

RESUMEN

Introducción. En el servicio de urgencias de TOCO-cirugía del HGR 1, Querétaro, las principales causas de morbimortalidad materno-perinatal se deben a datos de alarma obstétrica; se reconoce que en su mayor parte son prevenibles mediante una atención médica adecuada que incluya la detección oportuna de posibles complicaciones, pero principalmente otorgando la educación suficiente para identificar dichos datos. Objetivo. Identificar el nivel de información de las embarazadas sobre los datos de alarma obstétricos. Material y Métodos. Se realizó un estudio transversal descriptivo, en 118 pacientes embarazadas que acudieron a control prenatal en una unidad de Medicina Familiar del IMSS, en el periodo de noviembre del 2002 a febrero del 2003. El muestreo fue probabilístico estratificado. Se aplicó un cuestionario para evaluar el nivel de información sobre los datos de alarma obstétricos y para la identificación de variables sociodemográficas, número de gestas y de consultas de atención prenatal recibidas. El plan de análisis incluyó medias, desviación estándar, porcentajes e intervalo de confianza al 95%. Resultados. La edad promedio de las pacientes estudiadas fue de 26.9 ± 5.2 años. Con secundaria 39.8%; la información fue otorgada principalmente por el médico familiar 32.2%. El nivel de información sobre los datos de alarma obstétrica fue bueno 3.4%, regular 34.2% y malo 61%. El síntoma más reconocido fue el sangrado transvaginal 85.6%. Conclusiones. Las pacientes embarazadas identifican deficientemente los datos de alarma obstétrica, por lo que la educación para la salud tiene una amplia oportunidad en la etapa reproductiva que requiere de participación intensa del equipo multidisciplinario.

Palabras Clave. Nivel de información, datos de alarma obstétrico

SUMMARY

Introduction. In the emergency services operating room, inside Regional General Hospital, Querétaro, the main causes of mother-perinatal morbidity are the consequence of obstetric alarm data. It is recognized that they can almost always be prevented by means of an adequate medical care, including a timely detection of possible complications, but mainly providing the necessary education to identify such cases. Objective. Identify the information level of pregnant women about obstetric alarm data. Material and Methods: A transversal descriptive study was performed, from November 2002 to February 2003, by means of a random probabilistic sampling, with 118 pregnant patients that attended their prenatal control in Family Medical Unit 16, IMSS, Querétaro. A questionnaire was applied on them to evaluate their level of information about obstetric alarm data, as well as their information source and acknowledgement of the actions performed in the mother-infant modules and the social work, in which we identify their socio-demographic variables, number of pregnancies, and the prenatal consults received that could determine a certain level of information. The analysis plan included means, standard deviations frequencies and charts, as well as the X^2 test. Results. Average age was 26.9 ± 5.2 years; schooling grade was secondary in 39.8%; 44.9% were housewives. The level of information about obstetric alarm data was good in a 3.4%, fair in 34.2% and low in 61%. Information was provided mainly by the family doctor in 32.2% ; the best-known symptom was trans-vaginal bleeding in 85.6%, and the activities performed by the mother-infant nurse and social worker modules were acknowledged in 68.6% and 72% each. We found a statistically significant difference between the information level and the number of consults ($X^2 = 13.9$, $p = 0.0001$), occupation ($X^2 = 4.78$, $p = 0.02$), and education level ($X^2 = 13.9$, $p = 0.0001$). No statistical significance was found between the number of pregnancies and the information level ($X^2 = 0.40$, $p = 0.05$). Conclusions. Pregnant patients do not identify the obstetric alarm data, so health education has a broad opportunity area in the reproductive stage, demanding an extreme participation of the multi-task team.

Key Words. Information level, obstetric alarm data.

DEDICATORIA

A mi pequeña Rebeca Montserrat, porque su existencia es el estímulo que me impulsa, me mantiene y me levanta.

A la confianza, esfuerzo, pero sobretodo al amor de mis padres.

A la comprensión, paciencia, compañía y amor de mi esposo.

