



**CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**
CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 de fecha 28-06-2011

LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO EN LAS
ADOLESCENTES, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE
HUITZUCO DE LOS FIGUEROA, GUERRERO.**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de

Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C. ARTURO CURRICHI AGUILAR

Asesor:

M.C:E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA

Iguala de la Independencia, Gro. Junio del 2021



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.



**CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 de fecha 28-06-2011

LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO EN LAS
ADOLESCENTES, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE
HUITZUCO DE LOS FIGUEROA, GUERRERO.**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C. ARTURO CURRICHI AGUILAR

Dirigido por:

M.C:E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA

SINODALES

M.C.E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA
Presidente

LIC. ENF. MARTHA ELENA CISNEROS MARTÍNEZ
Secretario

LIC. ENF. CONCEPCIÓN BRITO ROMERO
Vocal

Iguala de la Independencia, Gro. Enero del 2022

RESUMEN

La mortalidad materna es de interés mundial, ya que las muertes por causas derivadas del embarazo, parto o posparto son prematuras e injustas ya que en numerosas ocasiones son evitables y en otras reflejan inequidades en la distribución de los servicios de salud e información, por lo que es de suma importancia implementar medidas de prevención que ayuden a reducir los altos índices de morbimortalidad materna y perinatal. **Objetivo.** Identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes, que son atendidas en el Hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. **Método.** Estudio descriptivo, transversal y cuantitativo, la muestra fue de 49 gestantes adolescentes, se utilizó el programa estadístico SPSS 20 para presentar los resultados, se contó con el consentimiento informado de las gestantes. **Resultados.** De acuerdo a los datos sociodemográficos de las adolescentes gestantes el 40.8% de las adolescentes embarazadas tienen 20 años, el 17.3% de 15 años y el 12,2% de 19 años, nivel de escolaridad es secundaria, primaria y con preparatoria, solo el 18.4% refiere tener una preparación universitaria; el 46.9% y el nivel económico de las adolescentes embarazadas fue en un 69.4% bajo y el 20.4% medio. *En relación a los antecedentes: (riesgo preconcepcional)* solo el 2% de las gestantes tiene obesidad, el 10.2% que les realizaron cesárea; el 12.2% refiere que tuvieron un aborto y 2% dos abortos; el 2% manifestó que su bebe nació muerto; y el 4.1% presento complicaciones en embarazos anteriores. *En el embarazo actual* el 59.2% menciono que no asisten a control de su embarazo, las complicaciones que presentaron fueron durante el ante parto e intraparto en un 4.1% respectivamente y el 2.0% en el postparto, el 26.5% presentaron amenaza de aborto; el tipo de aborto que presentaron fue en un 14.3% aborto tardío y el 10.2% aborto precoz y el 4.1% presentó malformación uterina y el 2% su parto fue múltiple. El 100% presento signos de alarma durante el embarazo y el sangrado fue uno de los signos más frecuentes en 22.4%. El 83.7% presentaron complicaciones durante el embarazo como Infecciones de vías urinarias principalmente, cervicovaginitis, oligohidramnios. Y El 69.4% de las gestantes manifestaron que si recibió información de los signos y síntomas de alarma obstétrica por parte del personal de salud. **Conclusiones.** El Control Prenatal es de suma importancia para poder vigilar que durante embarazo no presente ningún problema y poder detectar cualquier alteración que comprometa la salud de la madre e hijo para darle un tratamiento adecuado y evitar la morbimortalidad materna y perinatal.

Palabras clave: signos de alarma del embarazo, adolescentes, mortalidad materna

SUMMARY

Maternal mortality is of global interest, since deaths due to causes derived from pregnancy, childbirth or postpartum are premature and unjust, since on many occasions they are avoidable and on others they reflect inequities in the distribution of health services and information, therefore that it is extremely important to implement prevention measures that help reduce the high rates of maternal and perinatal morbidity and mortality. Goal. Identify the warning signs during pregnancy in adolescents, who are treated at the General Hospital of Huitzuco de los Figueroa, Guerrero. Method. Descriptive, cross-sectional and quantitative study, the sample was 49 pregnant adolescents, the statistical program SPSS 20 was used to present the results, the informed consent of the pregnant women was obtained. Results. According to the sociodemographic data of pregnant adolescents, 40.8% of pregnant adolescents are 20 years old, 17.3% 15 years old and 12.2% 19 years old, level of education is secondary, primary and with high school, only the 18.4% refer to having a university education; 46.9% and the economic level of pregnant adolescents was 69.4% low and 20.4% medium. In relation to the antecedents: (preconception risk) only 2% of pregnant women have obesity, 10.2% who underwent cesarean section; 12.2% report that they had one abortion and 2% two abortions; 2% stated that their baby was born dead; and 4.1% presented complications in previous pregnancies. In the current pregnancy, 59.2% mentioned that they did not attend the control of their pregnancy, the complications that they presented were during the antepartum and intrapartum in 4.1% respectively and 2.0% in the postpartum, 26.5% presented threat of abortion; the type of abortion they presented was 14.3% late abortion and 10.2% early abortion and 4.1% had uterine malformation and 2% had multiple births. 100% presented warning signs during pregnancy and bleeding was one of the most frequent signs in 22.4%. 83.7% presented complications during pregnancy such as urinary tract infections mainly, cervicovaginitis, oligohydramnios. And 69.4% of the pregnant women stated that they did receive information on the signs and symptoms of obstetric alarm from the health personnel. Conclusions. Prenatal Control is of utmost importance to be able to monitor that during pregnancy there are no problems and to be able to detect any alteration that compromises the health of the mother and child to give them adequate treatment and avoid maternal and perinatal morbidity and mortality.

Keywords: warning signs of pregnancy, adolescents, maternal mortality

DEDICATORIAS

Quiero dedicar esta tesis primeramente a Dios por haber permitido llegar hasta aquí hoy, por darme fuerza y salud para llevar a cabo mis metas y objetivos. Quiero darle las gracias por su amor infinito

Con mucho cariño principalmente a mis padres ARTURO CURRICHI GARCÍA Y RAQUEL AGUILAR FLORES que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento. Gracias por todo papá y mamá por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor, por todo esto les agradezco de todo corazón el que estén conmigo a mi lado. Los amo con todo mi corazón y este trabajo es para ustedes, por ser el mayor de sus hijos aquí está lo que ustedes me brindaron, solamente les estoy devolviendo lo que ustedes me dieron en un principio. Y cada uno de sus consejos ha servido para hacer de mí una gran persona, me formaron con reglas y libertades, pero al final de cuentas me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos. Gracias por ser los principales motores de mis sueños y por creer en mí y en mis expectativas, soy la persona más afortunada por tenerlos como padres.

Gracias a mis hermanos Mayra Currichi, Santiago Currichi, por haber estado conmigo a lo largo de todos estos años de mi carrera, por ser parte importante en este logro, que sin el apoyo de ellos no había sido posible nada de esto, destacar que este logro les sirva de motivación para que concluyan una carrera profesional.

Gracias a todos mis familiares que estuvieron durante todo el trayecto de formación, en especial a mis abuelitos paternos AMADA GARCÍA y MIGUEL CURRICHI (Q.E.P.D), a mi abuelita materna Prudenciana Flores (Q.E.P.D). Gracias por todos sus consejos, motivación para seguir adelante, y no quedarse estancado.

Dedico este trabajo de investigación a Gloria, por su gran apoyo y fortaleza. La vida te envía personas que llenan tu camino de luz y alegrías, personas que te alientan a ser mejor y alcanzar tus metas, por eso quiero dedicar esta tesis a ella.

C. ARTURO CURRICHI AGUILAR

AGRADECIMIENTOS

La vida se encuentra plagada de retos, uno de ellos es la universidad, tras verme dentro de ella, me he dado cuenta que más allá de ser un reto, es una base no solo para mi entendimiento del campo clínico que me he visto inmerso, sino para lo que concierne a la vida y mi futuro como profesionista.

A mis profesores de los cuales aprendí los procedimientos y actividades de mi profesión, por los cuales he salido adelante y me he desenvuelto eficazmente como son la Mtra. Concepción, Mtra. Martha, y en especial a mi profesora Virginia Hernández la cual me apoyó en la realización del presente, así como las enfermeras y médicos del "Hospital General de Huitzucó" y del "Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense" que me apoyaron y mis amigos de la carrera quienes no me dejaron solo y brindaron información y consejos para la elaboración del presente.

Se agradece la hospitalidad y colaboración del personal médico y de enfermería del Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense por permitirme realizar mi servicio social, lo que me permitió adquirir y desarrollar conocimientos y destrezas en el manejo de las mujeres embarazadas, así como del recién nacido prematuro que lo requiere.

C. ARTURO CURRICHI AGUILAR

ÍNDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Agradecimientos	iii y iv
Reconocimientos	v
I. Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	2
1.2 Justificación	4
1.3 Objetivos	5
II. Revisión de la Literatura	6
Signos y síntomas de alarma del embarazo	6
2.1 Signos y síntomas de alarma	7
2.2.1 Síndrome de náuseas y vómitos del embarazo	7
2.2.2 Fiebre	8
2.2.3 Cefalea intensa	9
2.2.4 Disminución de movimientos fetales	9
2.2.5 Edema	9
2.2.6 Hemorragia obstétrica	10
2.2.7 Infecciones	13
2.2.8 Perdida vaginal del líquido amniótico	13
2.2.9 Hipertensión	15
2.2 Mortalidad Materna	20
2.2 Importancia de la mortalidad materna	21
2.2.2 Mortalidad perinatal	21
2.3 Estudios relacionados	22
III. Metodología	24
IV. Resultados y discusión	36
V. Conclusiones y sugerencias	74

VI. Bibliografía	76
Anexo "A" Consentimiento informado	80
Anexo "B" Instrumento de medición	81

ÍNDICE DE CUADROS y FIGURAS

No. De cuadro		Pág.
	DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
4.1	Edad	36
4.2	Estado civil	37
4.3	Ocupación	38
4.4	Escolaridad	39
4.5	Con quien vives	40
4.6	Nivel Socioeconómico	41
	ANTECEDENTES: (RIESGO PRECONCEPCIONAL)	
4.7	La gestante presentan alguna comorbilidad	42
4.8	Las pacientes tienen antecedentes	43
	ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS	
4.9	Número de embarazos	44
4.10	Números de partos	45
4.11	Número de cesáreas	46
4.12	Número de abortos	47
4.13	Número de embarazos ectópicos	48
4.14	Número de embarazos Molar	49
4.15	Productos Nacidos Vivos	50
4.16	Productos Nacidos Muertos	51
4.17	Antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores	52
	EMBARAZO ACTUAL	
4.18	Control Prenatal	53
4.19	Semana de gestación al inicio del control prenatal	54
4.20	Número de consultas de control prenatal	55
4.21	Has presentado alguna complicación. Mencionar en qué momento presento la complicación	56

4.22	Tipo del último parto	57
4.23	Menciona como concluyo el embarazo	58
4.24	Amenaza de aborto	59
4.25	Tipo de aborto	60
4.26	Presenta (o) malformación uterina	61
4.27	Tipo de gestación	62
4.28	Has tenido sangrado durante la gestación	63
4.29	Presentaste o presentas estos signos de alarma durante el embarazo	65
4.30	Conoces estos síntomas de alarma en el embarazo	67
4.31	Recibió información de los signos y síntomas de alarma obstétrica	68
4.32	Quien proporciono la información	69
4.33	Has tenido alguna enfermedad de trasmisión sexual	70
4.34	Subraya las siguientes preguntas en caso de presentarlas o de haberlas presentado	72

I. INTRODUCCIÓN

La muerte materna es un grave problema de salud pública que afecta sobre todos a los países pobres y presenta un gran impacto individual, familiar, social y económico (Dirección General de Salud de las Persona, 2009). La mortalidad materna es de interés mundial, ya que las muertes por causas derivadas del embarazo, parto o posparto son prematuras e injustas ya que en numerosas ocasiones son evitables y en otras reflejan inequidades en la distribución de los servicios de salud e información, por lo que es de suma importancia implementar medidas de prevención que ayuden a reducir los altos índices de morbilidad materna y perinatal (Cárdenas, 2007).

Debido a esta problemática se toman estos indicadores como prioridad en el Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal (2009-2015) se plantearon tres niveles de acción: reducir las posibilidades de embarazos, reducir las posibilidades de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y reducir las posibilidades de muerte entre mujeres que experimentan complicaciones. El segundo punto mencionado involucra la identificación de los signos de Alarma, así como el parto institucional y el manejo activo del alumbramiento (Dirección General de Salud de las Persona, 2009).

Para garantizar el nacimiento de un recién nacido sano con un riesgo mínimo para la madre se hace uso del control prenatal, el cual se dirige a la evaluación continua del estado de salud de la madre y el feto, la anticipación de los problemas mediante el seguimiento de la gestante y la enseñanza de los síntomas y signos de alarma. Los signos y síntomas de alarma por lo que una gestante, en caso de presentarlos son: cefalea o zumbidos en el oído, visión borrosa, náuseas y vómitos frecuentes, disminución o ausencia de movimientos del feto, edema de miembros inferiores, manos o cara, pérdida de líquido amniótico o sangrado vaginal, aumento

de peso (más de 2 kilos por semana), fiebre y contracciones uterinas de 3 a 5 minutos de duración (Ticona et al, 2014).

Es importante tomar en cuenta las cuatro demoras o retrasos en la atención de salud que se producen en la atención prenatal cuando existe un signo de alarma, los cuales son: falta de reconocimiento del problema, falta de oportunidad de decisión y acción, falta de acceso a la atención y logística de referencia y falla en la calidad de atención para disminuir los índices de morbilidad materna perinatal.

Este trabajo de investigación contiene los siguientes apartados: la introducción en donde se contempla el planteamiento del problema, justificación de estudio, objetivo general y específicos; revisión de la literatura donde se exponen los aportes de signos y síntomas de alarma durante el embarazo en las adolescentes, y estudios relacionados; metodología se aborda el diseño de estudio, universo y muestra, material y método, análisis de los datos, y la ética en el estudio; resultados y discusión de la investigación; conclusiones y sugerencias y por último se presentan la bibliografía y anexos.

1.1 Planteamiento del problema

Las muertes maternas son de aproximadamente 800 mujeres cada día a nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud. Entre los objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (ODM), el quinto ODM, se relaciona con la salud materna, (Cecchini y Azócar, 2007). Para el caso de Perú se pretende reducir la mortalidad materna en 75% mediante acciones que ayuden a reducir estos índices. La hemorragia materna es la principal causa de muerte materna en el Perú, (Guevara, 2010), siendo un 79,2% de estas muertes durante el parto y en el posparto (Pérez, 2010).

En México, las principales causas de muerte materna son los trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (preeclampsia-eclampsia), las hemorragias, la embolia pulmonar obstétrica y la sepsis (Angulo et al, 2007). Por lo tanto, es importante que las mujeres conozcan los signos de alarma como son cefalea, fosfenos, acufenos, epigastralgia, hipomotilidad fetal, fiebre, sangrado y salida de líquido transvaginal.

Para México y el estado de Guanajuato, la muerte materna sigue siendo un problema de salud pública. En el año 2009. En la delegación institucional en Guanajuato se registró un incremento, mientras que en el país se informó una tasa de mortalidad materna de 24 a 36,9 por cada 100 000 nacidos vivos, con medias de 36.6 y 30.1 (Montesano et al, 2009) lo que refleja deficiencias en la atención, que van desde la falta de conocimiento de la población y la escasez de recursos, hasta la atención médica inadecuada.

Entre sus propuestas para abatir la muerte materna, el Averting Maternal Death and Disability Program establece que la población debe contar con los conocimientos necesarios para identificar los signos de emergencia obstétrica y derivar oportunamente a los servicios de salud, del primer y segundo nivel a las mujeres que sufren complicaciones (Freyemuth et al, 2006).

En nuestro país, la Secretaría de salud ha instrumentado una campaña de información en las unidades de atención médica, respecto a la necesidad de acudir a recibir atención ante datos de urgencia obstétrica. No obstante. Hasta la fecha no existe un parámetro medible del impacto que las acciones de esa campaña han tenido en la población.

La mayoría de las muertes maternas pueden ser evitadas si la mujer, su pareja, la familia aprenden a reconocer las señales de peligro a tiempo. El no demorar en la identificación de estas señales de peligro acudiendo de manera

oportuna a un servicio de salud para recibir la atención de calidad son los principales factores que marcan la diferencia entre la vida y la muerte es por esto que es fundamental que conozcan y aprendan a identificar estas señales de peligro. Es necesario que se tenga comunicación con su pareja o familia cuando presente alguna complicación para brindarle una atención adecuada y disminuir con esto los índices de morbilidad materna fetal.

Por lo anterior expuesto es importante ¿Identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes, atendidas en el Hospital General de Huitzuc de los Figueroa Guerrero?

1.2 Justificación.

Los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes son múltiples por lo que es de suma importancia reducir estos signos, mediante una prevención adecuado durante el control prenatal que deben llevar durante su embarazo y así disminuir los índices de morbilidad en el binomio madre e hijo.

El presente estudio tiene la finalidad de identificar los signos de alarma durante el embarazo implementando acciones para mejorar el estado de salud de la gestante adolescente, en relación al conocimiento de los signos y síntomas de alarma que pueden presentar durante el embarazo para mejorar la calidad de vida de la gestante.

Este trabajo de investigación resalta la relevancia del abordaje científico enfatizando la necesidad de la prevención mediante programas educación para prevenir complicaciones durante el embazo en las adolescentes, mejorando la atención que le brinda el personal de salud.

1.3 Objetivos.

1.3.1 Objetivo General.

- ✚ Identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes, que son atendidas en el Hospital General de Huitzucó de los Figueroa, Guerrero.

1.3.2 Objetivos Específicos

- ✚ Identificar la tipología más común de los signos de alarma que presentan las adolescentes durante el embarazo.
- ✚ Conocer los factores sociodemográficos de los pacientes
- ✚ Proponer alternativas de solución para mejorar la atención de la salud en las adolescentes embarazadas.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Durante el periodo de embarazo se pueden presentar signos y síntomas que podrían significar una anomalía y un peligro para la embarazada, estos signos y síntomas son fácilmente identificados y esto ayuda a prevenir las muertes maternas, por lo cual una mujer embarazada debe ser informada sobre estos signos, además de conocer cuáles son las actitudes adecuadas que debe tomar ante la aparición de uno de estos signos y síntomas (OMS, 2016).

Signos y síntomas de alarma del embarazo.

La Organización Mundial de la salud define a los signos y síntomas de alarma en el embarazo como “todos los signos y síntomas que nos muestran que la salud de la embarazada y el feto están en peligro”. Además, menciona que cada día mueren alrededor de 800 mujeres en el mundo por esta causa (OMS, 2016). Estas muertes son prevenibles si las embarazadas contaran con la información necesaria y con un control prenatal adecuado en el cual se le explica cada uno de los signos y síntomas de alarma que se les debe de explicar a las pacientes cuando van a su control prenatal.

