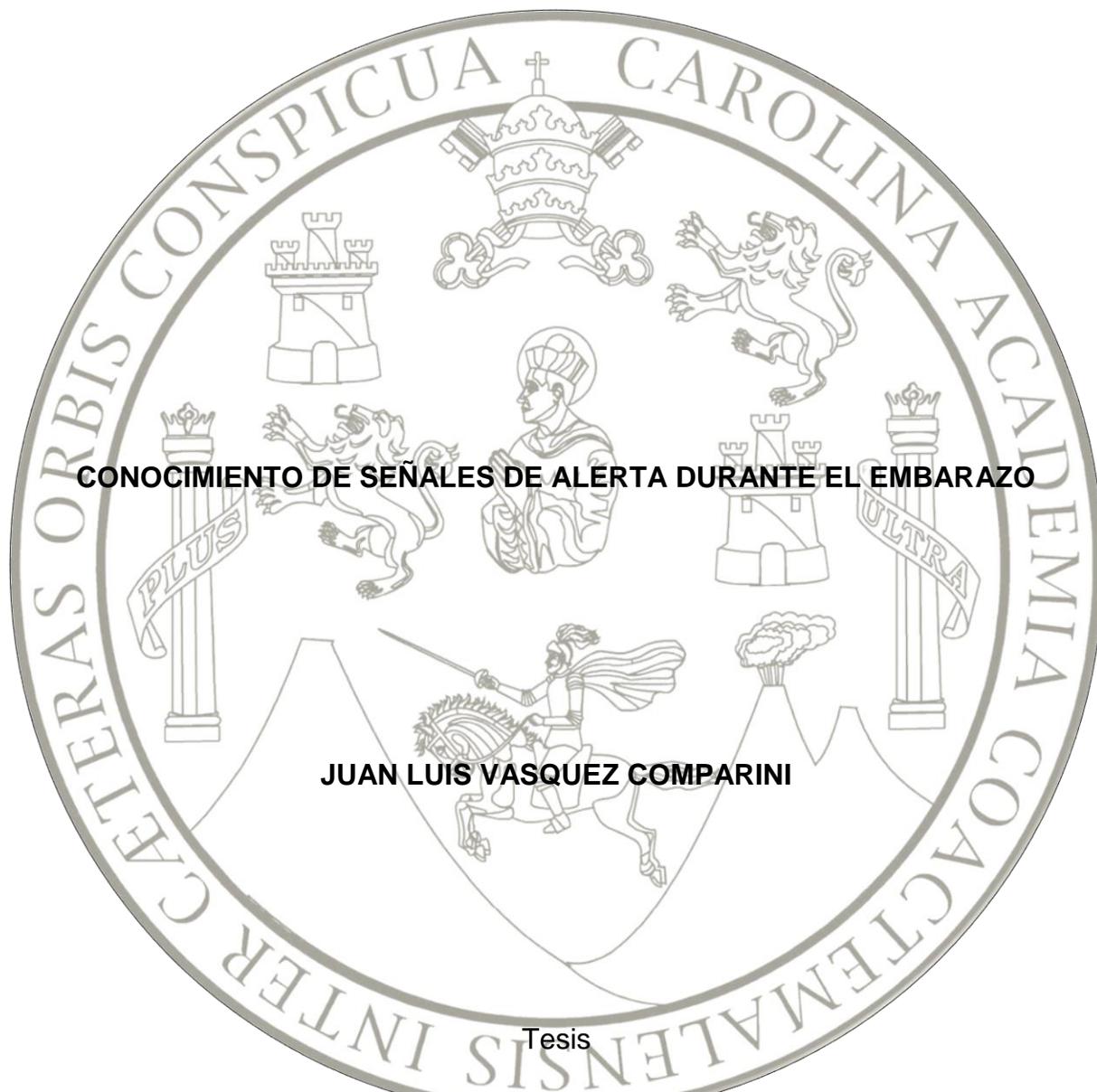


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



CONOCIMIENTO DE SEÑALES DE ALERTA DURANTE EL EMBARAZO

JUAN LUIS VASQUEZ COMPARINI

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Enero 2018



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.334.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): **Juan Luis Vasquez Comparini**

Registro Académico No.: **200410260**

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **CONOCIMIENTO DE SEÑALES DE ALERTA DURANTE EL EMBARAZO**

Que fue asesorado: **Dra. Gloria Veronica Ocampo Antillón MSc.**

Y revisado por: **Dr. Jorge David Alvarado Andrade MSc.**

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la **ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2018**

Guatemala, 15 de noviembre de 2017



Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Ciudad de Guatemala, 29 de Septiembre de 2016

Doctor

Edgar Rodolfo Herrarte Mendez, MSc.

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital de Ginecobstetricia

Presente.

Respetable Dr.:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor **JUAN LUIS VASQUEZ COMPARINI carné 200410260**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula **"CONOCIMIENTO DE SEÑALES DE ALERTA EN EL EMBARAZO"**.

Luego de la asesoría, hago constar que el Dr. **VASQUEZ COMPARINI**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dra. Gloria Ocampo Antillón MSc.
Asesora de Tesis

Dra. Gloria Ocampo
Ginecóloga y Obstetra
Col. No. 10,436

Ciudad de Guatemala, 29 de Septiembre de 2016

Doctor

Edgar Rodolfo Herrarte Mendez, MSc.

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital de Ginecobstetricia

Presente.

Respetable Dr.:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor **JUAN LUIS VASQUEZ COMPARINI carné 200410260**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula **"CONOCIMIENTO DE SEÑALES DE ALERTA EN EL EMBARAZO"**.

Luego de la revisión, hago constar que el Dr. **VASQUEZ COMPARINI**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,


Dr. Jorge David Alvarado
Ginecólogo y Obstetra
Ced. 11,112
Dr. Jorge Alvarado Andrade MSc.
Revisor de Tesis



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Estudios de Post-grado
Unidad de tesis

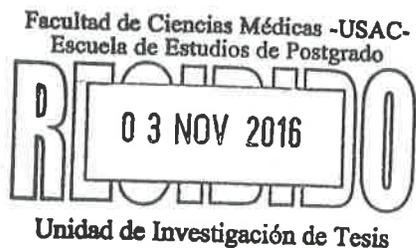


A: Dr. Oscar Fernando Castañeda. MSc.
Coordinador Especifico de los Programas y Maestría
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

De: Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudio de Post-grado

Fecha de recepción del trabajo para revisión: 28 de Octubre de 2016

Fecha de dictamen: 2 de Noviembre 2016



Asunto: Revisión de Informe final de:

JUAN LUIS VASQUEZ COMPARINI

CONOCIMIENTO DE SEÑALES DE ALERTA DURANTE EL EMBARAZO

Sugerencias de la revisión:

- Solicitar examen privado.


Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis de Post-grado



1

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	RESUMEN	i
I	INTRODUCCION	1
II	ANTECEDENTES	5
	2.1.1 Embarazo de alto riesgo	5
	2.1.2 Epidemiología	5
	2.1.3 Riesgo Obstétrico	6
	2.1.4 Vigilancia del Embarazo de Alto Riesgo	7
	2.1.5 Otros aspectos de importancia del control prenatal	9
	2.1.6 Plan educacional	11
	2.1.7 Educación permanente en Salud	12
	2.2.1 Conocimiento de signos de Alarma	13
III	OBJETIVOS	16
	3.1 Objetivo General	16
	3.2 Objetivos Específicos	16
IV	MATERIAL Y MÉTODOS	17
	5.1 Tipo de estudio	17
	5.2 Área de Estudio	17
	5.3 Población	17
	5.4 Muestra	17
	5.5 Criterios de Inclusión y Exclusión	17
	5.6 Operacionalización de Variables	19
	5.7 Técnica, procedimiento e instrumento	22
	5.8 Aspectos Éticos	22
V	RESULTADOS	24
VI	DISCUSIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS	33
6.1	CONCLUSIONES	35
6.2	RECOMENDACIONES	36
VII	BIBLIOGRAFÍA	37
VIII	ANEXOS	41
	8.1 Anexo No. 1: Boleta de recolección de datos	41
	8.2 Anexo No. 2: Consentimiento Informado	43
	8.2 Anexo No. 3: Boleta de conocimiento de señales de alerta	44

INDICE DE TABLAS

TABLA 1	25
TABLA 2	25
TABLA 3	26
TABLA 4	26
TABLA 5	27
TABLA 6	27
TABLA 7	28
TABLA 8	28
TABLA 9	29
TABLA 10	30
TABLA 11	30
TABLA 12	31
TABLA 13	31

RESUMEN

INTRODUCCION: En Guatemala las pacientes embarazadas inician el control prenatal muy tardíamente o en el peor de los casos, nunca llevaron control prenatal. Éste control prenatal es parte fundamental en la gestación, el cual debe tener gran participación tanto de los facultativos de la salud como de la gestante por tal motivo se realiza este estudio para identificar el nivel de conocimientos que tienen estas pacientes en las diferentes clínicas de control prenatal de las señales de alarma.

