un lenguaje de acuerdo al nivel sociocultural de cada una de las pacientes. Ya que en base a los resultados obtenidos en cuanto a la calidad de la información que recibieron en sus consultas prenatales el 60% considero la información que recibieron como clara y la cual respondía todas sus dudas; el 30% considero la información como confusa debido a que se utilizaron diversos términos médicos que no comprendieron; y 10% de ellas consideraron que la calidad de información que recibieron como poco clara y comprensible debido a que se utilizaron términos médicos que no fueron explicados a adecuadamente lo cual les causo confusión. En cuanto a quienes les explicaron cada uno de los signos de alarma obstétrica identificables 63% recibieron la información por un médico familiar al acudir a su control prenatal de forma constante, 37% recibió información al acudir a trabajo social ya que en este servicio se refuerza la información que reciben las mujeres embarazadas que acuden a su control prenatal.

Tenemos que tomar en cuenta también si se trata de embarazos planeados o no de los cuales encontramos que el 57% de las encuestadas planeo su embarazo y solo el 43% de ellas no planeo su embarazo, factor que influyó en un control prenatal oportuno en la unidad de medicina familiar ya que esto se demostró que favorece a la mejor comprensión y entendimiento de cada uno de los datos de alarma obteniéndose que un 57% acudió a control prenatal desde el primer trimestre del embarazo, el 33% acudió en el segundo trimestre y el 10% acudió hasta el tercer trimestre. Y en base a la información que tienen las pacientes sobre los cambios que sufrirían en su embarazo es el 60% recibieron esta información del médico familiar al acudir a sus citas control prenatal, 33% recibió

información de sus familiares y amigos y el 7% recibieron información en diferentes medios como internet y diversos medios de comunicación.

Al iniciar su control prenatal en la unidad se tomó en cuenta el riesgo reproductivo de cada una de ellas obteniendo que el 48% tiene un bajo riesgo por lo que pueden continuar control en la consulta externa de la unidad de medicina familiar, el 27% presento un riesgo intermedio de los cuales se considera ocasionalmente una valoración por un servicio de ginecología y el 25% un riesgo alto por lo que ameritan un envío a ginecología y ocasionalmente un manejo en conjunto con el médico familiar.

Los resultados obtenidos nos hacen reflexionar sobre el compromiso que el Medico Familiar tienen en el primer nivel de atención, para disminuir la morbi mortalidad materno infantil y elevar la calidad de la atención medica en todas las actividades relacionadas con el proceso salud enfermedad que involucra la prevención primaria.

Podemos concluir que con el trabajo realizado si pudimos determinar el nivel de conocimiento que tienen las mujeres embarazadas que acuden a la UMF 33 El Rosario considerándolo como bueno, además de que se pudo identificar en base a nuestros objetivos que el control prenatal adecuado favorece un mejor conocimiento y comprensión de los signos de alarma ya que las paciente que iniciaron un control durante el segundo y tercer trimestre del embarazo se observó que no identifican adecuadamente los signos de alarma y que la información de cada uno de los signos de alarma fue otorgada en su mayoría por un Médico familiar y en ocasiones esta información fue reforzada en otro servicio como es trabajos social debido que durante nuestro investigación no contamos con el servicio de EMI (Enfermedad Materno Fetal), además que el enfoque de riesgo también tiene una relación en cuanto a la comprensión de los signos de alarma debido a que las pacientes con un riesgo alto identifican más signos de alarma lo que les permite acudir de forma oportuna a recibir atención medica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Alfaro A.N; Villaseñor F.M; Valadez F.I; Guzmán S.A; González T.Y. Algunos aspectos históricos de la atención de embarazo. Inv Salud 2006. VIII (1) 50-3.
2. NOM 007 SSA 2 1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
3. Instituto Nacional de Salud Pública. Práctica médica efectiva. Atención del embarazo con enfoque de riesgo. Sep 2000 Vol. 2 (9). 1- 4.
4. Fernández S.T; Junco H.X; Rodríguez EI; López FAG; Sujo SM. Conocimiento de la población sobre el riesgo preconcepcional y cumplimiento del programa. Área de salud cerro. Habana Cuba. Mayo- Octubre 2004.
5. Hernández L.B; Trejo y Pérez J.A; Ducoing D.D; Vázquez E.L; Tomas S.P. Guía clínica para atención prenatal. Revista Medica IMSS 2009; 4 (supl). 559 – 69
6. Martínez- González L; Reyes- Frausto S; García – Peña M. Utilización adecuada de la atención prenatal en el IMSS. Salud pública. 1996. Sep- Oct Vol. 38 (5) 341- 51
7. Instituto Nacional de Salud Pública. Práctica médica efectiva. Atención del embarazo con enfoque de riesgo. Sep 2001 Vol. 3 (9). 1- 4.
8. Almarales S.G; Tamayo P.D; Pupo D.H. Factores de riesgo reproductivo preconceptionales en pacientes del centro de salud soibada en timor lesta Cuba. Correo científico medio de Holguín; 2008; 12(3) 1-32
9. Organización mundial de la salud. Consejo ejecutivo 113ª reunión. Salud reproductiva EB113/15 add.1.Diciembre 2003. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files. Última actualización Enero 2013. Fecha de consulta Enero 2012.
10. Organización mundial de la salud. Department of reproductive health and research. Managin complications in pregnancy and childbirth. Aguide for midwives and doctors. Switzerlan 2007 1-79

