

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

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LA
POBLACION DE QUETZALTENANGO, SOBRE
SEÑALES DE PELIGRO EN EMBARAZO**

JIMENA ALEJANDRA CHAVARRÍA CULEBRO

**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
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

Mayo 2018



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.095.2018

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Jimena Alejandra Chavarria Culebro

Registro Académico No.: 200530030


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 **CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LA POBLACIÓN DE QUETZALTENANGO SOBRE SEÑALES DE PELIGRO EN EMBARAZO**


Que fue asesorado: Dr. Jesen Avishaí Hernández Sí MSc.

Y revisado por: Dr. Julio César Fuentes Mérida MSc.

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

Guatemala, 24 de abril de 2018


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

Quetzaltenango, 15 de enero de 2018

**Doctor
Julio Cesar Fuentes Mérida
Coordinador Específico
Escuela Estudios de Postgrado
Hospital Regional de Occidente
Presente**

Respetable Dr. Fuentes:

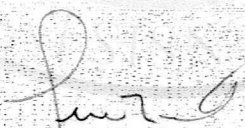
Por este medio le informo que he asesorado por segunda vez a fondo el informe final de Graduación que presenta el Doctora **JIMENA ALEJANDRA CHAVARRÍA CULEBRO** Carne 200530030 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula: **"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LA POBLACIÓN DE QUETZALTENANGO, SOBRE SEÑALES DE PELIGRO EN EMBARAZO"**

Luego de la segunda asesoría, hago constar que el Dra. Chavarría Culebro, ha incluido sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo esta listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la facultad de Ciencias Médicas

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted, atentamente

EN BUSCA DE LA EXCELENCIA ACADEMICA

"Id y Enseñad a Todos"


**Dr. Jesen Avishai Hernández Sí MSc.
Asesor de Tesis
Escuela de Estudios de Post Grado
Hospital Regional de Occidente**

Quetzaltenango, 15 de enero de 2018

Doctor
Jesen Avishai Hernández SÍ
Docente Responsable
Maestría En Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional de Occidente
Presente

Respetable Dr. Hernández:


Por este medio le informo que he revisado por segunda vez a fondo el informe final de Graduación que presenta el Doctora **JIMENA ALEJANDRA CHAVARRÍA CULEBRO** Carne 200530030 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula: **"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LA POBLACIÓN DE QUETZALTENANGO, SOBRE SEÑALES DE PELIGRO EN EMBARAZO"**

Luego de la segunda revisión, hago constar *que* el Dra. Chavarria Culebro, ha incluido 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

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted, atentamente.

EN BUSCA DE LA EXCELENCIA ACADEMICA

"Id y Enseñad a Todos"


Dr. Julio César Fuentes Mérida MSc.
Revisor de Tesis
Escuela de Estudios de Post Grado
Hospital Regional de Occidente



A: Dr. Jesen Avishai Hernandez Si, MSc.
Docente responsable
Escuela de Estudios de Postgrado

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

Fecha de recepción del trabajo para revisión: 14 de Enero 2018

Fecha de dictamen: 15 de Enero 2018

Asunto: Revisión de Informe final de:

JIMENA ALEJANDRA CHAVARRIA CULEBRO

Titulo

CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS EN LA POBLACION DEL QUETZALTENANGO
SOBRE SEÑALES DE PELIGRO EN EMBARAZO 2017

Sugerencias de la revisión:

- Autrizar examen privado.

Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Postgrado



INDICE DE CONTENIDOS

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES	3
	2.1 Contextualización del área de estudio	3
	2.2 Clasificación de muerte materna según prevención	6
	2.3 Signos y Síntomas de alarma	7
	2.4 Control prenatal	10
	2.5 Conocimiento	12
	2.6 Conocimiento de signos y síntomas de peligro	13
	2.7 Discusión de estudios	17
III.	OBJETIVOS	25
	3.1 General	25
	3.2 Específico	25
IV.	MATERIAL Y MÉTODOS	26
	4.1 Tipo de estudio	
	4.2 Universo	
	4.3 Unidad de estudio	
	4.4 Selección de las unidades de estudio	
	4.5 Tamaño de la muestra	
	4.6 Criterios de Inclusión	
	4.7 Criterios de Exclusión	
	4.8 Variables	
	4.9 Boleta de recolección de datos del trabajo de campo	
	4.10 Procedimiento para la recolección de la información	
	4.11 Análisis de los resultados	
	4.12 Aplicabilidad de los resultados	
	4.13 Limitaciones y posibles sesgos	

V.	RESULTADOS	31
VI.	DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	39
	6.1 CONCLUSIONES	42
	6.2 RECOMENDACIONES.....	43
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
VIII.	ANEXOS	47

INDICE DE CUADROS Y GRAFICAS

Tabla No. 1 y 2 Conocimiento según edad y escolaridad.....	31
Tabla No. 3 y 4 Conocimiento según género y estado civil	32
Tabla No. 5 y 6 Actitud según género y edad	33
Tabla No. 7 y 8 Actitud según estado civil y escolaridad	34
Tabla No. 9 y 10 Prácticas según género y edad	35
Tabla No. 11 y 12 Prácticas según escolaridad y estado civil	36
Grafica No. 1 y 2 Género y Ocupación	37
Grafica No. 3 y 4 Gestas y Área Geográfica.....	38

Universidad de San Carlos de Guatemala

Facultad de Ciencias Medicas

Escuela de postgrados

Maestría en Ginecología y Obstetricia

RESUMEN

Nivel de Conocimientos sobre señales de peligro en el embarazo de la población de Quetzaltenango 2014

Palabras Clave: Conocimiento, Señales de peligro, embarazo

Autora: Jimena Alejandra Chavarría Culebro

INTRODUCCION: A diario mueren aproximadamente 800 mujeres por consecuencias relacionadas con el embarazo y el parto. El 99% de los casos de mortalidad materna ocurre en países en vía de desarrollo. A pesar de que se han realizado importantes esfuerzos, continúa siendo un desafío para el sector salud evitar las muertes de mujeres por causas prevenibles, particularmente en el área rural y en las mujeres indígenas. El modelo de cuatro demoras indica que las mujeres mueren por causas prevenibles: en el 2007: Alrededor del 35% de muertes se dio por falta de reconocimiento de las señales de peligro. La mortalidad materna puede prevenirse, mejorando los conocimientos tanto de la embarazada como de las personas que están a su alrededor, acerca de los cuidados del embarazo pero principalmente de las señales de peligro por ello se realizó el presente trabajo para identificar el nivel de conocimiento que poseen los pobladores de Quetzaltenango acerca del tema.

METODOLOGIA: Estudio Descriptivo, en el que se incluyeron 704 del departamento de Quetzaltenango. Los casos fueron seleccionados mediante el uso de encuestas, donde se constató el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre las señales de peligro en el embarazo.

RESULTADOS y DISCUSION: Se obtuvo una muestra significativa de la población siendo estos un total de 704 personas que se encontraron en centros comerciales de ellos el 60% fueron del sexo femenino, y 40% masculinos, la mayoría comprendidos entre las edades de 15-35 años, 86% fueron del área urbana, y según los conocimientos el 40% poseen conocimientos buenos, 24% regular y 36% malo. Las actitudes fueron positivas en un 77% y las prácticas adecuadas en un 76%. Se compararon varios estudios sobre conocimientos de señales de peligro sin embargo ninguno de ellos incluye población en general, las personas más estudiadas son mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas, personal de salud y comadronas.

University of San Carlos of Guatemala

Faculty of Medical Sciences

Postgraduate School

Master in Gynecology and Obstetrics

SUMMARY

Level of knowledge about signs of danger in the pregnancy of the population of Quetzaltenango 2014

Palabras Clave: Knowledge, Signs of danger, pregnancy

Author: Jimena Alejandra Chavarría Culebro

INTRODUCTION: Approximately 800 women die every day due to consequences related to pregnancy and childbirth. 99% of maternal mortality cases occur in developing countries. Despite substantial efforts, it remains a challenge for the health sector to avoid the deaths of women from preventable causes, particularly in rural areas and indigenous women. The four-delay model indicates that women die from preventable causes: in 2007: About 35% of deaths were due to lack of recognition of danger signs. Maternal mortality can be prevented, by improving the knowledge of both the pregnant woman and the people around her, about pregnancy care, but mainly the danger signs. This work was done to identify the level of knowledge The inhabitants of Quetzaltenango possess the subject.

METHODOLOGY: Descriptive study, which included 704 from the department of Quetzaltenango. The cases were selected through the use of surveys, which verified the level of knowledge, attitudes and practices on warning signs in pregnancy.

RESULTS and DISCUSSION: A significant sample of the population was obtained, these being a total of 704 people who were in malls of them 60% were female, and 40% male, most of them between the ages of 15-35 years, 86% were from the urban area, and according to knowledge 40% have good knowledge, 24% regular and 36% bad. Attitudes were positive at 77% and appropriate practices at 76%. Several studies on knowledge of danger signals were compared, however none of them includes population in general, the most studied people are women of childbearing age, pregnant women, health personnel and midwives.

I. INTRODUCCION

A diario mueren aproximadamente 800 mujeres por consecuencias relacionadas con el embarazo y el parto. El 99% de los casos de mortalidad materna ocurre en países en vías de desarrollo sobre todo en zonas rurales y de escasos recursos. La gran mayoría de estas muertes podrían ser prevenibles.

En Guatemala, la estimación de razón de mortalidad materna (RMM) para el año 1989 ascendía a 219 por 100,000 nacidos vivos, cifra que disminuyó a 153 en el 2000 y a 136 en el 2007. Entre el 2000 y el 2007, el progreso ha sido lento y poco perceptible (disminución de apenas 8% en una década).

La mortalidad materna en Guatemala presenta índices alarmantes lo que ha colocado al país en los principales renglones con esta problemática en Latinoamérica, en el 2011 nuestro país fue colocado en el cuarto lugar a nivel de Latinoamérica en la lista de países con mayor tasa de mortalidad materna de la región. Datos obtenidos del Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA.

Las principales causas de mortalidad materna en nuestro país, siguen siendo hipertensión, hemorragia e infecciones. Las cuales en su mayoría se pueden prever.

Se sabe que la falta de conocimientos e identificación de síntomas y signos de peligro en el embarazo, exponen a un riesgo tanto a la madre como al feto.

Que la gestante tenga conocimientos correctos, hace que la búsqueda de ayuda sea más rápida y como consecuencia se toman acciones positivas en beneficio de la salud. De ahí radica la importancia de difundir información no solo al personal de salud sino también a las mujeres en edad fértil y su entorno para reconocer los principales signos y síntomas de peligro y así colaborar en la búsqueda temprana de ayuda y como consecuencia reducir las complicaciones obstétricas.

A pesar de que se han realizado importantes esfuerzos, continúa siendo un desafío para el sector salud evitar las muertes de mujeres y neonatos por causas prevenibles, particularmente en el área rural y en las mujeres indígenas. En el año 2007, el modelo de cuatro demoras indica que las mujeres murieron por causas prevenibles:

1. Alrededor del 35% de muertes se dio por falta de reconocimiento de las señales de peligro.
2. 30% ocurrió debido a que se tomó de forma tardía la decisión de traslado a un centro asistencial.

3. 23% ocurrió debido a los elevados costos de transporte y distancia a los centros de atención.
4. 41% se dio porque el centro de atención no pudo atender a la paciente de forma adecuada en la emergencia. .

La salud y desarrollo de las mujeres es importante para el progreso de nuestro país y la disminución de la mortalidad materna es un indicador de desarrollo social.

La mortalidad materna puede prevenirse, mejorando los conocimientos tanto de la embarazada como de las personas que están a su alrededor, acerca de los cuidados del embarazo pero principalmente de las señales de peligro.

El siguiente estudio identificó el nivel de conocimientos que poseen los pobladores del departamento de Quetzaltenango, sobre las señales de peligro en el embarazo por ello se determinó que 64% de la muestra del estudio sí tienen conocimiento sobre el tema siendo un 40% conocimientos buenos y en un 24% conocimientos regulares, no teniendo influencia en el conocimiento el género ni estado civil, sin embargo sí se comprobó que hay una relación directamente proporcional entre las edades y la escolaridad ya que a mayor edad y mayor escolaridad, es mayor el conocimiento, con respecto a las actitudes la mayoría de personas poseen actitudes positivas, y a las prácticas son adecuadas, esto concuerda con que la mayoría de personas entrevistadas son del área urbana siendo un 84% de los entrevistados, por lo que sería de mucha utilidad realizar un estudio en el área rural, ya que es en estos lugares a donde no llega mucha información de señales de peligro, en donde hay menos acceso a centros de salud, hospitales, y donde se presentan la mayoría de complicaciones.

II. ANTECEDENTES

2.1 Contextualización del área de estudio

El Municipio de Quetzaltenango, conocido también como Xelajú , es la capital del departamento de Quetzaltenango, asimismo, es la segunda ciudad más importante de Guatemala, localizada a los 14° 50' 40" de latitud Norte y 91° 30' 05" de longitud oeste, a 206 km al Noroeste de la Ciudad de Guatemala. La Ciudad se encuentra ubicada en un valle montañoso en el altiplano occidental de Guatemala con una altitud media sobre el nivel del mar de 2333 metros (7734 pies). Cuenta con una población de 300,000 habitantes en la zona metropolitana más la población que se genera de las ciudades colindantes debido al flujo comercial-educativo y para trabajar, la población se incrementa con 30,000 personas que conforman la población flotante de la ciudad. El municipio forma parte de la Mancomunidad Metrópoli de los Altos.