A Dios por mi vida y todos los privilegios que como ser humano me ha otorgado.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Martha Leticia Martínez Martínez porque profesionalmente es un ejemplo para los médicos que iniciamos nuestra formación; como maestra posee la capacidad de enseñar, guiar con paciencia y tolerancia a cada uno de sus alumnos, dispuesta a siempre aprender más para posteriormente transmitirnos sus conocimientos ; como asesora invirtió sus conocimientos, su tiempo y ayuda incondicional de principio a fin en este trabajo; pero lo más maravilloso en ella resulta ser su calidad humana: amiga fiel, quien escucha y apoya con el corazón para posteriormente ayudarnos a levantar... Mil gracias.

Al Dr. Jorge Velázquez Tlapanco por siempre indicarme el camino, por su ayuda y consejos.

A mis padres, porque a pesar de 28 años transcurridos nunca han soltado mi mano, su amor incondicional y sabios consejos, me han ido acompañando en todas las etapas de mi vida, sin ellos no hubiera podido realizar y concluir este ciclo, el cual fortalece las bases de mi vida profesional, enriquece mi persona y debilita mi ignorancia.

A mi esposo e hija por haber comprendido y tolerando mis deficiencias como madre y esposa que probablemente derivaban de mis deseos de superación.

INDICE

	Página
Resumen.....	i
Summary.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos.....	iv
Índice.....	v
Índice de cuadros.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
I.1 HIPÒTESIS.....	5
I.2 OBJETIVO GENERAL.....	5
I.3 OBJETIVOS ESPECÌFICOS.....	5
II. REVISIÓN DE LITERATURA.....	6
II.1 Generalidades.....	6
II.2 Vigilancia del embarazo.....	8
II.3 Repercusiones de un nivel de educación deficiente.....	9
III. METODOLOGÍA.....	17
III.1 Tipo de estudio.....	17
III.2 Mediciones y análisis.....	17
III.3 Análisis estadístico.....	18
III.4 Aspectos éticos.....	18
IV. RESULTADOS.....	19
IV.1 Presentación de cuadros.....	21
V. DISCUSIÓN.....	32

VI. CONCLUSIONES.....	35
VI. 1 PROPUESTAS.....	37
BIBLIOGRAFIA.....	39
ANEXOS.....	42

ÍNDICE DE CUADROS

No. de cuadro	Página
4.1	Datos sociodemográficos.....21
4.2	Porcentaje de edad distribuida por grupos.....22
4.3	Porcentaje de acuerdo a la ocupación.....23
4.4	Porcentaje de acuerdo a la escolaridad.....24
4.5	Porcentaje de acuerdo al número de gestas.....25
4.6	Evaluación de control prenatal según el número de consultas.....26
4.7	Fuente de información de los datos de alarma obstétrica27
4.8	Porcentaje de identificación de las actividades de los servicios complementarios del control prenatal.....28
4.9	Porcentaje de identificación de los cada uno de los datos de alarma.....29
4.10	Nivel de información de las embarazadas en control prenatal en la UMF 16.....30
4.11	Comprobación de hipótesis mediante prueba de Z para una población.....31

I. INTRODUCCIÓN

La concepción moderna y el enfoque actual de la salud reproductiva en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) concede alta prioridad a las actividades destinadas al cuidado de la salud materna, tanto por su importancia para el bienestar del núcleo familiar como la magnitud, en cuanto a su trascendencia. Los daños a la salud materna tienen profundas repercusiones desfavorables en el bienestar perinatal, en las posibilidades de supervivencia infantil y en la salud general del núcleo familiar (Guía diagnóstico terapéutica para la atención prenatal en medicina familiar, 1998).

Las madres se encuentran entre los grupos más vulnerables en términos de morbimortalidad, debido a las condiciones especiales en que se encuentran, durante la etapa del embarazo, relacionados con los procesos biológicos de la reproducción, los cambios fisiológicos que se producen durante el estado grávido puerperal colocan a las mujeres embarazadas en condiciones de gran susceptibilidad para ser afectadas, con el impacto adicional consecuente en el producto de la concepción.