11. Stanton M.E; Matla N. Atención prenatal orientada, un enfoque de riesgo más económico con base en la evidencia. Versión en español. Abril 2006.
12. Alianza nacional para la salud de los hispanos. Atención prenatal temprana y periódica. Guía para tener un bebe saludable. Estados Unidos 2008. 4-56
13. Secretaria de salud. Manual de atención: embarazo saludable, parto, puerperio seguros, recién nacidos sanos. México 2001.18- 29
14. Secretaria de salud. Programa de acción arranque parejo en la vida. México D.F. 2002.
15. Secretaria de salud. Programa nacional de salud 2007- 2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México D.F. 1ª edición 2007
16. Santisteban S. Atención prenatal. Ginecología y obstetricia. Capítulo 8. 79-84. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/atencion_prenatal.pdf. Última actualización Diciembre 2012. Fecha consultada Enero 2012.
17. Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Vigilancia prenatal. Vigilancia prenatal durante la evolución normal del embarazo. Programa de actualización continúa para el gineco obstetra. Libro 1 Obstetricia. 2005. <http://www.drscope.com/pac/gineobs/o1/index.htm>. Última actualización Diciembre 2012. Fecha consultada Enero 2012.
18. Herrera V; Oliva J; Domínguez F. Ginecología y Obstetricia. Riesgo reproductivo. Capítulo 11. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/riesgo_reproductivo.pdf. Última actualización 2013. Fecha consultada Enero 2012.
19. Canales R. Estrategias para disminuir la mortalidad materna en México. Secretaria de Salud. Agosto 2009. <http://www.cinu.org.mx/gig/Documentos/RaymundoCanalesMEXICO.pdf>. Fecha de actualización Enero 2013. Fecha consultada Enero 2012.
20. Chávez G.A; Uribe Z.P; Palma C.Y. La salud reproductiva en México. Análisis de la encuesta nacional de salud reproductiva. Secretaria de salud. México 2007. 155- 74
21. Instituto nacional de estadística y geografía. Mujeres y hombres en México 2010. Salud materna infantil. Temas emergentes. Salud. México D.F. 82-7