En 2004 los centros asociados con el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP-OMS) señalaron cuatro factores en la atención materna cuyo aplazamiento influye en los índices de mortalidad:

- ✚ Conocimiento de los signos y síntomas de las complicaciones.
- ✚ Asistencia a un centro de atención en salud ante complicaciones del embarazo
- ✚ Prestación de los servicios de urgencias por parte de las instituciones de la salud
- ✚ Prestación de servicios de calidad (Montesano et al, 2009).

2.1 Signos y síntomas de alarma

2.1.1 Síndrome de náuseas y vómitos del embarazo.

Las náuseas con o sin vómito se presentan con mucha frecuencia en el embarazo temprano y pueden considerarse como parte de la fisiología normal del primer trimestre, sin embargo, cuando estos síntomas impactan de manera significativa la calidad de vida de la mujer gestante por su persistencia o intensidad, se requiere iniciar un estudio etiológico. Desde la perspectiva de la evolución las náuseas y los vómitos de la gestación, se postulan como una adaptación y no como una enfermedad, ya que se correlacionan primariamente con el periodo de organogénesis y protegen al embrión en desarrollo de la exposición a sustancias dañinas.

Las náuseas con o sin vómito afectan al 50% a 90% de las mujeres gestantes y se inician en el primer trimestre en el 99% de los casos. No se requiere la presencia de un embrión o de un feto, ya que también se presenta en pacientes con embarazo molar completo. Afecta más a mujeres primigestas jóvenes, también es más común en pacientes con gestaciones múltiples, en la que no toman multivitamínicos alrededor de la concepción y en pacientes con antecedentes de pirosis y reflujo gastroesofágico; las náuseas y vómitos son menos comunes en mujeres mayores multíparas y fumadoras, al parecer secundario al menor volumen placentario (Gómez, 2015).

La hiperémesis gravídica (HG) es la forma más intensa de este síndrome y afecta al 0.3% a 2% de las gestaciones y se define como náuseas y vómito que se presentan en el primer y que llevan la paciente a deshidratación, trastorno hidroelectrolítico, cetonuria, deficiencia nutricional y pérdida de peso mayor o igual del 5%, suficiente para justificar la hospitalización y el tratamiento con líquidos

intravenosos. Las gestantes con estos síntomas solo el 25% resuelven la sintomatología en la semana 12 de gestación y en el 50% de los casos los síntomas pueden persistir más allá de la semana 16 (Gómez, 2015).

En pacientes con HG son comunes las alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides; pero el hipertiroidismo clínico es raro. La infección por *Helicobacter pylori* surgió como un posible factor en la patogénesis de la HG, y la densidad de la colonización se correlaciona con la intensidad de los síntomas. Otros factores que se han relacionado son: pacientes jóvenes, masa placentaria aumentada, las deficiencias nutricionales específicas (zinc), las alteraciones en los niveles de lípidos, los cambios en el sistema nervioso autónomo, los factores genéticos y las alteraciones inmunológicas, alteraciones genéticas, antecedentes de hiperémesis gravídica, multiparidad (Gómez, 2015).

La evaluación de la paciente con náuseas y vómitos persistente durante la gestación incluye: medición del peso, establecer si hay ortostatismo, controlar la frecuencia cardíaca, los electrolitos séricos y las cetonas en orina. Se debe realizar una ecografía gestacional para buscar enfermedad trofoblástica o embarazo múltiple. Se sugiere además realizar a las pacientes los siguientes paraclínicos: hemo leucograma con plaquetas, BUN (Nitrógeno ureico en sangre), creatinina, pruebas de función hepática, pruebas de función tiroidea, amilasa/lipasa y el nivel de calcio (Gómez, 2015).

2.1.2 Fiebre

El embarazo es un evento fisiológico en la mujer motivo por el cual no causa fiebre, sin embargo, el estar predispuesta a infecciones es lo que aumenta el nivel de temperatura corporal causando riesgo para la madre, así también como para el feto. Así se define como fiebre a la temperatura mayor de 38°C, causada por múltiples infecciones como infección urinaria, infecciones bacterianas o virales de la vía aérea superior, neumonía bacteriana o neumonitis viral, gastroenteritis o enterocolitis aguda (Espejo, 2016)

2.1.3 Cefalea Intensa.

Es un síntoma de origen neurológico que puede estar indicando hipertensión arterial significativa de una preeclampsia, aunque también puede sugerir niveles elevados de estrés (De Baños, 2012).

2.1.4 Disminución de los movimientos fetales.

Antes de la 20 a 25 semanas de embarazo los movimientos del bebé son muy difíciles de detectar, sin embargo, cuando la madre, ya los detecta es muy importante que este la gestante al pendiente de ello, puesto que es un indicador de bienestar fetal (De Baños, 2012).

2.1.5 Edema.

Es la acumulación de líquido en el espacio intercelular o intersticial. Esto es ocasionado por el desequilibrio del intercambio normal de líquidos entre el espacio intracapilar e intersticial en los miembros inferiores. Este intercambio es el resultado de dos presiones que actúan en dirección contraria: la hidrostática y la oncótica. La primera que es intravascular, empuja el líquido contra las

paredes finas de los capilares; la segunda lo atrae hacia el espacio intracapilar. Son varias causas, algunas peligrosas que alteran este mecanismo de intercambio de líquidos (OMS, 2013).

2.1.6 La hemorragia obstétrica.

Es una de las principales causas de muerte materna, durante el parto y en el posparto. Dentro de las causas más frecuentes que provocan este signo de alarma son:

✚ Desprendimiento de placenta.

Es la separación de la placenta de su sitio de implantación normal antes del parto. La hemorragia que se presenta se filtra entre las membranas y el útero, saliendo por el cérvix hacia el exterior o puede retenerse entre la placenta desprendida y el útero dando origen al término: hemorragia oculta. Se presenta en uno de cada 200 partos, su incidencia aumenta a medida que la edad gestacional es mayor. La morbilidad materna está dada por la hipovolemia, la falla renal aguda, la coagulopatía, la atonía uterina, el útero de Couvelaire, la embolia de líquido amniótico y la transfusión feto materna masiva esta última de importancia en caso de incompatibilidad Rh. En el feto, el impacto en la morbilidad se deriva de la hipoxia perinatal y la prematuridad, pero se puede presentar choque hipovolémico, coagulopatía fetal y neonatal. La mortalidad materna por abruptio oscila entre el 1% al 5%, siendo la hemorragia y la falla renal las principales causas. Dependiendo del grado de separación la mortalidad fetal alcanza cifras del 30% al 80% (Londoño y Echavarría, 2015).

Etiología.

Condiciones como el trauma, el uso de cocaína, la descompresión aguda por ruptura prematura de membranas (asociada con polihidramnios o infección) y el trastorno hipertensivo aumentan la incidencia del desprendimiento, sin embargo, no se asocia con la gravedad de la hipertensión. El tabaquismo duplica el riesgo de desprendimiento. Algunas trombofilias como el factor V de Leiden o la mutación en el gen para la protrombina se asocian con infarto y desprendimiento placentario. Los leiomiomas localizados en el sitio de inserción placentaria también son un factor determinante (Londoño y Echavarría, 2015).

Manifestaciones clínicas.

El marco clínico presenta variantes en síntomas y signos. La hemorragia vaginal es el signo que se presenta con mayor frecuencia (80% de las pacientes), atonía uterina irreversible secundaria a la infiltración del músculo uterino, coagulación intravascular diseminada y muerte fetal. La sensibilidad uterina y el dolor en el dorso se presentan en un 66% de las pacientes, el sufrimiento fetal en 60% de los casos. Hipertonía uterina asociada a contracciones de mayor frecuencia en 17% y finalmente la muerte fetal (Londoño y Echavarría, 2015).

Placenta previa.

En la implantación de la placenta en el segmento uterino inferior, cubriendo el cérvix o encontrándose cerca de él, pudiéndose anteponer por completo a la presentación fetal. Se presenta con una frecuencia de 0.4% al 0.9% de los embarazos, la frecuencia relativa del grupo de placentas previas es: 23% al 31% para el tipo I, 21% al 33% tipo II y 37% al 55% para el tipo III-IV.

Clasificación.

Tipo I. Placenta previa total. La placenta cubre totalmente el orificio cervical interno y se describe como placenta previa central cuando la implantación es concéntrica al orificio cervical interno.

Tipo II. Placenta previa parcial. La placenta cubre parcialmente el orificio cervical interno.

Tipo III. Placenta previa marginal. La placenta llega justo al orificio cervical interno.

Tipo IV. Placenta previa lateral o de inserción baja. El borde de la placenta se implanta en el segmento uterino inferior. Por ultrasonografía transvaginal, si se encuentra a menos de dos centímetros del orificio cervical interno y no cumple con los criterios de las anteriores, se clasifica como de inserción baja (Londoño y Echavarría, 2015).

Etiología.

No existe una causa única que aclare su aparición. Cuando la implantación del trofoblasto se hace tardía, por retraso de la capacidad histológica, la anidación se asienta en las partes bajas del útero incluso de forma cervical ectópica. La inserción placentaria es primariamente baja, pero por factores anormales del endometrio en su porción alta, la placenta persiste baja o previa y la invasión de la decidua y vellosidades se presenta en ambos lados del orificio cervical, por lo tanto, no existe migración placentaria (Londoño y Echavarría, 2015).

El crecimiento placentario puede ser centrípeto (previa central) o unidireccional es decir hacia la zona fúndica que es más vascularizada (previa marginal o lateral). En el otro escenario la inserción inicial estaría en el fondo uterino,

pero por lesiones previas en esta zona, el crecimiento sería unidireccional hacia el istmo. Este factor endometrial explica su asociación con lesiones o cicatrices uterinas previas, la paridad, aborto recurrente, tumores uterinos como leiomiomas, pólipos endometriales o con endometritis (Londoño y Echavarría, 2015).

2.1.7 Infecciones.

Muchos virus, bacterias y otros microorganismos frecuentes que invaden al ser humano sano pueden provocar abortos. Muchos son generalizados e infectan a la unidad fetoplacentaria por vía hematológica. Otros provocan una infección circunscrita a través de infección o colonización genitourinaria. Sin embargo, pase a las infecciones numerosas que se adquieren durante el embarazo, éstas rara vez provocan abortos al principio de la gestación. Las infecciones por *Brucella abortus*, *Campylobacter fetus* y *Toxoplasma gondii* inducen abortos en el ganado, pero su función en el embarazo del ser humano se desconoce (Vílchez, 2014).

Al parecer las infecciones por *listeria monocytogenes*, parvovirus, citomegalovirus o virus de herpes simple no son inductoras de aborto. Una posible excepción es la infección por *Chlamydia trachomatis*, que se detectó en 4% de los abortos frente a <1% de los testigos (Baud et al, 2011). Otra es la infección polimicrobiana por la enfermedad periodontal, que se ha vinculado con un riesgo entre dos y cuatro veces mayor.

La información sobre el vínculo entre otras infecciones y la mayor frecuencia de abortos es contradictoria. Algunos ejemplos son *Mycoplasma* y *Ureaplasma*. Otra es la relación con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Se encontró cierta relación entre el aborto del segundo trimestre y vaginosis bacteriana, mas no entre el aborto del primer trimestre y la amenaza de parto pretérmino.

2.1.8 Pérdida vaginal del líquido amniótico.

Es otro signo de alarma muy importante debido a que es indicativo de Rotura Prematura de Membranas pretérmino (RPMp) se presenta en el 3% de los embarazos y es responsable de más o menos un tercio de los partos prematuros, además se asocia con infección intrauterina, compresión del cordón umbilical, y otras complicaciones fetales dependiendo de la edad gestacional en la cual se presente. Entre el 60% y el 80% de los casos ocurre en embarazos de término, pero aún en esta situación el manejo puede ser complicado. El impacto mayor de la Rotura Prematura de Membranas surge de los casos que ocurren antes de las 37 semanas de gestación por el riesgo que tiene el neonato prematuro. El reto en el manejo de la RPM es, tratar de prolongar el período de latencia, o sea el tiempo que transcurre entre la ruptura de las membranas y el parto, sin que ocurra infección intrauterina.

En el embarazo de término, el reto es evitar la infección materna fetal que se asocia con una ruptura prolongada de membranas, para lo cual se requiere lograr un inicio oportuno del trabajo de parto e implementar acciones que eviten un trabajo de parto prolongado (Botero et al, 2015).

Como morbilidad materna se ha descrito mayor riesgo de corioamnionitis clínica tardía (13-60%), infección postparto (2-13%) y desprendimiento de placenta (4-12%), siendo la sepsis materna una complicación rara (1%). Como morbilidad neonatal se ha descrito un mayor riesgo de distrés respiratorio (complicación más frecuente), de sepsis neonatal, de hemorragia intraventricular, de enterocolitis necrotizante, un mayor compromiso neurológico y un mayor riesgo de compresión de cordón en casos de anhidramnios si además existe dinámica uterina (Cobo y Palacio, 2015).

Rotura prematura de membranas (RPM) se define como la rotura de membranas espontaneas que ocurre antes del inicio del trabajo de parto. La rotura de membranas antes de las 37 semanas se conoce como rotura prematura de membranas pretérmino y complica un 2-4% de todas las gestaciones únicas y un 7-20% de las gestaciones gemelares, representando un 30% de los partos pretérmino. Debido a que el límite de la viabilidad se ha reducido en los últimos años, actualmente definimos Rotura Prematura Membranas previa cuando ésta se produce antes de la semana 24 de gestación. (Cobo y Palacio, 2015).

La finalización activa de la gestación vendrá determinada, independientemente de la edad gestacional, por la presencia de corioamnionitis clínica, parto instaurado o compromiso fetal. En ausencia de dichas complicaciones, en la Rotura Prematura de Membranas pretérmino se deberá individualizar el manejo clínico en función de la edad gestacional estimando el riesgo para la madre, para el feto y las complicaciones neonatales derivadas de un parto prematuro. (Cobo y Palacio, 2015).

2.1.9 Hipertensión

Los trastornos hipertensivos del embarazo representan la complicación más común, afectando aproximadamente el 15% de los embarazos como es la preeclampsia, eclampsia, hipertensión gestacional.

Los trastornos hipertensivos se asocian con un aumento de los índices de mortalidad materna y perinatal y se presentan como un amplio espectro de manifestaciones que abarcan desde una elevación mínima de la presión arterial, hasta una hipertensión severa con disfunción de diversos órganos y sistemas provocando preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP.

Preeclampsia

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en el mundo; en particular, la preeclampsia ocasiona 50 000 muertes maternas al año. Una mujer muere cada siete minutos por preeclampsia, según datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud. En México y Latinoamérica constituye la principal causa de muerte (Romero et al, 2012).

La preeclampsia es una complicación multifactorial y multisistémica del embarazo, que se presenta después de la semana 20 de gestación en mujeres previamente normotensas, pero que puede desarrollarse antes en presencia de enfermedad trombo blástica. Esta enfermedad se vincula con la cobertura y calidad de los servicios de salud y afecta principalmente a poblaciones vulnerables desfavorecidas por su condición socioeconómica y social, que presentan alto riesgo de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio entre las que destacan la insuficiencia cardíaca (9%), insuficiencia renal aguda (5%) y coagulopatía (2%), entre otras (Curiel et al 2012).

La preeclampsia es un síndrome progresivo, específico o propio del embarazo causado por la reducción de la perfusión de múltiples órganos, secundaria a vasoespasmo, activación endotelial y de la cascada de la coagulación, en la cual la hipertensión es un signo más, o lo que quiere decir, que dicho síndrome (edema, proteinuria e hipertensión arterial) estará matizado en primer lugar por los signos de disfunción o fallo orgánico independientemente de las cifras de hipertensión arterial; de allí su carácter polisintomático. Como forma clínica de hipertensión inducida por el embarazo aparece después de las 20 semanas durante el parto o las doce primeras semanas del puerperio (Scott et al, 2000).

Tipo de preeclampsia.

- Preeclampsia leve: presencia de HTA y proteinuria sin ningún criterio de gravedad.
- Preeclampsia grave: la aparición de uno o más de los siguientes criterios establece el diagnóstico de preeclampsia grave:
 - HTA severa: TAS \geq 160 mmHg y/o TAD \geq 110 mmHg en dos ocasiones separadas por 6 horas con la paciente en reposo. O cifras de TAS $>$ 180 y/o TAD $>$ 120 en dos ocasiones separadas por 30 minutos
 - Pródromos de eclampsia persistente: hiperreflexia con clonus y/o cefalea intensa y/o alteraciones visuales y/o estupor y/o epigastralgia y/o dolor en hipocondrio derecho y/o náuseas y/o vómitos
 - Proteinuria \geq 2 g/orina de 24 horas
 - Oliguria; \leq 500 ml en 24 horas o $<$ 100 ml/3 h y/o insuficiencia renal (creatinina sérica $>$ 1.2 mg/dL y/o urea $>$ 40 mg/dL)
 - Edema de pulmón o cianosis
 - Elevación de enzimas hepáticas (GOT y/o GPT $>$ 62 UI/L)
 - Trombocitopenia ($<$ 100.000 mm³)
 - Hemólisis (LDH $>$ 600 UI/L + presencia de esquistocitos y/o Hp $<$ 0,3 g/L)
 - Presencia de crecimiento intrauterino restringido
- Síndrome de HELLP: variante de la preeclampsia grave que se diagnostica si aparece hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y trombocitopenia. El síndrome se considera incompleto cuando falte alguno de los tres criterios-
- Eclampsia: aparición de convulsiones tipo gran mal o coma no atribuible a otras causas (Crispi, 2015)

Eclampsia.

Es un trastorno multisistémico que se asocia generalmente con presión arterial alta y proteinuria, pero cuando es severa, la mujer puede presentar compromiso hepático, renal, cerebral y del sistema de coagulación. A menudo la placenta también está comprometida, lo que aumenta el riesgo de afectar el crecimiento y terminar en un parto prematuro (Hacker, 2011).

Se trata de un cuadro convulsivo en el curso de la preeclampsia. Su origen parece deberse a una vasoconstricción severa a nivel cerebral y su manifestación es difícilmente distinguible de un ataque de gran mal. La causa exacta de las convulsiones en mujeres con preeclampsia no se conoce. Se han postulado diferentes teorías. El exceso de regulación cerebral en respuesta a la hipertensión arterial provoca el vasoespasmo de las arterias cerebrales, con la consiguiente hipoperfusión cerebral, isquemia localizada/infarto y edema citotóxico (intracelular). La pérdida de la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral en respuesta a la alta presión sistémica (es decir, la encefalopatía hipertensiva) se traduce en hiperfusión, daño endotelial y edema vasogénico (extracelular) (Hernández y Bellart, 2015).