El Municipio de Quetzaltenango cuenta con diversos centros educativos, así como algunas de las universidades más reconocidas de Guatemala. Es la ciudad con la mayor cantidad de centros educativos por habitante, debido, a su estratégica ubicación, donde la mayoría de sus estudiantes no son de Quetzaltenango, sino de ciudades y poblaciones que se ubican en un radio de 150 kilómetros de esta ciudad.¹

El Departamento de Quetzaltenango fue proclamado como Capital de Centroamérica por el Parlacen en el año 2008. El departamento tiene 1953 km², equivalentes al 1,8% del territorio nacional. A nivel de Ciudad la población es de alrededor del cincuenta y cinco por ciento indígena o amerindia, el treinta y cinco por ciento mestizos o ladinos, y diez por ciento de europeos (en su mayoría procedentes de Italia y España) y a nivel departamental el 60.5% de la población es indígena, porcentaje superior al observado a nivel nacional (treinta y nueve por ciento); entre los indígenas predominan los grupos étnico k'iche' y Mam. Se habla principalmente español, idioma oficial, mientras que el k'iche' se habla en las periferias que de la ciudad y el italiano entre los descendientes de inmigrantes italianos que se establecieron en la localidad.

La población total del departamento de Quetzaltenango, censada en 1994 fue de 503.857 habitantes, estimándose que para 1997 contase con 661.375 habitantes, que equivale a un 6,0 % del total nacional. Para el período 1981-1994 la tasa de crecimiento anual fue de 1,8%; inferior al promedio nacional que llegó a 2,5%. Se proyecta que para 2032 la población de la ciudad de Quetzaltenango sobrepasara los 2.31 millones de habitantes. La composición de la población es de un 43% a nivel urbana y 57% a nivel rural. A una altura aproximada a los 2357 msnm, lo que la hace una ciudad de clima muy frío.

¹ Aragón, Magda (octubre de 2013). «Cuando el día se volvió noche; La erupción del volcán Santa María de 1902». *Revista Estudios Digital* (Guatemala:

Escuela de Historia, Universidad de San Carlos) (No. 1). Consultado el 7 de noviembre de 2014.

Etimología

Según el *Diccionario Geográfico*, una de las particularidades es que la cabecera sigue estando en el mismo lugar en que se fundó unos mil años antes de la conquista española y hasta la fecha ha ido creciendo dentro del valle del Altiplano.

El origen del nombre aún no se ha determinado con exactitud, pero en El Título Real de Don Francisco Izquín Nehaíb, fechado en 1558, se menciona a Culahá, Ah Xelahuh como nombre de Quetzaltenango. Los k'iche's dieron a este lugar el nombre de Xelahuh y Xelahúh Queh (Lugar de los diez venados) o el día 1 Queh de su calendario.

El nombre de Quetzaltenango fue puesto por los indígenas mexicas y significa «bajo la muralla del quetzal». El nombre fue evolucionando a Quezaltenango, hasta que finalmente el gobierno de Guatemala decidió que el nombre de la ciudad sería Quetzaltenango.

Quetzaltenango tiene 24 municipios

Quetzaltenango (municipio)

1. Almolonga
2. Cabricán
3. Cajolá
4. Cantel
5. Coatepeque
6. Colomba
7. Concepción Chiquirichapa
8. El Palmar
9. Flores Costa Cuca
10. Génova
11. Huitán
12. La Esperanza
13. Olintepeque
14. Palestina de los Altos
15. Salcajá
16. San Carlos Sija
17. San Francisco La Unión
18. San Juan Ostuncalco
19. San Martín Sacatepéquez
20. San Mateo
21. San Miguel Sigüilá

22. Sibilia

23. Zunil

Demografía

Quetzaltenango tiene una población de 735 162 personas, de los cuales un 44 por ciento vive bajo la línea de pobreza (323 403 personas) y un 10.1% es considerado dentro de la categoría de pobreza extrema -74 197 personas.²

Economía

Debido a la variedad de climas, su producción agrícola también es variada, e incluye café, trigo, papa, cebolla, repollo, remolacha, rábano y lechuga, entre otras. Hay siembras de maíz y frijol así como manzana, ciruela y durazno. En el aspecto pecuario, existe la crianza de ganado vacuno y ovino, del cual extraen la lana que es utilizada para variedad de tejidos.³

En el Municipio de Quetzaltenango se elaboran únicamente tejidos de algodón, los cuales son trabajados por las mujeres, quienes producen güipiles, cortes, faldas, manteles, servilletas, bigoterías, centros de mesas y tejidos, algunos con motivos navideños. Para su elaboración utilizan dos tipos de telar: el de cintura o el de palitos, también llamado de mecapal, de origen prehispánico y actualmente el más tradicional.

Se trabaja la cerámica tradicional en los municipios de San Martín Sacatepéquez y Cantel. La cerámica vidriada únicamente en Cantel. La imaginería se trabaja en el municipio de Coatepeque. Además, en Quetzaltenango se elabora cestería, productos con madera, palma y metal, instrumentos musicales, cerería, cuero, pirotecnia, así como jícaras y guacales.⁴

Actualmente, la ciudad de Quetzaltenango es un lugar estratégico para el comercio y los servicios, así como para la industria textil y licorera a nivel nacional. Otro sector que ha tenido repunte en la ciudad es el sector de la construcción, ya que ha proliferado la construcción de centros comerciales y algunos condominios. Otro de los municipios de Quetzaltenango con gran pujanza económica y cultural es Coatepeque, con más de 30 sitios arqueológicos, además de balnearios y ríos.

2.2 Clasificación de muerte materna según prevención

Se cree que las complicaciones maternas se pueden evitar o no, esto dependerá de la acción que se tome como: identificación de la complicación en el tiempo adecuado, que la madre conozca los

² Aragón, Magda (octubre de 2013). «Cuando el día se volvió noche; La erupción del volcán Santa María de 1902». *Revista Estudios Digital* (Guatemala: Escuela de Historia, Universidad de San Carlos) (No. 1). Consultado el 7 de noviembre de 2014.

³ *Diccionario Municipal de Guatemala*, 2001

⁴ Lara, C., Rodríguez, F., García, C. y Esquivel, A., s.f.

signos y síntomas de peligro en el embarazo; y también que la atención que se le brinde sea eficiente, contando con el tiempo y recursos necesarios.⁵

2. Clasificación de muerte materna debido a complicaciones según las demoras

Según La Dra. Deborah Maine en la Universidad de Columbia planteó la teoría de “las tres demoras”, esta teoría se basa en que el retraso en estos tres momentos aporta a las complicaciones en el embarazo y asimismo a la muerte materna y fetal. Las tres demoras son:

- ✓ Demora en decidir buscar ayuda
- ✓ Demora en el traslado hacia los centros de salud
- ✓ Demora en recibir el tratamiento correcto.

a) La primera demora se refiere al retardo en tomar la decisión de buscar ayuda. Esta se puede dar a consecuencia de distintos factores, como:

- Que la mujer embarazada, su pareja y familia conozcan e identifiquen los signos de peligro en el embarazo.
- Falta de información con la comunidad donde habite la embarazada.
- Educación, cultura y religión.
- Estatus y autonomía de la gestante.

b) La segunda demora se puede presentar en la llegada al centro de salud; la paciente y su familia deben tomar la decisión de buscar ayuda y llegar al centro de salud. El acceso, distancia, economía, disponibilidad y transporte influyen de manera importante.

c) La tercera demora se refiere al tratamiento, en algunos países subdesarrollados el tratamiento adecuado aun tarda en llegar y eso podría llevar a la muerte fetal y materna.⁶

⁵ Nerio, Mauricio, et al. Conocimiento sobre signos y síntomas de alarma y las complicaciones en el embarazo por parte de las usuarias en estado gestacional que asisten a la Unidad de salud Dr. Mauricio Sol Nerio, en el barrio San Jacinto, departamento de San Salvador, de abril a junio del 2010. Universidad El Salvador, facultad de medicina, escuela de tecnología médica. (2010). Disponible en: ri.ues.edu.sv/131/1/10135980.doc.

⁶ Flores Bazán, Nataly. Ylatoma Meléndez, Carmit. “Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el centro de salud morales, junio – setiembre 2012”. tesis. Universidad Nacional de San Martín. Facultad de ciencias de la salud. Escuela académica profesional de obstetricia. Perú. (2012). Disponible.

2.3 Signos y síntomas de alarma en el embarazo. ⁷

En el embarazo siempre existe la probabilidad que se presenten complicaciones, las cuales se pueden llegar a identificar por medio de signos que identifiquen cualquier anomalía.

Por lo anterior, es muy importante que las mujeres embarazadas identifiquen los signos y síntomas que las puedan alertar y así buscar ayuda en el tiempo oportuno en un servicio obstétrico. Debido a esto las embarazadas deben estar capacitadas para reconocer flujo vaginal hemorrágico, blanco, leucorrea, fluido seminal o líquido amniótico durante el embarazo. La familia de las gestantes también debe localizar geográficamente el centro asistencial antes de que la paciente inicie con trabajo de parto o presente alguna complicación a donde puedan recurrir de inmediato cuando se les presente la emergencia.

La OMS define a los signos y síntomas de alarma en el embarazo como aquellos que nos muestran que la salud de la embarazada y el feto están en peligro.

2.3.1 Signos de alarma del embarazo

a) Fiebre: el embarazo en la mujer es fisiológico por lo que no causa fiebre. Las gestantes están predispuestas a enfermedades infecciosas, y alguna de estas enfermedades pueden llegar a ser peligrosas tanto para la madre como para el feto, hay estudios que reportan un riesgo mayor de malformaciones en el tubo neural en bebés de mujeres que presentaron fiebres altas y persistentes las cuales pudieron haber sido provocadas por alguna infección. En la presencia de infección del tracto urinario, infecciones respiratorias e intraútero es puntual buscar ayuda médica.

b) Edema: en el embarazo el edema es normal sobre todo en el último trimestre y en los primeros diez días próximos al parto. Si el edema es clínicamente importante en rostro y manos sucede en el 50% de las gestantes, el edema en miembros inferiores no asociados a hipertensión ocurre en aproximadamente el 80% de las gestantes. Existen diferentes factores que colaboran a la aparición del edema como:

- ✓ Aumento en la retención hídrica
- ✓ Aumento de la permeabilidad capilar
- ✓ Aumento del flujo sanguíneo
- ✓ Disminución de la presión osmótica del plasma.

⁷ Flores Bazán, Nataly. Ylatoma Meléndez, Carmit. "Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el centro de salud morales, junio – setiembre 2012". tesis. Universidad Nacional de San Martín. Facultad de ciencias de la salud. Escuela académica profesional de obstetricia. Perú. (2012). Disponible.

Si el edema está en cara, extremidades superiores y hay aumento drástico de peso sobre todo en el tercer trimestre del embarazo, hay que examinar y evaluar la posibilidad de un síndrome hipertensivo del embarazo; por ello es fundamental buscar asistencia hospitalaria.

c) Hemorragia vaginal: este signo está en aproximadamente la tercera parte de las embarazadas sobre todo en el primer trimestre de la gestación y va disminuyendo hasta en un 10% en el tercer trimestre. Las gestantes presentan desde manchado color café oscuro escaso, hasta sangrado vaginal con coágulos rojo brillante, este puede ir acompañado de cólicos o no, dolor de espalda o contracciones.

d) Náuseas y vómitos excesivos: las náuseas y los vómitos son normales en el embarazo y aparecen como consecuencia de la presencia de las hormonas placentarias principalmente de la gonadotropina coriónica y la progesterona, estas hormonas hacen que la digestión sea más lenta por lo que los alimentos persisten más tiempo en el estómago. Se calcula que aproximadamente el 50-80% de las mujeres embarazadas sienten náuseas y presentan vómitos exagerados, que se intensifican cerca de la cuarta semana, pueden llegar a estar presentes hasta las 12-15 semanas y van desapareciendo; según los niveles de estas hormonas van decreciendo. Estos signos son más frecuentes en adolescentes y madres primerizas.

Cuando existen náuseas y vómitos en exceso, puede llevar a la embarazada a una deshidratación, hiponatremia, hipokalemia, alcalosis metabólica y otras carencias nutricionales, incluso cetosis. Si esto no se trata a tiempo la paciente puede llegar a presentar trastornos neurológicos, lesiones hepáticas, lesiones renales e incluso hemorragia de la retina. De ser así la gestante debe ser hospitalizada de inmediato para ser hidratada por vía intravenosa.

Hay otras causa de las náuseas en las embarazadas como: el estrés, pastillas de hierro, indigestión e, incluso ciertos olores. También el factor psicológico, que en ocasiones puede ser dominante.

e) Hipertensión: la hipertensión en el embarazo puede llegar a ser altamente peligrosa tanto como para el feto como para la madre. Trayendo repercusiones graves para los dos. Según la OMS la hipertensión inducida por el embarazo tiene una incidencia aproximada de 10 a 20% aunque se cree que las cifras reales son mayores.

En las últimas semanas del primer trimestre la presión arterial comienza a descender teniendo su nivel más bajo durante el segundo trimestre pero vuelve a elevarse durante el tercer trimestre teniendo su nivel máximo al terminar la gestación. El aumento de la presión en el embarazo es multicausal, principalmente está involucrada la posición de la embarazada, ruidos de Korotkoff que se relacionan con estrés, y la hora del día en que se toma la presión arterial.

f) Convulsiones: este signo es relevante clínicamente sobre todo si se relaciona con presión alta, ya que indica eclampsia, la cual pone en peligro la vida de la madre y del feto. Las convulsiones

eclámpicas no son distintas a las de la epilepsia. Hasta que no se demuestre lo contrario las convulsiones en la embarazada deben de relacionarse con la eclampsia.