22. Cruz C.P; Ramírez M.C; Sánchez A.S; Sánchez S.J; Zavaleta U.N; Peralta P.M.L. Guía de práctica clínica, control prenatal con enfoque de riesgo. Evidencias y recomendaciones. México. Secretaria de salud 2008. 5-80
23. Consejo de salubridad general. Guía de referencia rápida para control prenatal con enfoque de riesgo. México D.F. 2008. 2-12
24. Cruz C.P; Sánchez A.S; Sánchez S.J; Peralta P.M; Ramírez M.C; Zavaleta V.O. Guía de práctica clínica. Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo. Secretaria de salud. México. 2010. 25-30
25. Secretaria de salud. Prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/ eclampsia. Lineamiento técnico. México 2002
26. Figueroa O.M. Información que reciben las derechohabientes embarazadas durante el control prenatal. UNAM México D: F. 1986. T061-62.
27. Campos C.R.E. Nivel de conocimiento que las mujeres embarazadas tienen sobre los factores de riesgo. UNAM México D.F. 2000. T 282- 83.
28. Larios OV. Teoría del muestreo. Tamaño de muestras. Querétaro México Abril 2010. <http://www.uaq.mx/matematicas/estadisticas/xu5.htm>. Última actualización Enero 2012 fecha consultada. Enero 2012.

ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO A EMBARAZADAS

Estimada usuaria: ¡FELICIDADES POR SU EMBARAZO!

Las siguientes preguntas son para un estudio de investigación, con la finalidad de saber si usted sabe reconocer los signos y síntomas de alarma del embarazo. Su colaboración para este estudio es de mucha importancia ya que nos ayudara a brindarle un mejor servicio en las consultas prenatales y así poder llevar su embarazo a un feliz término.

De las preguntas que a continuación se mencionan lea con mucha atención y responda lo que usted considere correcto marcando una sola respuesta

PARTE I. DATOS GENERALES

NOMBRE:	EDAD:
NO DE FILIACIÓN:	
ESTADO CIVIL:	OCUPACIÓN:
ESCOLARIDAD:	

PARTE II. CONTROL PRENATAL

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿SU EMBARAZO FUE PLANEADO? | Si | No |
| 2. ¿CONOCÍA LOS CAMBIOS QUE SUFRIRÍA SU CUERPO POR EL EMBARAZO? | Si | No |
| 3. ¿QUIEN LE HA DADO ESTA INFORMACIÓN? | | |
| a) Medico | | |
| b) Algún familiar o amigo | | |
| c) Medios de comunicación | | |
| 4. ¿CREE USTED IMPORTANTE ACUDIR A CONTROL MÉDICO DURANTE SU EMBARAZO? | Si | No |
| 5. ¿POR QUÉ? | | |
| a) Para llevar un control adecuado durante su embarazo y su bebe nazca bien | | |
| b) Para poder obtener su incapacidad | | |
| c) Porque la obligan a acudir a control | | |
| 6. ¿AL CUANTO TIEMPO DE ESTAR EMBARAZADA FUE POR PRIMERA VEZ AL CONTROL CON SU MÉDICO FAMILIAR? | | |
| a) Del primero al tercer mes de embarazo | | |
| b) Del cuarto al sexto mes de embarazo | | |
| c) Del séptimo al noveno mes de embarazo | | |
| 7. ¿SE LE INFORMA DE CÓMO VA EVOLUCIONANDO SU EMBARAZO? | Si | No |
| 8. ¿CÓMO CONSIDERA LA INFORMACIÓN QUE HA RECIBIDO? | | |
| a) Clara responde sus dudas | | |
| b) Confusa | | |
| c) No la entiende | | |
| 9. ¿LE HAN HECHO EXÁMENES DE LABORATORIO DURANTE SU EMBARAZO? | Si | No |
| 10. ¿LE HAN EXPLICADO EL RESULTADO DE SUS LABORATORIOS? | Si | No |
| 11. ¿LE HAN APLICADO LAS VACUNAS DE TÉTANOS, INFLUENZA? | Si | No |
| ¿CUANDO ACUDE A CONSULTA: | | |
| 12. La pesan | Si | No |
| 13. Le toman la presión | Si | No |
| 14. Le miden su vientre | Si | No |
| 15. Le toman la frecuencia cardiaca de su bebe | Si | No |
| 16. Le revisan sus piernas y pies | Si | No |

PARTE III. SIGNOS DE ALARMA

17. ¿EN SUS CITAS DE CONTROL PRENATAL LE HAN DICHO CUALES SON LOS SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO? Si No
18. ¿QUIÉN HA DADO ESTA INFORMACIÓN?
- a. Médico Familiar
 - b. Enfermera Materno Infantil
 - c. Trabajo social
19. ¿SABE QUÉ HACER EN CASO DE URGENCIA? Si No
20. DE LOS SIGUIENTES PUNTOS MARQUE LOS DATOS QUE SE CONSIDERARÍA DE ALARMA EN EL EMBARAZO