La frecuencia de la eclampsia ha disminuido progresivamente con los años, en relación directa con la mejora de los cuidados pre y postnatales, siendo un buen marcador de calidad asistencial. Su incidencia es de alrededor de 1/2.000-3.500 embarazos. Ocurre en el 2-3% de las preeclampsias graves y en aproximadamente el 0,6% de las preeclampsias leves. Su forma de presentación será en la mayoría de los casos ante parto (38-53%) y hasta un 12% de los casos. Su aparición será más allá de 48 horas posparto. Su mortalidad se ha estimado alrededor del 1,8% (Hernández y Bellart, 2015).

Síndrome de HELLP.

La incidencia del síndrome HELLP, es del 0,5-0,9% y constituye una complicación de preeclampsia grave en un 4-12% de los casos. Su forma de presentación más frecuente es antes del parto, hasta el 70% de los casos. En el 6% ocurre durante el parto y en el 24% en el posparto. Suele ser más frecuentes en gestantes multíparas y la hipertensión y la proteinuria pueden estar ausentes o estar solo ligeramente alteradas (Baxter y Weinstein, 2004). Sobre su etiopatogenia, se puede decir que es una presentación multisistémica de una PE grave.

Constituye una etapa progresiva de la preeclampsia y las formas de presentación dependen de la extensión del daño endotelial y el depósito de fibrina. El síndrome HELLP se caracteriza por la presencia de hemólisis (H), elevación de las enzimas hepáticas (EL) y recuento de plaquetas bajo (LP). Sobre su etiopatogenia, se puede decir que es una presentación multisistémica de una PE grave. Al igual que la preeclampsia, la etiopatogenia y la fisiopatología de este síndrome no está aclarada (Hernández y Bellart, 2015)

En el Síndrome de HELLP se observa lo siguiente:

-  En la anemia hemolítica microangiopática se observan hematíes deformados, consecuencia del paso de estos a través de vasos sanguíneos pequeños con depósitos de fibrina, y en la sangre periférica se detecta un patrón hemolítico típico con presencia de esquistocitos.
-  Alteraciones hepáticas: la clásica lesión hepática es la necrosis parenquimatosa peri portal o focal, en la cual los depósitos hialinos se observan dentro de las sinusoides hepáticas. La obstrucción de las sinusoides por la fibrina causa daño hepatocelular, que se caracteriza por el aumento de las enzimas hepáticas y dolor en el cuadrante superior derecho y en el epigastrio.

El aumento de la presión intrahepática va aumentando progresivamente, pudiéndose formar hematomas subcapsulares que provocan una distensión de la cápsula de Glisson, con el consiguiente dolor intenso. Cuando estos eventos son continuados y excesivos, causan rotura hepática con peligro inminente para la vida, con una incidencia aproximada de 1/45.000. La alteración de las enzimas hepáticas se manifiesta con aumento de la GOT por encima de 70 U/L, LDH mayor de 600 U/L y bilirrubinemia sobre 1,2 mg/dl.

- ✚ Trombocitopenia: la disminución del recuento plaquetario se debe al consumo de plaquetas secundario al daño endotelial; es frecuente verlo tempranamente en la preeclampsia. Se observa además un recambio plaquetario aumentado, una disminución del tiempo de vida medio y un aumento de la adherencia plaquetaria al colágeno expuesto a la pared endotelial (Hernández y Bellart, 2015)

2.2 Mortalidad materna.

Se define muerte materna aquella que se presenta en cualquier momento del embarazo, independientemente de la ubicación de la gestación, hasta los 42 días posparto. La causa de la muerte debe relacionarse directamente o agravarse por la gestación; por tanto, se excluyen las causas accidentales o incidentales, La muerte después de los 42 días y hasta el año posparto es una muerte tardía que actualmente no se consideran para el cálculo de la razón de mortalidad materna.

Clasificación de las muertes maternas. Las muertes maternas se clasifican en directas e indirectas.

Directas. Son las que se presentan como consecuencia de complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio; en otras palabras, estas muertes se hubieran presentado si la mujer no se hubiera embarazado; pueden deberse a tratamientos incorrectos, intervenciones inoportunas, omisiones, a la conjugación de éstos o como efecto de la enfermedad.

Indirectas. Son las que se producen por enfermedades preexistentes o que aparecen durante el embarazo sin relacionarse directamente con él, aunque sí pueden agravarse por los efectos de la gestación (Zuleta y Gómez, 2015).

2.2.1 Importancia de la mortalidad materna.

La mortalidad materna tiene implicaciones no sólo para las estadísticas o el hecho de que cada minuto muere una mujer en el mundo a consecuencia de su proceso reproductivo, como tampoco son los años productivos potencialmente perdidos. Lo que más impacta en la sociedad es el hecho de que la falta de la madre lleva a la descomposición de un número importante de familias, con hijos huérfanos que inmediatamente aumentan hasta seis veces la probabilidad de morir antes de los cinco años o la de nunca tener educación, lo que en últimas repercute en el empobrecimiento de las comunidades. Otro aspecto igual de importante es que se identifica que por cada muerte materna, aproximadamente otras 30 quedan secuelas secundarias a una complicación obstétrica extrema, que, aunque no la hizo cruzar ese umbral hacia la muerte, sí alcanza a afectar el futuro de estas supervivientes a alguna de las complicaciones que terminan con la vida de otras (Zuleta y Gómez, 2015).

2.2.2 Mortalidad perinatal.

Existen tres definiciones de mortalidad perinatal que dependen de la edad gestacional y el peso mínimo y el tiempo neonatal que se elijan:

Mortalidad perinatal 1. Son las muertes de productos de la gestación que ocurren desde la semana 28 de gestación o de productos con 1.000 gramos o más de peso hasta los primeros siete días de nacido,

Mortalidad perinatal 2. Incluye las muertes de productos con 22 o más semanas de gestación o con 500 gramos o más de peso hasta los 28 días de nacido,

Mortalidad perinatal 3. Incluye las muertes de productos desde la semana 22 de gestación, 500 gramos o más de peso hasta los siete días de nacido. (Zuleta y Gómez, 2015).

2.3 Estudios relacionados.

Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolome, Lima, Perú. Introducción de acuerdo a los objetivos del milenio nuestro país debe reducir la mortalidad materna en 75%. El Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal considera reducir las posibilidades de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Esto es posible mediante la identificación de los signos de alarma. Objetivos: Determinar el nivel de conocimiento y prácticas sobre signos de alarma en gestantes. Diseño: Estudio descriptivo, transversal. Lugar: Hospital Nacional Docente del Madre-Niño, San Bartolomé, Lima Perú. Paciente: las gestantes en hospitalización y consulta externa, durante junio del 2013, se les aplicó una encuesta sobre conocimientos y prácticas de los signos de alarma durante la gestación. Se realizó análisis binario utilizando la prueba de chí cuadrada; la fuerza de asociación se calculó con odds ratio. Resultados. Conocimientos 93% de las gestantes consideró los signos de alarma

como indicadores de peligro para la madre y el feto; 100% sabía que debe acudir a un centro de salud de inmediato. Practicas: los signos por los cuales la mayor proporción de gestantes acudió a emergencia fueron convulsiones (100%), no crecimiento de barriga conforma a la gestación (100%), ardor al orinar (86.1%), sangrado vaginal (84.4%), y fiebre (84.2%), conclusiones. La mayoría de pacientes considero los signos de alarma como peligro, de presentarse alguno de estos signos, todas conocían que deben acudir a un centro de salud inmediatamente y siempre acudirían. Se requiere estudios cualitativos para determinar las causas por las cuales, a pesar del conocimiento algunas gestantes no acuden a tiempo (Ticona et al, 2014).

Signos y síntomas de alarma obstétrica. Acerca del conocimiento que tienen las mujeres. Introducción: se ha demostrado que las defunciones maternas se producen por demorar en el reconocimiento de complicaciones, en la llegada al centro médico o en la prestación del servicio. En 2009 en Guanajuato se incrementó la mortalidad materna, lo que reflejó deficiencias en el proceso de atención. El objetivo fue determinar los signos y síntomas que las mujeres consideran como datos de urgencia obstétrica durante el embarazo, parto y puerperio. Método: estudio descriptivo, comparativo y transversal, de mujeres derechohabientes entre los 18 y 40 años de edad. Se aplicó un cuestionario a 150 embarazadas y 150 no embarazadas, Resultados; 72.2, 54.4 y 46,2% de las no embarazadas conocieron los datos de alarma durante el embarazo, parto y puerperio, respectivamente. De las embarazadas, 92.9, 62.7 y 25% conocieron los datos de alarma durante el embarazo, parto y puerperio. Se encontró asociación entre embarazo previo y conocer los datos de alarma y el número de consultas recibidas. Conclusiones: el conocimiento de los signos de alarma obstétrica está relacionado con haber tenido partos y la labor del médico familiar durante el control prenatal (García et al, 2012).

III. METODOLOGÍA

Diseño Metodológico

Descriptivo porque tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables y proporcionar su descripción, Transversal porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único y su propósito es describir variables y analizar si incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, 2014); Cuantitativo porque los resultados se presentan con datos numéricos (Canales, 2011).

Universo y Muestra

El universo de estudio está compuesto por 49 adolescentes embarazadas para identificar los signos de alarma durante la gestación que son atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Adolescentes embarazadas

Criterios de exclusión

- Adolescentes embarazadas que no deseen participar en el estudio de investigación y que no se cuente con el consentimiento informado-

Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos.

Operacionalización de las variables

Variable	Definición		Dimensiones	Indicador	Escala de medición
	Conceptual	Operacional			
Embarazo en adolescente	Período que transcurre entre la concepción (fecundación de un óvulo por un espermatozoide) y el parto;	Es la fecundación del ovulo por el espermatozoide	Factores demográficos	<p>Edad</p> <p>Estado civil</p> <p>Ocupación</p> <p>Escolaridad</p> <p>Con quien vives.</p>	<p>10 años</p> <p>11 años</p> <p>12 años</p> <p>13 años</p> <p>14 años</p> <p>15 años</p> <p>16 años</p> <p>17 años</p> <p>18 años</p> <p>19 años</p> <p>20 años</p> <p>Soltera</p> <p>Casada</p> <p>Divorciada</p> <p>Unión libre</p> <p>Separada</p> <p>Viuda</p> <p>Estudiante</p> <p>Ama de casa</p> <p>Empleada</p> <p>Otro:</p> <p>Primaria</p> <p>Secundaria</p> <p>Preparatoria</p> <p>Universidad</p> <p>Otra:</p> <p>Padres (mamá y papá)</p> <p>Madre</p> <p>Padre</p> <p>Esposo</p> <p>Suegros</p> <p>Otros: Con quien:</p>

				Nivel Socioeconómico	Bajo Medio Alto
Signos de alarma en el embarazo	Todos los signos y síntomas que nos muestran que la salud de la embarazada y el feto están en peligro	Son las complicaciones que presentan las embarazadas.	Factores analíticos	<p>Antecedentes: (Riesgo Preconcepcional)</p> <p>La gestante presenta alguna comorbilidad</p> <p>Las pacientes tienen antecedentes de:</p> <p>Antecedentes Gineco-Obstétricos</p> <p>Número de abortos: R: _____</p> <p>Número de embarazos ectópicos: R: _____</p> <p>Número de embarazos Molar: R: _____</p> <p>Productos Nacidos Vivos: R: _____</p> <p>Productos Nacidos Muertos: R: _____</p>	<p>Si No Cuál: (Obesidad, Desnutrición, Alergias, Hematológicos ITS Inmunológicos, Epilepsia, etc.):</p> <p>Tabaquismo Alcoholismo Uso de otras drogas</p>

				<p>Antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores</p> <p>Embarazo actual</p> <p>Control prenatal</p> <p>Semana de gestación al inicio del control prenatal</p> <p>Número de consultas de control prenatal:</p> <p>Has presentado alguna complicación. Mencionar en que Momento de presento la complicación</p> <p>Tipo del ultimo parto</p> <p>Menciona como concluyo el embarazo</p>	<p>Si No Si la respuesta es afirmativa menciona que tipo de complicación presentó: ____</p> <p>Si No</p> <p>Si No</p> <p>R: ____</p> <p>Anteparto Intraparto Postparto No presente ninguna complicación.</p> <p>R: ____</p> <p>Aborto/legrado Parto Parto instrumentado (fórceps) Cesárea</p>
--	--	--	--	--	---

					Continúa embarazada
				Amenaza de aborto	Si No
				Tipo de aborto	Aborto precoz (menos de 13 semanas) Aborto Tardío (mayor a 13 semanas)
				Presenta malformación uterina (o)	Si No
				Tipo de gestación	Única Múltiple (gemelar y triple)
				Has tenido Sangrado durante la gestación	Si No
				Presentaste o presentas estos signos de alarma durante el embarazo	Fiebre Edema Hemorragia vaginal Amenaza de aborto Mola hidatiforme Embarazo ectópico Desprendimiento prematuro de placenta o placenta previa Salida de líquido amniótico

				<p>Náuseas y vómitos excesivos Hipertensión Convulsiones</p> <p>Conoces estos síntomas de alarma en el embarazo</p>	<p>Cefalea Movimientos fetales disminuidos Disuria (dificultad para orinar) Dolores en el vientre o contracciones antes de la fecha de parto Visión borrosa Tinnitus (zumbidos en los oídos) Aumento de peso exagerado</p>
				<p>Recibió información de los signos y síntomas de alarma obstétrica</p>	<p>Si No</p>
				<p>Quien proporciono la información Personal de enfermería Personal medico Redes sociales Su familiar Otro:</p>	<p>Personal de enfermería Personal medico Redes sociales Su familiar Otro:</p>
				<p>Has tenido alguna enfermedad de trasmisión sexual</p>	<p>Si: cuales No</p>

				<p>A continuación, subraya las siguientes preguntas en caso de presentarlas o de haberlas presentados:</p>	<p>Diabetes Mellitus Hipertensión Arterial Cardiopatía Preeclampsia Eclampsia Infecciones de vías urinarias Embarazo múltiple Cervicovaginitis Antecedentes de parto pretérmino Placenta previa Oligohidramnios Embarazo gemelar Metrorragias del tercer trimestre Defecto Congénitos diagnosticado durante la gestación Multiparidad. Antecedentes de conización o cerclaje cervical Antecedentes de Ruptura Prematura de Membranas Hemorragias Obesidad Desnutrición</p>
--	--	--	--	--	--

Material y método

Instrumento (cuestionario): Fue dirigida a las adolescentes embarazadas para identificar los signos de alarma durante la gestación que son atendidas en el hospital General de Huitzucu de los Figueroa, Guerrero. El cuestionario fue estructurado en 2 apartados conteniendo en la fase descriptiva 6 preguntas

cerradas y en la fase analítica contiene 28 preguntas y una breve introducción de la finalidad del estudio.

Trabajo de campo: Se programaron entrevistas con las adolescentes para obtener su aprobación para la realización de la encuesta, así como se observó la ética y la confiabilidad de las respuestas del cuestionario aplicado a las adolescentes embarazadas. El cuestionario fue perfeccionado a través de la validación de una prueba piloto aplicado al 10% de las adolescentes detectando si comprendieron la pregunta y si existen errores realizando los ajustes necesarios, y poder aplicarla al universo de estudio.

La recolección de los datos de las adolescentes embarazadas para identificar los signos de alarma durante la gestación que son atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero, se les explicó el propósito del estudio y participaron dando su consentimiento informado, posteriormente contestaron las preguntas, sin presiones de los encuestadores.

Análisis de los datos.

De acuerdo a las variables consideradas se realizará el siguiente plan de análisis.

Para identificar los signos de alarma en las adolescentes embarazadas, se utilizaron modelos matemáticos como la estadística descriptiva en el programa SPSS versión 20 para analizar los datos del estudio.

Ética del estudio.

Para este trabajo se consideraron los aspectos éticos del Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Investigación (1987), de acuerdo al Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 13, en el que se establece que en toda investigación

en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá de prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, la protección a sus derechos y bienestar. De acuerdo con la fracción V, se obtuvo el consentimiento informado por escrito de las adolescentes que participaron en esta investigación.

Artículo 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I.- La justificación y los objetivos de la investigación;
- II.- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III.- Las molestias o los riesgos esperados;
- IV.- Los beneficios que puedan observarse;
- V.- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI.- La garantía de recibir respuestas a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII.- La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII.- La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX.- El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

X.- La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI.- Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

Artículo 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I.- Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaria;

II.- Será revidado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV.- Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V.- Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

Principios éticos para las investigaciones de salud en seres humanos.

Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios –que en teoría tienen igual fuerza moral– guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Según las circunstancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicárseles diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos.

El **respeto por las personas** incluye, por lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

a) Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y

b) Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La **beneficencia** se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, **no maleficencia** (no causar daño).

La **justicia** se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la **justicia distributiva**, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación. Diferencias en la distribución de cargas y beneficios se justifican sólo si se basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas; una de estas distinciones es la vulnerabilidad. El término "vulnerabilidad" alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debiera hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables.

La justicia requiere también que la investigación responda a las condiciones de salud o a las necesidades de las personas vulnerables. Las personas seleccionadas debieran ser lo menos vulnerables posible para cumplir con los propósitos de la investigación. El riesgo para los sujetos vulnerables está más justificado cuando surge de intervenciones o procedimientos que les ofrecen una esperanza de un beneficio directamente relacionado con su salud. Cuando no se cuenta con dicha esperanza, el riesgo debe justificarse por el beneficio anticipado para la población de la cual el sujeto específico de la investigación es representativo.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentan los resultados de la encuesta que se aplicó en la población objeto de estudio para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero.

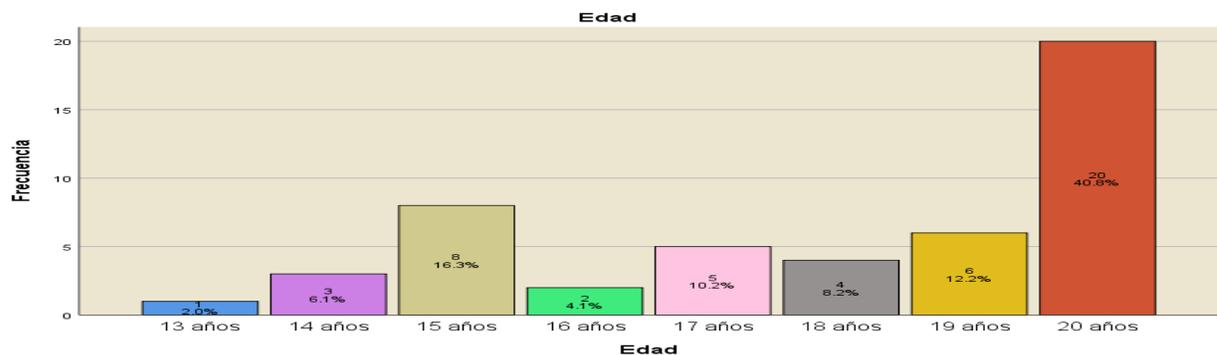
Datos sociodemográficos

Cuadro No. 4.1 Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	13 años	1	2.0	2.0	2.0
	14 años	3	6.1	6.1	8.2
	15 años	8	16.3	16.3	24.5
	16 años	2	4.1	4.1	28.6
	17 años	5	10.2	10.2	38.8
	18 años	4	8.2	8.2	46.9
	19 años	6	12.2	12.2	59.2
	20 años	20	40.8	40.8	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

El 40.8% de las adolescentes embarazadas tienen 20 años, el 17.3% de 15 años y el 12,2% de 19 años.