La vigilancia prenatal tiene como objeto descubrir y tratar oportunamente las enfermedades exclusivas del embarazo, instruir a la mujer embarazada en embarazo de evolución normal y sus patologías, concientizar la importancia de acudir puntualmente a las consultas necesarias para proporcionarle atención médica integral, desde el comienzo de la gestación, aspectos de higiene, alimentación, vestido, persona y por supuesto la sexual. (Guía diagnóstico terapéutica para la atención prenatal en medicina familiar 1998; Programas integrados de salud, Guía técnica, Mujeres de 20 a 59 años; Aguilar, 2005)

El control prenatal deberá iniciarse tan pronto como se diagnostique el embarazo, participando el médico familiar y la enfermera materna infantil (EMI); quienes realizarán actividades educativas, preventivas y asistenciales durante la

vigilancia del embarazo, las asistentes médicas; efectuarán actividades educativas exclusivamente.

Deberá darse atención a la explicación cuidadosa de los cambios fisiológicos durante las diferentes etapas del estado grávido puerperal y sobre la identificación de signos y síntomas de alarma de las principales complicaciones que pueden aparecer durante el embarazo.

La educación materna es objetivo fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal (Ortigoza, 1996; Sánchez, 2005).

Constituyen puntos ineludibles el reconocimiento de los signos y síntomas de alarma. La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación, de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al servicio obstétrico donde atenderá su parto.

La Identificación adecuada de los signos de alarma de complicaciones en el embarazo incluye el sangrado transvaginal y sacrodinia por amenaza de aborto, vómitos con frecuencia mayor de 6 por día, contractilidad uterina dolorosa, cervicovaginitis, infección de vías urinarias, sangrado transvaginal con o sin dolor, durante la segunda mitad del embarazo, que puede ser manifestación de placenta previa o de desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas amnióticas, cefalea intensa y persistente, acúfenos, fosfenos, dolor epigástrico, que pueden ser manifestaciones de pre-eclampsia, la disminución en la frecuencia e intensidad de los movimientos fetales espontáneos percibidos por la embarazada, particularmente en el tercer trimestre del embarazo, que pueden ser manifestación de sufrimiento fetal crónico con peligro de muerte fetal

intrauterina. (Programas integrados de salud, Guía técnica, Mujeres de 20 a 59 años; Manual de Normas y Procedimientos de Salud reproductiva y materno-infantil; Ortigoza 1996).

El programa de atención prenatal, con inicio desde el primer mes de embarazo y consultas médicas una vez por mes hasta el parto, permite identificar complicaciones del embarazo y establecer medidas preventivas oportunas de acuerdo con la situación de la embarazada (Sánchez, 2005).

En la actualidad se reconoce que en su mayor parte las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permita la identificación y control de los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal; así como a través de la detección oportuna de las complicaciones del embarazo para su tratamiento adecuado o referencia oportuna a niveles superiores de atención. Por ello, la actualización constante y la aplicación de criterios y procedimientos médicos uniformes durante la vigilancia prenatal resulta indispensable para continuar la mejoría de los niveles actuales de la salud materno infantil en nuestra institución (Ortigoza, 1996; Villanueva, 2000; Sánchez, 2005).

El servicio de urgencias de ginecobstetricia del HGR No 1, Querétaro reportó que en el 2001, el 31.01% de las atenciones que otorgó, correspondieron a entidades nosológicas que complican el embarazo, situándose dentro de las 10 principales causas consultas debidas a datos de alarma obstétrica (SIMO HGR 1 IMSS, 2001).