2.3.2 Síntomas de alarma en el embarazo.

a) Cefalea: este síntoma es normal que aparezca en el embarazo. Aparece principalmente durante el primer trimestre. Después de este tiempo la embarazada no debería de presentar cefalea, visión borrosa o mareos, ya que esto puede ser consecuencia de: pre eclampsia o eclampsia.⁸

b) Movimientos fetales disminuidos: este síntoma nos puede dar información acerca de la condición fetal y es importante su evaluación en cada visita al medio. La madre puede sentir los movimientos fetales entre las 18 y 22 semanas del embarazo. En la semana 18 solo un 25% de las madres dicen sentir los movimientos del feto. Sin embargo este porcentaje va en aumento hasta llegar a las 24 semanas donde todas las madres refieren percibir los movimientos. Si el feto aumenta sus movimientos después de que la madre coma es un signo de bienestar, por el contrario si el feto no aumenta estos movimientos podría sugerirnos que exista hipoxia fetal. Si la madre no percibe los movimientos o están disminuidos significativamente la madre debe buscar ayuda médica para evaluar el bienestar fetal y descartar cualquier complicación.⁹

c) Disuria: con frecuencia en el embarazo existe urgencia de orinar, e incluso orina involuntaria. Esto es debido a que el útero está presionando a la vejiga contra la pelvis. Pero cuando existen manifestaciones como el dolor al orinar se debe de pensar en infecciones urinarias.

Las infecciones del trato urinario en mujeres, son comunes, representan alrededor del 10% de las consultas al médico, el 15% de las mujeres presentaran una infección del tracto urinario durante su vida, y en embarazadas la incidencia puede llegar al 8%.

Los cambios hormonales y la anatomía del tracto urinario durante la gestación, hacen que sea más fácil para los microorganismos ascender a través de los uréteres hacia los riñones. Por eso es importante realizar análisis de orina rutinarios, al menos tres durante todo el embarazo para descartar cualquier ITU.

Trastornos visuales o auditivos: los síntomas en visión y audición tienen relevancia si se relacionan con cefalea intensa, escotomas, entre otros. Éste síntoma podría descartar la preeclampsia.

⁸ García, Juan. Montañez Martín. Signos y Síntomas de alarma obstétrica. Acerca del conocimiento que tienen las mujeres. *Práctica Clínica Quirúrgica*. Instituto Mexicano de Seguridad Social. México. Revista Médica Instituto Mexicano de Seguro Social. 2012; 50 (6): 651-657. Disponible en: http://fullnulled.com/doc/pdf/download/www__medigraphic__com--pdfs-imss--im-2012--im126l.pdf

⁹ Flores Bazán, Nataly. Ylatoma Meléndez, Carmit. "Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el centro de salud morales, junio – setiembre 2012". tesis. Universidad Nacional de San Martín. Facultad de ciencias de la salud. Escuela académica profesional de obstetricia. Perú. (2012). Disponible

d) Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación: este síntoma nos puede ayudar para mantenerse alerta ya que puede ser un indicador que el trabajo de parto ya va a comenzar y el bebé sufrirá prematuridad. Es importante que la paciente sobre todo en las primeras conozcan como son las contracciones y sus características como: dolorosas, frecuentes y regulares.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PELIGRO EN EL EMBARAZO

1er. Trimestre	2do. Trimestre	3er. Trimestre
- Hemorragia vaginal	- Hemorragia vaginal	- Hemorragia vaginal
- Presencia de flujo vaginal (fétido, de color amarillo, verde o blanco, espeso)	- Dolor de cabeza frecuente	- Dolores tipo parto
- Molestias urinarias	- Flujo vaginal	- Edema de cara y manos
- Fiebre	- Molestias urinarias	- Salida de líquido por la vagina
- Dolor tipo cólico en región pélvica	- Presión arterial mayor o igual a 140/90 mm/Hg o elevación de más de 15 mm/Hg en la presión sistólica y más de 10 mm/Hg en la presión diastólica, comparada con la presión anterior	- Presión arterial alta mayor o igual de 140/90 mmHg o elevación de más de 15 mm/Hg en la presión sistólica y más de 10 mm/Hg en la presión diastólica, comparada con la presión anterior
	- Sensación de múltiples partes fetales	- Dolores de cabeza
	- Salida de líquido por la vagina	- Trastornos visuales (se le nubla la vista, ve puntos negros o puntos de luz)
	- Disminución o ausencia de movimientos fetales	- Disminución o ausencia de movimientos fetales
	- Fiebre	- Fiebre

2.4 Control prenatal.

Se define como control prenatal el cuidado que brinda el personal de salud a la mujer embarazada, con el fin de proporcionar una mejor salud para ella y el feto durante el embarazo, y así una adecuada atención en el parto.¹⁰

Las actividades principales en el control prenatal deben ser la identificación del riesgo, prevención y manejo de las patologías relacionadas con el embarazo, plan educacional y promoción en salud.

Los principales objetivos del control prenatal son:

- ✓ Atención integral de las embarazadas.
- ✓ Disminuir la morbilidad materna

¹⁰ Flores Bazán, Nataly. Ylatoma Meléndez, Carmit. "Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el centro de salud morales, junio – setiembre 2012". tesis. Universidad Nacional de San Martín. Facultad de ciencias de la salud. Escuela académica profesional de obstetricia. Perú. (2012). Disponible en: http://biblioteca.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyecto/archivo_77_Binde_r1.pdf

- ✓ Disminuir la morbimortalidad perinatal.

El control prenatal consiste en una serie de entrevistas y visitas programadas de la gestante con el médico, con el fin de llevar un control de la evolución del embarazo y así lograr un parto adecuado. La finalidad del control prenatal es lograr detectar patologías maternas subclínicas, haciendo un diagnóstico y dando un tratamiento tempranamente para evitar así consecuencias mayores en la madre y el feto. ¹¹

El control prenatal también tiene otros objetivos como preparar a la madre psicológica y físicamente para el parto, dar plan educacional acerca de salud familiar y crianza del niño. Para que la atención prenatal sea la adecuada debe cumplir con ciertas características que son:

- ✓ Debe ser precoz
- ✓ Periódico
- ✓ Integral
- ✓ Amplia cobertura

La atención precoz o temprana: se debe empezar lo antes posible, es importante que se inicie en el primer trimestre de embarazo ya que esto ayuda a la prevención, protección y tratamiento temprano de cualquier complicación, que es el objetivo principal del control prenatal.

Atención periódica: la continuidad de los controles prenatales va a depender del riesgo que presenta la embarazada. Las que presentan un alto riesgo deben tener controles más frecuentes, las de bajo riesgo necesitan con menos frecuencia visitar al médico, se habla que la cantidad ideal de consultas durante la mitad del embarazo son 5 entre las 23 y 27 semanas y una cita cada mes a partir de las 27 semanas. ¹²

No es necesario contar con mucho equipo ni una clínica muy grande pero si es fundamental una buena historia clínica, con un examen físico sistemático, una atención prenatal en cantidad y calidad adecuada ayuda a disminuir la mortalidad y morbilidad materna y fetal.

En el primer control prenatal es necesario un examen físico obstétrico detallado e integral, también realizar exámenes de rutina como el Papanicolaou, odontológico, grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, hemoglobina, serología de sífilis, examen de orina y demás pruebas que ayuden a descartar cualquier enfermedad que amenace la evolución del embarazo. En todas las consultas sin importar el número de visita que sea se debe evaluar ganancia de peso, medir presión arterial, crecimiento fetal y altura uterina.

¹¹ Parra Pineda, Mario Orlando. El control prenatal. Capítulo5. Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/28/Cap_5.pdf

¹² Parra Pineda, Mario Orlando. El control prenatal. Capítulo5. Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/28/Cap_5.pdf

También es importante que la madre esté adecuadamente inmunizada con toxoide tetánico, evaluar estado nutricional en la gestante es fundamental para lograr un desarrollo adecuado del feto.¹³

Los principales beneficios del control prenatal son¹⁴:

- ✓ Guiar a la mamá acerca de la alimentación, nutrición e higiene de los alimentos
- ✓ Informar a la embarazada acerca de los medicamentos que se pueden o no utilizar durante la gesta y la lactancia.
- ✓ Explicarle a la madre los beneficios de la lactancia materna exclusiva y cuál es la técnica adecuada de amamantamiento.
- ✓ Orientar a la madre acerca de que cuidados debe tener en el embarazo, explicándole como identificar los signos de peligro para buscar ayuda inmediata, así como que conozca a los lugares que debe acudir.
- ✓ Que la embarazada conozca cómo identificar los signos de inicio de trabajo de parto y la conducta a tomar delante los mismos.
- ✓ Explicarle cuales son los cuidados que debe tener con el recién nacido y que conozca los signos de alarma que necesitan visita médica urgente.
- ✓ Que las madres conozcan sobre cambios psicológicos y físicos que pueden atravesar durante el embarazo.
- ✓ Concientizar acerca de la importancia del apoyo de la pareja y la familia.

2.5 Conocimiento

Se consigue como consecuencia de la interacción con nuestro alrededor y es la secuela de la experiencia organizada y almacenada en la mente de las personas de forma única en cada individuo.

El conocimiento se puede dividir en:

- ✓ Conocimiento descriptivo: éste radica en captar un objeto por los sentidos principalmente la vista y el oído, como por ejemplo las imágenes que se captan a través de la visión. Por ello podemos guardar en nuestros recuerdos imágenes con forma, color y tamaño.

¹³ García, Juan. Montañez Martín. Signos y Síntomas de alarma obstétrica. Acerca del conocimiento que tienen las mujeres. Práctica Clínica Quirúrgica. Instituto Mexicano de Seguridad Social. México. Revista Médica Instituto Mexicano de Seguro Social. 2012; 50 (6): 651-657. Disponible en: http://fullnulled.com/doc/pdf/download/www__medigraphic__com--pdfs-imss--im-2012--im126l.pdf

¹⁴ Nerio, Mauricio, et al. Conocimiento sobre signos y síntomas de alarma y las complicaciones en el embarazo por parte de las usuarias en estado gestacional que asisten a la Unidad de salud Dr. Mauricio Sol Nerio, en el barrio San Jacinto, departamento de San Salvador, de abril a junio del 2010. Universidad El Salvador, facultad de medicina, escuela de tecnología médica. (2010). Disponible en: ri.ues.edu.sv/131/1/10135980.doc. 3

- ✓ Conocimiento conceptual: conocido también como empírico, aquí no hay formas, colores ni tamaños como en el conocimiento descriptivo, éste consiste en captar un objeto según su contexto, en su totalidad, es intuir el objeto.
- ✓ Conocimiento teórico: éste trata en representaciones que no se pueden ver es decir que no son materiales, pero si universales y fundamentales. El conocimiento descriptivo se diferencia de este ya que el primero es singular y el teórico es universal.

2.6 Conocimientos de signos y síntomas de peligro en el embarazo:

Se conoce que la falta de identificación y reconocimiento a tiempo de signos y síntomas de alarma en el embarazo ante los cuales se debe actuar de forma eficaz y eficiente, pone en riesgo a la madre y al feto. Que la gestante tenga conocimientos correctos hace que la búsqueda de ayuda sea más rápida y como consecuencia se toman acciones positivas en beneficio de la salud de la madre y del feto, se dice que deben existir motivaciones para que el interés por tener conocimientos aumente y el embarazo debería ser un estímulo para querer adquirir estos conocimientos. ¹⁵

Muchas madres obtienen conocimientos debido a experiencias personales o que otras madres les comparten, también lo pueden obtener en las visitas al médico durante el control prenatal. Se demostró que los programas dirigidos a capacitar a las gestantes para identificar signos y síntomas de peligro en el embarazo, ayuda a disminuir las complicaciones obstétricas ya que colaboran con la identificación y la búsqueda de ayuda temprana.

Fiebre: El embarazo normal no causa fiebre. La mujer embarazada es susceptible a muchas infecciones y enfermedades infecciosas. Algunos de estos pueden ser muy graves y potencialmente mortales para la madre, mientras que otros tienen un gran impacto sobre el pronóstico neonatal debido a la probabilidad elevada de infección fetal. Algunos estudios han indicado un riesgo más altos en las malformaciones conocidas como defecto del tubo neural en bebés de mujeres quienes estuvieron a altas temperaturas en la primera etapa del embarazo. Por lo tanto si la fiebre es muy alta y persistente indica que es posible que se esté produciendo una infección (10), enfermedad de vías urinarias, respiratorias, infección dentro de útero e infección en todo el cuerpo y es preciso acudir al hospital (11). 8

Edemas: La hinchazón o edema es un proceso normal que aparece durante el embarazo, especialmente durante el último trimestre y en los primeros 10 días después del parto (9). El edema clínicamente significativo de la cara y manos ocurre en aproximadamente el 50% de las mujeres

¹⁵ García, Juan. Montañez Martín. Signos y Síntomas de alarma obstétrica. Acerca del conocimiento que tienen las mujeres. Práctica Clínica Quirúrgica. Instituto Mexicano de Seguridad Social. México. Revista Médica Instituto Mexicano de Seguro Social. 2012; 50 (6): 651-657. Disponible en: http://fullnulled.com/doc/pdf/download/www__medigraphic__com--pdfs-imss--im-2012--im126l.pdf

embarazadas, mientras que el edema de los miembros inferiores no asociado a hipertensión ocurre en el 80% de las embarazadas. Son múltiples los factores que contribuyen a su aparición: aumento de la retención hídrica, de la permeabilidad capilar y del flujo sanguíneo; disminución de la presión osmótica del plasma a consecuencia de las hormonas del embarazo. Si el edema compromete la cara, las extremidades superiores y se presenta un aumento exagerado de peso, especialmente en el tercer trimestre de la gestación, debemos pensar y descartar un síndrome hipertensivo del embarazo o una enfermedad renal. Por lo cual es importante la asistencia al hospital de inmediato (12).