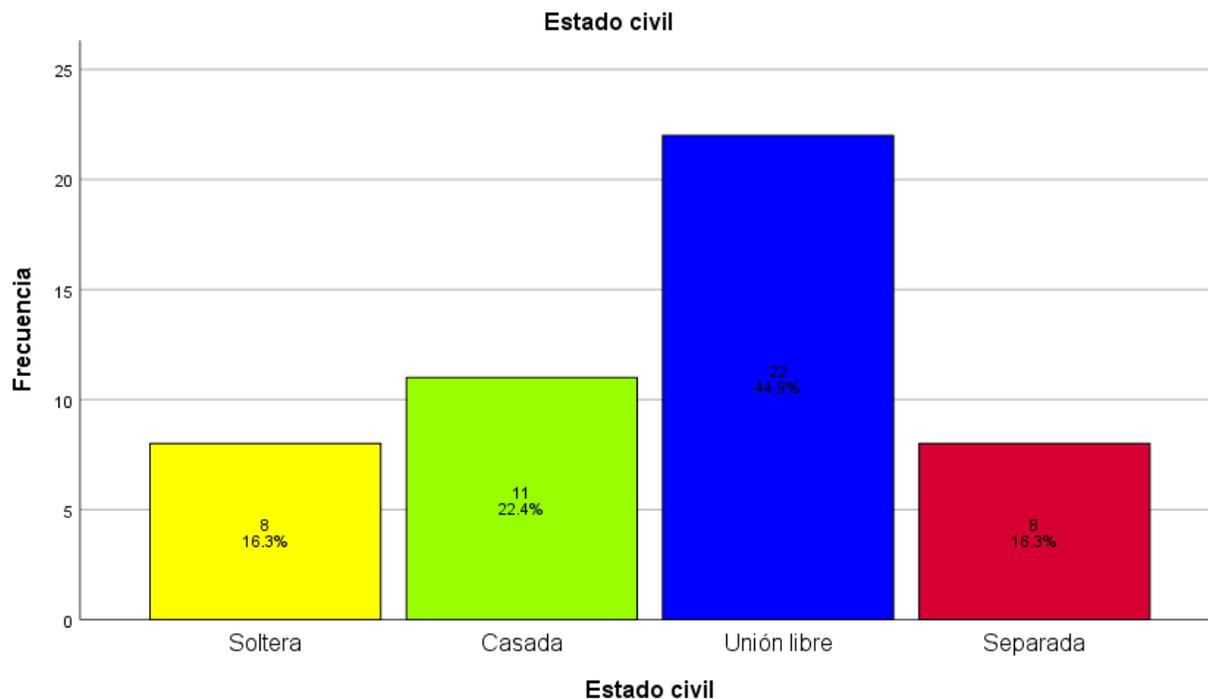


Cuadro No. 4.2 Estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltera	8	16.3	16.3	16.3
	Casada	11	22.4	22.4	38.8
	Unión libre	22	44.9	44.9	83.7
	Separada	8	16.3	16.3	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

En relación a su estado civil el 44.9% están en unión libre, el 22.4% son casadas y el 16.3% son solteras o separadas respectivamente.

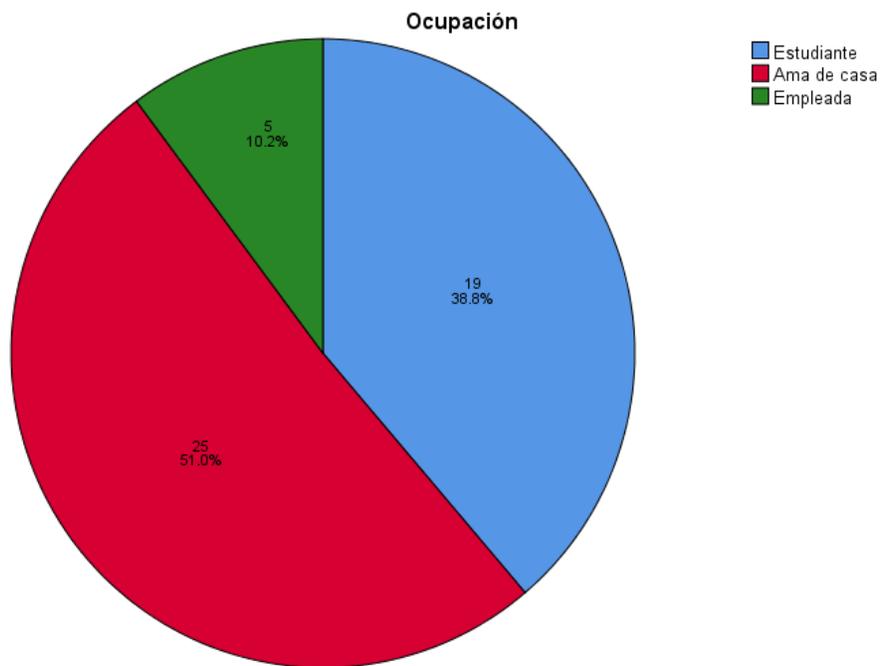


Cuadro No. 4.3 Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Estudiante	19	38.8	38.8	38.8
Ama de casa	25	51.0	51.0	89.8
Empleada	5	10.2	10.2	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

En relación a la ocupación de la gestante embarazada el 51.0% se dedican a las labores del hogar y el 38.8% son estudiante, solo el 10.2% trabaja para solventar sus gastos.

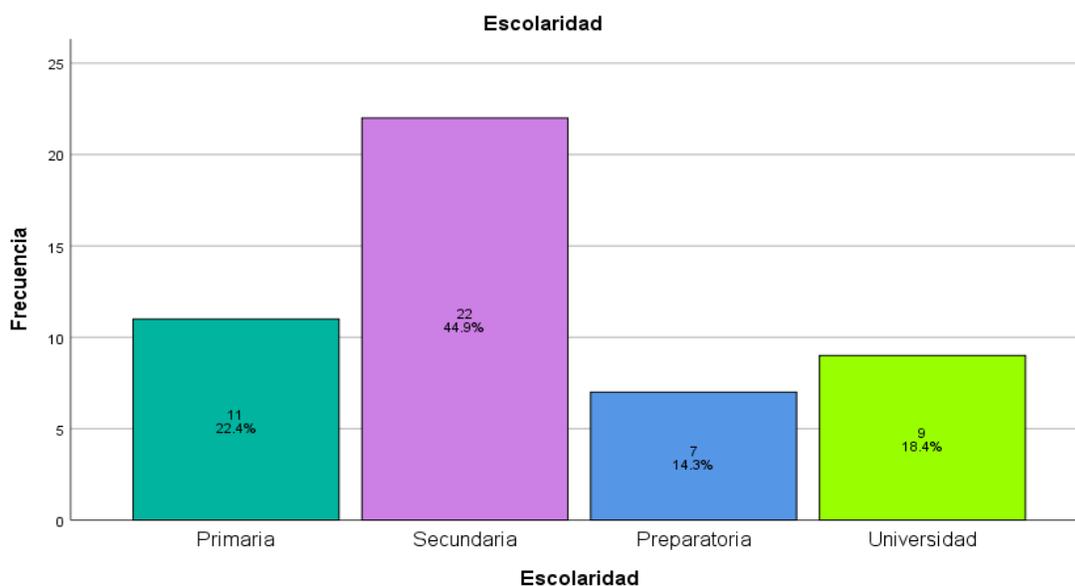


Cuadro No. 4.4 Escolaridad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	11	22.4	22.4	22.4
	Secundaria	22	44.9	44.9	67.3
	Preparatoria	7	14.3	14.3	81.6
	Universidad	9	18.4	18.4	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

El nivel de escolaridad es de secundaria, primaria y con preparatoria, solo el 18.4% refiere tener una preparación universitaria. La educación es importante para poder salir adelante cuando ya se tiene hijos y además tener el conocimiento adecuado para evitar complicaciones durante el embarazo

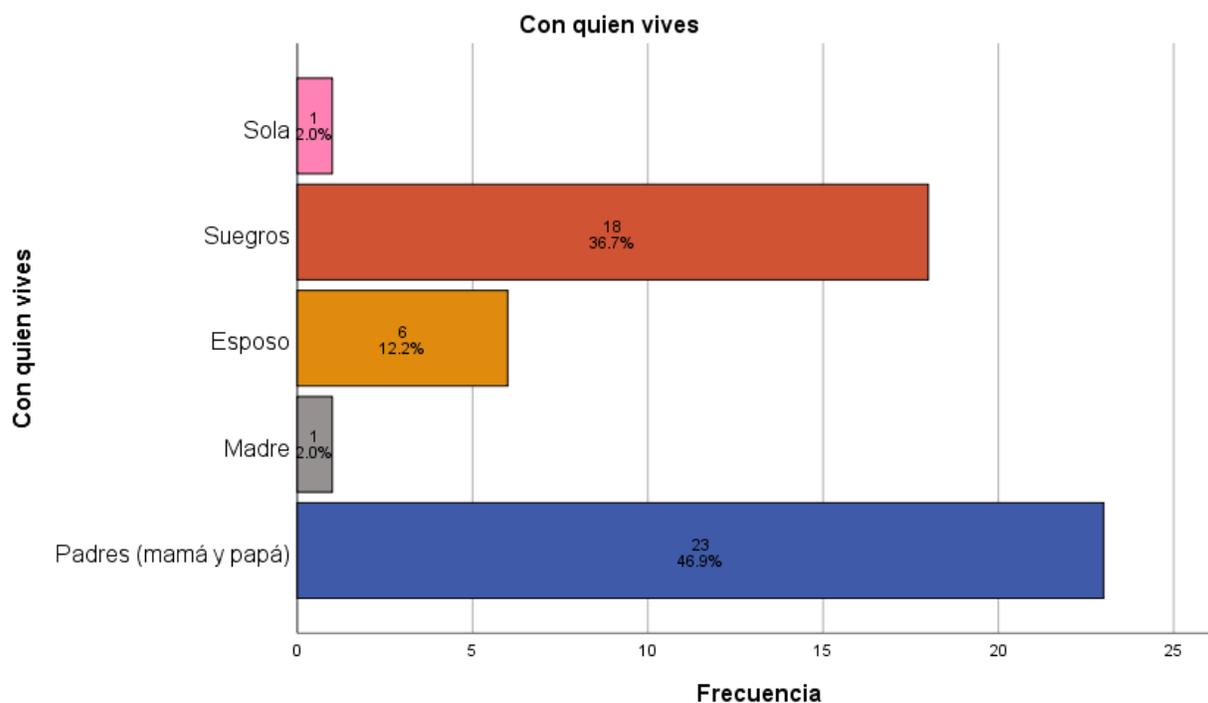


Cuadro No. 4.5 Con quien vives

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Padres (mamá y papá)	23	46.9	46.9	46.9
Madre	1	2.0	2.0	49.0
Esposo	6	12.2	12.2	61.2
Suegros	18	36.7	36.7	98.0
Sola	1	2.0	2.0	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

El 46.9% de las gestantes mencionaron que viven con sus padres, el 36.7% con los suegros y solo el 12.2% con el esposo.

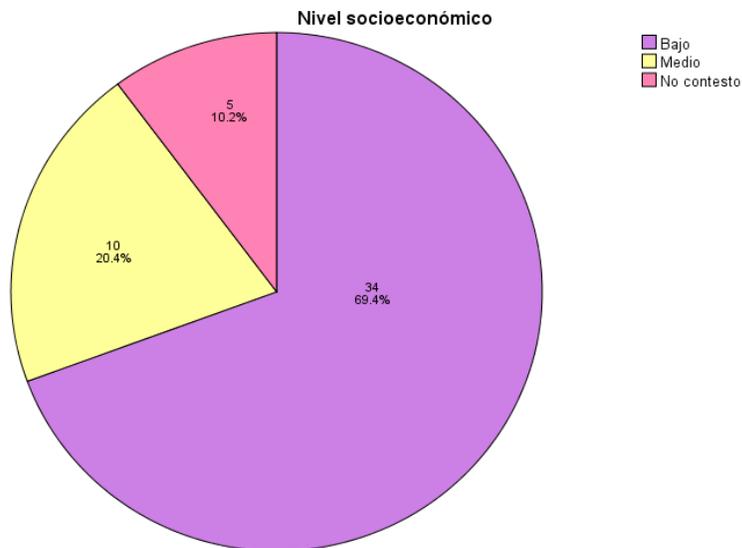


Cuadro No. 4.6 Nivel socioeconómico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Bajo	34	69.4	69.4	69.4
Medio	10	20.4	20.4	89.8
No contesto	5	10.2	10.2	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

El nivel económico de las adolescentes embarazadas fue en un 69.4% bajo y el 20.4% medio. Muchas veces no cuentan con los medios económicos necesarios para asistir con regularidad a sus consultas de control prenatal ya que en el hospital atiende a la población marginada, que solo va a la consulta cuando se siente mal y no para su control prenatal.



ANTECEDENTES: (RIESGO PRECONCEPCIONAL)

Cuadro 4.7 La gestante presenta alguna comorbilidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	1	2.0	2.0	2.0
	No	47	95.9	95.9	98.0
	No contesto	1	2.0	2.0	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

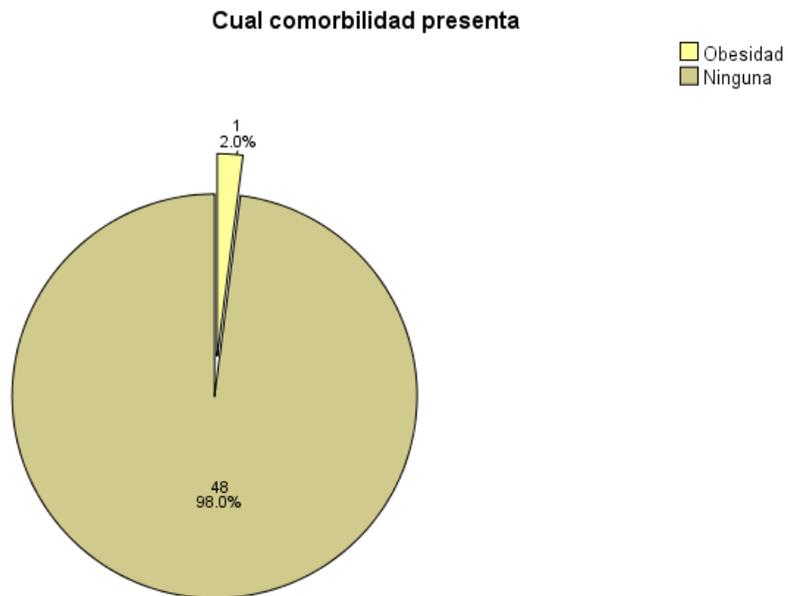
Solo el 2% de las gestantes refieren tener alguna comorbilidad como es la obesidad y este dato indica que pueden tener riesgo preconcepcional.



Cuadro No. 4.8 Cual comorbilidad presenta

Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Obesidad	1	2.0	2.0	2.0
	Ninguna	48	98.0	98.0	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

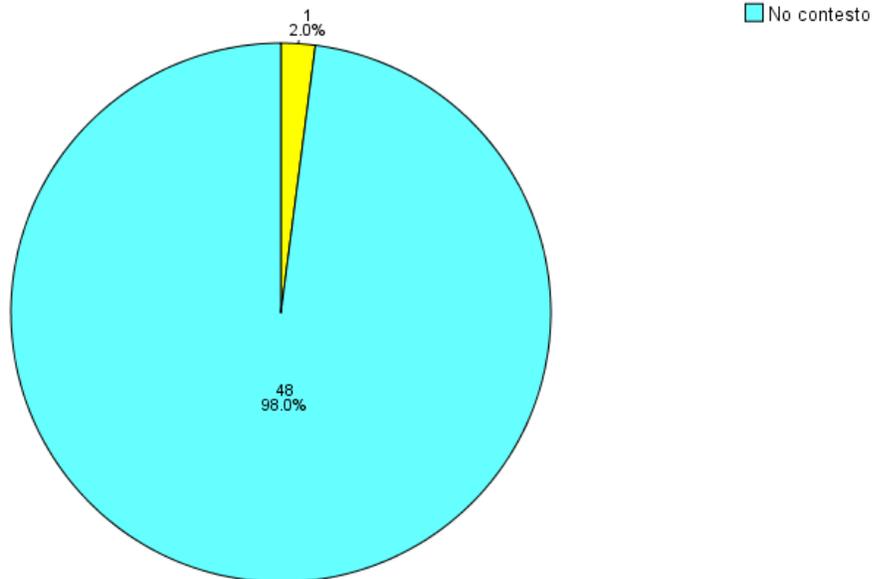


Cuadro No. 4.9 Las pacientes tienen antecedentes de:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Alcoholismo	1	2.0	2.0	2.0
	No contesto	48	98.0	98.0	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuco de los Figueroa, Guerrero. N=49

Las pacientes tienen antecedentes de:



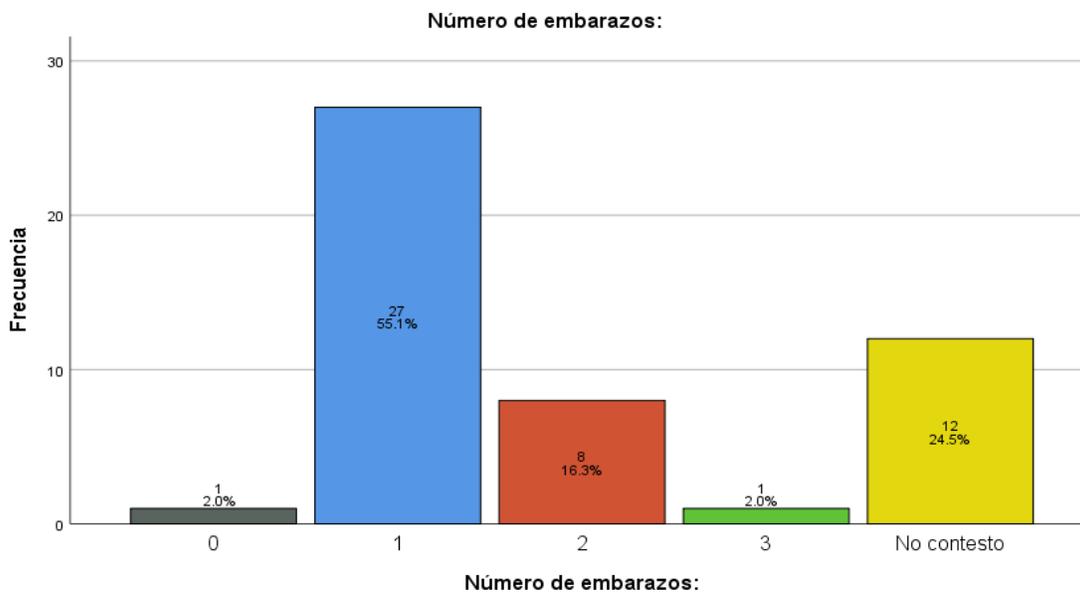
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

Cuadro No. 4.10 Número de embarazos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0	1	2.0	2.0	2.0
1	27	55.1	55.1	57.1
2	8	16.3	16.3	73.5
3	1	2.0	2.0	75.5
No contesto	12	24.5	24.5	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

De acuerdo al número de embarazos el 55.1% menciona tener un embarazo, el 16.3% dos embarazos y 2.0% tres embarazos.