Durante el periodo comprendido de enero a diciembre del 2001, en la UMF 16 , el Sistema Único de Información (SUI), reportó 17,641 consultas que correspondieron a supervisiones de embarazo, 2195 consultas de primera vez y 15 446 subsecuentes a cargo del médico familiar, de las cuales un total de 4798 consultas de control prenatal atendió el módulo de materno infantil por ser catalogadas como embarazo de bajo riesgo, se les otorgaron 205 pláticas de

orientación por parte del servicio de Trabajo social. Cifras que superaron las metas esperadas para dicho año. (Sistema Único de Información, UMF 16, 2001)

El 10% de las consultas que se otorgaron en la UMF 16 en el 2001, fueron de control prenatal, llevados de forma cuantitativa satisfactoriamente puesto que se alcanzaron las metas establecidas para dicho año. Sin embargo, a pesar del avance alcanzado los registros hospitalarios del servicio de Ginecobstetricia del HGR No. 1 IMSS, durante el mismo año, mostraron en los primeros lugares entidades nosológicas como el sangrado transvaginal, la amenaza de parto pretérmino, la ruptura de membranas y la infección de vías urinarias, que al parecer no fueron modificadas por las acciones preventivas aplicadas de parte de los organismos sanitarios, o bien, las acciones educativas a través del médico familiar y los diferentes servicios que complementan el control prenatal resultan deficientes.

En el servicio de urgencias de TOCO Cirugía del Hospital General Regional No. 1 del IMSS , durante el año 2001 atendió dentro de las causas más frecuentes de consulta las siguientes: hemorragia en el embarazo 5.15%, amenaza de aborto 5.15%, infecciones genitourinarias 4.61 %, ruptura prematura de membranas 4.09% , falso trabajo de parto 3.71%, infección de vías urinarias 3.71%, abortos no especificados 2.26%, hipertensión gestacional con proteinuria y preeclampsia 1.53%, placenta previa 0.50% y atención materna por muerte intrauterina 0.30%. Porcentajes que en suma representaron un total de 31.01% que corresponden a 10,519 consultas atendidas, cifra significativa si consideramos que se realizan 16,260 (47.97%) consultas por atención de parto.

El presente estudio, pretende conocer el nivel de información sobre los datos de alarma obstétricos que ponen en riesgo el binomio del embarazo, para poder aplicar estrategias pertinentes que repercutan en un adecuado bienestar materno-infantil.

I.1 HIPÓTESIS

El 80 % de las pacientes embarazadas que acuden a la UMF identifican los signos de alarma obstétricos.

El 60% de las pacientes obtienen la información sobre los datos de alarma obstétricos de la consulta externa por su médico familiar.

I.2 OBJETIVO GENERAL

Identificar el nivel de información de las embarazadas, sobre los datos de alarma obstétricos.

I.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los datos de alarma más conocidos por las pacientes.
2. Identificar la fuente de donde proviene la información de los datos de alarma obstétricos.
3. Determinar el número de consultas recibidas en el control prenatal.
4. Identificar el nivel de información sobre el envío y las acciones que realiza el personal de enfermería del módulo materno-infantil.
5. Determinar el nivel de información sobre el envío a trabajo social durante su control prenatal.
6. Identificar las variables sociodemográficas.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

II.1 Generalidades

En México durante 1995, las causas más frecuentes de egreso hospitalario en la población de 15 a 44 fueron las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, representando 60% del total de egresos. En este periodo se produjeron 1454 muertes maternas de las que 28% se debió a preeclampsia y sus complicaciones (Villanueva, 2000; Lara, 2000).

Los esfuerzos para mejorar las condiciones de salud de los usuarios se han enfocado básicamente a este grupo, debido a su susceptibilidad ante las condiciones adversas que podrían ocasionar repercusiones en la salud a largo plazo; el IMSS cuenta con un programa de vigilancia materno-infantil para proveer atención y seguimiento a la evolución de las embarazadas. Las actividades de este programa se llevan a cabo en todas las unidades de medicina familiar del Instituto, destaca la importancia que se ha dado al hecho de brindar dicho servicio con suma eficiencia, tratando de identificar los factores de riesgo para prevenir los eventos que, estando al alcance del médico familiar disminuyan la morbilidad en este grupo y concomitantemente la mortalidad. El médico familiar se ocupa, entre otras actividades, del llenado de ciertos formatos-cuestionarios del expediente clínico, que brindan información para el seguimiento del paciente y donde se registra la evolución de su vigilancia, por ello, esta actividad debe realizarse con un máximo de eficacia, acompañada de la exploración del paciente lo cual, en conjunto debe traducir un adecuado conocimiento y control de los pacientes. (Vega, 1993).