Sangrado vaginal: Este fenómeno se presenta aproximadamente en la 3ª parte de las embarazadas durante el primer trimestre del embarazo y este número disminuye a un 10% en el último trimestre. La embarazada puede presentar sangrado vaginal o simplemente manchado con o sin cólicos, dolor de espalda o dolores de parto. El sangrado puede ir desde un manchado escaso, color marrón o café oscuro a abundante y con coágulos de color rojo brillante. Según el momento de aparición se puede dividir las causas que provocan 9 hemorragia en tres etapas, en el primer trimestre del embarazo por amenaza de aborto, mola hidatiforme o embarazo ectópico, en el segundo y en el tercero por desprendimiento prematuro de placenta o placenta previa. Los sangrados en la 2ª mitad del embarazo pueden ser graves para la madre e incluso ocasionar la muerte del bebé por lo que se debe avisar de inmediato a su médico y acudir al servicio de emergencia (13).

Pérdida de líquido amniótico: Corresponde una rotura prematura de membranas y ocurre en las últimas semanas del embarazo pero puede ocurrir en cualquier momento a partir del segundo trimestre y antes del trabajo del parto. Las membranas ovulares intactas son una barrera contra el ascenso de gérmenes que están presentes en el cuello del útero y la vagina. Cuando la bolsa se rompe estos gérmenes invaden el líquido amniótico y pueden provocar una infección en el feto aumentando la morbimortalidad materna y fetal a expensas de la infección. La frecuencia y gravedad de ésta se encuentra estrechamente vinculada con la duración del periodo de latencia, cuando el mismo supera las 24 horas el riesgo se incrementa significativamente. Otros factores asociados son: el polihidramnios, el embarazo múltiple, las malformaciones uterinas, la placenta previa, los tumores uterinos, etc. (14). 10

Náuseas y vómitos excesivos: Son producto de la aparición de las hormonas placentarias, especialmente la gonadotropina coriónica y la progesterona. Estas hormonas hacen que el proceso digestivo sea mucho más lento y por esta razón los alimentos permanecen más tiempo en el estómago (9). Se estima que entre el 50 – 80% de las embarazadas experimentan náuseas y vómitos exagerados, que comienzan alrededor de la cuarta semana, y se extiende usualmente hasta las 12 a 15 semanas (15), estas van desapareciendo a medida que los niveles de las hormonas

disminuyen por el desarrollo del embarazo. Este signo tiende a presentarse con mayor frecuencia en madres primerizas y adolescentes (9).

El exceso de vómitos durante el embarazo, a diferencia de las habituales náuseas matutinas, pueden llevar a la madre a una deshidratación (4), hiponatremia, hipokalemia, alcalosis metabólica y otras deficiencias nutricionales, con pérdida de peso y cetosis; en etapas avanzadas muy graves hay trastornos neurológicos, lesión hepática, renal y hemorragias retinianas (15). En este caso la madre debe ser hospitalizada para recibir líquidos y los nutrientes perdidos vía intravenosa, y en el tercer trimestre nos puede alertar sobre aumento de la presión arterial, situación que es muy grave para la madre embarazada (14). 11

Otros factores que producen náuseas pueden ser el estrés, las pastillas de hierro, la indigestión, o bien los olores fuertes (9). Tienen también un componente psicológico importante, que a veces resulta predominante. Esto se ve en los casos de miedos relacionados con posibles enfermedades en el bebé o temores al parto, ya sea por dolor o por la inminente responsabilidad de ser madre (9). Hipertensión: La hipertensión que se presenta durante la gravidez es una de las entidades obstétricas más frecuentes y tal vez la que más repercusión desfavorable ejerce sobre el producto de la concepción y a su vez sobre la madre, trayendo graves y diversas complicaciones para ambos (16).

La hipertensión inducida por el embarazo según la Organización Mundial de la Salud tiene una incidencia estimada en un 10 a 20 % aunque se han publicado cifras superiores (38%) e inferiores (10%)(17).

La presión arterial comienza a disminuir a finales del primer trimestre, alcanza su nivel mínimo en el segundo trimestre y aumenta de nuevo en el tercero para alcanzar su punto máximo al término del embarazo.

La magnitud del incremento tensional en el tercer trimestre depende además de otros factores como la posición de la mujer, ruido de Korotkoff que se considere, estrés, momento del día en que se toma la presión arterial (18). 12

Convulsiones: Es uno de los signos de alarma de importancia clínica si se asocia a presión alta, siendo indicador de eclampsia, que pone en riesgo la salud de la madre y del producto. La convulsión ecláptica no puede distinguirse de un ataque epiléptico. La crisis convulsiva es seguida de un estado de coma, que dura un periodo variable según el tratamiento instaurado. Es importante considerar como eclampsia la presencia de convulsiones en un embarazo avanzado y en el trabajo de parto, mientras no se demuestre lo contrario (12).

Síntomas de alarma del embarazo

Cefalea: Es un síntoma frecuente durante el embarazo, puede aparecer en una mujer que nunca lo padeció o bien como reaparición de un síntoma ya presente fuera del embarazo. El momento de aparición más típico es durante el primer trimestre (9). La gestante después de los tres primeros meses no debe presentar dolor de cabeza, visión borrosa y mareos (11), ya que puede obedecer a diferentes factores asociados al embarazo, tales como: Preeclampsia moderada o grave; Eclampsia (9). Disminución de movimientos fetales: Es un síntoma clínico que se utiliza para el diagnóstico de la condición fetal y debe ser evaluado en cada atención prenatal desde que es percibido por la madre.

La percepción materna de los movimientos fetales es entre las 18 y 22¹³ semanas de amenorrea. A las 18 semanas el 25% de las madres relatan percibir movimientos del feto. Este porcentaje sube semana a semana hasta alcanzar el 100% a las 24 semanas de gestación. El aumento de la actividad fetal, especialmente postprandial es un signo de salud, mientras que su disminución es un signo sospechoso de hipoxia fetal (19). Si los movimientos fetales disminuyen considerablemente o están ausentes se debe concurrir al médico para realizar un monitoreo y un examen ecográfico para verificar vitalidad fetal o complicaciones fetales (8).

Dolor o ardor al orinar: Es frecuente durante el embarazo experimentar alteraciones en la micción, desde una simple urgencia o necesidad de orinar, hasta la pérdida involuntaria de la orina. Esto se produce porque el útero al crecer va comprimiendo la vejiga contra la pelvis. Las molestias urinarias también pueden ser manifestaciones de infección urinaria y enfermedades venéreas (9).

Las infecciones urinarias son muy habituales, representan aproximadamente el 10% de las consultas realizadas por las mujeres, el 15% de ellas tendrán una infección urinaria en algún momento de sus vidas. En las mujeres embarazadas, la incidencia de infección urinaria puede llegar al 8% (20). 14

La causa de esto se encuentra en los cambios hormonales y de la posición anatómica del tracto urinario durante el embarazo, que facilitan que las bacterias viajen a través de los uréteres hacia los riñones (21). Por eso necesario hacer un análisis de orina para poder descartar cualquier tipo de infección urinaria (8).

Trastornos visuales o auditivos: De manera aislada no tiene importancia; pero si se asocia a cefalea intensa, escotomas, etc., es un síntoma de alarma indicador de preeclampsia (11). Contracciones Uterinas antes de las 37 semanas de gestación: Si las contracciones uterinas son dolorosas, frecuentes y regulares y se manifiestan antes de las 37 semanas, indica que el parto puede adelantarse, y el producto puede morir por ser inmaduro (12).

2.7. Discusión de Estudio:

2.7.1. Discusión de Estudio realizado en Ecuador sobre detección de factores de riesgo en el embarazo:

En este proceso, es imperativo resaltar la manera de buscar los factores de riesgo, los cuales de presentarse individualmente, pudieran pasar inadvertidos, pero al encontrar uno, dos o más en forma simultánea o agrupados, se facilitó la identificación de embarazos de riesgo alto y con ello, se dio inicio al proceso de reducción de los factores de riesgo y/o se canalizaron a la sección de embarazo de riesgo alto. Pudo observarse que durante el desarrollo de la intervención, conforme se suceden las consultas, se modifican los factores de riesgo.

La asistencia a control prenatal, se inició en promedio en las semanas 21-22 del embarazo, lo cual reduce las posibilidades de un adecuado control. Las condiciones que ocasionan esto, generalmente son de tipo socioeconómico, a pesar que los costos de atención son accesibles y existe disponibilidad del servicio durante las veinticuatro horas y los trescientos sesenta y cinco días del año. La implementación de este sistema, permitió la unificación de criterios de los médicos adscritos a la consulta prenatal, al establecerse parámetros de evaluación con los que no se contaba anteriormente, esto mejoró la calidad de la atención médica.

La aplicación de instrumentos como el PreviGen, facilitó la identificación temprana del embarazo con riesgo, siendo importante la referencia de pacientes hacia embarazo de riesgo alto, lo que evita cesáreas urgentes que ponen en peligro la vida del binomio madre-hijo.

De esta manera se establecen parámetros de referencia hacia Riesgo Alto, los cuales no existían, mejorando la calidad y la oportunidad en la atención médica. Fueron identificadas pacientes con embarazos de riesgo alto en la evaluación inicial y en la subsecuente, algunas de las cuales se controlaron en la consulta prenatal, bajo estrecha vigilancia del médico general.

La infección urinaria activa y controlada, estuvo presente con una frecuencia muy importante, siendo uno de los factores que requieren de la vigilancia permanente del médico, por estar asociada y ser causa de partos de pre término y productos de bajo peso; además de ser frecuente origen de aborto, en el primer trimestre del embarazo. Otros factores como el aumento o la disminución de peso, generalmente asociados a bajos ingresos, madres solteras o sin cónyuge, son origen de deserción y/o abandono de la atención y vigilancia perinatal.

Un número importante de pacientes con el antecedente de cesárea previa, nos dio la oportunidad de

estrechar la vigilancia en la etapa final del embarazo. El conocer los factores de riesgo presentes durante la evolución del embarazo, realizar su vigilancia y control, modificarlos o hacerlos desaparecer, además de ser gratificante, generó una motivación a los médicos y los miembros del equipo de salud, para continuar con el programa. Este sistema, implementado inicialmente en el CIMIG en es susceptible de mejoras o adecuaciones para lograr un funcionamiento de calidad en el proceso de atención médica, tanto en la consulta prenatal con el médico general, como en el control de riesgo alto con los especialistas, hubo mejora en la relación con estos médicos que atienden el embarazo de riesgo alto, al referirles pacientes mejor clasificadas y con mayor oportunidad, todo a favor de la resolución adecuada del embarazo y la disminución de la morbilidad y mortalidad materno fetal.

2.7.2. Estudio realizado en Perú sobre conocimiento en gestante sobre señales de peligro

Los conocimientos fueron buenos, mayor de 70%; además, todas las gestantes afirmaron que la presencia de un signo de alarma amerita que acudan a un centro de salud de inmediato. En el presente estudio, las gestantes entrevistadas se caracterizaron por ser en su mayoría adultas y tener un nivel de educación de secundaria como mínimo, factores que se relacionan con mayor conocimiento. Una limitación importante a resaltar es que estos resultados solamente se remiten a las gestantes que son atendidas en el Hospital San Bartolomé, por lo que no pueden ser generalizados al resto de la población nacional.

Hemos logrado constatar que, ante el reconocimiento de los signos de alarma, un gran porcentaje de las gestantes acudiría a buscar atención médica en cualquier caso (86%), lo que nos habla de un importante punto en la disminución de la segunda demora, relacionada con la falta de oportunidad de decisión y acción. Sin embargo, en la sección de prácticas se observa que un poco menos de la mitad de los ítems no llegan al 70%, probablemente debido a que no se logra identificar varios signos como de alarma, esto relacionado a la primera demora, de falta de reconocimiento del problema, lo cual constituiría la posible causa principal de morbimortalidad materna perinatal en la población estudiada.

El estudio no evaluó el impacto del control prenatal en el mejor reconocimiento de signos de alarma. Sin embargo, el porcentaje de respuestas correctas en conocimiento de fiebre, vómito persistente, dolor abdominal y hemorragia fue similar a las que se obtuvieron en gestantes que sí recibían atención prenatal en un estudio previo. Esto puede explicarse en que, al realizarse en un hospital de referencia, hay una mayor incidencia de enfermedades que las hacen conocedoras de los signos de alarma de forma directa, como se corrobora en la presencia de signos de alarma en la presente gestación (hasta 33% para un determinado signo).

Los signos de alarma más importantes identificados fueron los relacionados a la hemorragia (sangrado vaginal), a la preeclampsia (dolor de cabeza, visión borrosa), al parto pre término (pérdida de líquido con olor a lejía) y a insuficiencia placentaria o estrés fetal (disminución de movimientos fetales). Con respecto al signo de alarma más importante y más frecuente que es el sangrado vaginal, se encontró resultados similares a estudios previos con porcentajes de 78%, 45,9%, 49,2% y 22,9%, que se explicaría porque estos casos son referidos a hospitales como el del estudio.

Las gestantes consideraron la presencia de convulsiones en la gestación como el signo de alarma más importante y en el que no dejarían de buscar atención; esto contrasta con otros estudios en las que las gestantes no reconocían a las convulsiones como un signo de alarma, con porcentajes de 1,7%, 4,7 % y 4,9%. Está marcada diferencia podría deberse a que en los estudios anteriormente mencionados la pregunta sobre signos de alarma era abierta, por lo que no era reconocido como el de más importancia frente a otros.