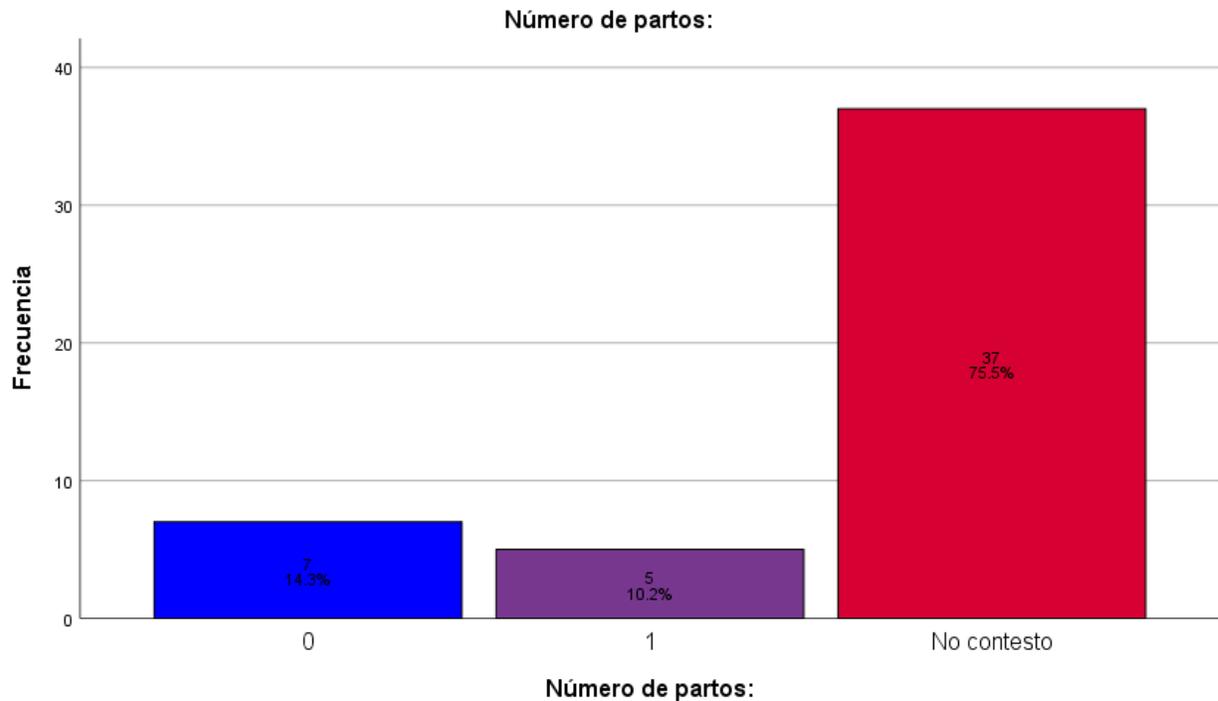


Cuadro No. 4.11 Número de partos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0	7	14.3	14.3	14.3
1	5	10.2	10.2	24.5
No contesto	37	75.5	75.5	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

Las gestantes adolescentes manifestaron que el 10.2% tienen ya un parto, el resto de la muestra estudiada se encuentra con su primer embarazo.

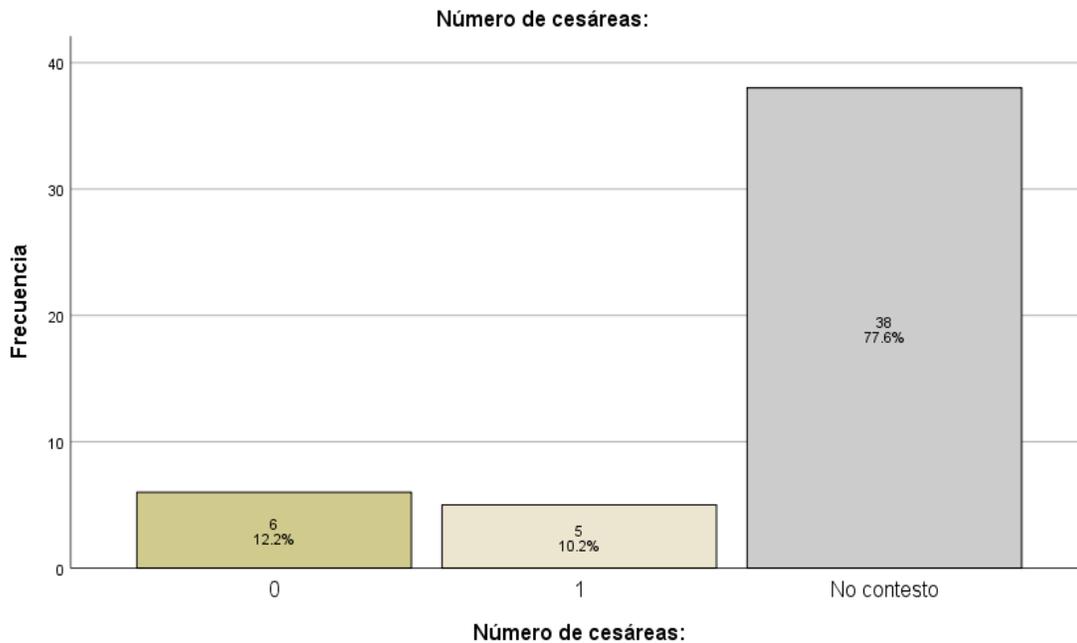


Cuadro No. 4.12 Número de cesáreas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0	6	12.2	12.2	12.2
1	5	10.2	10.2	22.4
No contesto	38	77.6	77.6	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

Del universo en estudio de las embarazadas que ya han tenido dos o tres embarazos menciona el 10.2% que les realizaron cesárea.

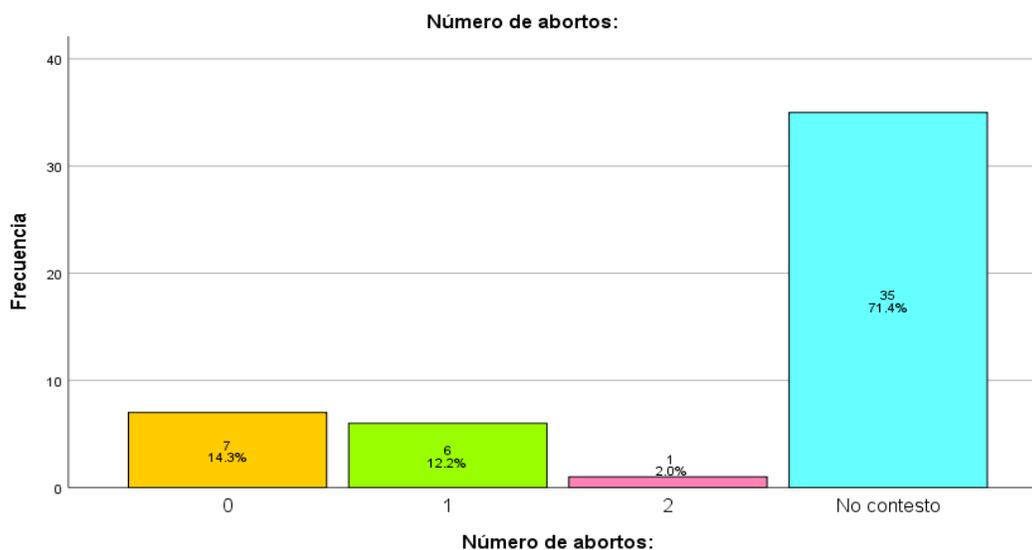


Cuadro No. 4.13 Número de abortos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0	7	14.3	14.3	14.3
1	6	12.2	12.2	26.5
2	1	2.0	2.0	28.6
No contesto	35	71.4	71.4	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

El 12.2% refiere que tuvieron un aborto y 2% dos abortos. Esta etapa de la adolescencia es un factor de riesgo la hemorragia porque biológicamente aún no está preparada para tener un embarazo sin complicaciones.

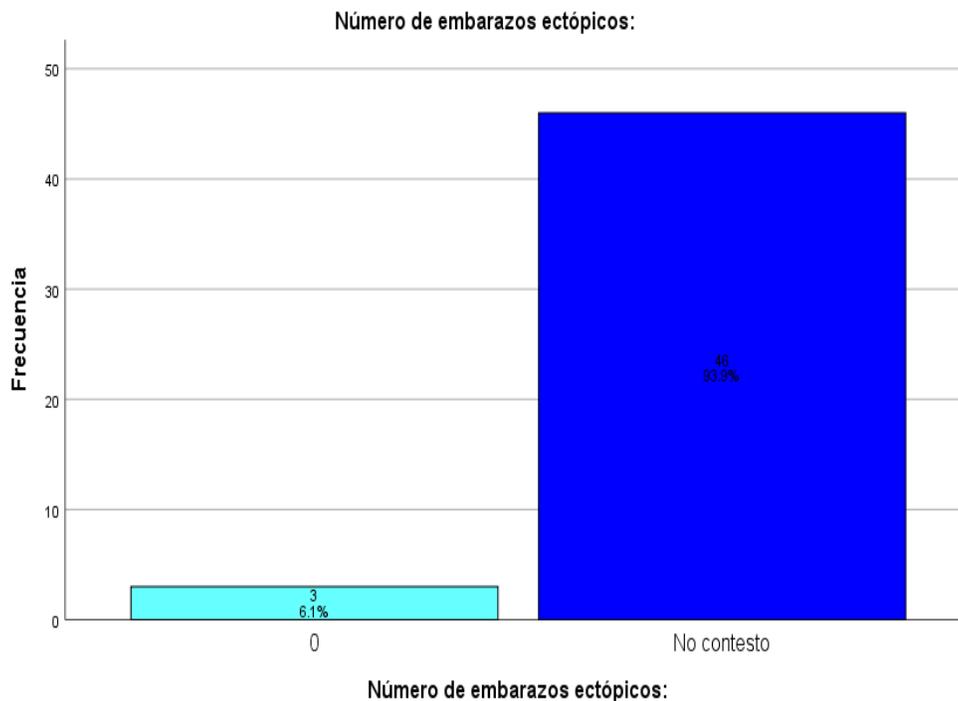


Cuadro No. 4.14 Número de embarazos ectópicos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0	3	6.1	6.1	6.1
No contestó	46	93.9	93.9	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

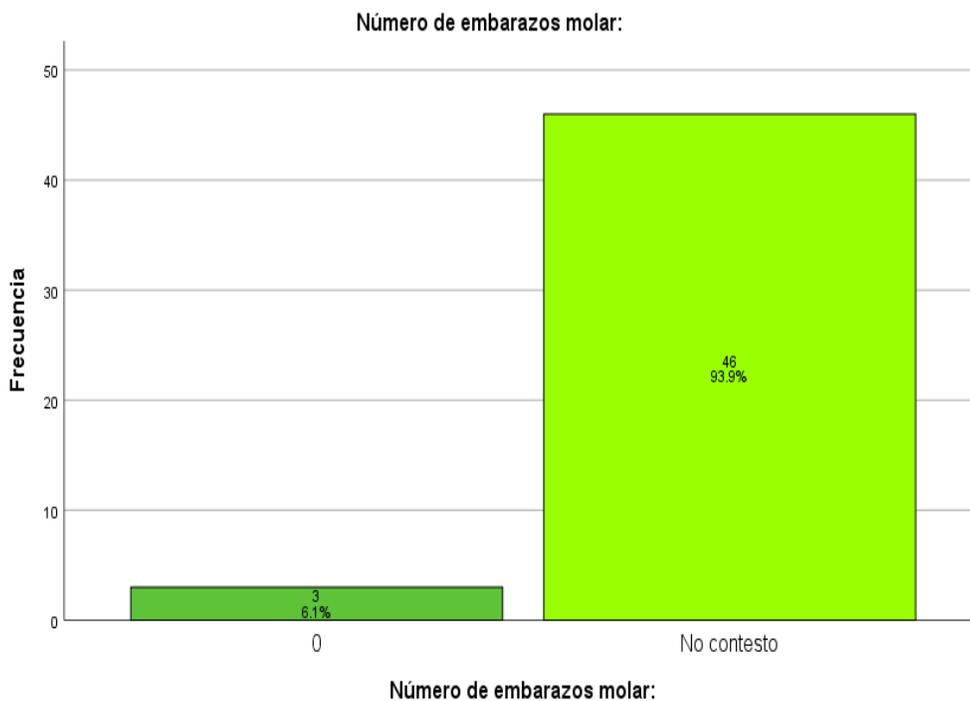
En relación al número de embarazos ectópicos o molar, las adolescentes embarazadas manifestaron que no han presentado esta complicación.



Cuadro No. 4.15 Número de embarazos molar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0	3	6.1	6.1	6.1
No contesto	46	93.9	93.9	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

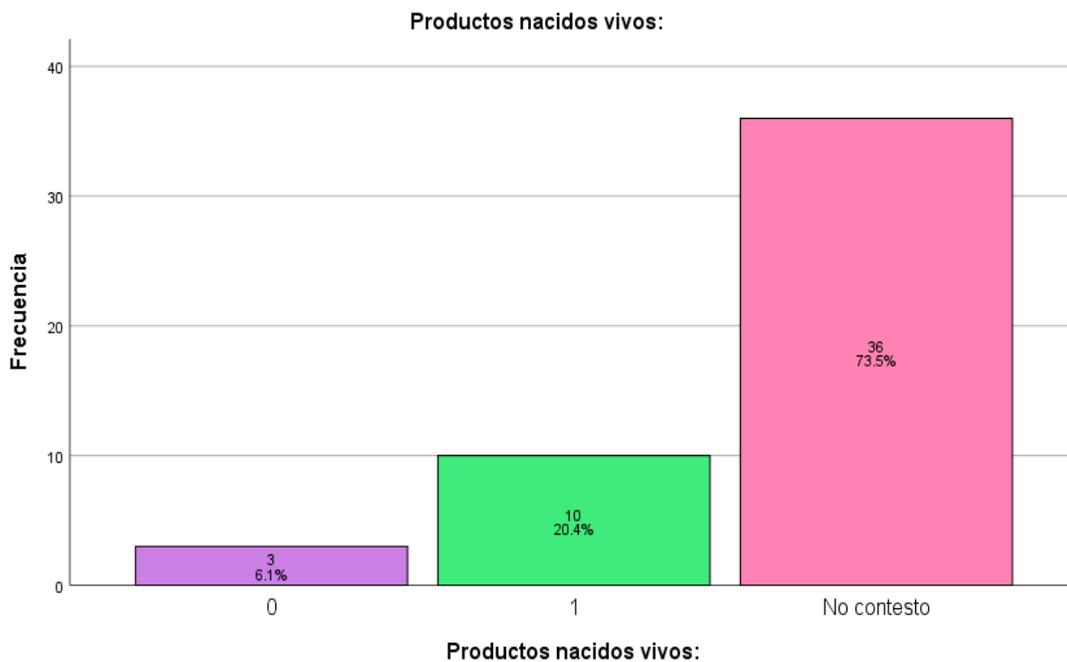


Cuadro No. 4.16 Productos nacidos vivos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	3	6.1	6.1	6.1
	1	10	20.4	20.4	26.5
	No contesto	36	73.5	73.5	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

El 20.4% refiere no haber tenido ningún problema con el nacimiento de sus hijos, ya que nacieron sin ningún problema, solo el 2% manifestó que su bebe nació muerto como se muestra en el cuadro No. 4.17.

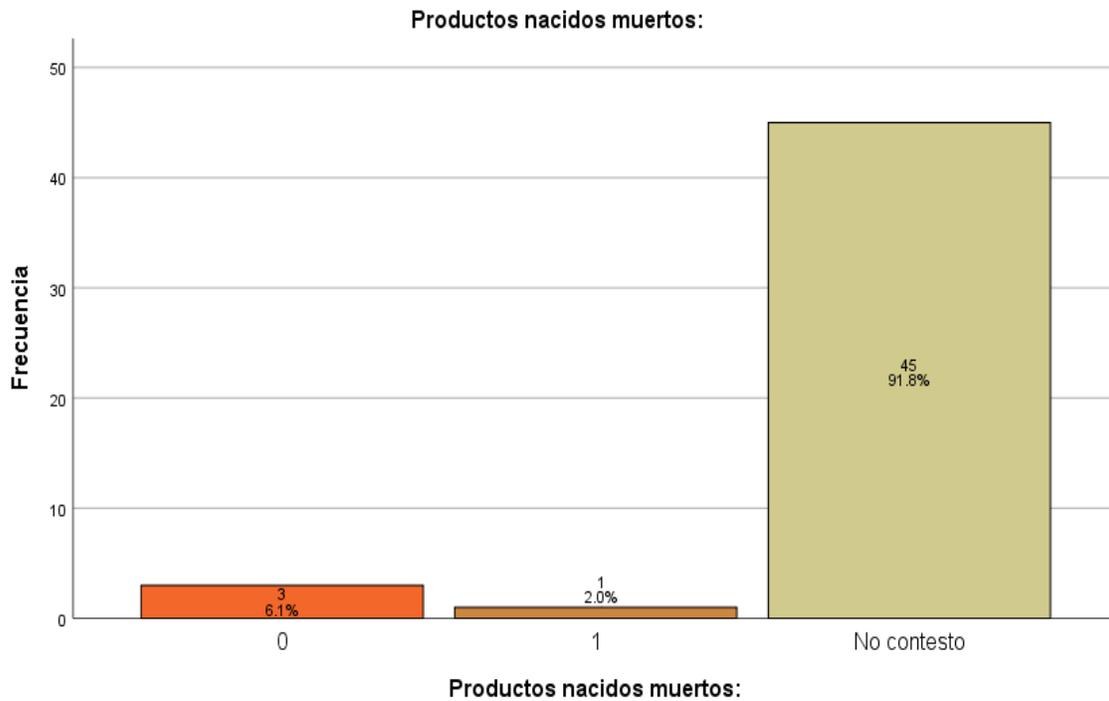


Cuadro No. 4.17 Productos nacidos muertos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0	3	6.1	6.1	6.1
1	1	2.0	2.0	8.2
No contesto	45	91.8	91.8	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

De acuerdo a los datos obtenidos el 2.0% refiere que el producto nació muerto.