METODOLOGIA: Estudio analítico con diseño transversal. Toda esta información se obtuvo de una encuesta dirigida (autoaplicada).

RESULTADOS: Se incluyen un total de 71,836 pacientes que en el año 2015 acudieron a consulta externa en sus diferentes clínicas de alto, mediano y bajo riesgo. Un 27% de las pacientes que se incluyeron, estaban comprendidas entre las edades de 21 a 25 años, de éstas, el 81% provenía del área urbana y el 38% había concluido diversificado, el 71% eran multíparas y de todas las pacientes, un 79% acudía a las clínicas de bajo riesgo obstétrico. Estas pacientes acudían en un 63% a menos de 4 consultas de atención prenatal. Del personal que imparte el plan educacional sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo, el 72% pertenecían al grupo de los médicos. De las pacientes que acuden a la clínica prenatal, el 81% indicó que sí tenía conocimiento sobre signos de alarma en el embarazo; el signo más frecuentemente referido por las pacientes fue la hemorragia en un 71%, en el postnatal, el 57% indicó que no tiene ningún conocimiento sobre signos de alarma en el embarazo.

CONCLUSIONES: Las pacientes a pesar de tener cursos con educadoras del hospital necesitan, con estos resultados tener mayor periodicidad en la asistencia a los cursos para fijar la información siendo ésta muy valiosa para proteger el binomio materno fetal.

Palabras clave: Embarazo, complicaciones del embarazo, signos de alarma, conocimientos, prácticas.

I. INTRODUCCIÓN

El control prenatal es la piedra angular para que el embarazo se lleve de la mejor manera, para obtener el mejor desenlace del mismo, y que éste sea el esperado tanto para el médico como para la paciente, es de suma importancia que la madre que tiene alto riesgo obstétrico conozca y este consciente de las complicaciones que se pueden presentar durante su embarazo. ¹

En estudios sobre “Nivel de conocimiento sobre el control prenatal que poseen las embarazadas que asisten a la consulta de alto riesgo obstétrico. Realizado en el Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda. La muestra quedó conformada por 89 pacientes, obteniendo que 50,56% se encuentren en la edad ideal para embarazarse; 39,32% contaban con bachillerato y 64,04% son de procedencia urbana. A su vez, de los antecedentes personales son hipertensión arterial (24,71%), cardiopatías (15,73%) y diabetes mellitus (14,60%); además, como antecedentes obstétricos son 10,11% primera gesta, 3,37% una cesárea y 6,74 un aborto. Mientras, 62,92% manifestaron flujo vaginal, 43,82% infección del tracto urinario y 37,07% infección vaginal. ²

El conocimiento sobre la condición materna fue: 98,87% considera que debe registrarse el peso durante el embarazo, 95,5% que la infección urinaria debe tratarse y 78,65% responde que durante el periodo gestacional se pueden presentar alteraciones en la presión arterial; sin embargo, 15,85% solo sabe cuántos centímetros debe crecer mensualmente la altura uterina. Para la condición fetal, 86,51% percibe los movimientos fetales y medir la altura uterina proporciona información sobre el crecimiento del feto. También, conocen que la hipertensión arterial (98,87%) y la infección urinaria (97,75%) son factores de riesgo obstétrico. Igualmente, 80,89% reconoce los exámenes de laboratorio, 83,14% conoce la periodicidad del control prenatal y 93,25% conoce sobre el toxoide tetánico y reconoce consumir en su dieta diaria carbohidratos (88,76%), proteína (79,77%) y grasas (59,55%).³

Por tanto este estudio muy general acerca del control prenatal nos ilustra y deja en evidencia que es de vital importancia que las pacientes de riesgo conozcan todos estos escenarios que vendrían a estar relacionados en algún momento con la gestación.

En México dentro de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, figuran en las “Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica” Las principales causas de mortalidad materna en el mundo, en 1997, fueron hemorragia grave (25%), infección

puerperal (15%), aborto (13%) y preeclampsia- eclampsia (12%). México comparte la estadística mundial; para el mismo año las primeras causas de mortalidad materna fueron preeclampsia-eclampsia (32.8%), hemorragia del embarazo y parto (19.7%), aborto (8.5%) y complicaciones del puerperio (8.4%).⁴

Debido a lo parecido en cuanto a epidemiología del pueblo mexicano este estudio toma gran importancia porque dentro de los antecedentes ya se pone en evidencia la importancia de las mejoras que deben de tomarse en cuenta en cuanto a la atención obstétrica. Es un problema de suma importancia a abordar por las grandes implicaciones a forma de mejora que tendría en el campo de salud en Ginecología y Obstetricia, disminución de morbi-mortalidad materna.

Otro estudio que pone en evidencia la importancia de esto es el realizado en un área de Quito, Perú: "Mejoramiento del Manejo del Riesgo Obstétrico y Perinatal mediante la implementación de Capacitación en Servicio y de Instrumentos que fortalezcan el seguimiento de las pacientes, en la Unidad de Salud de La Tola- Las Peñas, Área de Salud Limones, provincia de Esmeraldas, 2011" La afirmación de que a nivel mundial anualmente mueren medio millón de mujeres por complicaciones del embarazo y parto, así como cuatro millones de recién nacido durante su primer mes de vida, ha sido repetido con tanta frecuencia que ya no provoca conmoción. La mortalidad materna-perinatal representa un problema de Salud Pública, por lo que es prioritario, no sólo un aumento en la cobertura del control prenatal, sino un mejoramiento de la calidad de la atención brindada a esta población.⁵

Todo esto con el afán de desarrollar un marco preventivo en esa región de Quito y tiene una relación con este estudio porque se busca diagnosticar la falta de conocimientos como estamos en relación a este tema y con los resultados poder desarrollar medidas de prevención y con ello optimizar las herramientas con las que ya se cuenta dentro de las clínicas de control prenatal del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

El embarazo de riesgo contribuye de manera determinante en la mortalidad perinatal. La identificación de señales de alerta puede ser una alternativa válida para disminuir la morbilidad y con ello la mortalidad. Las gestantes de riesgo constituyen de 20 a 30 % del total de embarazadas, y son responsables de 70 a 80 % de la mortalidad perinatal.⁶

En cuanto a embarazos de alto riesgo si observamos cualquiera de los informes de Latinoamérica, todos coinciden en que las primeras son hemorragia, infecciones y causas relacionadas con la atención del parto. Muchos factores involucrados en estos informes como por ejemplo las enfermedades, los abortos provocados, la falta de control prenatal oportuno con un manejo de los factores involucrados en la incidencia de complicaciones obstétricas que aumentan la mortalidad perinatal.

Dentro de las principales patologías tenemos la hipertensión gestacional, la cual ocupa el primer lugar en el mundo desarrollado, junto al tromboembolismo y las causas metabólicas. En América latina ocupa el tercer lugar, ya que es superado por las hemorragias e infecciones.⁶

Es de suma importancia identificar el conocimiento obstétrico que tiene en general la paciente que acude a control prenatal acerca de las complicaciones obstétricas, esto con la intención de hacer conciencia y establecer un conocimiento al menos general de lo que puede suceder en el curso de su embarazo ya que una paciente sin conocimiento es un paciente que no da la importancia necesaria a su gestación por tanto las señales de alerta toman un lugar importante en la prevención de complicaciones dentro de la gestación.

Para obtener éxito en el manejo y en este proceso de concientización deben también tener en cuenta las medidas que ya se tienen en uso para la detección y el manejo de este tipo de paciente y hacer un buen uso de estas como por ejemplo: el uso del carnet obstétrico que es una herramienta básica que en muchas ocasiones no es bien completado por lo que también para trabajar hacia adelante se debe de retomar todo lo que ya se tiene como punto de partida y poder avanzar firmemente hacia el objetivo que es identificar el conocimiento de la paciente obstétrica sobre las principales complicaciones durante el parto y post parto que pudiesen ocurrir, disminuyendo la incidencia de problemas legales ante cualquier complicación que se presentase en cualquiera de estos dos escenarios.⁷

La paciente mediante su nivel de conocimientos de complicaciones es la que tiene la responsabilidad de identificar los riesgos y consultar a tiempo para prevenir desenlaces aparatosos dentro del curso de la gestación. Por tanto, es de suma importancia conocer el nivel de conocimientos que tiene la paciente obstétrica dentro de la institución ya que de esta manera se buscaría mejorar la consejería antes de la gestación o durante la misma.