Las acciones educativas, que son realizadas tanto por el médico como por el resto del equipo de salud, tienen el propósito de alentar la continuidad de la vigilancia prenatal, la asistencia en la vigilancia puerperal, la lactancia al seno materno, la anticoncepción posparto, el desarrollo de hábitos y conductas favorables para la salud materna y perinatal, así como disuadir el consumo de tabaco o de fármacos psicotrópicos y la automedicación, También debe darse

atención a la explicación cuidadosa de los cambios fisiológicos durante las diferentes etapas del estado grávido puerperal y sobre la identificación de signos y síntomas de alarma de las principales complicaciones que pueden aparecer durante el embarazo.

II.2 Vigilancia del embarazo

La paciente con embarazo de evolución normal debe ser atendida por su médico familiar durante toda la gestación y recibirá instrucciones para acudir al servicio de admisión de la unidad correspondiente cuando presente los síntomas de trabajo de parto (Guía diagnóstico terapéutica para la atención prenatal en medicina familiar, 1998).

La primera consulta el médico confirma clínicamente o con base en los resultados de la prueba inmunológica de embarazo en orina, la existencia de la gestación.

La frecuencia de la consulta prenatal es mensual durante los primeros seis meses del embarazo, cada quince días durante el séptimo y octavo mes y cada 7 días durante el 9º. Esta frecuencia ideal puede modificarse a juicio del médico tratante en los embarazos de alto riesgo o frente a la presencia de complicaciones, la atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado (Programas integrados de salud; Guía técnica; Villanueva, 2003).

Por interrogatorio durante el primer trimestre del embarazo, se investiga la presencia de náuseas y vómitos, con frecuencia mayor de 6 por día en las primeras doce semanas de la gestación, sangrado transvaginal y/o sacrodinia, que pueden ser manifestaciones de amenaza de aborto, leucorrea abundante, fétida, amarillenta, o verdosa, con o sin prurito vaginal, en cualquier etapa del embarazo que puede ser manifestación de cervicovaginitis., disuria, tenesmo vesical, dolor en región lumbar, síndrome febril, en cualquier etapa del embarazo como manifestación de infección de vías urinarias, que pueden ser motivo de envío a

segundo nivel por ser factores que nos predispongan a una amenaza de aborto, parto pretérmino. Una vez interrogados y negados hacer hincapié en que la identificación adecuada de estos signos de alarma puede prevenir complicaciones posteriores.

En las consultas prenatales subsecuentes el médico familiar determina con base en la valoración correspondiente mediante interrogatorio y exploración otros síntomas que sugieren alarma obstétrica como la contractilidad uterina dolorosa antes de la semana 36, que puede ser manifestación de amenaza de parto prematuro, el sangrado transvaginal con o sin dolor, durante la segunda mitad del embarazo, sugerente de placenta previa o de desprendimiento prematuro de placenta, descarta ruptura prematura de membranas amnióticas, caracterizado por salida súbita y abundante de líquido a través de la vagina, durante la segunda mitad del embarazo, cefalea intensa y persistente, acúfenos, fosfenos, dolor epigástrico, durante la segunda mitad del embarazo, que pueden ser manifestaciones de pre-eclampsia y descarta disminución de frecuencia e intensidad de los movimientos fetales espontáneos percibidos por la embarazada, particularmente en el tercer trimestre del embarazo, que pueden ser manifestación de sufrimiento fetal crónico con peligro de muerte fetal intrauterina (Programas integrados de salud, Guía técnica, Mujeres de 20 a 59 años; Manual de Normas y Procedimientos de Salud reproductiva y materno-infantil; Ortigoza 1996; Sánchez, 2005).