Cuadro No. 4.18 Antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores

Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si		2	4.1	4.1	4.1
No		47	95.9	95.9	100.0
Total		49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

En relación a las complicaciones en embarazos anteriores solo el 4.1% menciona que si presentaron.



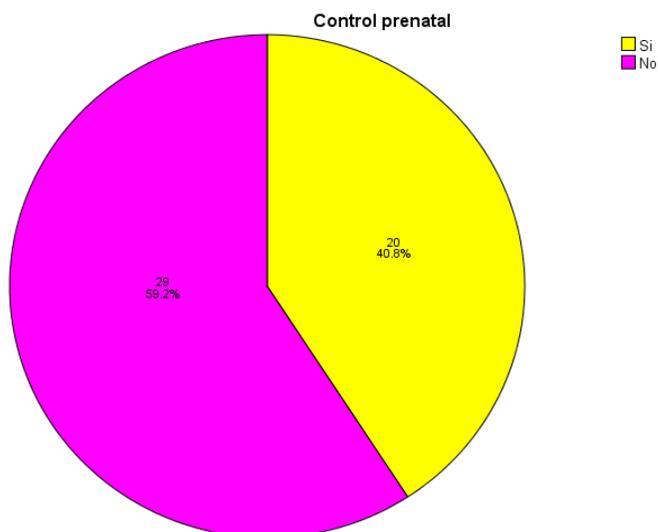
EMBARAZO ACTUAL

Cuadro No. 4.19 Control prenatal

Válido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	20	40.8	40.8	40.8
No	29	59.2	59.2	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

En relación al control prenatal el 59.2% menciono que no asisten a control de su embarazo y solo el 40.8% si lo lleva acabo. El Control Prenatal es de suma importancia para poder vigilar que durante embarazo no presente ningún problema y poder detectar cualquier alteración que comprometa la salud de la madre e hijo para darle un tratamiento adecuado y evitar la morbilidad materna y perinatal.

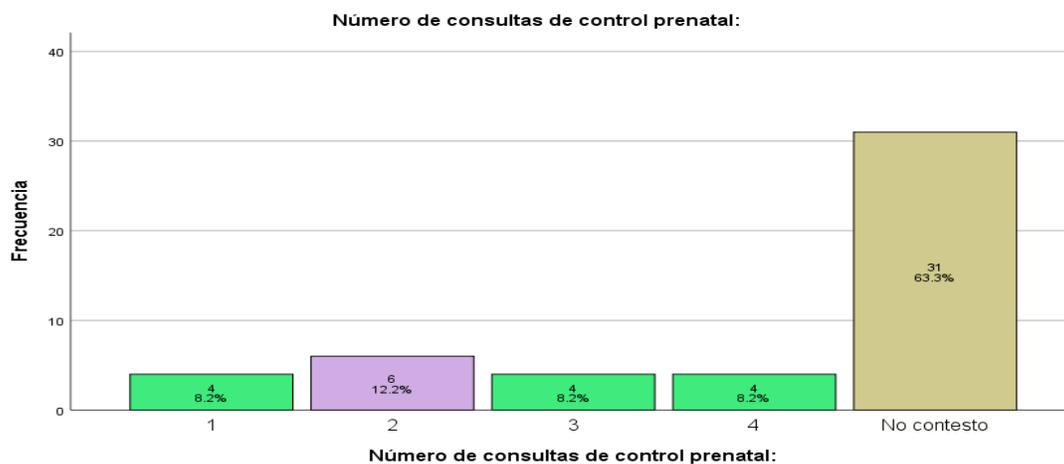


No. 4.20 Número de consultas de control prenatal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	4	8.2	8.2	8.2
2	6	12.2	12.2	20.4
3	4	8.2	8.2	28.6
4	4	8.2	8.2	36.7
No contesto	31	63.3	63.3	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

En relación al número de consultas que asistieron durante el control escolar, solo el 36.7% ha asistido esporádicamente para la atención de su embarazo y el 63.3% no contesto a la pregunta debido a que no le han dado la importancia que tiene el control prenatal para prevenir las complicaciones durante la gestación.

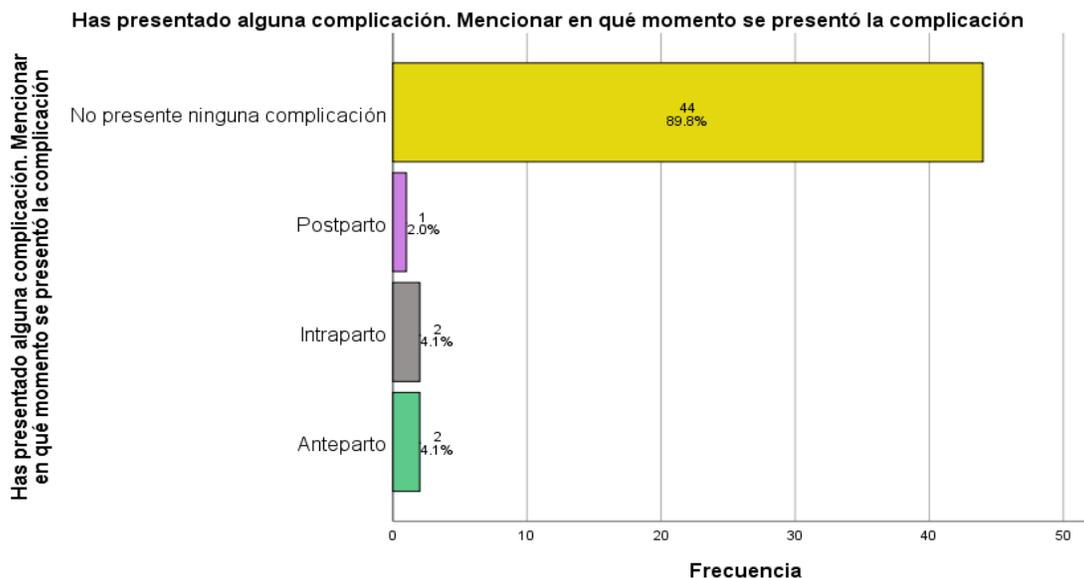


Cuadro No. 4.21 Has presentado alguna complicación. Mencionar en qué momento se presentó la complicación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Anteparto	2	4.1	4.1	4.1
	Intraparto	2	4.1	4.1	8.2
	Postparto	1	2.0	2.0	10.2
	No presente ninguna complicación	44	89.8	89.8	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

Las complicaciones que han presentado las gestantes son durante el ante parto e intraparto en un 4.1% respectivamente y el 2.0% en el postparto.

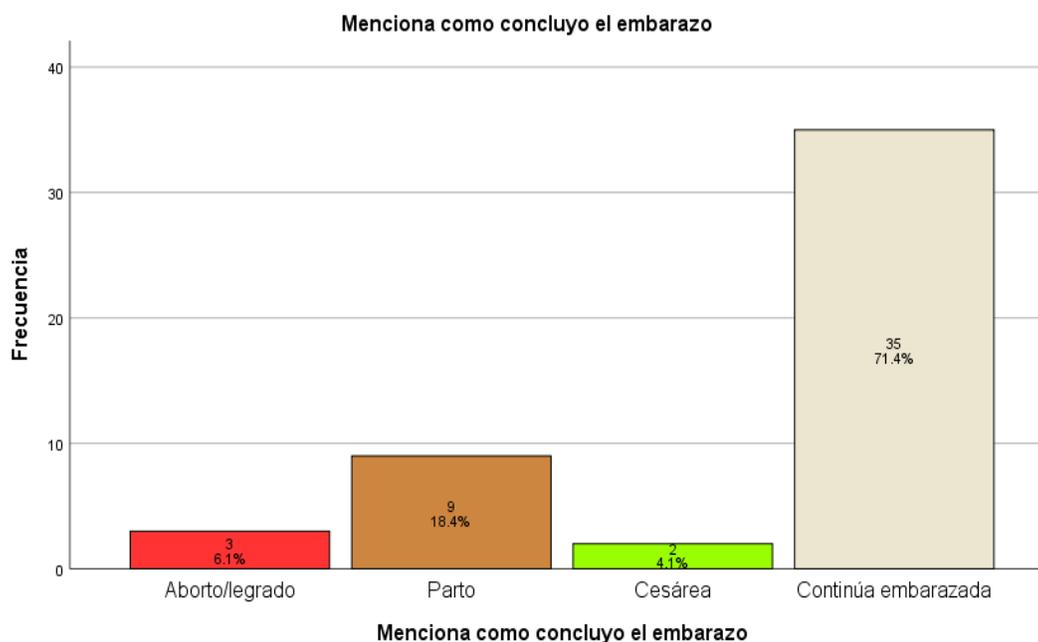


Cuadro 4.22 Menciona como concluyo el embarazo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Aborto/legrado	3	6.1	6.1	6.1
	Parto	9	18.4	18.4	24.5
	Cesárea	2	4.1	4.1	28.6
	Continúa embarazada	35	71.4	71.4	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

En relación como concluyo su embarazo las adolescentes el 18.4% mencionan que tuvieron un parto normal, el 6.1% en aborto, 4.1% en cesárea y el resto continua con su embarazo. En esta etapa de la vida los embarazos suelen presentar riesgos por lo que es importante llevar un buen control prenatal.

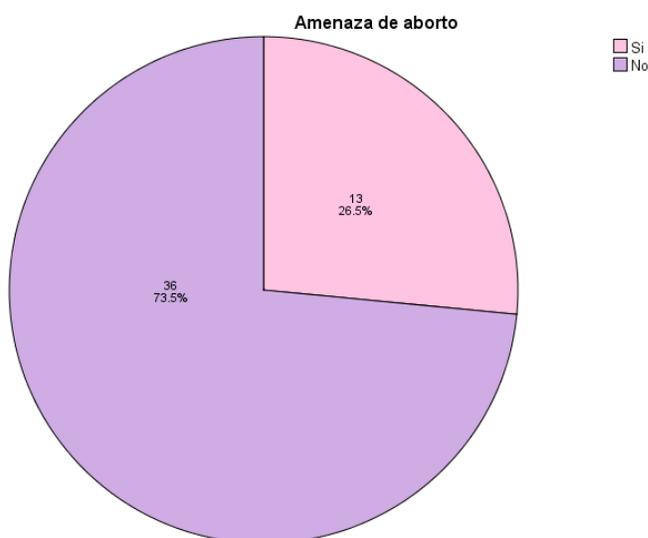


Cuadro No. 4.23 Amenaza de aborto

Válido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	13	26.5	26.5	26.5
No	36	73.5	73.5	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuco de los Figueroa, Guerrero. N=49

De las gestantes embarazadas el 26.5% presentaron amenaza de aborto. Es importante mencionar que en esta etapa de la vida aún no está preparado sus órganos sexuales para un embarazo por esta razón presentan embarazos de alto riesgo y es necesario dar consejería sexual y reproductiva a las adolescentes para que estén informadas de las complicaciones que pueden presentar durante la gestación.

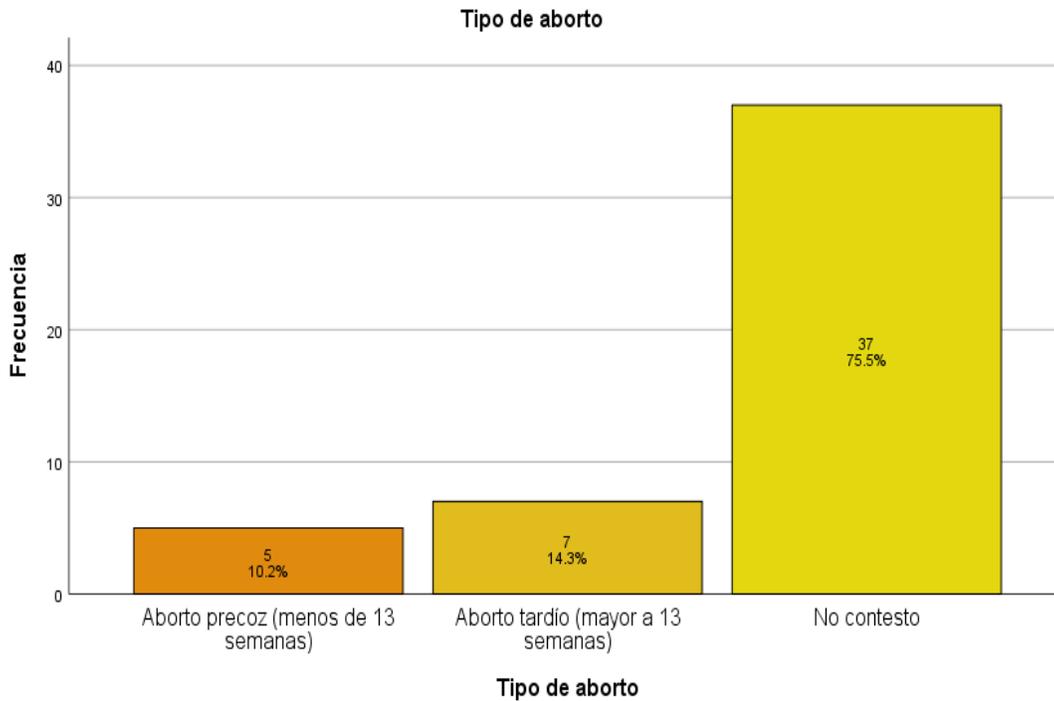


Cuadro No. 4.24 Tipo de aborto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Aborto precoz (menos de 13 semanas)	5	10.2	10.2	10.2
	Aborto tardío (mayor a 13 semanas)	7	14.3	14.3	24.5
	No contesto	37	75.5	75.5	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

El tipo de aborto que presentaron fue en un 14.3% aborto tardío y el 10.2% aborto precoz.

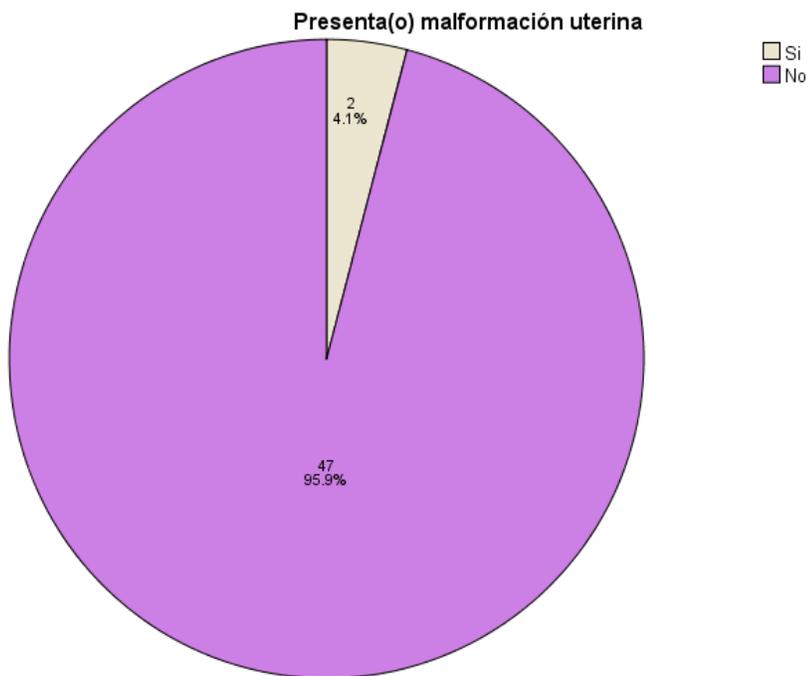


Cuadro No. 4.25 Presenta(o) malformación uterina

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	2	4.1	4.1	4.1
No	47	95.9	95.9	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

Del universo en estudio el 4.1% manifestó haber tenido malformación uterina.

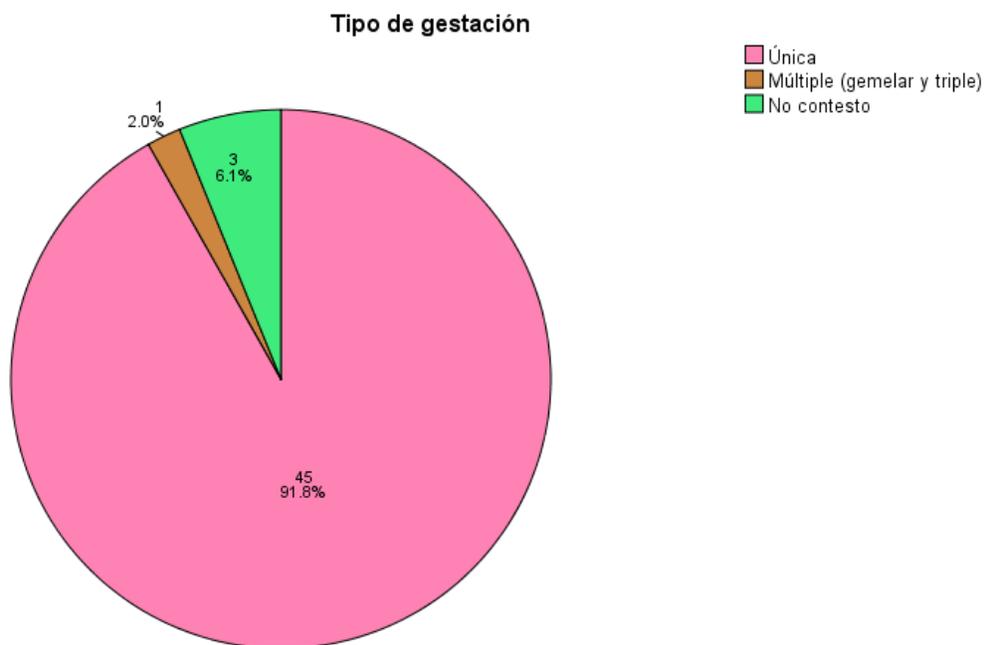


Cuadro No. 4.26 Tipo de gestación

Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Única	45	91.8	91.8	91.8
	Múltiple (gemelar y triple)	1	2.0	2.0	93.9
	No contesto	3	6.1	6.1	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

En relación al tipo de gestación el 2% de las adolescentes mencionó que su parto es múltiple.