Si se trabaja en una cultura de educación y de trabajo en equipo médico-paciente las complicaciones que pueden ocurrir por procedimientos de urgencia en pacientes que no llevaron control prenatal o pacientes que no sabían que la situación clínica que presentaban era de riesgo podría hacer que el medico tome decisiones en el momento adecuado. ⁸

La importancia de la consejería preconcepcional individualizada es vital porque no todas las pacientes son alfabetas por tanto el utilizar medios de consejería como trifoliales o incluso medios audiovisuales hace que esta porción de la población se pierda y entre a tener otro factor de riesgo intrínseco, por tal motivo toma implicaciones muy importantes, en cuanto a prevención, la realización de este estudio y poder cumplir con uno de los objetivos más importantes del mismo que es implementar la educación permanente por medio de medidas mencionadas previamente.

Este es un estudio muy pertinente ya que no se cuenta con un estudio que aborde este aspecto de los pacientes dentro de la institución. ⁹

II. ANTECEDENTES

2.1.1 Embarazo de Alto Riesgo

Existen diversos cambios fisiológicos durante la gestación normal, los cuales hacen que la paciente pueda verse afectada o susceptible a morbilidad. Actualmente si se lleva un adecuado control prenatal o se logran identificar éstas en una edad temprana de embarazo, pueden ser previsibles mediante atención de alta calidad, que permita su control y de los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal. ¹⁰

El control prenatal, tanto normal como de alto riesgo, posee ciertos objetivos que buscan la atención integral de la gestante y la disminución de morbimortalidad materna y perinatal, entre estos se encuentran:

- Fácil acceso de las gestantes a los servicios de salud para su atención y seguimiento, tanto de emergencia como de rutina.
- Promover el inicio del control prenatal previo a las 8 semanas e incentivarles a continuar en el seguimiento con sus citas hasta el momento del parto.
- Identificación temprana de los factores de riesgo y enfermedades.
- Brindar una atención integral a la mujer embarazada de acuerdo a su situación en salud.
- Proporcionar un adecuado plan educacional tanto a la futura madre como a su familia, sobre los cuidados prenatales, así como la lactancia materna y la planificación familiar.

2.1.2 Epidemiología

Según datos de la OMS, cada año quedan embarazadas cerca de 210 millones de mujeres, unas 30 millones sufren complicaciones y 515 mil de éstas mueren, 3 millones de RN son mortinatos, unos 4 millones mueren en el primer año de vida y millones sufren alguna discapacidad, aun siendo muchas de sus causas inevitables. ¹¹

Alrededor de un 15 % del total de mujeres embarazadas pueden manifestar complicaciones en cierto nivel mortales que requieren atención calificada e intervención obstétrica importante para su sobrevivencia, sin embargo, se señala que el 95 % de estas muertes maternas son evitables y con un adecuado control prenatal, identificación de los riesgos y atención oportuna del parto es posible reducir la cifra a 10 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. ¹¹

2.1.3 Riesgo Obstétrico

Se entienden como factores externos o intrínsecos a la mujer, que puedan causar alguna complicación durante el embarazo, el parto o el puerperio. Al valorar el riesgo, se puede planear la vigilancia prenatal particular en cada caso, educación en salud y detección de complicaciones. ¹¹

Se debe realizar una calificación en base a ciertos puntos, y si la mujer embarazada coincide con alguno de ellos, se considera como un factor de riesgo del embarazo.

Los principales factores obstétricos para clasificar un embarazo de alto riesgo son:

- Antecedentes obstétricos
 - ✓ Muerte fetal o neonatal previa
 - ✓ Antecedente de tres o más abortos espontáneos consecutivos.
 - ✓ PAN menor a 2500g del último RN
 - ✓ PAN mayor a 4500g del último RN
 - ✓ Hipertensión, preeclampsia o eclampsia en el último embarazo
 - ✓ Cirugías previas en el tracto reproductivo.
 - ✓ Multiparidad
 - ✓ Prematurez

- En el embarazo actual
 - ✓ Embarazo múltiple
 - ✓ Gestante juvenil o gestante mayor a 35 años
 - ✓ Isoinmunización Rh (-) en el embarazo actual o anteriores
 - ✓ Hemorragia vaginal
 - ✓ Masa pélvica
 - ✓ Presión arterial diastólica de 90 mmHg o más registrada en los controles prenatales.
 - ✓ Período intergenésico corto (menor a dos años)

- Historia clínica general
 - ✓ Diabetes mellitus
 - ✓ Nefropatías
 - ✓ Cardiopatías
 - ✓ Hipertensión arterial
 - ✓ Consumo de drogas incluido el alcohol

2.1.4 Vigilancia del Embarazo de Alto Riesgo

Se inicia al confirmar un riesgo obstétrico en el control prenatal. Se debe establecer la frecuencia de la consulta como en un embarazo normal y modificarlo de acuerdo con las complicaciones y los factores de riesgo en cada caso en particular, así como referir a la embarazada a alguna especialidad si existiera algún caso que amerite dicha atención.¹²

Para realizar una adecuada vigilancia del embarazo de alto riesgo, es imperativo tener en cuenta ciertos signos y síntomas importantes, así como diversas pruebas, tales como:

- *El peso*, pues el incremento anormal del mismo nos puede guiar hacia algún signo importante, como el edema notorio o edema oculto, traducido por aumento de peso mayor a 500g por semana o más de 2000g por mes de embarazo, debido a que estos signos nos pueden alertar sobre una preeclampsia. Asimismo, un peso materno previo a la gestación con índice de masa corporal alterado, nos deben alertar hacia un riesgo mayor de diabetes gestacional e hipertensión inducida en el embarazo, y en el bajo peso hacia una restricción del crecimiento intrauterino.¹³
- *La presión arterial*, pues si existiera incremento de ésta (diastólica mayor de 90 mmHg) se considera hipertensión arterial en el embarazo, siendo éste un signo clave de diagnóstico de preeclampsia o hipertensión gestacional.
- *Cefaleas y estado de conciencia*, ya que, si la cefalea se acompaña de visión borrosa o epigastralgia, así como hipertensión arterial y edema, puede ser evidencia de preeclampsia. Las alteraciones en el estado de conciencia como somnolencia o convulsiones, nos orientan a alteraciones del sistema nervioso central, siendo la causa más frecuente, la eclampsia.¹³

- *Evaluación de la altura uterina*, pues es una manera indirecta de valorar el crecimiento fetal, a pesar de su baja sensibilidad, si existiera valores anormales en ésta de acuerdo a la edad gestacional, se puede descartar patologías como mola hidatidiforme, macrosomía, embarazo múltiple o polihidramnios si estuviera aumentada, o crecimiento intrauterino retardado y oligohidramnios si ésta fuera menor de lo esperado.
- *Actividad uterina*, para determinar si nos encontramos ante un trabajo de parto principalmente si existen cambios cervicales, para lo que se debe tener en cuenta diversos factores tales como:
 - ✓ Edad gestacional (menor a 37 semanas catalogándolo como un trabajo de parto prematuro)
 - ✓ Estática fetal para determinar vía de resolución
 - ✓ Estado del útero (cicatrices por cirugías previas, dilatación cervical)
 - ✓ Estado de las membranas ovulares, pues si existe ruptura se puede condicionar hacia una corioamnionitis, principalmente si nos encontramos ante un embarazo pre término.¹⁴
- *Hemorragia vaginal*, siendo sus causas diferentes dependiendo de la edad gestacional en la que esté el embarazo, pues si se encuentra en primer trimestre, puede ser debida a amenaza de aborto o una falla temprana, y si fuese una hemorragia tardía nos podríamos hallar ante un desprendimiento placentario, placenta previa sangrante entre otras; en cualquier caso, las hemorragias en cualquier edad gestacional son urgencia que requiere siempre de atención especializada, laboratorios y pruebas de gabinete para evaluar y tomar conductas adecuadas.
- *Estado fetal*, pues éste determina también un embarazo de alto riesgo si se compromete la vida del mismo, lo que se deberá evaluar con los parámetros considerados clínicamente normales, tales como la frecuencia cardiaca fetal, en la que no deben existir variaciones fuera del rango; los movimientos fetales, pues si disminuyen o desaparecen pueden ser signo de riesgo de muerte fetal. Es importante determinar también la situación y presentación fetales mediante las maniobras de Leopold, o una desproporción cefalopélvica para evaluar la vía de resolución.