El signo de alarma que menos importancia tenía para las gestantes encuestadas fue el dolor abdominal o el dolor epigástrico, ya que menos de la mitad de ellas buscaría atención médica y aproximadamente la décima parte no acudiría a un servicio de salud en búsqueda de atención. Estos hallazgos son consistentes con los resultados de diversos estudios, en los cuales el dolor abdominal fue considerado como un signo de alarma por el 7% de gestantes, y en otro por el 10,2%. Sin embargo, en otras fuentes se observa lo contrario, siendo el dolor abdominal reconocido como el segundo signo de alarma más importante por más de la mitad de las gestantes encuestadas, y en otro, por el 75% de mujeres que había acudido a sus controles prenatales. Estas diferencias podrían estar en relación a la distinta educación prenatal recibida por las mujeres encuestadas en el presente estudio; sin embargo, a pesar de recibir controles prenatales, un porcentaje importante de estas mujeres desconocían este signo, por lo que es posible que no se haya enfatizado en la importancia de algunos signos de alarma.

Por otro lado, solo dos (1,3%) gestantes presentaron convulsiones, quienes acudieron inmediatamente al hospital o centro de salud, hallazgo que supera la incidencia de epilepsia en gestantes a nivel mundial (0,3 a 0,5%). Sin embargo, esto podría explicarse en el hecho que las gestantes encuestadas en nuestro estudio se encontraban hospitalizadas o en atención prenatal de un hospital materno-infantil.

Se observó que la quinta parte de gestantes estudiadas presentó sangrado vaginal en algún momento de la gestación y 84% de estas acudió a un servicio de salud. El sangrado vaginal fue el segundo signo de alarma motivo por el cual las pacientes acudirían en búsqueda de atención médica. Este signo es una manifestación de patologías, como embarazo ectópico, amenaza de aborto, aborto o enfermedad trofoblástica gestacional, si se presentase durante la primera mitad del embarazo, o

de enfermedades como placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, vasa previa, rotura uterina, entre otros trastornos propios de la segunda mitad del embarazo.

La cefalea es un síntoma muy frecuente en el embarazo, con tendencia a aumentar durante el tercer trimestre. Sus principales causas son la tensión y la migraña, que según estudios tiene una prevalencia de 86% a lo largo de la vida. Es importante la descripción semiológica de la cefalea (intensidad, tipo, tiempo, lugar, entre otros) y la presencia de otros síntomas asociados como náuseas, vómitos, síntomas visuales o auditivos que puedan orientarnos a una causa secundaria y potencialmente fatal como la preeclampsia.

Basado en los hallazgos del estudio, se concluye que la gran mayoría de las pacientes considera a los signos de alarma como indicadores de peligro para la madre y el feto, mientras que la totalidad de ellas sabe que de presentar uno de ellos, se debe acudir a un centro de salud de inmediato. Acorde con estos conocimientos, la mayoría de embarazadas siempre acudiría a un centro de salud u hospital de presentar algún signo de alarma. Además, los signos de alarma que se presentaron con mayor frecuencia fueron náuseas y vómitos intensos y repetidos, dolor de cabeza intenso o permanente, ardor al orinar, contracciones antes de las 37 semanas y sangrado vía vaginal; mientras que los signos de alarma por los que las gestantes acudieron de emergencia a un centro salud u hospital en mayor medida fueron convulsiones, no crecimiento de barriga conforme a la gestación, ardor al orinar, sangrado vía vaginal y fiebre.

Se recomienda realizar estudios posteriores de tipo cualitativo donde se evalúe las causas por las cuales, a pesar de poseer el conocimiento, algunas gestantes no acuden a los centros de salud, y estudiar la relación entre el conocimiento y las prácticas con el número de controles prenatales o las charlas recibidas sobre estos temas.

Estudio sobre Signos y síntomas de alarma obstétrica Acerca del conocimiento que tienen las mujeres, Servicio de Urgencias, Hospital General de Subzona 10, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guanajuato, México.

Resultados

Se entrevistó a 300 mujeres, 150 embarazadas y 150 no embarazadas, que se encontraban en control prenatal o médico en la Unidad de Medicina Familiar 53. Entre los grupos no existieron diferencias de edad ($p = 0.24$), ingreso económico ($p = 0.33$) ni escolaridad ($p = 0.05$).

Mujeres no embarazadas

La mediana de edad fue de 26 años (error estándar = 0.44, rango 17-40), 61.3 % (n = 92) tenía entre 20 y 29 años de edad, 29.3 % (n = 44) entre 30 y 39 años, 8.7 % (n = 13) entre 17 y 19 años; una mujer tenía 40 años.

Mujeres embarazadas

La mediana de edad fue de 25 años (error estándar = 0.4, rango 16-38); la mayor proporción de las mujeres (73.3 %) se encontraba en el grupo de 20 a 29 años (n = 110), 18.67 % (n = 28) en el de 30 a 39 años y 8 % (n = 12) en el de 16 a 19 años.

Identificación de signos de alarma obstétrica

Más de 86 % de las no embarazadas y 92 % de las embarazadas de todos los grupos de edad mencionaron conocer los signos de alarma para buscar atención de emergencia durante el embarazo, porcentaje que disminuyó al reconocer los datos de alarma durante el parto y más aún al preguntarles sobre los datos de alarma en el puerperio. No existió diferencia entre los grupos de edad para identificar signos de alarma durante el embarazo, parto o puerperio. Los principales signos o síntomas identificados como urgencia obstétrica por las mujeres no embarazadas fueron:

Embarazo: sangrado transvaginal 22.1 % (n = 90), cefalea 16.9 % (n = 69), dolor abdominal 12.3 % (n = 50), tinnitus 10.8 % (n = 44), ruptura de membranas 8.3 % (n = 34), hipomotilidad fetal 7.8 % (n = 32), fosfenos 4.2 % (n = 17), actividad uterina 4.2 % (n = 17), hipertensión 3.9 % (n = 16) y edema de extremidades 3.2 % (n = 13)

Las mujeres embarazadas identificaron los siguientes:

„ Embarazo: sangrado transvaginal 22.9 % (n = 114), cefalea 18.7 % (n = 47), tinnitus 11 % (n = 55), ruptura de amnios 10.8 % (n = 54), dolor abdominal 10.2 % (n = 51), hipomotilidad fetal 9.4 % (n = 47), fosfenos 3.4 % (n = 17), actividad uterina 3 % (n = 15), edema de extremidades 2.8 % (n = 14) y flujo transvaginal 2 % (n = 10).

Factores de riesgo que influyen en la identificación de signos de alarma obstétrica

En el grupo de mujeres no embarazadas, la única variable asociada con la identificación de signos de alarma obstétrica fue haber estado previamente embarazada ($p = 0.02$, $RR = 1.46$, $IC\ 95\ \% = 0.83-2.57$). En las mujeres embarazadas se encontró tendencia a la asociación con embarazo ($p = 0.07$) y partos previos ($p = 0.08$). Cuando se les cuestionó sobre los datos de alarma durante el embarazo, se encontró asociación con haber estado embarazada ($p = 0.03$, $\chi^2 = 4.37$, $B = 1.06$, $Z = 2.03$, $p = 0.04$, $OR = 2.92$). En cuanto el reconocimiento de datos de alarma al momento del parto, existió asociación con haber estado embarazada previamente ($p = 0.02$, $\chi^2 = 9.42$) y haber tenido partos previos ($p < 0.01$, $\chi^2 = 11.8$). Se encontró la misma asociación al preguntarles sobre los datos de alarma para buscar atención de emergencia en el puerperio ($p < 0.01$, $\chi^2 = 9.84$). El modelo de

regresión logística demostró relación entre el número de consultas recibidas durante el embarazo y la identificación de situaciones de emergencia durante el embarazo ($B = 1.37$, $Z = 2.8$, $p = 0.004$) y el parto ($B = 0.96$, $Z = 2.79$, $p = 0.005$) y el conocimiento de los signos de alarma obstétrica en general ($B = 2.46$, $Z = 8.82$, $p = 0.03$).

Conocimientos de signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio en mujeres en edad fértil y personal de salud.

Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá, Guatemala, agosto 2015.

Universidad Rafael Landívar

Se obtuvo una muestra significativa de las mujeres en edad fértil de la región, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión del presente estudio. La muestra fue de 65 personas y 10 salubristas. En su totalidad fueron mujeres.

El haber recibido información sobre señales de peligro está asociado con la edad de las mujeres ($P=0.0343$). Las mujeres con edad comprendida entre 21 a 30 años posee el mayor porcentaje de mujeres que ha recibido información (80.8%), le sigue el grupo más joven (14 a 20 años) con 60%, y luego el de 31 a 40 años con 50%, quedando de último el grupo de mayor edad (41 a 50 años) con 20%. El haber recibido información sobre señales de peligro también está asociado con la cantidad de gestas ($P=0.02037$). Un 28.6% de las mujeres con 6 o más gestas ha recibido información, mientras que el porcentaje de mujeres con menos de 6 gestas que ha recibido información es del 63.9%.

Conocimiento de las señales de peligro en el embarazo presenta asociación con haber recibido información respecto a las señales ($P=0.0055$). Un 70.8% de las mujeres que no recibieron información poseen un nivel de conocimiento malo con respecto a señales de peligro en el embarazo, mientras que el porcentaje en mujeres que recibieron información es de 31.7%.

El conocimiento de las señales de peligro durante el parto presenta asociación con el nivel de educación de las mujeres ($P=0.0008$). A mayor educación mejor es el conocimiento de las señales: un 57.1% de las mujeres con educación diversificada/universitaria posee un buen conocimiento de las señales, le sigue las mujeres con educación básica (29.4%), y luego las que tienen de 4º a 6º primaria (20.0%), quedando con el valor más bajo las que no tienen educación o llegaron a 3º primaria (15.4%).

El 63.1% de las mujeres entrevistadas refirieron haber recibido información acerca del tema. La principal fuente de información en estas mujeres fue obtenida del puesto de salud con un 60.9% seguido por información brindada por las comadronas en un 29.3 % y por ultimo medios de

comunicación con 9.8% y otros. Se determinó que el 49.2% de las mujeres en edad fértil encuestadas tenían un nivel bajo de conocimientos respecto a señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio, el 24.6% obtuvo un nivel medio y el 26.2% tenían un nivel alto.

No se encontró una diferencia significativa en cuanto a conocimientos sobre el tema entre mujeres primigestas y multíparas. El reconocimiento de los signos de peligro no se vio influenciado por el haber tenido más gestas, el nivel de conocimientos fue similar entre las mujeres que nunca han estado embarazadas y las mujeres que ya han tenido embarazos.

En el personal de salud el 10% obtuvo un mal conocimiento de signos de peligro, un 80% conocimiento medio y el 10% obtuvo un buen conocimiento. Tomando en cuenta que el personal de salud es la principal fuente de información acerca del tema en la región, deben reforzarse las capacitaciones al mismo, y se deben de aumentar las charlas educativas encontrando nuevos métodos de enseñanza para que sin importar el nivel de educación de las mujeres puedan aprender acerca del tema, y así evitar las complicaciones del embarazo.

“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS SEÑALES DE ALARMA Y CONDUCTA DE LA PACIENTE CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA ATENDIDA EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. ENERO-FEBRERO 2015”

Entre las causas de morbilidad materna extrema que motivaron el ingreso de la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos Maternos (UCIM), fueron: Preeclampsia-Síndrome de Hellp (45,0%), Sepsis (21,6%), Hemorragia (15,0%), Aborto (5,0%) y Otros (13,4 %). Similares resultados a los encontrados en años anteriores en la misma institución. Las señales de alarma que identificaron las pacientes con morbilidad materna extrema antes de acudir al servicio de emergencia del INMP, fueron Cefalea (56,7%), edema de manos y/o cara (45,0%), sangrado vaginal (35,0%), pérdida de líquido (31,7%) y visión borrosa como tinitus (23,3% para cada caso), lo cual se relaciona con las causas de MME que motivaron el ingreso de la paciente a la UCIM.

En relación al nivel de conocimiento de las señales de alarma en las pacientes con morbilidad materna extrema se encontró que más de la mitad del total de pacientes (66,7%), presentó un nivel regular de conocimientos, este resultado es debido principalmente a que las pacientes respondieron entre 7 a 10 preguntas en forma acertada, donde las pacientes en su mayoría respondieron erradamente lo siguiente: “si hay dolor tipo cólico en la región pélvica ¿se debe acudir al centro de salud más cercano?”, “¿debe la gestante soportar los síntomas de alguna enfermedad para no consumir medicamentos durante la gestación”, “¿el flujo vaginal con olor fétido, color amarillo, verde o blanco de aspecto espeso es una señal de alarma?”, “¿el aumento repentino de peso es un signo normal durante la gestación?”. Por otro lado, el 30% de las pacientes tuvo un nivel bajo de conocimiento, debido a que respondieron menos de 6 preguntas en forma correcta y solo 2 pacientes

tuvieron un nivel alto (3,3%), donde las pacientes respondieron acertadamente entre 11 a 14 preguntas. Así en el estudio de Amaya T,(10) se encontraron resultados similares en cuanto al conocimiento sobre el embarazo y signos de alarma en las gestantes no adolescentes presentando un conocimiento regularmente logrado. Distinto, fueron los resultado encontrados por Okour et al.(8), quien obtuvo como conclusión que el conocimiento de los signos de peligro y síntomas de complicación del embarazo entre las mujeres de Jordania fue bajo. En relación a la conducta, se encontró que la conducta frente a las señales de alarma en las pacientes con morbilidad materna extrema fue adecuada (76,7%), este resultado es debido principalmente a que las pacientes respondieron apropiadamente la conducta a 26 seguir como es el de acudir en forma inmediata al centro de salud más cercano, una vez identificado alguna señal de alarma. Por otro lado es importante destacar que el resto de las pacientes (23,3%), mencionaron que no hicieron nada donde 7 pacientes manifestaron que esperaron a “que llegue su familiar para tomar alguna decisión”, entre tanto las otras 7 pacientes pensaron “que se les iba a pasar”, lo cual connota una falta de información y sensibilización frente a las señales de alarma que se les tuvo que haber brindado durante la atención prenatal.