Cuadro No 4. 27 Has tenido sangrado durante la gestación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	11	22.4	22.4	22.4
No	38	77.6	77.6	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

Un signo de alarma que presentaron las adolescentes fue el sangrado durante la gestación en un 22.4%.

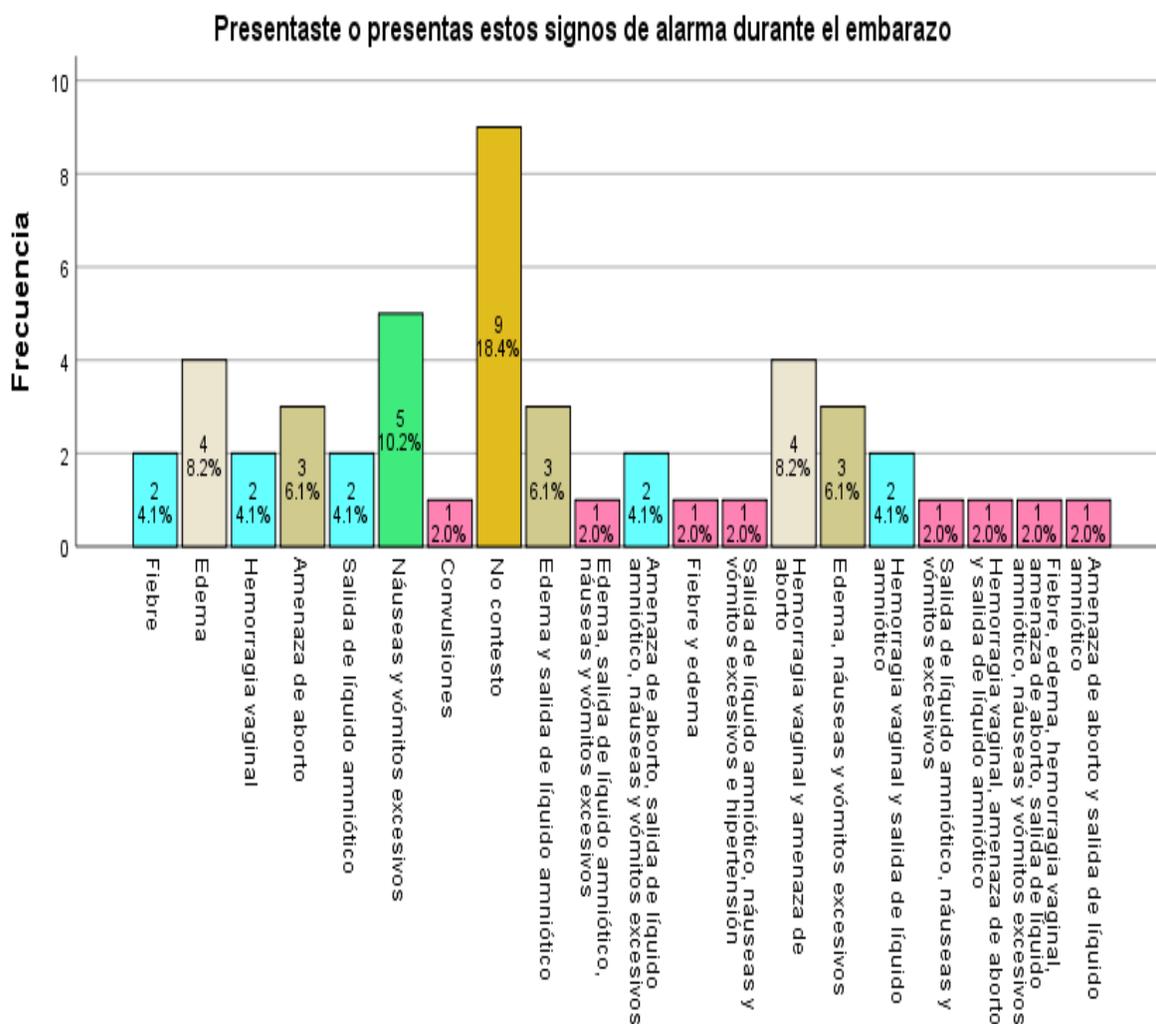


Cuadro No. 4.28 Presentaste o presentas estos signos de alarma durante el embarazo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Fiebre	2	4.1	4.1	4.1
	Edema	4	8.2	8.2	12.2
	Hemorragia vaginal	2	4.1	4.1	16.3
	Amenaza de aborto	3	6.1	6.1	22.4
	Salida de líquido amniótico	2	4.1	4.1	26.5
	Náuseas y vómitos excesivos	5	10.2	10.2	36.7
	Convulsiones	1	2.0	2.0	38.8
	No contesto	9	18.4	18.4	57.1
	Edema y salida de líquido amniótico	3	6.1	6.1	63.3
	Edema, salida de líquido amniótico, náuseas y vómitos excesivos	1	2.0	2.0	65.3
	Amenaza de aborto, salida de líquido amniótico, náuseas y vómitos excesivos	2	4.1	4.1	69.4
	Fiebre y edema	1	2.0	2.0	71.4
	Salida de líquido amniótico, náuseas y vómitos excesivos e hipertensión	1	2.0	2.0	73.5
	Hemorragia vaginal y amenaza de aborto	4	8.2	8.2	81.6
	Edema, náuseas y vómitos excesivos	3	6.1	6.1	87.8
	Hemorragia vaginal y salida de líquido amniótico	2	4.1	4.1	91.8
	Salida de líquido amniótico, náuseas y vómitos excesivos	1	2.0	2.0	93.9
	Hemorragia vaginal, amenaza de aborto y salida de líquido amniótico	1	2.0	2.0	95.9
	Fiebre, edema, hemorragia vaginal, amenaza de aborto, salida de líquido amniótico, náuseas y vómitos excesivos	1	2.0	2.0	98.0
	Amenaza de aborto y salida de líquido amniótico	1	2.0	2.0	100.0
Total	49	100.0	100.0		

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

El 100% presento signos de alarma durante el embarazo que muestran que la salud de la embarazada y el feto están en peligro” que ocasionan la mortalidad materna. Estas muertes son prevenibles si las embarazadas contaran con la información necesaria y con un control prenatal adecuado en el cual se le explica cada uno de los signos y síntomas de alarma que se les debe de explicar a las pacientes cuando van a su control prenatal.

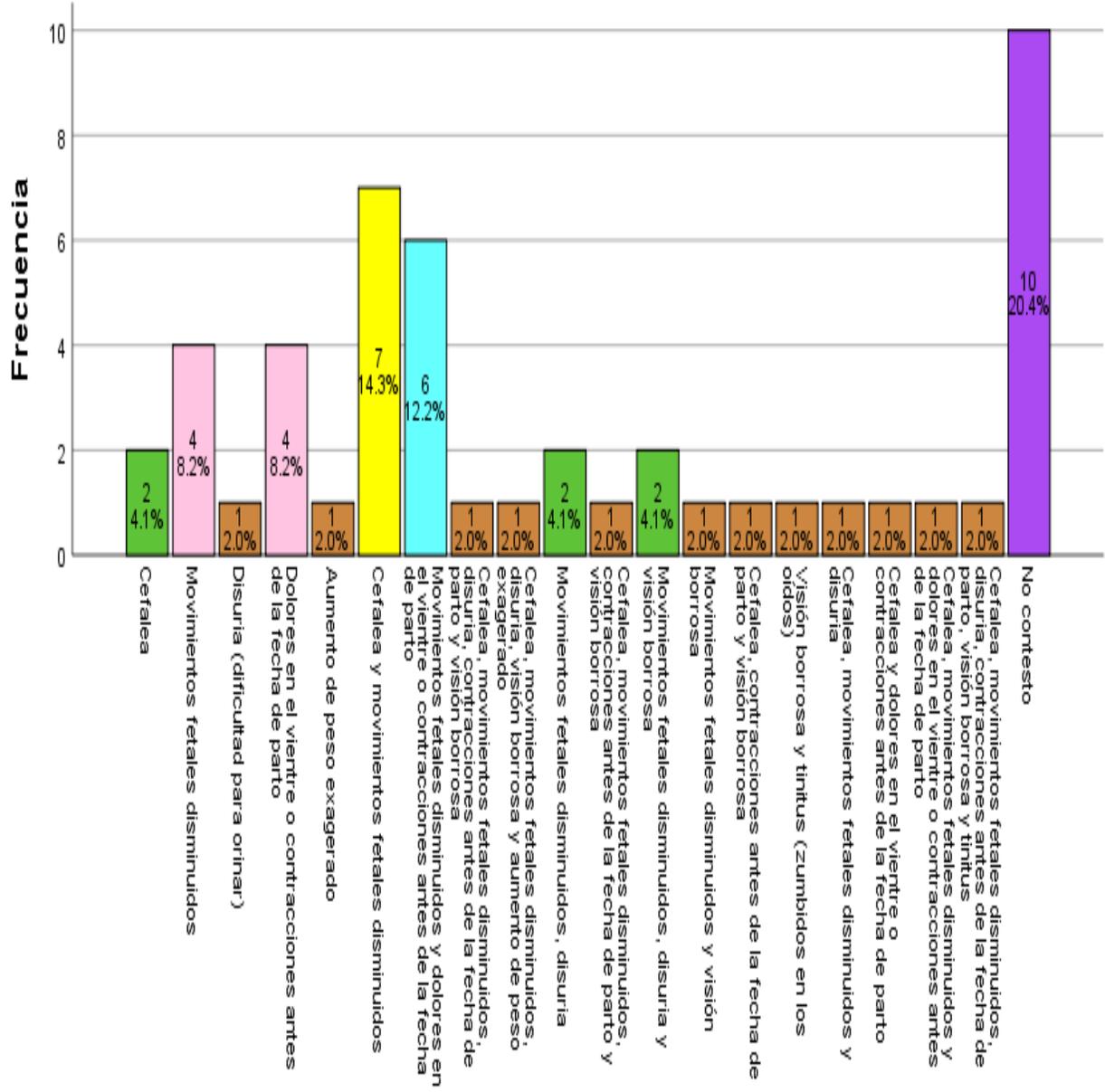


Cuadro No. 4.29 Conoces estos síntomas de alarma en el embarazo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Cefalea	2	4.1	4.1	4.1
Movimientos fetales disminuidos	4	8.2	8.2	12.2
Disuria (dificultad para orinar)	1	2.0	2.0	14.3
Dolores en el vientre o contracciones antes de la fecha de parto	4	8.2	8.2	22.4
Aumento de peso exagerado	1	2.0	2.0	24.5
Cefalea y movimientos fetales disminuidos	7	14.3	14.3	38.8
Movimientos fetales disminuidos y dolores en el vientre o contracciones antes de la fecha de parto	6	12.2	12.2	51.0
Cefalea, movimientos fetales disminuidos, disuria, contracciones antes de la fecha de parto y visión borrosa	1	2.0	2.0	53.1
Cefalea, movimientos fetales disminuidos, disuria, visión borrosa y aumento de peso exagerado	1	2.0	2.0	55.1
Movimientos fetales disminuidos, disuria	2	4.1	4.1	59.2
Cefalea, movimientos fetales disminuidos, contracciones antes de la fecha de parto y visión borrosa	1	2.0	2.0	61.2
Movimientos fetales disminuidos, disuria y visión borrosa	2	4.1	4.1	65.3
Movimientos fetales disminuidos y visión borrosa	1	2.0	2.0	67.3
Cefalea, contracciones antes de la fecha de parto y visión borrosa	1	2.0	2.0	69.4
Visión borrosa y tinitus (zumbidos en los oídos)	1	2.0	2.0	71.4
Cefalea, movimientos fetales disminuidos y disuria	1	2.0	2.0	73.5
Cefalea y dolores en el vientre o contracciones antes de la fecha de parto	1	2.0	2.0	75.5
Cefalea, movimientos fetales disminuidos y dolores en el vientre o contracciones antes de la fecha de parto	1	2.0	2.0	77.6
Cefalea, movimientos fetales disminuidos, disuria, contracciones antes de la fecha de parto, visión borrosa y tinitus	1	2.0	2.0	79.6
No contesto	10	20.4	20.4	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

Conoces estos síntomas de alarma en el embarazo

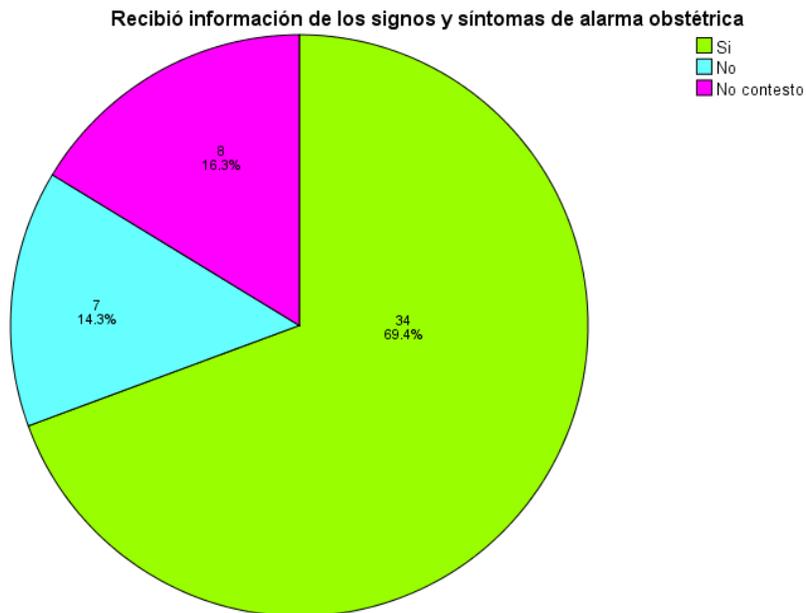


Cuadro No. 4.30 Recibió información de los signos y síntomas de alarma obstétrica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	34	69.4	69.4	69.4
	No	7	14.3	14.3	83.7
	No contesto	8	16.3	16.3	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

El 69.4% de las gestantes manifestaron que si recibió información de los signos y síntomas de alarma obstétrica por parte del personal de salud. El 14% refiere no saber sobre estas complicaciones.

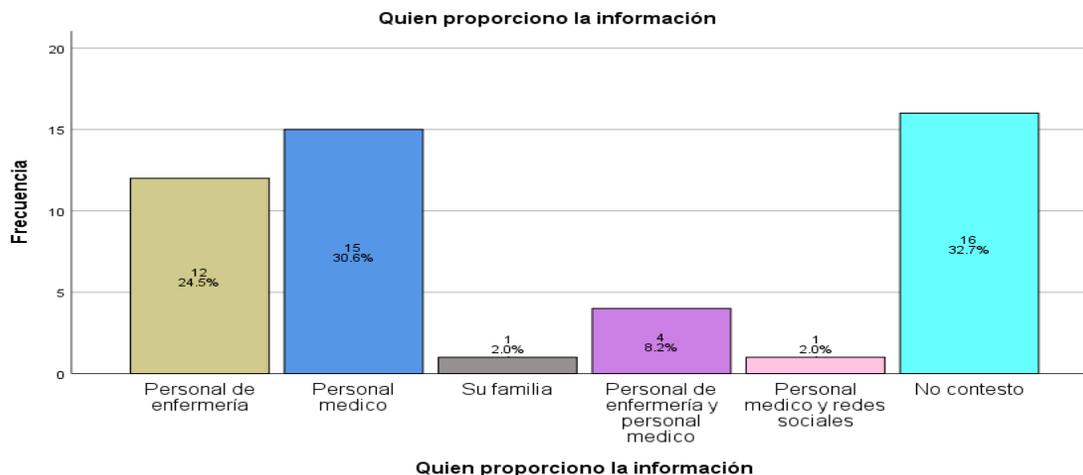


Cuadro No. 4.31 Quien proporcione la información

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Personal de enfermería	12	24.5	24.5	24.5
Personal médico	15	30.6	30.6	55.1
Su familia	1	2.0	2.0	57.1
Personal de enfermería y personal medico	4	8.2	8.2	65.3
Personal médico y redes sociales	1	2.0	2.0	67.3
No contesto	16	32.7	32.7	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

En relación a la información proporcionada de los signos y síntomas de alarma obstétrica, mencionaron que fue el personal de salud quien le dio.



Cuadro No. 4.32 Has tenido alguna enfermedad de trasmisión sexual

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	46	93.9	93.9	93.9
No contesto	3	6.1	6.1	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49



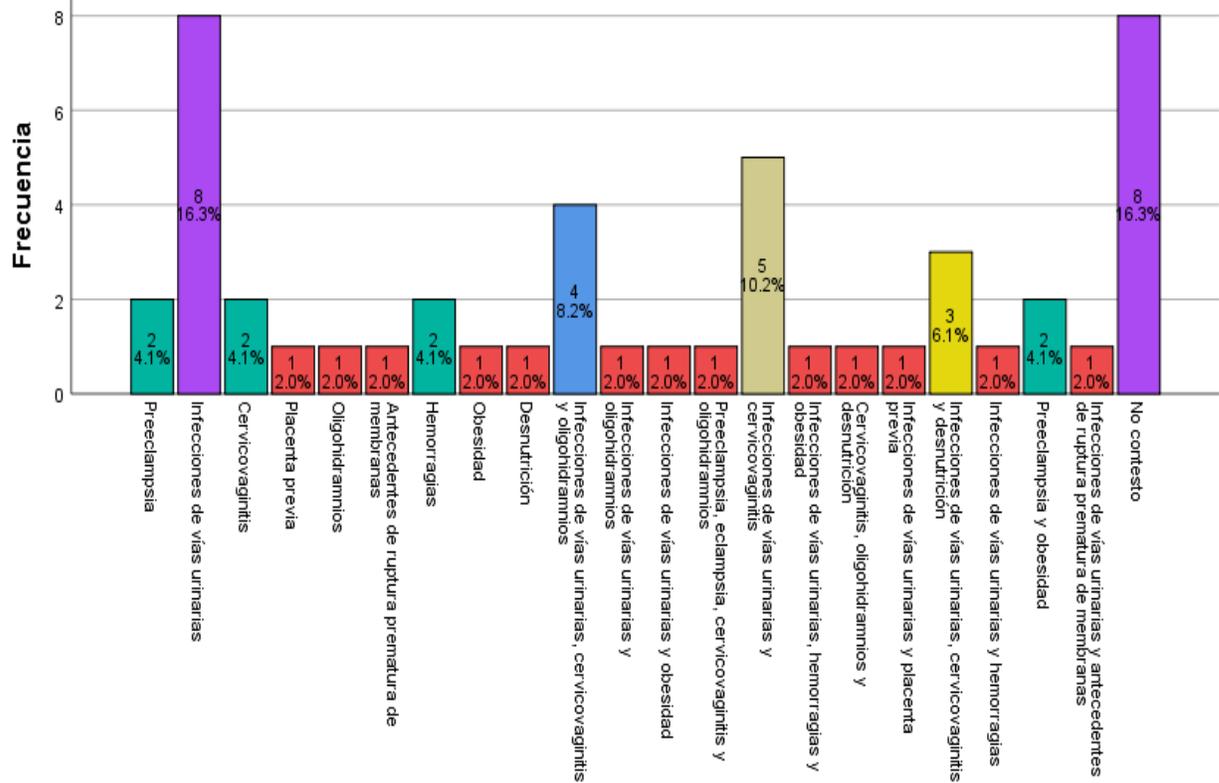
Cuadro No. 4.33 A continuación, subraya las siguientes preguntas en caso de presentarlas o de haberlas presentado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Preeclampsia	2	4.1	4.1	4.1
Infecciones de vías urinarias	8	16.3	16.3	20.4
Cervicovaginitis	2	4.1	4.1	24.5
Placenta previa	1	2.0	2.0	26.5
Oligohidramnios	1	2.0	2.0	28.6
Antecedentes de ruptura prematura de membranas	1	2.0	2.0	30.6
Hemorragias	2	4.1	4.1	34.7
Obesidad	1	2.0	2.0	36.7
Desnutrición	1	2.0	2.0	38.8
Infecciones de vías urinarias, cervicovaginitis y oligohidramnios	4	8.2	8.2	46.9
Infecciones de vías urinarias y oligohidramnios	1	2.0	2.0	49.0
Infecciones de vías urinarias y obesidad	1	2.0	2.0	51.0
Preeclampsia, eclampsia, cervicovaginitis y oligohidramnios	1	2.0	2.0	53.1
Infecciones de vías urinarias y cervicovaginitis	5	10.2	10.2	63.3
Infecciones de vías urinarias, hemorragias y obesidad	1	2.0	2.0	65.3
Cervicovaginitis, oligohidramnios y desnutrición	1	2.0	2.0	67.3
Infecciones de vías urinarias y placenta previa	1	2.0	2.0	69.4
Infecciones de vías urinarias, cervicovaginitis y desnutrición	3	6.1	6.1	75.5
Infecciones de vías urinarias y hemorragias	1	2.0	2.0	77.6
Preeclampsia y obesidad	2	4.1	4.1	81.6
Infecciones de vías urinarias y antecedentes de ruptura prematura de membranas	1	2.0	2.0	83.7
No contesto	8	16.3	16.3	100.0
Total	49	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. N=49

El 83.7% refieren haber presentado complicaciones durante el embarazo, solo el 16.3% menciona que no ha presentado ninguna de estas complicaciones.