- *Valoración odontológica*, ya que se ha relacionado la enfermedad periodontal con resultados perinatales adversos como hipertensión arterial y trabajo de parto prematuro, por lo que se recomienda examen odontológico tanto en embarazo de alto riesgo como en control de embarazo normal. ¹⁵

2.1.5 Exámenes de laboratorio y pruebas de gabinete

Durante un control prenatal normal, existen pruebas fundamentales que se deberán realizar para tomar un estado general de la embarazada, y si existiera alguna alteración, patología de base o historia de patologías, se deberá realizar exámenes complementarios necesarios de acuerdo a la situación de cada paciente.

- *Hemoglobina-hematocrito*, pues es necesario garantizar una concentración de hemoglobina mayor a 11 mg/dl para asegurar un adecuado aporte de oxígeno al feto, así como para mejor tolerancia de la madre a la hemorragia al momento del parto. Esta prueba debe realizarse al principio del control prenatal y cerca de la semana 28, para iniciar tratamiento si en dado caso existiese anemia. ¹⁶
- *Hemoclasificación*, para identificar a los gestantes Rh negativas, ya que se les deberá pedir la prueba de Coombs indirecto, si el resultado de éste es negativo, se podrá administrar 300 mg de inmunoglobulina anti-D, y si el resultado fuera positivo, se deberá manejar a la gestante como paciente isoinmunizada.
- *Detección de sífilis*, debido a que en nuestro medio aún sigue siendo un problema de salud pública, es importante solicitar a todas las gestantes una prueba no treponémica tipo VDRL, y si el resultado fuese positivo, dar seguimiento por infectología para descartar la enfermedad. ¹⁷
- *Detección de la infección por el VIH*, debido a que un adecuado tratamiento desde el inicio del embarazo reduce el riesgo de infección vertical al feto, de un 15 a 42 % hasta un 1 a 2 %.⁹

- *Detección de la infección por Hepatitis B*, ya que, si se realiza isoinmunización temprana del recién nacido, disminuye la probabilidad de transmisión vertical de la infección al feto.
- *Detección de la diabetes gestacional*, si se encuentra valores anormales en el primer examen de glicemia realizado de rutina, se deberá realizar la prueba de tamizaje de elección llamada Test de O'Sullivan, para poder descartar o confirmar la enfermedad. Dicha prueba también es solicitada a pacientes de riesgo como obesas (IMC mayor a 32 kg/m²), antecedentes de peso al nacer de recién nacidos anteriores de más de 4500 gramos, diabetes gestacional previa o historia familiar de diabetes mellitus en familiares de primer grado.¹⁸
- *Detección de la bacteriuria asintomática*, ya que su detección y tratamiento disminuye el riesgo de pielonefritis y bajo peso al nacer.
- *Ecografía obstétrica*, en embarazos de bajo riesgo se puede realizar hacia las 20 a 24 semanas como rutina, sin embargo, si se realiza en el primer trimestre, puede confirmarse la edad gestacional, número de fetos o alguna alteración en el embarazo. Si se realizase en el segundo trimestre es posible descartar anomalías fetales y confirmar la ubicación de la placenta, y si se realiza en el tercer trimestre nos puede brindar el diagnóstico de placenta previa y confirmar la posición y situación fetal, así como evaluar el diagnóstico de macrosomía o de restricción del crecimiento intrauterino.¹⁹
- *Citología cervical*, principalmente si la paciente no se la ha realizado en un periodo mayor de un año.

2.1.6 Otros Aspectos de Importancia del Control Prenatal

- *Micronutrientes*, tales como el ácido fólico, que disminuye el riesgo de malformaciones del tubo neural en el feto. Es importante iniciar la ingesta de éste durante los primeros

tres meses previos a la concepción hasta las 12 semanas de embarazo. La dosis para una paciente con antecedente de defectos del tubo neural o en tratamiento con anticonvulsivantes, antifúngicos o antimetabolitos, debe ser de 4 mg/día, y en mujeres sin antecedentes se recomienda una dosis de 0.4 mg/día.²⁰

- *Inmunizaciones*, tales como tétanos y difteria, influenza, hepatitis B, rabia (como profilaxis en embarazadas expuestas) y la fiebre amarilla (recomendada a gestantes no inmunizadas que viajen a zonas de riesgo vacunarse después de la semana 26, sin embargo, está contraindicada en el primer trimestre).
- *Prevención de la malaria y uncinariasis*, debido a que existe potencial efecto adverso de ambas, en zonas de alta incidencia es recomendable realizar tratamiento profiláctico de ambas parasitosis. En zonas endémicas de malaria está recomendado el tratamiento con dosis única de tres tabletas de Sulfadoxina 1.5g + Pirimetamina 75mg durante el segundo y tercer trimestre. El tratamiento profiláctico para la uncinariasis en zonas endémicas, se deberá realizar con Pamoato de Pirantel, 10mg/kg/día a dosis máxima de 1g/día durante tres días, en el segundo y tercer trimestre.¹⁰

2.1.7 Plan Educacional

Es de vital importancia realizar un adecuado plan educacional tanto a la gestante como a su pareja y su familia, principalmente sobre el control prenatal y su frecuencia, sitios y horarios de las consultas de control y emergencias, signos de alarma a tener en cuenta en el embarazo y por los que deberá acudir al servicio de Urgencias, tales como hipertensión arterial, cefalea, visión borrosa, epigastralgia, edema, hemorragia, hidrorrea, actividad uterina regular, fiebre, disuria, poliuria y disminución de movimientos fetales; así como promover hábitos saludables en relación a alimentación y nutrición, actividades físicas, sexualidad, sustancias psicoactivas, tabaquismo, alcoholismo y exposición a tóxicos.²¹

Asimismo, durante el tercer trimestre se deberá hacer énfasis en ciertos tópicos, tales como preparación para el parto, la lactancia y técnicas de amamantamiento, cuidados del recién nacido y control de crecimiento y desarrollo, planificación familiar, métodos y el momento ideal del inicio en el postparto.

2.1.8 Valoración del Riesgo Materno-Fetal

El facultativo deberá estar alerta ante cualquier situación de riesgo que pueda enfrentar durante el control prenatal, tanto en control prenatal normal, como en el control prenatal de alto riesgo ya sea por enfermedades asociadas o propias del embarazo para su adecuado control, con el objetivo de garantizar mejores condiciones de salud para la madre y el feto. ²²

Si se sigue adecuadamente con los pasos básicos de control prenatal, es suficiente para prestar un adecuado seguimiento al embarazo, sin embargo, cuando las gestantes presentan factores de riesgo con morbilidades asociadas, es importante que como Obstetras se les brinde un control prenatal de calidad con el fin de evitar cualquier complicación materna o perinatal, y valorar cada caso en específico para su manejo individualizado.

2.1.9 Educación Permanente en Salud (EPS)

Para la OPS, la Educación Permanente en Salud (EPS) es una estrategia que permite la construcción de procesos más eficaces para el "desarrollo del personal de salud", que parten de la realidad concreta y son más participativos.²³

El enfoque de Educación Permanente representa un importante giro en la concepción y en las prácticas de capacitación de los trabajadores de los servicios. Supone invertir la lógica del proceso mediante las siguientes acciones:

- a) Incorporando el enseñar y el aprender a la vida cotidiana de las organizaciones y a las prácticas sociales y de trabajo en el contexto real en el que ocurren.
- b) Modificando sustancialmente las estrategias educativas, a partir de la práctica como fuente de conocimiento y de problemas; problematizando el propio quehacer.
- c) Colocando a los sujetos como actores reflexivos de la práctica y constructores de conocimiento y de alternativas de acción, en lugar de receptores.
- d) Abordando el equipo o el grupo como estructura de interacción, más allá de las fragmentaciones disciplinarias.
- e) Ampliando los espacios educativos fuera del aula y dentro de las organizaciones, en la comunidad, en clubes y asociaciones, en acciones comunitarias.

Se trate de servicios hospitalarios, de primer nivel, simples o complejos; todos comparten un elemento central para garantizar una atención obstétrica y neonatal de calidad: la educación permanente con su modalidad de capacitación en servicio, que asegura la capacidad técnica

y humana de los profesionales es para el reconocimiento oportuno y tratamiento inicial o completo de los riesgos y/o complicaciones de embarazadas y neonatos. ²⁴

Las modalidades, en las que se puede desarrollar la capacitación en servicio, son:

- Supervisión Capacitante: Es un proceso formativo en el cual se construyen habilidades y destrezas y se forman actitudes para un desempeño integral comprometido con los sectores en los cuales actúa el trabajador.

Esto debe permitir que exista una transferencia de experiencias, asignación de tareas, identificación de los problemas y la propuesta y elección compartida de soluciones.