III. OBJETIVOS

3.1 GENERAL:

“Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de la población de Quetzaltenango sobre las señales de peligro del embarazo”

3.2 ESPECIFICOS:

- 3.2.1 Determinar el nivel de conocimientos de la población de Quetzaltenango sobre las señales de peligro del embarazo
- 3.2.2 Describir la actitud que presenta la población de Quetzaltenango ante las señales de peligro en el embarazo
- 3.2.3 Describir las practicas que tiene la población de Quetzaltenango sobre señales de peligro en el embarazo
- 3.2.4 Identificar las características personales de los sujetos de estudio.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Tipo de estudio:

Descriptivo, cuantitativo de corte transversal.

4.2 Universo:

Población de la cabecera de Quetzaltenango

4.3 Unidades de estudio:

Muestra de la población de la cabecera de Quetzaltenango

4.4 Selección de las unidades de estudio:

Probabilístico aleatorio simple con tamaño de población finita.

4.5 Tamaño de la muestra:

$$n = N \left[\frac{N(Z^2)x(P)x(q)}{d^2(N-1) + (Z^2)X(p)x(q)} \right]$$
$$n = 1.962 \left[\frac{(661475)x(1.962)x(0.50)x(0.50)}{0.03^2(661475-1)+(1.962x0.5x0.5)} \right]$$
$$n = 704$$

N= Tamaño de la población total, representa la desviación estándar de la población
Z = es el valor obtenido mediante niveles de confianza, es una constante 95% (1.962) es el valor mínimo aceptado para considerar la investigación como confiable
P= proporción esperada que es del 50%
q = 1-p
d = precisión 3%

4.6 Criterios de inclusión:

- a) Personas procedentes de Quetzaltenango
No importando el sexo
De 13 años en adelante
No importando su profesión u oficio
- b) Personas que se encuentren en lugares públicos

4.7 Criterios de exclusión:

- a) Personas que no deseen colaborar en el estudio
- b) Personas que vengan de otros departamentos

4.8 Variables:

- a) Variable independiente:
Personas que viven en Quetzaltenango
- b) Variable dependiente:
 - 1. Señales de peligro en el embarazo
 - Conocimientos
 - Actitudes
 - Prácticas
 - 2. Características personales de los sujetos de estudio
 - Edad
 - Ocupación
 - Sexo
 - Escolaridad
 - Estado Civil

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	SUB-VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO DE MEDICION	INDICADORES	FUENTE DE INFORMACION
Señales de peligro en el embarazo	Conocimientos	Es aquella información o saber que una persona posee y que es necesaria para llevar a cabo una actividad	Cuantitativa	Bueno Regular Malo	Boleta de Recolección de datos	Si No No Se	Boleta de Recolección de datos
	Actitudes	La actitud es una predisposición a actuar, el comportamiento es manifiesto.	Cuantitativa	Positivo Negativo	Boleta de Recolección de datos	Si No No Se	Boleta de Recolección de datos
	Prácticas	Es un conjunto de acción explícita y observable que se considera necesario realizar a fin de reducir o ayudar a resolver un problema específico.	Cuantitativa	Adecuado Inadecuada	Boleta de Recolección de datos	Si No No Se	Boleta de Recolección de datos
Características personales	Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento.	Cuantitativa	Continua	Boleta de recolección de datos	< 15 años 15 – 25 años 26 – 35 años >35 años	Boleta de recolección de datos
	Ocupación	Empleo, oficio o actividad desempeñada por una persona, que significa el ejercicio de funciones en un contexto de trabajo determinado.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos	Ama de casa Comerciante Estudiante Secretaria Otros (especificar)	Boleta de recolección de datos
	Genero	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres	cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos	Masculino Femenino	Boleta de recolección de datos
	Escolaridad	Ultimo año educativo aprobado	Cualitativa	Ordinal	Boleta de Recolección de datos	Primaria Básico Diversificado Universitario Ninguno	Boleta de recolección de datos
	Estado Civil	Convivencia con pareja o no según declaración de la propia persona	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos	Casado Soltero Divorciado	Boleta de recolección de datos

Fuente: Elaboración propia Instrumentos para la recolección de la información:

4.9 Boleta de recolección de datos del Trabajo de campo.

La boleta contiene dos apartados, en la primera sección encontramos los datos personales de los encuestados, en la segunda parte se redactaron preguntas para medir los conocimientos, actitudes y prácticas, sobre las señales de peligro en embarazo de la población de Quetzaltenango.

4.10 Procedimiento para la recolección de la información:

Se elaboró una boleta de recolección de datos la cual se llenó en el momento que autorizaron la investigación se pasaron a personas que se encontraban en lugares públicos y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión de la investigación, se explicó a cada persona cuales eran los objetivos de la investigación, y luego de ello se les proporciono un lapicero para que cada quien contestara la encuesta, la información recolectada se tabulo y se analizo.

4.11 Análisis de los resultados:

Los datos obtenidos fueron digitalizados en una base de datos, en el paquete estadístico de EpiInfo, a partir de estas se generaron tablas de distribución para las variables, además se obtuvieron estadísticos de pie según la variable, utilizando la fórmula de Chi-cuadrado con el objetivo de determinar que probable es que los resultados obtenidos podrían haber ocurrido sólo por el azar y calcula una medida de asociación entre dos variable dando así un valor estadístico, en la cual se utilizó un intervalo de confianza del 95%.

4.12 Aplicabilidad de los resultados:

Los resultados obtenidos podrán ser utilizados como apoyo para la identificación del conocimiento, las actitudes y las prácticas de la población de Quetzaltenango, sobre las señales de peligro en embarazo y con ello poner en práctica nuevos proyectos educativos sobre el tema para la población en general.

4.13 Limitaciones y posibles sesgos:

No se pueden dar sesgos en la investigación ya que la boleta de recolección de datos se revalido, previo a pasar las encuestas, se hizo una prueba con 20 boletas de recolección de datos, las cuales fueron contestadas por personas de Quetzaltenango las cual nos indicaron que tan entendible era, y que errores se deberían mejorar en base a esas correcciones ya se realizó la encuesta de la investigación.

VALIDACION Y ANALISIS DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LA POBLACION DE QUETZALTENANGO, SOBRE SEÑALES DE PELIGRO EN EL EMBARAZO.

Se decide realizar el estudio CAP iniciando con la elaboración del instrumento para la recolección de la información analizada, el cual consta de 25 preguntas de conocimientos, actitudes y prácticas, eligiendo enunciados conceptualmente apropiados y aprobados para su análisis.

Se construyen tres instrumentos de línea base de conocimientos, actitudes y prácticas con las siguientes características:

De conocimientos: 10 preguntas, con una escala de medición dicotómica, con puntaje de 1 sujeto 0-100%, clasificación del conocimiento: malo menor de 50% (1-5), regular de 51 a 75% (6-7), bueno 75-100% (8-10), de actitudes 10 preguntas con escala de medición tipo Likert de cinco puntos, rango de puntaje de menor de 60 % (1-3) negativa, 61-100%(4-5) positiva, y prácticas 5 preguntas con escala de medición de tipo Likert de 5 puntos con rango de puntaje de menor 60% (1-3) inadecuadas y de 61% a 100% (4-5) adecuadas. Para determinar la comprensión y verificar el contenido del instrumento se revalido.

Luego de aprobado el instrumento, se pasaron las boletas en centros comerciales, tomando encuestas los criterios de inclusión y de exclusión. Ya obtenida la información, se tabularon los datos por medio del programa de epiinfo, al finalizar se inició con el análisis.

El análisis se realizó por medio de la prueba de chi-cuadrado la cual nos permite determinar que probable es que los resultados observados podrían haber ocurrido sólo por el azar y calcula una medida de asociación entre dos variable dando así un valor estadístico, Esta probabilidad se llama el valor de p. Un valor-p muy pequeño significa que se tendría muy poca probabilidad de observar tal asociación, si este valor de p es más pequeño que un límite predeterminado (generalmente 1.005.

Si p es mayor de 1.005 el resultado es significativo, es decir que concluimos que ambas variables estudiadas son dependientes, y existe una relación entre ellas.

Luego se realizó la discusión de resultados.

V. RESULTADOS

Tabla No. 1
Conocimiento según edad

EDAD										
CONOCIMIENTOS	15-25		26-35		MAYORES 35		MENORES 15		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No	%	No.	%	No.	%
BUENO	131	46.7	89	31.6	44	15.6	17	6.04	281	39.9
MALO	145	57.5	72	28.5	13	5.15	22	8.73	252	35.7
REGULAR	93	54.3	51	29.8	16	9.35	11	6.43	171	24.2
TOTAL	369	52.4	212	30.1	73	10.3	50	7.10	704	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

EpilInfo: Chi-Cuadrado 19.4552

Tabla No. 2
Conocimiento según escolaridad

ESCOLARIDAD												
CONOCIMIENTOS	BASICO		DIVERSIFICADO		NINGUNA		PRIMARIA		UNIVERSITARIO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
BUENO	45	16.01	135	48.0	4	1.4	21	77.4	76	2.70	281	40
MALO	82	32.60	117	46.6	2	0.7	18	7.17	33	13.1	251	36
REGULAR	48	28.07	82	47.9	0	0.0	8	4.67	33	19.2	171	24
TOTAL	175	24.8	334	47.4	6	0.8	47	6.67	142	20.1	704	100

Fuente: Boleta de Recolección de Datos

EpilInfo: Chi-cuadrado 33.4711

Tabla No. 3

Conocimiento según Género

CONOCIMIENTOS	GENERO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
BUENO	168	39.8	117	41.4	285	40.4
MALO	157	37.2	99	35.1	256	36.36
REGULAR	97	23	66	23.6	163	23.15
TOTAL	422	100	282	100	704	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos

EpilInfo: Chi-cuadrado 1.0501

Tabla No. 4

Conocimiento según Estado Civil

CONOCIMIENTOS	ESTADO CIVIL							
	CASADO		DIVORCIADO		SOLTERO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
BUENO	119	38.8	0	0	162	40.9	281	39.9
MALO	112	36.7	0	0	141	35.6	251	35.6
REGULAR	75	24.5	2	1	93	23.5	170	24.1
TOTAL	306	100	2	100	396	100	704	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos

EpilInfo: Chi-cuadrado 6.5178

Tabla No. 5
Actitudes según Género

ACTITUDES	GENERO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
NEGATIVA	112	26.5	62	21.9	174	24.7
POSITIVA	310	73.5	220	78.1	530	75.3
TOTAL	422	100	282	100	704	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos

EpilInfo: Chi-cuadrado 1.1782

Tabla No. 6
Actitud según edad

ACTITUDES	EDAD									
	15-25		26 – 35		MAYORES 35		MENORES 15		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
NEGATIVA	94	25.6	58	27.23	7	10	15	28	174	24.7
POSITIVA	272	74.4	155	72.76	66	90	37	72	530	75.3
TOTAL	366	100	213	100	73	100	52	100	704	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos

EpilInfo: Chi-cuadrado 1096.59

Tabla No. 7
Actitudes según Estado Civil

ACTITUDES	ESTADO CIVIL							
	CASADO		DIVORCIADO		SOLTERO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
NEGATIVA	71	23.2	0	0	103	26	174	24,7
POSITIVA	235	76.79	2	100	293	74	530	75.2
TOTAL	306	100	2	100	396	100	704	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos

EpilInfo: Chi-cuadrado 1.6579

Tabla No. 8
Actitud según Escolaridad

ACTITUDES	ESCOLARIDAD											
	BASICO		DIVERSIFICADO		NINGUNA		PRIMARIA		UNIVERSITARIO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
NNEGATIVA	51	29.47	82	24.47	2	40	10	20.83	29	20.27	174	24.71
POSITIVA	122	70.53	253	75.53	3	60	38	79.17	114	79.73	530	75.29
TOTAL	173	100	335	100	5	100	48	100	143	100	704	1001

Fuente: Boleta de Recolección de datos

EpilInfo: Chi-cuadrado 5.2558

Tabla No. 9
Prácticas Según Género

PRACTICAS	EDAD									
	15-25		26-35		MAYORES 35		MENORES 15		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ADECUADAS	264	72.32	170	79.43	67	91.78	28	53.84	531	75.42
INADECIADAS	101	27.68	44	20.57	6	28.02	24	46.16	173	24.58
TOTAL	365	100	214	100	73	100	52	100	704	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos.

EpilInfo: Chi-cuadrado 3.5377

Tabla No. 10
Prácticas Según Edad

PRACTICAS	GENERO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
ADECUADAS	335	79.38	196	69.50	531	75.42
INADECUADAS	87	20.62	86	30.30	173	24.58
TOTAL	422	100	282	100	704	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos.

EpilInfo: Chi-cuadrado 24.7362

Tabla No. 11

Prácticas según Escolaridad

PRACTICAS	ESCOLARIDAD											
	BASICO		DIVERSIFICADO		NINGUNA		PRIMARIA		UNIVERSITARIO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ADECUADAS	115	66.86	255	76.11	3	60	35	72.91	123	85.41	531	75.42
INADECIADAS	57	33.14	80	23.89	2	40	13	27.09	21	14.59	173	24.58
TOTAL	172	100	335	100	5	100	48	100	144	100	704	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos.