A continuación, subraya las siguientes preguntas en caso de presentarlas o de haberlas presentado:



Discusión

De acuerdo a los datos sociodemográficos de las adolescentes gestantes el 40.8% de las adolescentes embarazadas tienen 20 años, el 17.3% de 15 años y el 12,2% de 19 años; su estado civil el 44.9% están en unión libre, el 22.4% son casadas y el 16.3% son solteras o separadas respectivamente; el 51.0% se dedican a las labores del hogar y el 38.8% son estudiante, solo el 10.2% trabaja para solventar sus gastos; el nivel de escolaridad es de secundaria, primaria y con preparatoria, solo el 18.4% refiere tener una preparación universitaria; el 46.9% de las gestantes mencionaron que viven con sus padres, el 36.7% con los suegros y solo el 12.2% con el esposo y el nivel económico de las adolescentes embarazadas fue en un 69.4% bajo y el 20.4% medio.

En relación a los antecedentes: (riesgo preconcepcional) solo el 2% de las gestantes refieren tener alguna comorbilidad como es la obesidad. De los antecedentes gineco-obstétricos el 55.1% menciona tener un embarazo, el 16.3% dos embarazos y 2.0% tres embarazos; las gestantes adolescentes manifestaron que el 10.2% tienen ya un parto, el resto de la muestra estudiada se encuentra con su primer embarazo; el 10.2% que les realizaron cesárea; el 12.2% refiere que tuvieron un aborto y 2% dos abortos; el 2% manifestó que su bebe nació muerto; las complicaciones en embarazos anteriores solo el 4.1% menciono que si presentaron.

En el embarazo actual en relación al control prenatal el 59.2% menciono que no asisten a control de su embarazo y solo el 40.8% si lo lleva acabo; solo el 36.7% ha asistido esporádicamente para la atención de su embarazo y el 63.3% no contesto a la pregunta; Las complicaciones que han presentado las gestantes durante el anteparto e intraparto en un 4.1% respectivamente y el 2.0% en el postparto; En relación como concluyo su embarazo las adolescentes el 18.4% mencionan que tuvieron un parto normal, el 6.1% en aborto, 4.1% en cesárea y el

resto continua con su embarazo; el 26.5% presentaron amenaza de aborto; el tipo de aborto que presentaron fue en un 14.3% aborto tardío y el 10.2% aborto precoz y el 4.1% manifestó haber tenido malformación uterina y el 2% de las adolescentes mencionó que su parto fue múltiple. El 100% presento signos de alarma durante el embarazo que muestran que la salud de la embarazada y el feto están en peligro” que ocasionan la mortalidad materna y el sangrado fue uno de los signos de durante la gestación en 22.4% y el 83.7% refieren haber presentado complicaciones durante el embarazo Infecciones de vías urinarias principalmente, cervicovaginitis, oligohidramnios. Y El 69.4% de las gestantes manifestaron que si recibió información de los signos y síntomas de alarma obstétrica por parte del personal de salud.

V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Conclusiones:

El 100% presento signos de alarma durante el embarazo que muestran que la salud de la embarazada y el feto están en peligro” que ocasionan la mortalidad materna y el sangrado fue uno de los signos más frecuentes y durante la gestación en 22.4% durante el ante parto e intraparto y en el posparto. El 83.7% refieren haber presentado complicaciones durante el embarazo como son Infecciones de vías urinarias principalmente, cervicovaginitis, oligohidramnios. El 69.4% de las gestantes manifestaron que si recibió información de los signos y síntomas de alarma obstétrica por parte del personal de salud. El Control Prenatal es de suma importancia para poder vigilar que durante embarazo no presente ningún problema y poder detectar cualquier alteración que comprometa la salud de la madre e hijo para darle un tratamiento adecuado y evitar la morbimortalidad materna y perinatal.

En conclusión, que los objetivos planteados se cumplieron, ya que se identificó los signos de alarma durante la gestación en las adolescentes que son atendidos en el Hospital General de Huitzuco de los Figueroa, Guerrero.

Sugerencias.

- ✚ Pláticas sobre los signos de alarma durante la gestación a las adolescentes
- ✚ El. Muchas veces no cuentan con los medios económicos necesarios para asistir con regularidad a sus consultas de control prenatal ya que en el hospital atiende a la población marginada, que solo va a la

consulta cuando se siente mal y no para su control prenatal. Por lo que es importante proporcionarle los conocimientos necesarios para que comprendan la importancia que tiene su control para evitar la morbimortalidad materna y perinatal.

- ✚ Dar pláticas sobre la adolescencia abarcando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

- ✚ Dar consejería sexual y reproductiva a las adolescentes para que estén informadas de las complicaciones que pueden presentar durante la gestación para disminuir los índices de mortalidad, Estas muertes son prevenibles si las embarazadas contaran con la información necesaria y con un control prenatal adecuado en el cual se le explica cada uno de los signos y síntomas de alarma que se les debe de explicar a las pacientes cuando van a su control prenatal.

- ✚ Elaborar folletos, trípticos y asesoría por parte de profesionales de enfermería sobre los signos de alarma que pueden presentar las gestantes que ayuden en la promoción de la salud de las mujeres en edad fértil.

VI. BIBLIOGRAFÍA

Angulo VJ, Cortés SL, Torres GLG, Aguayo AG, Hernández HS, Ävalos NJ. Analisis de la mortalidad materna, en tres periodos en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente. Ginecol Obstet Mex, 2007;75(7):384-393

Baud D, Goy G, Jatón K, et al: Role of Chlamydia trachomatis in miscarriage. Emerg Infect Dis 17(9): 1630, 2011

Baxter JK, Weinstein I. HELLP syndrome: The State of the Art. Obstet Gynecol Surv. 2004; 59: 838-45

Botero J., Jubiz A. y Henao G 2015. Barco B, M.C y Cortés: Obstetricia y Ginecología. Texto Integrado, Novena edición. Corporación para Investigación Biológicas CIB, Fondo Editorial Medellín Colombia, Cap. 22, pág. 879.

Cardenas R. Acciones y programas para la reducción de la mortalidad materna ¿Qué necesitamos hacer? Salud Publica Mex 2007;49(1):231-233

Canales HF. Metodología de la Investigación. 1ra Edición, Editorial Limusa; 2011 pág. 327.

Cecchini S, Azocar I. Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en América Latina y el Caribe: una comparación en tres datos nacionales e internacionales. Santiago de Chil , CEPAL (Onu:2007)

Cobo T y Palacio. Rotura prematura de membranas. Balasch J. Actualización en Obstetricia y Ginecología. Tomo I. Editorial Ergon, Barcelona, Madrid. 2015. Pag. 421-428.

Curiel BE, Prieto PM, Muñoz BJ, et al. Análisis de la morbimortalidad materna de las pacientes con preeclampsia grave, eclampsia y síndrome HELLP que ingresan en una unidad de Cuidados Intensivos Gineco – Obstétrica. Med Intensiva. 2011; 35: 478 – 83.

Crispi F. Preeclampsia: control antenatal. Balasch J. Actualización en Obstetricia y Ginecología. Tomo I. Editorial Ergon, Barcelona, Madrid. 2015. Pág. 267-271

De Baños P. Signos de alarma en el embarazo. Informe técnico. El salvados: Región de Salud Metropolitana; 2012.

Dirección General de Salud de las Personas-Ministerio de Salud del Perú. Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015, lima: Ministerio de salud 2009: 56

Espejo BJG, Conocimientos, actitudes y prácticas sobre signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas en la unidad de alto riesgo obstétrico del hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Palma UR, editor, Lima Perú; 2006:31

Freyemuth EG, Villalobos VI, Arguelo H, De la Torre C. Urgencias obstétricas y saber popular en Tenejapa, Chiapas, Perinatol Reprod Hum 2006;20(4):60-68

García RJF, Montañez VMI. Signos y síntomas de alarma obstétrica. Acerca del conocimiento que tienen las mujeres. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012;50 (6):651-657

Disponible <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745498012>

Gómez GJ. Síndrome de náuseas y vómitos del embarazo. Botero J, Jubiz A, Henao G. Obstetricia y Ginecología. Novena edición, Fondo Editorial CIB, Medellín, Colombia, 2015 pp. 135-140

Hernández SR. Metodología de la Investigación, 6ta edición, Editorial MC-Graw-Hill, México, 2014 pág. 600.

Hernández S., Bellart J. Complicaciones graves de la preeclampsia. Balasch CJ. Actualización en Obstetricia y Ginecología, Tomo I, Editorial Ergon, Madrid España. 2015

Hacker N. F. Ginecología y obstetricia. Editorial Manual Moderno, Edición 1, 2011

Londoño M JA, Echevarría R LG. Abruption de placenta y placenta previa. Botero J, Jubiz A, Henao G. Obstetricia y Ginecología. Novena edición, Fondo Editorial CIB, Medellín, Colombia, 2015 pp. 179-184

Montesano DJR, Hernández A, Zapien MA, Olivares DE, Guizar ME, Luna RMA. Mortalidad materna: enlace entre gestión directiva y atención clínica oportuna. Rev Ned Inst Mex Seguro Soc, 2009;47(1):109-116

Organización Mundial de la Salud (OMS). Sitio web de la OMS;2014 disponible: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/es/

Organización Mundial de la salud (OMS). Estadísticas Sanitarias Mundiales, Ginebra; 2013

Organización Mundial de la Salud (OMS); 2016

Romero AJF, Morales BE, García EM, Peralta PML. Guía de práctica clínica. Preeclampsia-eclampsia. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, México vol. 50, núm. 5 septiembre-octubre, 2012. Pp. 567-579

Scott JR, Di Sala PJ, Aammond CHB, Spellacy W. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8va ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000: 323-42

Ticoma RD, Torres BL, Veramendi EL, Zafra TJH. Conocimientos y pláticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima Perú. Revista Peruana de Ginecología y obstetricia, 2014; 60 (2): 132-130

Vilchez G, Saona P, Bahado Singh R, et al: Adverse obstetrical outcomes of brucellosis in pregnancy: a 42 – year experience in Peru. Am J Obstet Gynecol 2014:210-216,

Zuleta T JJ, Gómez D JG. Evaluación del riesgo y conceptos epidemiológicos. Botero J, Jubiz A, Henao G. Obstetricia y Ginecología. Novena edición, Fondo Editorial CIB, Medellín, Colombia, 2015 pp. 75-81

ANEXO "A": CONSENTIMIENTO INFORMADO.



CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA INCORPORADO A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

A quien corresponda.

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en la investigación para identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes que son atendidas en el Hospital General de Huitzuc de los Figueroa. Recibí la explicación de los objetivos del estudio de forma general y la importancia que tiene la presente investigación.

Se me ha notificado que mi participación es voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o darla por terminada en cualquier momento, el cuestionario será de carácter anónimo y solo seré registrado con un número de folio.

Los resultados podrán ser difundidos de manera general, protegiendo la individualidad y anonimato de las personas, por lo que estamos de acuerdo en participar y expresamos nuestro consentimiento firmando esta carta.

Firma del paciente

Nombre y firma del investigador

FECHA: _____

ANEXO “B” INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.



CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

FOLIO

El presente cuestionario tiene la finalidad “Identificar los signos de alarma durante el embarazo en las adolescentes”, que son atendidas en el Hospital General de Huitzuc de los Figueroa, Guerrero. Por esta razón necesitamos su apoyo contestando las siguientes preguntas, así que le pedimos contestar con toda sinceridad, las respuestas que usted proporcione serán de manera confidencial.

I. Datos sociodemográficos.

1. Edad

- a) 10 años
- b) 11 años
- c) 12 años
- d) 13 años
- e) 14 años
- f) 15 años
- g) 16 años
- h) 17 años
- i) 18 años
- j) 19 años
- k) 20 años

2. Estado civil

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Divorciada
- d) Unión libre
- e) Separada
- f) Viuda

3. Ocupación

- a) Estudiante

- b) Ama de casa
- c) Empleada
- d) Otros: _____

4. Escolaridad
- a) Primaria
 - b) Secundaria
 - c) Preparatoria
 - d) Universidad
 - e) Otra: _____

5. Con quien vives.
- a) Padres (mamá y papá)
 - b) Madre
 - c) Padre
 - d) Esposo
 - e) Suegros
 - f) Otros: Con quien: _____

6. Nivel Socioeconómico
- a) Bajo
 - b) Medio
 - c) Alto

Datos analíticos.

II. ANTECEDENTES: (RIESGO PRECONCEPCIONAL)

7. La gestante presenta alguna comorbilidad
- a) Si
 - b) No
 - c) Cuál: (Obesidad, Desnutrición, Alergias, Hematológicos ITS Inmunológicos, Epilepsia, etc.): _____
8. Las pacientes tienen antecedentes de:
- a) Tabaquismo
 - b) Alcoholismo
 - c) Uso de otras drogas

III. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

9. Número de embarazos: _____
10. Número de partos: _____

11. Número de cesáreas: _____
12. Número de abortos: _____
13. Número de embarazos ectópicos: _____
14. Número de embarazos Molar: _____
15. Productos Nacidos Vivos: _____
16. Productos Nacidos Muertos: _____
17. Antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores
- a) Si
 - b) No
 - c) Si la respuesta es afirmativa menciona que tipo de complicación presentó: _____

IV. EMBARAZO ACTUAL

18. Control prenatal
- a) Si
 - b) No
19. Semana de gestación al inicio del control prenatal
- a) Si
 - b) No
20. Número de consultas de control prenatal: _____
21. Has presentado alguna complicación. Mencionar en que Momento de presento la complicación
- a) Anteparto
 - b) Intraparto
 - c) Postparto
 - d) No presente ninguna complicación.
22. Tipo del ultimo parto: _____
23. Menciona como concluyo el embarazo
- a) Aborto/legrado
 - b) Parto

- c) Parto instrumentado (fórceps)
- d) Cesárea
- e) Continúa embarazada

24. Amenaza de aborto

- a) Si
- b) No

25. Tipo de aborto

- a) Aborto precoz (menos de 13 semanas)
- b) Aborto Tardío (mayor a 13 semanas)

26. Presenta (o) malformación uterina

- a) Si
- b) No

27. Tipo de gestación

- a) Única
- b) Múltiple (gemelar y triple)

28. Has tenido Sangrado durante la gestación

- a) Si
- b) No

29. Presentaste o presentas estos signos de alarma durante el embarazo

- a) Fiebre
- b) Edema
- c) Hemorragia vaginal
- d) Amenaza de aborto
- e) Mola hidatiforme
- f) Embarazo ectópico
- g) Desprendimiento prematuro de placenta o placenta previa
- h) Salida de líquido amniótico
- i) Náuseas y vómitos excesivos
- j) Hipertensión
- k) Convulsiones

30. Conoces estos síntomas de alarma en el embarazo

- a) Cefalea
- b) Movimientos fetales disminuidos
- c) Disuria (dificultad para orinar)
- d) Dolores en el vientre o contracciones antes de la fecha de parto

- e) Visión borrosa
 - f) Tinnitus (zumbidos en los oídos)
 - g) Aumento de peso exagerado
31. Recibió información de los signos y síntomas de alarma obstétrica
- a) Si
 - b) No
32. Quien proporciono la información
- a) Personal de enfermería
 - b) Personal medico
 - c) Redes sociales
 - d) Su familiar
 - e) Otro: _____
33. Has tenido alguna enfermedad de trasmisión sexual
- a) Si: cuales _____
 - b) No
34. A continuación, subraya las siguientes preguntas en caso presentarlas o de haberlas presentados:
- a) Diabetes Mellitus
 - b) Hipertensión Arterial
 - c) Cardiopatía
 - d) Preeclampsia
 - e) Eclampsia
 - f) Infecciones de vías urinarias
 - g) Embarazo múltiple
 - h) Cervicovaginitis
 - i) Antecedentes de parto pretérmino
 - j) Placenta previa
 - k) Oligohidramnios
 - l) Embarazo gemelar
 - m) Metrorragias del tercer trimestre
 - n) Defecto Congénitos diagnosticado durante la gestación
 - o) Multiparidad.
 - p) Antecedentes de conización o cerclaje cervical
 - q) Antecedentes de Ruptura Prematura de Membranas
 - r) Hemorragias
 - s) Obesidad
 - t) Desnutrición

Gracias por tu participación