- Talleres adaptados al contexto local: Se realiza al momento de iniciar y un taller de este tipo siempre debe de partir de las necesidades que tenga un grupo detectadas en este lugar de trabajo.

2.2.1 Conocimiento de signos de alarma

Entre los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (ODM), el quinto ODM, se relaciona a la salud materna ²³ y para el caso del Perú se debe alcanzar para al año 2015 la razón de muerte materna de 66 defunciones por cada cien mil nacidos vivos, es decir, reducir la mortalidad materna en 75%. El Instituto Nacional de Estadística e Informática estimó en el 2011 que la mortalidad materna se redujo en 49,7% entre los periodos de 1994 -2000 y 2004-2010, al pasar de 185 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos. ²⁵

Dentro del Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal (2009 – 2015) se plantean 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. ⁽²⁵⁾ El segundo punto mencionado involucra la identificación de los signos de alarma, así como el parto institucional y el manejo activo del alumbramiento. ²⁵

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. ²⁵

Los signos y síntomas de alarma por los que una gestante, en caso de presentarlos, debe acudir inmediatamente a un hospital o centro de salud más cercano son los siguientes: fuerte dolor de cabeza o zumbido en el oído, visión borrosa con puntos de lucecitas, náuseas y vómitos frecuentes, disminución o ausencia de movimientos del feto, palidez marcada, hinchazón de pies, manos o cara, pérdida de líquido o sangre por la vagina o genitales o aumentar más de dos kilos por semana, entre otros, como fiebre²⁶ y las contracciones uterinas de 3 a 5 minutos de duración antes de las 37 semanas.

La hemorragia obstétrica es la principal causa de muerte materna en el Perú ²⁷ , siendo un 79,2% de estas muertes durante el parto y en el posparto. Los signos y síntomas asociados a la enfermedad hipertensiva del embarazo como la cefalea, presentada hasta por tres cuartas partes de mujeres, antecede a las convulsiones eclámpicas, siendo no necesariamente opresiva y holocraneal; por otro lado, las alteraciones visuales como los escotomas se deben a hiper-perfusión cerebral a los lóbulos occipitales. ²⁸

La pérdida vaginal del líquido amniótico es otro signo de alarma muy importante, debido a que es indicativo de rotura prematura de membranas (RPM) ²⁹. Entre sus complicaciones encontramos la sepsis ovular, sepsis puerperal, prematuridad, sepsis del neonato, corioamnionitis y la morbilidad neonatal elevada por la inmadurez. La disminución o la ausencia de los movimientos fetales pueden indicar sufrimiento fetal agudo o insuficiencia placentaria. Por lo tanto, las gestantes deben ser cuidadosamente monitorizadas, ya que hay un riesgo inminente de muerte fetal.

Son relevantes las 4 demoras o retrasos en la atención de salud que se producen en la atención prenatal cuando existe un signo de alarma, las cuales son: falta de reconocimiento del problema (desconocimiento de información sobre complicaciones del embarazo y señales de peligro), falta de oportunidad de decisión y acción (demora en las decisiones para procurar atención y por barreras para acceder a ella), falta de acceso a la atención y logística de referencia (demora en selección de institución de salud que ofrezca la atención necesaria y de llegar a la misma) y falla en la calidad de atención (demora para recibir un tratamiento adecuado y apropiado). ³⁰

Siendo el nivel de conocimiento y las prácticas sobre los signos de alarma un punto clave dentro de las estrategias para la reducción de la mortalidad materna,

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- 3.1.1 Identificar el nivel de conocimiento de señales de alerta durante el embarazo en pacientes que acuden a control prenatal en el Hospital de Ginecobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 3.2.1 Caracterizar demográficamente a la población en control prenatal.
- 3.2.2 Establecer cuáles son los signos de alerta que la paciente obstétrica identifica con mayor frecuencia a nivel general.
- 3.2.3 Establecer cual es el nivel de conocimiento de señales de alerta en las clínicas de alto, mediano y bajo riesgo.
- 3.2.4 Proponer los temas o tópicos que debería priorizarse, en base al conocimiento de la paciente en las clínicas de la consulta externa.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio analítico transversal.

5.2 ÁREA DE ESTUDIO

Hospital de Ginecobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

5.3 POBLACIÓN

Pacientes que acuden a control prenatal en clínica de alto riesgo, mediano riesgo y bajo riesgo del Hospital de Ginecobstetricia en el periodo de Enero a Diciembre 2015.

5.4 MUESTRA

Fórmula de cálculo de la muestra

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} (1-P) deff}{r^2 P TR}$$

n= tamaño de la muestra

P= proporción a estimar (p=0.05)

Z²= cuantil de una distribución normal relacionado con un nivel de confianza deseado (1.96)

R= error relativo máximo aceptable (r=0.3)

deff= efecto del diseño, que es la pérdida o ganancia en la eficiencia de diseño, por tratarse de uno complejo (def f=3)

TR= tasa de respuesta (TR=70%)

El muestreo estratificado se basó en los siguientes datos:

N: bajo riesgo 79.63%: 57,210

N: mediano riesgo 12.04%: 8,651

N: alto riesgo 8.31%: 5,975

Muestra quedo de la siguiente manera

n: bajo riesgo 79.63% = 305

n: mediano riesgo 12.04% =47

n: alto riesgo 8.31% = 31

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

- **Criterios de inclusión:**

- Pacientes que acuden a control prenatal a clínica de alto riesgo, mediano riesgo y bajo riesgo del Hospital de Ginecología y Obstetricia en el periodo de Enero a Diciembre 2015.

- **Criterios de exclusión**

- Pacientes con discapacidad auditiva, visual, sordomudez. Pacientes con enfermedades psiquiátricas. Pacientes que no llevan la totalidad de control prenatal en consulta externa de Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y pacientes que lleven control prenatal con Médicos particulares.

5.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	FUENTE	Objetivo	Bullet
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.	Se mide en años hasta el último año que el paciente haya cumplido.	Cuantitativa	Continua	Instrumento de recolección de datos	General	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Años ✓ No se ✓ No quiero contestar ✓ No dato
Residencia	Establecimiento casa o donde residen y conviven un grupo de personas o a nivel individual.	Se mide en por el área donde reside la paciente, en área rural y área urbana.	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos	Específico número 1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rural ✓ Urbana ✓ No se ✓ No quiero contestar ✓ No dato
Paridad			Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos	Específico número 1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestas ✓ Partos ✓ Abortos ✓ Cesáreas No se ✓ No quiero contestar ✓ No dato
Escolaridad	Nivel académico alcanzado en la asistencia a un centro de estudios.	Se mide según nivel alcanzado dentro del centro de estudios.	Cuantitativa	Discreta	Instrumento de recolección de datos.	Específico número 1	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preprimaria ✓ Primaria ✓ Básico ✓ Diversificado ✓ Universitario No se

							<ul style="list-style-type: none"> ✓ No quiero contestar ✓ No dato
Señales de alerta en el embarazo	Son los signos y síntomas que ocurren durante la gestación y posterior a esta que pueden indicar alguna anormalidad en el curso de la misma.	Se mide en cuanto compromete el estado de bienestar de la paciente.	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos	General.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cefalea ✓ Epigastralgia ✓ Mareos ✓ Hidrorrea ✓ Hemorragia ✓ Contracciones ✓ Otros ✓ No se ✓ No quiero contestar ✓ No dato ✓ Disminucion de movimientos
Señales de alerta en el post parto.	Son los signos y síntomas que ocurren durante el puerperio y que pueden indicar alguna anormalidad en el curso del mismo.	Se mide en cuanto compromete el estado de bienestar de la paciente.	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos.	Específico 3	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemorragia ✓ Fiebre ✓ Infección de herida operatoria. ✓ Otros ✓ No se ✓ No quiero contestar ✓ No dato
Clínica de control prenatal	Es la clínica donde la paciente acude a control prenatal según riesgo obstétrico.	Se clasifica en torno a las patologías que presente la paciente.	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos	Específico 2	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bajo riesgo ✓ Mediano riesgo ✓ Alto riesgo

Facilitador de educación en salud	Es la persona encargada de brindar información a la gestante en este caso sobre signos de alerta en el embarazo y puerperio.	Persona que brinda información indicado por la paciente.	cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de datos	Específico 4	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Médico ✓ Enfermera ✓ Vecino ✓ Familiar ✓ Educadora ✓ No se ✓ No quiero contestar ✓ No dato
Nivel de conocimiento de señales de alerta	Conocimiento de señales de alerta en el parto y postparto, según la siguiente escala: Bajo: 0-3 señales Medio: 4-5 señales Alto: más de 6	Se mide en alto, medio y bajo.	Cualitativa	Ordinal	Instrumento de recolección de datos.	General	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Número de señales de alerta.