Dolor de cabeza intenso
Suba más de 12 kg de peso
Zumbido de oídos
Fumar, beber, drogarse
Cólicos intensos (contracciones)
Elevación de la glucosa
Salida de líquido o sangre por su vagina
Manchas en la piel
Hinchazón de pies, manos y cara

<input type="checkbox"/>

Fiebre frecuente
Visión borrosa o ver lucecitas
Elevación de la presión arterial
Dolor de senos y salida de leche
Vomito persistente
Ardor al orinar
Deje de sentir los movimientos de su bebe por más de 2 horas
Flujo vaginal frecuente
Enfermedades de la tiroides o corazón

<input type="checkbox"/>

FIRMA: _____

GRACIAS POR SU TIEMPO EN RESPONDER ESTE CUESTIONARIO

ANEXO 2. FORMATO ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO MF 7/85



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

MF-5/2000

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL										AGREGADO									
NOMBRE DEL PACIENTE																			
PATERNO					MATERNO					NOMBRE(S)									
CURP																			
UNIDAD DE ADSCRIPCION																			
No CONSULTORIO										TURNO									

VIGILANCIA PRENATAL
RIESGO REPRODUCTIVO Y RIESGO OBSTETRICO

<p>1. EDAD (EN AÑOS)</p> <p>20 A 29 <input type="text" value="0"/></p> <p>15 A 19 <input type="text" value="1"/></p> <p>30 A 34 <input type="text" value="1"/></p> <p>MENOS DE 15 ó MAS DE 34 <input type="text" value="4"/></p> <p>2. PESO HABITUAL (KILOS)</p> <p>50 ó MAS <input type="text" value="0"/></p> <p>MENOS DE 50 <input type="text" value="1"/></p> <p>3. TALLA (CENTIMETROS)</p> <p>150 ó MAS <input type="text" value="0"/></p> <p>MENOS DE 150 <input type="text" value="1"/></p> <p>4. ESCOLARIDAD MATERNA</p> <p>SECUNDARIA ó MAS <input type="text" value="0"/></p> <p>PRIMARIA ó MENOS <input type="text" value="5"/></p> <p>5. F.U.M.</p> <p>DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/></p> <p>6. F.P.P.</p> <p>DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/></p> <p>VIDA SEXUAL ACTIVA <input type="text" value="SI"/> <input type="text" value="NO"/></p> <p>NUMERO DE HIJOS VIVOS <input type="text"/></p>	<p>7. GESTA</p> <p>2 A 4 <input type="text" value="0"/></p> <p>PRIMIGESTA <input type="text" value="1"/></p> <p>MAS DE 4 <input type="text" value="4"/></p> <p>8. PARA</p> <p>9. ABORTOS</p> <p>0 A 1 <input type="text" value="0"/></p> <p>2 <input type="text" value="2"/></p> <p>3 ó MAS <input type="text" value="4"/></p> <p>10. CESAREA No. <input type="text"/></p> <p>NO <input type="text" value="r"/></p> <p>SI <input type="text"/></p> <p>11. INTERVALO ENTRE EL ULTIMO PARTO Y EL EMBARAZO ACTUAL</p> <p>25 A 60 MESES <input type="text" value="0"/></p> <p>MENOS DE 25 MESES <input type="text" value="5"/></p> <p>MAS DE 60 MESES <input type="text" value="5"/></p> <p>EL ULTIMO EMBARAZO</p> <p>¿FUE DE TERMINO? <input type="text" value="SI"/> <input type="text" value="NO"/> <input type="text" value="ABORTO"/></p> <p>¿EL PARTO FUE NORMAL? <input type="text" value="SI"/> <input type="text" value="NO"/> <input type="text" value="CESAREA"/></p> <p>¿HUBO MORTALIDAD PERINATAL? <input type="text" value="SI"/> <input type="text" value="NO"/></p> <p>VALORACION RIESGO REPRODUCTIVO <input type="text"/></p>	<p>12. ANTECEDENTES OBSTETRICOS</p> <p>NINGUNO <input type="text" value="0"/></p> <p>PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA <input type="text" value="4"/></p> <p>POLIHIDRAMNIDOS <input type="text" value="4"/></p> <p>SANGRADO 3er. TRIMESTRE <input type="text" value="4"/></p> <p>PARTO PRE - TERMINO <input type="text" value="4"/></p> <p>BAJO PESO AL NACER MENOS DE 2,500 g. <input type="text" value="4"/></p> <p>MALFORMACION CONGENITA <input type="text" value="4"/></p> <p>MUERTE FETAL TARDIA <input type="text" value="4"/></p> <p>MACROSOMIA MAS DE 4,000 g. <input type="text" value="4"/></p> <p>CIRUGIA PELVICO UTERINA <input type="text" value="4"/></p> <p>OTROS <input type="text"/></p> <p>13. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS</p> <p>NINGUNO <input type="text" value="0"/></p> <p>HIPERTENSION ARTERIAL <input type="text" value="4"/></p> <p>DIABETES MELLITUS <input type="text" value="4"/></p> <p>CARDIOPATIA <input type="text" value="4"/></p> <p>OTRA ENFERMEDAD CRONICA Y/O SISTEMICA GRAVE <input type="text" value="4"/></p> <p>TABAQUISMO:</p> <p>NEGATIVO ó MENOS DE 10 CIGARROS <input type="text" value="0"/></p> <p>10 ó MAS CIGARROS <input type="text" value="1"/></p> <p>ALCOHOLISMO <input type="text" value="SI"/> <input type="text" value="NO"/></p> <p>OTRA TOXICOMANIA <input type="text" value="SI"/> <input type="text" value="NO"/></p> <p>FECHA DE LA VALORACION: DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/></p>
--	--	--