EpilInfo: Chi-cuadrado 14.4516

Tabla No. 12

Prácticas según Estado Civil

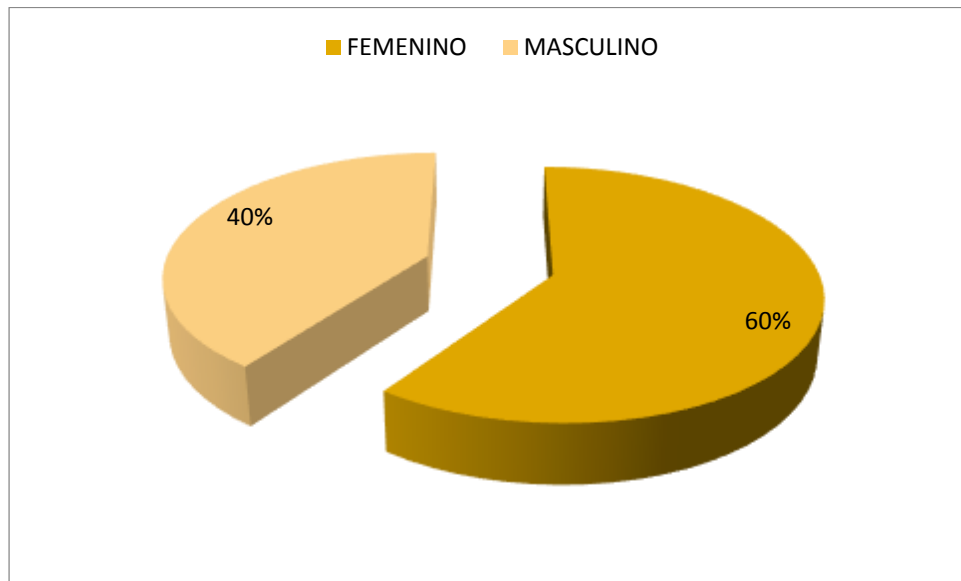
PRACTICAS	ESTADO CIVIL							
	CASADO		DIVORCIADO		SOLTERO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ADECUADAS	224	73.20	2	100	305	77	531	75
INADECIADAS	82	26.80	0	0	91	33	173	25
TOTAL	306	100	2	100	396	100	704	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos.

EpilInfo: Chi-cuadrado 1.8366

Gráfica No. 1

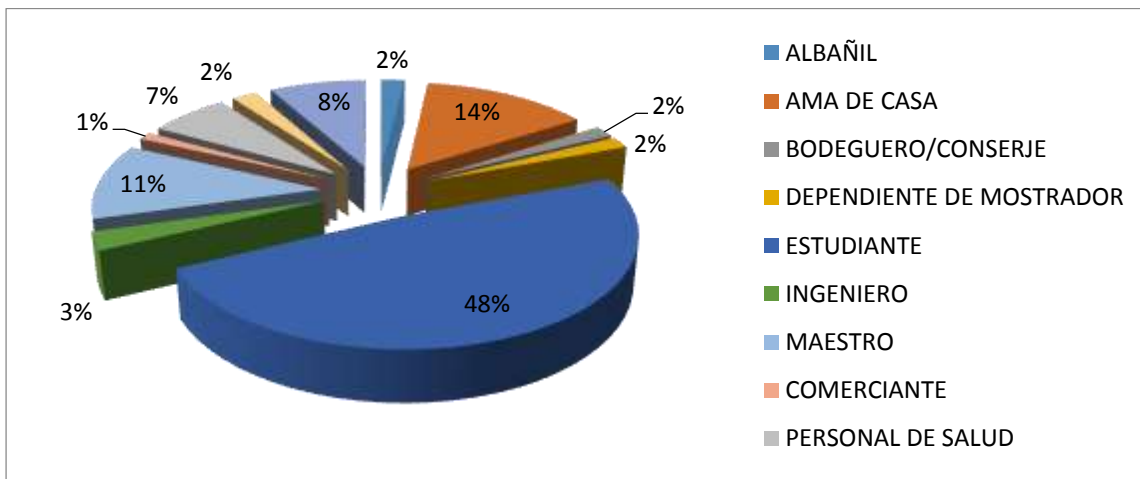
Genero



Fuente: Boleta de Recolección de Datos

Gráfica No. 2

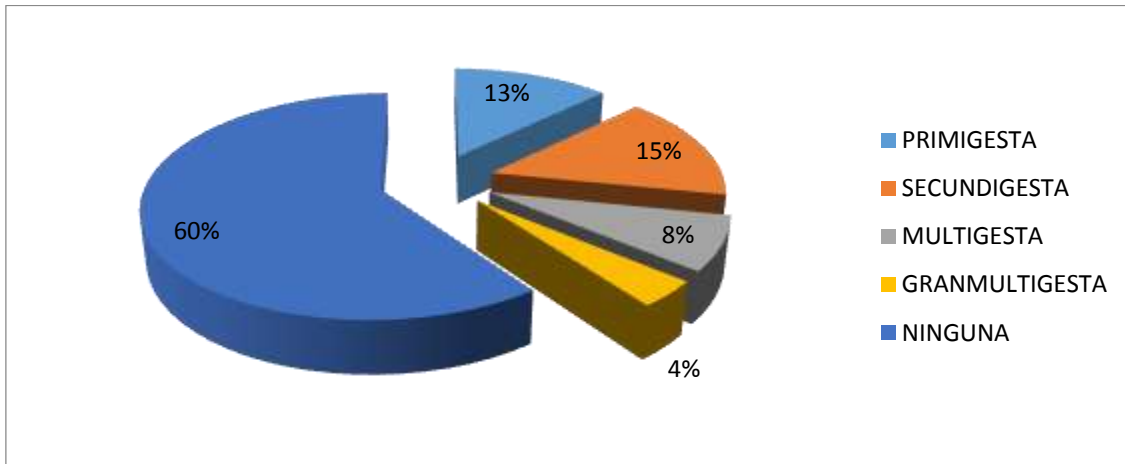
Ocupación



Fuente: Boleta de Recolección de Datos

Gráfica No. 3

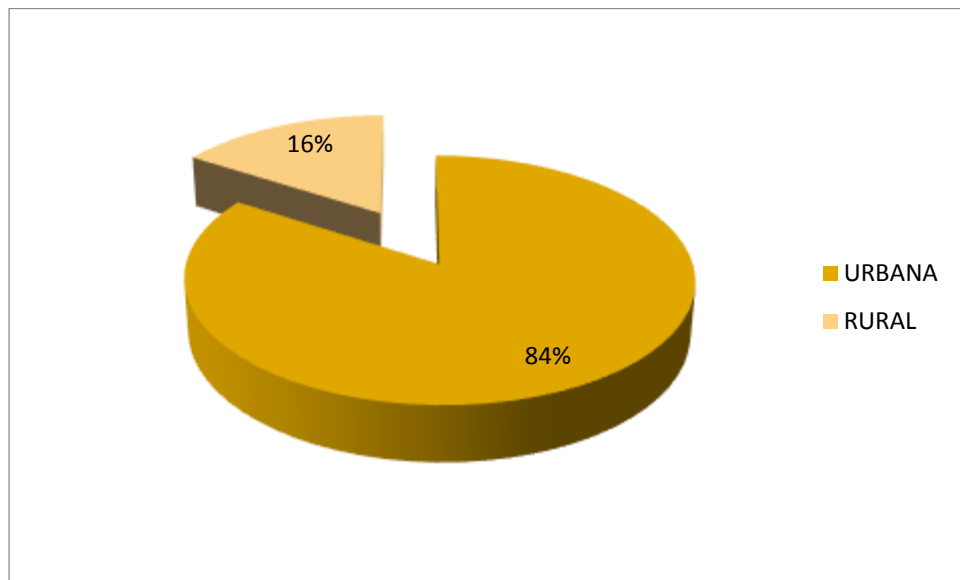
Gestas



Fuente: Boleta de Recolección de Datos

Gráfica No. 4

Área Geográfica



Fuente: Boleta de Recolección de Datos.

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

La mortalidad materna es multifactorial. Y existen distintos factores que no contribuyen a que las mujeres embarazadas busquen atención capacitada durante el embarazo parto y puerperio. Algunas de ellas son:

- ✓ Escasos recursos
- ✓ Falta de acceso a puestos de salud.
- ✓ Falta de información y conocimientos.
- ✓ Ausencia de servicios competentes
- ✓ Creencias y cultura.

La falta de reconocimiento de signos de peligro en el embarazo, parto y puerperio no es la única causa de mortalidad materna, pero si es una de las más importantes, esto nos fue demostrado en el modelo de cuatro demoras el cual indica que las mujeres mueren por causas prevenibles siendo alrededor del 35% de las mismas por falta de reconocimiento de las señales de peligro.

Por lo que el principal objetivo de este trabajo fue determinar el conocimiento, actitudes y prácticas sobre señales de peligro en embarazo en pobladores de Quetzaltenango.

Se obtuvo una muestra significativa de la población siendo estos un total de 704 personas del área urbana 84% y del área rural 16% que se encontraban en centros comerciales, del total de la población encuestada 60% son de género femenino y 40% masculinos, al momento de evaluar el conocimiento según género se determinó que el 40% de las mujeres poseían un conocimiento bueno, no habiendo diferencia significativa con respecto al género masculino ya que esto se ve reflejado en un 41%, conocimientos regulares ambos grupos poblacionales presentaron un 23%, y conocimientos malos en el género femenino 37% y masculino 36%. Al ser analizada la relación del conocimientos con el género pudimos determinar por la prueba de chi-cuadrado 1.0501, el mayor que el valor de p por lo cual podemos confirmar que hay una relación entre ambas variables, dándole un valor estadístico.

Al analizar los resultados se pudo establecer que menos del 40% de la población no posee conocimientos sobre las señales de peligro en embarazo lo cual es un porcentaje bastante significativo, siendo esto contrarrestado con la implementación de programas educativos para la población en general.

Es importante que los hombres posean conocimientos ya que en la cultura de nuestro país radica el machismo y en ocasiones los conocimientos y opiniones que pueda dar una mujer quedan en segundo plano, por lo cual al poseer conocimientos el hombre, como cabeza del hogar deberá reconocer las señales de peligro y llevar de forma oportuna a su pareja o familiar algún centro de atención en salud.

Según las edades las personas con mayor conocimiento están comprendidas entre los grupos etareos de 26-35 años y los mayores de 35 años, siendo bueno 42% y 60% respectivamente el nivel de conocimientos que posee cada grupo; con lo cual se evidencia que existe una relación directamente proporcional, ya que a mayor edad mayor nivel de conocimiento, dándole valor estadístico por medio de la prueba del chi-cuadrado ya que su valor en relación de ambas variables fue de 19.4552.

Cuando las personas poseen un nivel académico mayor, los conocimientos se amplían lo cual fue comprobado en este estudio, ya que las personas con conocimiento bueno son las personas con estudios a nivel universitario de diversificado, siendo estos en un 54% y 40% respectivamente.

Una actitud es un gesto exterior manifiesto que indica su preferencia y entrega a alguna actividad observable, es un predicado de un comportamiento futuro, por eso los esfuerzos deben estar destinados a inculcar o modificar actitudes, por lo cual en el presente estudio se evaluaron y analizaron las actitudes de los pobladores encuestados sobre las señales de peligro en el embarazo, pudiendo demostrar que las actitudes son positivas en ambos géneros, siendo en el género masculino de 78% y femenino en un 73%, siendo más elevado el porcentaje del género masculino, y confirmando la relación directamente proporcional entre mayor edad y actitudes positivas ya que el 91% de las personas mayores de 35 años tienen estas actitudes, seguidas con el 73% de las personas entre los 26-35 años y de igual manera en relación a la escolaridad, teniendo las mejores actitudes las personas con nivel académico universitario (80%). Sin embargo al comparar las actitudes con respecto al estado civil no se observa ninguna diferencia estadísticamente significativa, ya que las actitudes tanto de solteros como casados oscilan entre 70% y 75% respectivamente. Se realizó la prueba de chi-cuadrado de relación de la actitud con las diversas variables la cual dio un valor mayor al valor de P el cual es de 1.0501, lo cual nos confirma que hay relación entre las variables.

Una práctica es un conjunto de acción explícita y observable que una persona ejecuta en circunstancias específicas que es influenciada tanto por los conocimientos como por las actitudes, las cuales pueden ser adecuadas he inadecuadas en la población de Quetzaltenango las mujeres (79%) presentan mejores prácticas en relación a los hombres (69%).

En general en la población de Quetzaltenango se comprobó que el estado civil no es un factor influyente al momento de poseer conocimientos sobre señales de peligro, lo cual es completamente distinto a los resultados obtenidos en el estudio realizado en Lima Perú en año 2012 por la Universidad Nacional de San Martín, ya que el 77.4% de los encuestados en reconocer las señales de peligro eran casados.

Muchas veces la mujer habla por las experiencias vividas o por las costumbres de su hogar no por el conocimiento científico adquirido. Tal como lo expone Castillo y Pineda (2012) en su investigación que por las creencias y costumbres que vienen arraigadas con los años en la comunidad las mujeres actúan o realizan labores con base a conocimientos propios y no por lo que médicos les recomienden. Y debido a nuestra cultura el hombre se desliga de estos temas dedicándose la mayoría de tiempo al trabajo fuera de casa, sin embargo el 96% de los encuestados son del área urbana factor importante, que nos demuestra que ambos géneros tiene acceso a la información sobre señales de peligro en el embarazo, ya que en el presente estudio no hubo diferencia con respecto al género ya que ambos poseen el mismo nivel de conocimiento.

Otro factor de importancia y el cuál influye en los conocimientos sobre señales de peligro en el embarazo es la escolaridad, evidenciando que la mayoría de personas con conocimientos tenían estudios a nivel diversificado y universitario, lo cual de la misma manera se vio evidenciado en estudio realizado a mujeres en Sololá en el cual el conocimiento de las señales de peligro presenta asociación con el nivel de educación de las mujeres ($P=0.0008$). A mayor educación mejor es el conocimiento de las señales: un 57.1% de las mujeres con educación diversificada/universitaria posee un buen conocimiento de las señales, le sigue las mujeres con educación básica (29.4%), y luego las que tienen de 4º a 6º primaria (20.0%), quedando con el valor más bajo las que no tienen educación o llegaron a 3º primaria (15.4%).