5.7 TÉCNICA, PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTO UTILIZADO EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

- **Técnica:** Se solicitó autorización para realizar investigación en la institución, para poder pasar el instrumento de recolección de datos en las diferentes clínicas de alto, bajo y mediano riesgo para obtener los datos necesarios para cubrir los objetivos de la investigación.
- **Procedimiento:** Se proceden a coleccionar datos desde diciembre del 2015 debido a que se valida el instrumento en los últimos meses del año, sin embargo, no representa un problema para implicaciones del estudio debido a que las pacientes que tengan parto antes de Julio del 2016, están incluidas en el estudio debido a que llevaban control prenatal en la consulta externa del hospital en el año 2015.
- **Instrumento de recolección de datos:** La boleta que se utilizó para recolección de datos se encuentra en Anexo 2, que es de donde se obtiene toda la información.
- **Procesamiento y análisis de los datos:** Se ingresarán a la base de datos en donde se tendrá una panorámica de todas las variables y sus resultados. Se describirán en la discusión de resultados por variable cada uno de los resultados y estos se relacionarán con el nivel de conocimiento de señales de alerta. Se ilustrará por medio de tablas como se distribuyen los datos para poder identificar de una mejor manera los resultados obtenidos se utilizara epi info 7.2.0.1 para realizar la relación entre las variables de conocimiento de clínicas de alto, mediano y bajo riesgo con el conocimiento de señales de alerta en el embarazo y puerperio.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

En este estudio el valor, tiene una importancia, social, científica y clínica, plantea mejoras en cuanto a la salud y bienestar de la población a la prevención de complicaciones en torno a la paciente obstétrica. Al ser parte del estudio las pacientes podrán empoderarse de su embarazo y difundirán la información por el beneficio que se obtendrá del mismo.

Se busca la validez científica mediante la adecuada estructuración de la investigación descrita en su marco metodológico, así como teórico para evitar exponer a las pacientes dentro del estudio a un proceso de investigación infructuoso.

La selección equitativa de los sujetos con criterios de inclusión y exclusión toma en cuenta el respeto para el paciente dentro del estudio y que desea un bienestar para los pacientes dentro y fuera de la muestra que se verían beneficiados del mismo.

En cuanto a la proporción favorable del riesgo-beneficio en esta investigación se toma en cuenta que los riesgos potenciales a los sujetos individuales se minimicen y que los beneficios potenciales a los sujetos individuales y a la sociedad se maximicen. Los beneficios resultado del estudio harán referencia a los principios de no-maleficencia y beneficencia.

Se realizara un consentimiento informado consentimiento informado por la necesidad de que se tomen decisiones autónomas por parte de las pacientes y por respeto a las mismas; con la finalidad de asegurar que los individuos participan en la investigación voluntariamente con el conocimiento necesario y suficiente para decidir con responsabilidad sobre si mismo²⁴ proporcionando así información sobre la finalidad, los riesgos, los beneficios – y en la investigación –una debida comprensión del paciente de esta información y de su condición de salud.

Se respetará cualquier cambio de opinión retirándose sin ningún tipo de sanción. La información se manejará confidencialmente.

V. RESULTADOS

Tabla No. 1

Datos epidemiológicos de las pacientes incluidas en el estudio conocimiento de señales de alerta durante el embarazo del HGO-IGSS*, durante el periodo de enero a diciembre 2015, Guatemala 2016

<i>Característica</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Edad (años)		
< 15	0	0
15 – 20	39	10.18
21 – 25	135	35.24
26 – 30	96	25.07
31 – 35	184	48.04
36-40	25	6.53
>40	0	0
Total	383	100

HGO-IGSS*: Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; Instrumento de recolección de datos.

Media= 27.01; Mediana= 26; Moda=23; DE= 5.35

Tabla No. 2

Lugar de residencia de las pacientes incluidas en el estudio conocimiento de señales de alerta durante el embarazo del HGO-IGSS*, durante el periodo de enero a diciembre 2015, Guatemala 2016

<i>Residencia</i>	<i>No. De casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Urbana	313	81.72
Rural	70	18.27
Total	383	100

HGO-IGSS*: Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; Instrumento de recolección de datos

Tabla No. 3

Nivel de escolaridad las pacientes incluidas en el estudio conocimiento de señales de alerta durante el embarazo del HGO-IGSS*, durante el periodo de enero a diciembre 2015, Guatemala 2016

<i>Escolaridad</i>	<i>No. De casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Primaria	81	27.14
Básicos	119	31.07
Diversificado	149	38.90
Universitario	34	8.87
No sabe	0	0
No dato	0	0
No quiero contestar	0	0
Total	383	100

HGO-IGSS*: Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Tabla No.4

Paridad de las pacientes incluidas en el estudio conocimiento de señales de alerta durante el embarazo del HGO-IGSS*, durante el periodo de enero a diciembre 2015, Guatemala 2016

Paridad	No. De casos	Porcentaje
Primigestas	109	28.45
Múltiparas	274	71.54
Total	383	100

HGO-IGSS*: Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; Instrumento de recolección de datos. Media=2.21; Mediana=2; Moda=2; DE=1.08

Tabla No.5

Clínica de riesgo prenatal a la cual acuden las pacientes incluidas en el estudio conocimiento de señales de alerta durante el embarazo del HGO-IGSS*, durante el periodo de enero a diciembre 2015, Guatemala 2016

Clínica	No. De Casos	Porcentaje
Alto Riesgo	31	8.09
Mediano Riesgo	47	12.27
Bajo Riesgo	305	79.63
Total	383	100

HGO-IGSS*: Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; Instrumento de recolección de datos.

Tabla No.6

Número de consultas de las pacientes incluidas en el estudio conocimiento de señales de alerta durante el embarazo del HGO-IGSS*, durante el periodo de enero a diciembre 2015, Guatemala 2016

No. De consultas	No. De Casos	Porcentaje
<4 consultas	244	63.70
>5 consultas	139	36.29
	383	100

HGO-IGSS*: Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; Instrumento de recolección de datos. Mediana=4; Media=4; Moda=2; DE= 2.04

Tabla No.7

Tipo de facilitador de la información a pacientes incluidas en el estudio conocimiento de señales de alerta durante el embarazo del HGO-IGSS*, durante el periodo de enero a diciembre 2015, Guatemala 2016

Personal	No. De casos	Porcentaje
Médico	277	72.32
Educador	34	8.87
Enfermera	30	7.83
Vecino	1	0.26
Familiar	4	1.04
No dato	9	2.34
No se	28	7.31
Total	383	100

HGO-IGSS*: Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; Instrumento de recolección de datos.

Tabla No. 8

Distribución de los signos de alerta en las pacientes en cuanto al conocimiento de señales de alerta pre parto y post parto en el estudio conocimiento de señales de alerta durante el embarazo del HGO-IGSS*, durante el periodo de enero a diciembre 2015, Guatemala 2016

SEÑALES DE ALARMA PRENATAL		
SIGNOS DE ALARMA	No. De casos	Porcentaje
Hemorragia	225	71
Hidrorrea	30	9.55
Contracciones	13	4.45
Cefalea	30	7.83
Epigastralgia	10	3.14
Disminución de Movimientos	10	3.14
Mareos	25	6.52
Otros	15	4.47
No se	25	6.52
TOTAL	383	100

HGO-IGSS*: Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; Instrumento de recolección de datos.

Tabla No. 9

Distribución de los signos de alerta en las pacientes en cuanto al conocimiento de señales de alerta pre parto y post parto en el estudio conocimiento de señales de alerta durante el embarazo del HGO-IGSS*, durante el periodo de enero a diciembre 2015, Guatemala 2016

SEÑALES DE ALARMA POSTNATAL		
SIGNOS DE ALARMA	No. De casos	Porcentaje
Hemorragia	169	44.12
Fiebre	105	27.41
Infección de herida operatoria	54	14.09
otros	15	3.91
No se	40	10.44
TOTAL	383	100

HGO-IGSS*: Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; Instrumento de recolección de datos.

Tabla No. 10

Nivel de conocimiento de señales de alerta en clínica de alto riesgo, en el estudio conocimiento de señales de alerta durante el embarazo del HGO-IGSS*, durante el periodo de enero a diciembre 2015, Guatemala 2016

<i>Clínica Alto Riesgo</i>		
<i>Nivel de conocimiento</i>	<i>No. De casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Bajo	17	54.83
Medio	10	32.25
Alto	4	12.90
TOTAL	31	100

HGO-IGSS*: Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; Instrumento de recolección de datos.