E V O L U C I O N D E L E M B A R A Z O	FECHA CONSULTA PRENATAL			SEMANAS DE GESTACION	PESO (KILOS)	T.A. SISTOLICA Y DIASTOLICA	T.A. MEDIA	EDEMA	A.F.U.	SIND. VASCULO ESPASMODICO		FRECUENCIA CARDIACA FETAL
	DIA	MES	AÑO							NO	SI	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

Mayor = 4 ó Menor = 4

Más de 140 = 4 / Más de 90 = 4

105 ó más = 4

++ ó más = 4

Mayor = 4 ó Menor = 3

Presente = 4

Menos 120 = 4

Más de 160 = 4

PLANTA DE REPRODUCCIONES GRAFICAS/MS

320 001 6461 01 ANV.

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Nivel De Conocimiento sobre los Signos De Alarma En Mujeres Embarazadas Que Pertenecen A La Unidad De Medicina Familiar No 33 El Rosario

Patrocinador externo (si aplica): _____

Lugar y fecha: México D.F. a de _____ del 2012

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: Conocer el nivel de conocimiento que tienen las mujeres embarazadas sobre los signos y síntomas de alarma obstétrica

Procedimientos: Dar información sobre, edad, antecedentes personales patológicos, gineco obstétricos, síntomas durante mi embarazo

Posibles riesgos y molestias: Ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Mejorar la información que reciben las pacientes embarazadas cuando acuden a su control prenatal

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: _____

Participación o retiro: _____

Privacidad y confidencialidad: La información recabada será en su totalidad confidencial

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: conocer el nivel de conocimientos que tienen las mujeres embarazadas en cuanto a los síntomas y signos de alarma

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: DRA CONCEPCIÓN VARGAS LEON. Médico Adscrito de la especialidad de Medicina Familiar Mat. 99374257.

Unidad de Medicina Familiar No 33 “El Rosario” Correo electrónico: concepcion_vl@hotmail.com

Colaboradores: DRA. ALMA ROXANA SOLIS GARCIA. Médico Residente de Tercer año de la especialidad en Medicina Familiar Mat. 99356636.

Unidad de Medicina Familiar No 33 “El Rosario” Correo electrónico: anaroxari@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS:

Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013