Hay muchos estudios que en su mayoría involucran mujeres en edad fértil, embarazadas, personal de salud, sin embargo no se encuentran estudios en donde incluyan población en general, la mayoría no toma en cuenta sexo masculino, lo cual considero que es de importancia, ya que en nuestro medio la conducta del el hombre es fundamental, por lo cual es importante que tanto la embarazada como las personas de su entorno hombres, mujeres, sepan la importancia de las señales de peligro y como con ellas poder identificar una posible complicación que puede ser prevenible, y así salvar la vida de la madre y el feto, y contribuir a la reducción de las muertes maternas ya que son de gran impacto para la sociedad en general, el poseer conocimientos sobre un tema en general, nos permite tener mejores actitudes y prácticas, por lo cual es de suma importancia cambiar actitudes para mejorar la salud, y de la misma forma realizar estudios a nivel del área rural ya que es allí donde se tiene menos acceso a la información que es básica para toma adecuada de decisiones.

6.1. CONCLUSIONES

- 6.1.1 El nivel de conocimientos de la población de Quetzaltenango sobre las señales de peligro del embarazo, es un 40% bueno, 24% regular y 36% malo.
- 6.1.2 Las Actitudes de la población de Quetzaltenango ante las señales de peligro en el embarazo fueron positivas en un 77% y negativas en un 33%
- 6.1.3 Las practicas que tiene la población de Quetzaltenango sobre señales de peligro en el embarazo son Adecuadas en un 76% e Inadecuadas en un 24%
- 6.1.4 Según las características personales de los encuestados en su mayoría son del género femenino, del área urbana, son estudiantes, y de las mujeres entrevistadas la mayor parte no ha estado embarazada, son solteros, y las edades más frecuentes son entre los grupos etarios de 15-35 años, y poseen estudios de diversificado y universitarios.

6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1 Realizar publicidad sobre las señales de peligro en el embarazo mediante medios de comunicación, radio, televisión, y redes sociales ya que actualmente es una de las formas más rápidas y eficientes de poder llevar cualquier tipo de información.

6.2.2 Realizar un estudio sobre conocimientos actitudes y prácticas sobre señales de peligro en el embarazo, en área rural para determinar en nivel de conocimiento en estos lugares, ya que es allí en donde se presentan las principales complicaciones, y son los lugares que tienen menos acceso al personal de salud.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aragón, Magda (octubre de 2013). «Cuando el día se volvió noche; La erupción del volcán Santa María de 1902». *Revista Estudios Digital* (Guatemala: Escuela de Historia, Universidad de San Carlos) (No. 1). Consultado el 7 de noviembre de 2014.
2. Diccionario Nacional de Guatemala 2012
3. 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. *Bol Epidemiol (Lima)*. 2012; 21(26). Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletines/2012/26.pdf>.
4. *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida*, 2016
5. Flores Bazán, Nataly. Ylatoma Meléndez, Carmit. "Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el centro de salud morales, junio – setiembre 2012". tesis. Universidad Nacional de San Martín. Facultad de ciencias de la salud. Escuela académica profesional de obstetricia. Perú. (2012). Disponible en: http://biblioteca.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyectox/archivo_77_Binder1.pdf
6. Gaitán L. Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, *Boletín Sanitario de Guatemala*. 1940; 48(11):13.
7. García, Juan. Montañez Martín. Signos y Síntomas de alarma obstétrica. Acerca del conocimiento que tienen las mujeres. *Práctica Clínica Quirúrgica*. Instituto Mexicano de Seguridad Social. México. *Revista Médica Instituto Mexicano de Seguro Social*. 2012; 50 (6): 651-657. Disponible en: http://fullnulled.com/doc/pdf/download/www__medigraphic__com--pdfs-imss--im-2012--im126l.pdf
8. Guatemala. Ministerio de Salud Pública Asistencia Social. Programa de comadronas del departamento del Quiché, Santa Cruz del Quiché. Guatemala: MSPAS; 2011.
9. Hoque M, Hoque ME. Knowledge of danger signs for major obstetric complications among pregnant KwaZulu-Natal women: implications for health education. *Asia Pac J PublicHealth*. 2012 Nov; 23(6):946-56.
10. . Hiperemesis gravídica. Servei de Medicina Materno-Fetal. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia. Hospital Clínic de Barcelona. Disponible en: http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/hiperemesis%20gravidica.pdf 2014
11. Implementación de la vigilancia de morbilidad materna extrema. Ministerio de Salud Dirección General de Epidemiología, Red Nacional de Epidemiología – Boletín N° 51

Volumen 21 – Semana Epidemiológica N° 51 (del 16 al 22 de diciembre de 2012)
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2012/51.pdf>.

12. (Near Miss), en el Perú Palacios K. Morbilidad materna en primigestas adolescentes y adultas jóvenes, Instituto Nacional Materno Perinatal 2010. [Tesis de grado]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2012.
13. Mejía A, Téllez G, Gonzáles A. Morbilidad materna extrema (near miss) y muertes maternas. ArchInv Mat Inf 2012; 4(3): 146-153.
14. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Vigilancia de la embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil para identificación de las muertes maternas. 2da. Edición. Guatemala, C.A. 2013
15. Normas de atención en salud integral 2012
16. Navarro M. Nivel de conocimientos teórico y práctico Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2013
17. Nerio, Mauricio, et al. Conocimiento sobre signos y síntomas de alarma y las complicaciones en el embarazo por parte de las usuarias en estado gestacional que asisten a la Unidad de salud Dr. Mauricio Sol Nerio, en el barrio San Jacinto, departamento de San Salvador, de abril a junio del 2014. Universidad El Salvador, facultad de medicina, escuela de tecnología médica. (2014). Disponible en: ri.ues.edu.sv/131/1/10135980.doc.
18. Okour A, Alkhateeb M, Amarin Z. Awareness of danger signs and symptoms of pregnancy complication among women in Jordan. Int J GynaecolObstet. 2012 Jul; 118(1):11-4.
19. Organización Mortalidad Materna. Nota descriptiva N°348. Mayo de 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
20. Organización Panamericana de la Salud. [Sitio web]. Medios y salud: la voz de los adolescentes. Informe regional, diciembre 2003. [Consultado en junio de 2012]. Disponible en www.paho.org/Spanish/AD/FCH/CA/VozAdolescentes.pdf
21. Parra Pineda, Mario Orlando. El control prenatal. Capítulo5. Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/28/Cap_5.pdf
22. Pérez C, Pardo J, Valencia R, Ponce L, Bravo E. Boletín Epidemiológico N° 7: Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema. Agosto del 2012
23. Procurador de los derechos humanos. La situación de la mortalidad materna en Guatemala. Derecho a la salud de las mujeres. Guatemala (2013). Disponible en: [http://www.osarguatemala.org/userfiles/INFORME%20MM%20FINAL%20P DH.pdf](http://www.osarguatemala.org/userfiles/INFORME%20MM%20FINAL%20P%20DH.pdf)
24. Rodríguez E., Andueza G., Rosado L., Ortiz E., Hernández B. Efecto de una intervención comunitaria para mejorar conocimientos sobre signos de alarma de complicaciones a ternas en mujeres mayas de Yucatán, ensayo controlado, aleatorizado. Revista de investigación clínica. 2012, 64(2), 154-163.

25. Sala Situacional 2014. Instituto Nacional Materno Perinatal. http://inmp.gob.pe/images/archivos/Epidemiologia/2014/sala/Sala_Situacional_2014_32.pdf 9
26. Suazo M. Fondo de Población de la las Naciones Unidas. [en línea]. Guatemala: UNFPA, CERIGUA; 2013. [accesado 10 Jul 2011]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Fondo_de_Poblaci%C3%B3n_de_las_Naciones_Unidas
27. Torres N, Caicedo X. Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas influyentes en la aparición de discapacidades de origen prenatal entre la población en edad reproductiva en la ciudad de Ibarra. Pre Natal Ecuador 2005. [Consultado en mayo de 2012]. Disponible en <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/PEC%20INFORME%20ESTUDIO%20KAP%20IMBABURA.pdf>
28. USAID
29. Uribe, Roberto. Mortalidad Materna. Universidad Nacional Autónoma de México. (2012). Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/01_ene_2k9.pdf
30. . Vargas, Diana. Rubio, Jorge. Aborto. Obstetricia Integral. Tomo I, II. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/3/9789584476180.01.pdf>



VIII.ANEXOS

HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE SAN JUAN DE DIOS QUETZALTENANGO
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS EN LA POBLACION DE QUETZALTENANGO SOBRE SEÑALES DE PELIGRO EN EMBARAZO

No. De boleta

DATOS GENERALES

NOMBRE:

EDAD:

OCUPACION:

ESTADO CIVIL:

ESCOLARIDAD:

GENERO:

GESTAS:

AREA RURAL:

AREA URBANA:

Instrucciones: Conteste según sus conocimientos las siguientes preguntas

Sección I: CONOCIMIENTOS

1. Sabe lo que son las señales de peligro en el embarazo.	SI	NO	NO SE
2. Conoce algunas de las señales de peligro que se pueden presentar durante el embarazo.			
3. Las náuseas y vómitos son normales después de los primeros tres meses del embarazo.			
4. Cree que es normal tener fiebre durante el embarazo.			
5. Considera que la disminución de movimientos fetales en el embarazo es señal de alarma.			
6. Cree usted que la presencia de dolor de cabeza en el embarazo nos puede indicar una señal de alarma.			
7. Considera que la presencia de hemorragia es normal en el embarazo.			
8. Cree que la salida de líquido en el embarazo puede tener como consecuencia alguna complicación			
9. Si una embarazada presentara visión borrosa lo consideraría como normal			
10. Durante el embarazo es normal el dolor en la boca del estomago			

Sección II: ACTITUDES

1. Considera usted que la información sobre señales de peligro en el embarazo es importante	SI	NO	NO SE
2. Considera usted que al presentar una mujer embarazada alguna señal de alarma es suficiente con los cuidados de la casa.			

3. Si alguien en estado de gestación presentara una señal de alarma, le aconsejaría consultar con la comadrona.			
4. Si alguien en estado de gestación presentara una señal de alarma, le aconsejaría ir al centro de salud más cercano o al hospital.			
5. Usted cree que es importante que se hable sobre señales de peligro durante el control prenatal			
6. Si un embarazada presentara algún signo de alarma se aconsejaría que esperara hasta la cita de control para consultar.			
7. Si alguien con embarazo presentara dolor de cabeza, y visión borrosa le diría que tomara algún medicamento y espera a que se mejore.			
8. Cree que la salida de líquido en el embarazo puede tener como consecuencia alguna complicación			
9. Considera importante que tanto el hombre como la mujer reciban información sobre señales de peligro en el embarazo.			
10. Considera que el control del embarazo es importante			

Sección III: PRÁCTICAS

1. Ha aconsejado a alguna embarazada con señales de peligro a acudir al hospital o centro de salud más cercano.	SI	NO
2. Ha escuchado por algún medio de comunicación o por algún otro medio sobre señales de peligro en el embarazo		
3. Ha acudido o aconsejado acudir a control prenatal con una comadrona		
4. Cree que la mejor opción para llevar el control prenatal es con un medico		
5. Le gustaría recibir charlas o más información sobre señales de peligro en el embarazo		

Conocimientos:	Menor de 50% (1-5)	Malo
	51-75% (6-7)	Regular
	Mayor de 75% (8-9)	Bueno
Actitudes:	Menor 60% (1-3)	Negativa
	Mayor 50% (4-5)	Positiva
Prácticas:	Menor 50% (1-3)	Adecuadas
	Mayor 50% (4-5)	Inadecuadas

PROPUESTA PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA POBLACION DE QUETZALTENAGO, SOBRE SEÑALES DE PELIGRO EN EL EMBARAZO.

Elaborar una carta o memorándum de parte del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Occidente, dirigida al Área de Salud de Quetzaltenango, dando a conocer los resultados obtenidos en la presente tesis, enfatizando puntos primordiales como lo son:

- Que a diario mueren más de 800 mujeres a consecuencia del puerperio y el embarazo
- El 99% de las muertes se dan en países en vías desarrollo como lo es Guatemala.
- El modelo de las cuatro demores nos demuestra que un 35% de las muertes maternas se dan por falta de reconocimiento de señales de peligro en el embarazo y 30% por una toma de decisión tardía.
- Los conocimientos en la población de Quetzaltenango en general tanto del sexo femenino como masculino tuvieron un nivel de conocimiento bueno en un 40%, regular en un 24% y malo en un 36% rangos muy bajos ya que el conocimiento es el saber que nos permite tomar una actitud o realizar una práctica.
- Las actitudes fueron positivas en un 77% y negativas en un 33%
- Las prácticas adecuadas en un 76% e inadecuadas en un 24% lo cual puede ser consecuencia de que en nuestro medio se actúa impulsivamente o por empirismo.

De aquí la importancia de tomar nuevos proyectos para mejorar la información a la población en general sobre las señales de peligro en el embarazo y con ello disminuir la morbi-mortalidad materna. Ya que el estudio fue realizado en la cabecera de Quetzaltenango y en lugares públicos se puede empezar a dar información por este medio, realizando cadenas en internet, llevando videos y audios a los bancos, centros comerciales, clínicas privadas, hospitales públicos, y luego recabar nuevamente información para observar las mejores que se han logrado.

También propongo realizar un estudio a nivel del área rural que es el lugar en donde las mujeres sufren mayor complicaciones, sin embargo no sabemos exactamente si es por el reconocimiento de señales de peligro, o por el acceso de centros de atención en salud.

PERMISO DE AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El Autor concede permiso para producir total o parcialmente y por cumplir medio la tesis titulada **“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LA POBLACION DE QUETZALTENANGO, SOBRE SEÑALES DE PELIGRO EN 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.