Tabla No. 11

Nivel de conocimiento de señales de alerta en clínica de mediano riesgo, en el estudio conocimiento de señales de alerta durante el embarazo del HGO-IGSS*, durante el periodo de enero a diciembre 2015, Guatemala 2016

<i>Clínica Mediano Riesgo</i>		
<i>Nivel de conocimiento</i>	<i>No. De casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Bajo	27	57.44
Medio	18	38.29
Alto	2	4.25
TOTAL	47	100

HGO-IGSS*: Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; Instrumento de recolección de datos.

Tabla No. 12

Nivel de conocimiento de señales de alerta en clínica de bajo riesgo, en el estudio conocimiento de señales de alerta durante el embarazo del HGO-IGSS*, durante el periodo de enero a diciembre 2015, Guatemala 2016

<i>Clínica Bajo Riesgo</i>		
<i>Nivel de conocimiento</i>	<i>No. De casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Bajo	216	70.81
Medio	73	23.93
Alto	16	5.25
TOTAL	305	100

HGO-IGSS*: Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; Instrumento de recolección de datos.

Tabla No. 13

Conocimiento de señales de alerta en el embarazo según clínica alto, mediano y bajo riesgo de control prenatal, en el estudio conocimiento de señales de alerta durante el embarazo del HGO-IGSS*, durante el periodo de enero a diciembre 2015, Guatemala 2016

Clínica de control prenatal	OR	IC	X²	P
Alto Riesgo	3.34	0.77-14.37	2.95	0.08
Mediano Riesgo	2.43	0.84-7.02	2.85	0.09
Bajo Riesgo	0.46	0.21-1.02	3.77	0.05

HGO-IGSS*: Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; Instrumento de recolección de datos; Epi info 7.2.0.1

Tabla No. 14

Conocimiento de señales de alerta en el puerperio según clínica alto, mediano y bajo riesgo de control prenatal, en el estudio conocimiento de señales de alerta durante el embarazo del HGO-IGSS*, durante el periodo de enero a diciembre 2015, Guatemala 2016

Clínica de control prenatal	OR	IC	X²	P
Alto Riesgo	0.74	0.34-1.57	0.61	0.43
Mediano Riesgo	1.91	1.03-3.56	4.32	0.037
Bajo Riesgo	0.74	0.45-1.22	1.35	0.24

HGO-IGSS*: Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; Instrumento de recolección de datos; Epi info 7.2.0.1

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

En el Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se encontró que un 27% de las pacientes que se incluyeron, estaban comprendidas entre las edades de 21 a 25 años, de éstas, el 81% provenía del área urbana y el 38% había concluido diversificado, el 71% eran multíparas y de todas las pacientes, un 79% acudía a las clínicas de bajo riesgo obstétrico. Estas pacientes acudían en un 63% a menos de 4 consultas de atención prenatal. Del personal que imparte el plan educacional sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo, el 72% pertenecían al grupo de los médicos.

De las pacientes que acuden a la clínica prenatal, el 81% indicó que sí tenía conocimiento sobre signos de alarma en el embarazo; el signo más frecuentemente referido por las pacientes fue la hemorragia en un 71%, en el postnatal, el 57% indicó que no tiene ningún conocimiento sobre signos de alarma en el embarazo. En cuanto al conocimiento pre y post natal, las pacientes pre parto si tienen el conocimiento de varios signos de alarma en el embarazo y de las pacientes post parto el 57.9% no sabe o no tiene el conocimiento de los signos y síntomas de alerta en el embarazo.

Por lo que ante ésta problemática, es indispensable educar primero al médico quien como ya vimos es el principal actor ante esta problemática. Así como también el médico es quien debe de educar a las pacientes en cada contacto que se tenga con la misma, se debería de reforzar el plan así como las características de cada signo y síntoma de alerta en el embarazo.

Poniendo en evidencia que las pacientes no tienen conocimiento de señales en su post parto debería de tomarse en cuenta los resultados de este estudio ya que pueden darse complicaciones que pongan en peligro la vida de la paciente aun ya resuelto el embarazo.

Se pudo observar en cuanto a conocimiento de señales de alerta en el embarazo que las pacientes de las diferentes clínicas de riesgo no tienen asociación entre variables ya que respecto a cada OR se puede establecer con los intervalos de confianza que al incluir el valor del “no efecto” el OR podría tomar descartando entonces relación entre el conocimiento de señales de alerta en el embarazo y la clínica de riesgo respectiva.

En cuanto a clínica de mediano riesgo podemos establecer que si una paciente pertenece a esta clínica podría tener un 1.91 veces mayores posibilidades de tener conocimiento de señales de alerta en el puerperio siendo este dato estadísticamente significativo por tener una $p=0.037$ y el intervalo de confianza excluye el valor de “no efecto” por lo que si se podría establecer una relación entre la clínica de mediano riesgo y el conocimiento de estas pacientes sobre signos de alerta en el puerperio. En cuanto a las otras dos clínicas de riesgo, como los intervalos de confianza incluyen el valor de “no efecto”, se establece que la relación podría no ser significativa por tanto se muestra independencia entre estas dos clínicas y el conocimiento de sus pacientes de señales de alerta en el puerperio, siendo este dato estadísticamente significativo por tener un valor de $p < 0.05$ ambas.

Por lo anterior se considera que este estudio sirve de precedente para nuevas investigaciones ya que no se cuentan con datos actualizados del Seguro Social y ser punto de partida para cualquier grupo o entidad que desee aportar más a las pacientes embarazadas y crear una técnica para reforzar rápida y objetivamente los conocimientos que las pacientes deben tener sobre su embarazo.

6.1 CONCLUSIONES

- 7.1.1 El nivel de conocimiento de señales de alerta durante el embarazo en pacientes que acuden a control prenatal en el Hospital de Ginec Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se determinó que era bajo.
- 7.1.2 La paridad no está relacionada con el nivel de conocimiento por lo que se debe generalizar el plan educacional para estas pacientes.
- 7.1.3 Pacientes en control prenatal en HGO, 63% acuden a menos de 4 consultas de atención prenatal por lo que es muy importante el plan educacional desde la primera cita.
- 7.1.4 El nivel de conocimiento de señales de alerta en clínica de alto, bajo y mediano riesgo, individualmente, es bajo.
- 7.1.5 Se debe reforzar el plan educacional a las pacientes que acuden a las clínicas prenatales, tanto de bajo, mediano, como de alto riesgo; ya que a pesar que el 81% indica que tiene algún conocimiento, este no es suficiente para prevenir las complicaciones inherentes a esta población.

6.2 RECOMENDACIONES

- 7.1.1 Identificar el nivel de conocimiento de señales de alerta durante el embarazo en pacientes que acuden a control prenatal en el Hospital de Ginec Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- 7.1.2 Hacer énfasis en el plan educacional de las pacientes que acuden a menos de 4 citas (63%).
- 7.1.3 Proponer a autoridades de HGO dar plan educacional sobre los signos de alerta: epigastralgia, disminución de movimientos, contracciones ya que son los menos referidos por las pacientes.
- 7.1.4 Proponer a las autoridades de HGO la boleta de conocimientos de señales de alerta en el embarazo para caracterizar a la paciente que acude a control prenatal desde la primera cita.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Zambrano Rojas, Gladys; Nivel de conocimiento sobre el control prenatal que poseen las embarazadas que asisten a la consulta de alto riesgo obstétrico. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda; UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL "LISANDRO ALVARADO" DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD; 2013
2. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LA NOVENA REGIÓN; Revista chilena de obstetricia y ginecología *versión On-line* ISSN 0717-7526 Rev. chil. obstet. ginecol. v.72 n.2 Santiago 2007 disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262007000200002>
3. Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica; Ginecol Obstet Méx 2004; 72(6): 295-331
4. Mejoramiento del Manejo del Riesgo Obstétrico y Perinatal mediante la implementación de Capacitación en Servicio y de Instrumentos que fortalezcan el seguimiento de las pacientes, en la Unidad de Salud de La Tola- Las Peñas, Área de Salud Limones, provincia de Esmeraldas, 2011; QUITO / PUCE / 2012; disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5571>
5. INTERVENCION PARA PREVENIR LA MUERTE EN MUJERES CON ALTO RIESGO DE MUERTE MATERNA *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 1995, XIV, Nº 2
6. Davini MC, Nervi L & Roschke MA. (2002). Capacitación del Personal de los Servicios de Salud. Serie observatorio de Recursos Humanos No 3. Quito: OPS/OMS.
7. Manual para la puesta en Práctica del nuevo modelo de control prenatal. Ensayo clínico aleatorizado de Control Prenatal de la OMS. Ginebra, 2001.

8. UNICEF: Situación de la infancia. Buen comienzo en la vida. 2005. Disponible en: www.unicef.org.com
9. República de Colombia. Ministerio de Protección Social. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Resolución No. 00412 de febrero 25 de 2000.
10. Zulfiqar A. et al. Community-Based Interventions for Improving Perinatal and Neonatal Health Outcomes in Developing Countries: A review of the Evidence. *Pediatrics*. February 2005.
11. Rigol, O. (2004). *Obstetricia y Ginecología*. La Habana: Ciencias Médicas.
12. Haddad J, M Claren & Davini M. (1994). *Educación Permanente de Personal de Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. No 100*. Washington: OPS/OMS.
13. MSP y Bienestar Social Paraguay/OPS/UNFPA. (2007). *Modelo Nacional de Educación Permanente en Salud*. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay.
14. Alan H. DeCherney, Lauren Nathan. *Diagnóstico y tratamiento ginecobstétricos*. 8a. Ed. El Manual Moderno, 2003; p. 211, 289.
15. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Atención prenatal en medicina familiar. Guía diagnóstico-terapéutica*. *Rev. Med IMSS* 1998; 36(1):45-60.
16. Dirección General de Estadística e informática. Dirección de Planeación y Desarrollo Informático. SSA 1998.
17. Jasso-Gutiérrez L. *Relevancia de la salud perinatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social*. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1997;54(1):54-58.
18. Trejo Ramírez CA. *Mortalidad materna. Evolución de su estudio en México en los últimos 25 años* *Ginecol Obstet Méx* 1997; 65(8).317 325.
19. Schwarcz R, et al. *Atención Prenatal y del Parto de bajo Riesgo*. CLAP No. 123. 1991:43-47.

20. Mardones S. F, Rosso p. Desarrollo de una curva patrón de incrementos ponderales para la embarazada. Rev Med Chile 1997; 125: 1437-1448.
21. Schwarcz R, et al. Atención Prenatal y del Parto de bajo Riesgo. CLAP No. 1234: 74-77, 1991.
22. Srinivas SK, Sammel MD, Stamilio DM, et al. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: is there an association? Am J Obstet Gynecol 2009;200:497.e1-497.e8.
23. Cecchini S, Azócar I. Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en América Latina y el Caribe: una comparación entre datos nacionales e internacionales. Santiago de Chile; CEPAL/ ONU; 2007.
24. Dirección General de Epidemiología - Ministerio de Salud del Perú. Boletín Epidemiológico - semana epidemiológica N° 26. Situación de la muerte materna en el Perú, en base a los datos de la vigilancia epidemiológica. Boleta Epidemiológica (Lima). 2012;21(26).
25. 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 pp.
26. Escuela de Medicina - Pontificia Universidad Católica de Chile. Control prenatal.
27. Ministerio de Salud del Perú. Salud Materna [Internet]. [acceso 19 noviembre 2013]
28. Guevara E. Hemorragias de la primera mitad del embarazo. Rev peru ginecol obstet. 2010;56:10-7.
29. Pérez-Aliaga C. Hemorragias en la segunda mitad del embarazo. Rev per ginecol obstet. 2010;56:18-22.
30. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Obstetricia de Williams. Vigésimo tercera edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México, 2011.

31. MINSA. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Módulo II. 2004:13-7.
32. Ganfong A, Nieves A, Simonó N, González J, Ferreiro L, Díaz M. Influencia de la rotura prematura de membranas en algunos resultados perinatales. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto"; Rev Cubana Obstet Ginecol. 2007;33(2).
33. Mazza MM, Vallejo CM, González M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. Rev Obstet Ginecol Venez. 2012;72(4):233-48.
34. signos de alarma en el embarazo, colombiana en salud; folio informativo. Disponible en: http://www.colombianadesalud.org.co/PROMOCION_PREVENCION/FORMATOS%20PYP/signos%20alarma%20embarazo.pdf
35. Manual de atención, embarazo parto y puerperio seguros, recién nacido sano; 2001 Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, Hornero No. 213, 7° piso, Col. Chapultepec Morales, Delegación Miguel Hidalgo, C. ~ 11750 México, D. F:

VII. ANEXOS

7.1 ANEXO No.1: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE CONOCIMIENTO DE SEÑALES DE ALERTA DURANTE EL EMBARAZO:

Encuesta Conocimiento de señales de alerta durante el embarazo

1. Edad: _____ No se _____ No quiero contestar _____ No dato _____
2. Lugar de residencia: Capital _____ Interior de la República _____
3. ¿Qué grado de escolaridad posee?
Primaria _____ Diversificado _____ No dato _____
Básicos _____ Universitario _____
No se _____ No quiero contestar _____
4. ¿Qué número de embarazo es el actual?
G____ P____ A____ C____
5. ¿En qué clínica lleva control prenatal?
Alto _____ Mediano _____ Bajo riesgo _____
6. Número de citas a las que ha acudido: _____
7. ¿Posee alguna patología que pueda afectar su embarazo actual?
Si _____ No _____ No se _____ No quiero contestar _____ No dato _____
8. De ser afirmativa la respuesta anterior ¿Qué patología presenta?
Diabetes _____ Hipertensión _____
Hipotiroidismo _____ Otros _____
No se _____ No quiero Contestar _____ No dato _____
9. ¿Conoce usted las señales de alerta durante el embarazo?
Si _____ No _____ No se _____ No quiero contestar _____ No dato _____
10. Si la respuesta anterior es afirmativa. Mencione 3 señales de alerta durante el embarazo:
1. _____
2. _____
3. _____

11. ¿Conoce las señales de alerta en su post parto?

Si ____ No ____ No se ____ No quiero contestar ____ No dato ____

12. Si la respuesta anterior es afirmativa. Mencione por lo menos 3 señales de alerta que conozca en post parto:

1. _____

2. _____

3. _____

13. ¿Presento complicaciones en embarazos previos?

Si ____ No ____ No se ____ No quiero contestar ____ No dato ____

14. Si la respuesta anterior es afirmativa ¿Qué complicación presento en embarazos previos?

Diabetes _____ Hipertensión _____

Hipotiroidismo _____ Otros _____

No se ____ No dato ____ No quiero contestar _____

15. ¿Quién le brindo información sobre las señales de alerta en control prenatal?

Medico ____ Enfermera ____ Vecino ____ Familiar ____ Educadora ____

No se ____ No dato ____ No quiero contestar _____

16. ¿Estaría de acuerdo en recibir asesoría durante su embarazo sobre las señales de alerta que pueden presentarse?

Si ____ No ____ No se ____ No quiero contestar ____ No dato ____

7.2 ANEXO No. 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOSPITAL DE GINECOBSTETRICIA

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONOCIMIENTO DE SEÑALES DE ALERTA EN PACIENTES OBSTETRICAS

Yo, _____, de ____ años de edad con DPI
No_____

MANIFIESTO:

Que he sido informada por el médico encuestador sobre los beneficios de realizar esta encuesta ya que aportare con el desarrollo de las clínicas de control prenatal dentro de la institución, lo que traerá una mejora hacia los derechohabientes. Comprendo y estoy satisfecho con la información recibida contestándome a todas las preguntas que he considerado conveniente que me fueran aclaradas. Se me explico que participar en este estudio no tiene repercusiones dentro de mi control prenatal y que no hay inconveniente de no aceptar participar en el mismo.

En consecuencia, doy mi consentimiento, para la realización de esta encuesta para que se lleve a cabo el estudio en cuestión.

Por ello, Autorizo a Dr. Juan Luis Vásquez a realizar esta encuesta.

Firmo conforme y deliberadamente a los ____ días del mes de _____.

Firma

7.3 ANEXO No. 3 BOLETA DE CONOCIMIENTO DE SEÑALES DE ALERTA.

Boleta de Plan Educacional _____ No. Afiliación _____
Clínica de Alto Riesgo ____ Mediano Riesgo ____ Bajo Riesgo ____
No. De Control Prenatal _____
Paridad G ____ P ____ A ____ C ____

Conocimiento de Señales de alerta en el embarazo

Hemorragia _____
Contracciones _____
Salida de líquido _____
Cefalea _____
Hipertensión _____
Disminución de movimientos _____
Infección de Herida operatoria _____
Fiebre _____
Otras _____

Resultado: _____

Nivel: Bajo ____ Medio ____ Alto ____

Escala de medición:

0-3 Bajo nivel de conocimiento
4-5 Medio nivel de conocimiento
>6 Alto nivel de conocimiento

Firma de Paciente

PERMISO DEL AUTOR

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **CONOCIMIENTO DE SEÑALES DE ALERTA DURANTE EL EMBARAZO** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.