II.3 Repercusiones de un nivel informativo deficiente

Existen aspectos que indican situaciones de alarma evidente, es decir, representan una necesidad sentida como son el sangrado transvaginal, la ausencia de movimientos fetales y la salida de líquido amniótico, pero hay otros más sutiles con enfoque preventivo como son los que corresponden a infección de vías urinarias como causa predisponente de la ruptura prematura de membranas (RPM), Infección por RPM mayor de 6 horas, Identificación de contracciones uterinas características de trabajo de parto efectivo, Identificación de la utilidad de

la toma de tensión arterial para identificar complicaciones, Identificación de infección genital, el sangrado transvaginal, y prematuridad y sus complicaciones (Ortigoza, 1996; Programas integrados de salud, Guía técnica; Calderón, 2005)

La principal complicación durante la gestación, es la amenaza de parto pretérmino en 39%. En las tasas de mortalidad materna y perinatal, uno de los factores que ha influido de manera importante es el uso liberal de la operación cesárea, la edad gestacional promedio a la interrupción de la gestación fue de 35 semanas, siendo en el 50% de los embarazos entre las 37 y 42 semanas. El retardo en el crecimiento intrauterino puede asociarse en un 16-19% pero en la revisión llevada a cabo se encontró únicamente en 3% de los casos. (Lira, 1995; Calderón, 2004; Sánchez, 2005)

En general los episodios hemorrágicos suelen presentarse a finales del segundo trimestre o inicios del tercero, con una frecuencia de 50% a las 34 semanas de gestación, lo que parece tener relación con la formación del segmento uterino, en ocasiones alcanzando hasta la semana 40 de gestación; en un 25 % se presenta antes de las 30 semanas y en 10% de los casos la hemorragia aparece con el inicio de trabajo de parto. (Restrepo, 1993; Lira, 1995)

La preeclampsia-eclampsia, las hemorragias del tercer trimestre (HTT) y las infecciones en su orden continúan siendo los principales datos de alarma y causas directas de muerte materna. Según Hibbard y Jeffcoate citados por Creasy-Resnik, se documenta placenta previa por tacto vaginal o durante la cesárea en el 22% de los casos de HTT y se encuentran evidencias de desprendimiento prematuro de placenta (DPP) en el 31 % de los mismos, el 47% de los casos restantes corresponden a hemorragias de causa no placentaria. Las dos causas más comunes de HTT son la placenta previa y el DPP, las cuales pueden amenazar la vida tanto de la madre como del feto (Restrepo, 1993; Naef, 1998).

La preeclampsia-eclampsia sigue siendo una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna y perinatal en los países subdesarrollados (Villanueva, 2000; Ruiz, 2001; Romero, 2001).

Ocurre entre 6 y 10% de todas las mujeres gestantes y se ha calculado que provoca aproximadamente 50 mil muertes cada año en todo el mundo, por lo que constituye un problema de salud pública (Díaz, 1999; Aguilar, 2005).

Las características anatómicas de la mujer, como son la uretra más corta y los cambios fisiológicos producidos en el aparato urinario durante las gestación, facilitan la presencia del reflujo vesico-ureteral de la orina durante la micción, y puede ocasionar que la mujer embarazada esté en riesgo mayor de contraer infecciones de vías urinarias (IVU). La IVU en pacientes embarazadas es una de las principales complicaciones que debe de considerarse durante el cuidado prenatal. Estas infecciones constituyen aún un problema importante en la salud de las pacientes obstétricas, ya que las IVU pueden ser causas de problemas de ruptura prematura de membranas, bajo peso del producto y mayor riesgo de muerte perinatal. Consecuentemente es recomendable que durante el embarazo las >IVU se detecten en forma oportuno y se dé tratamiento específico, En muchas ocasiones estas pueden ser sintomáticas y llegar a producir patología renal severa en la madre, pudiéndose presentar pielonefritis seguida de daño renal temporal o permanente, pueden cursar asintomáticas y ser detectadas únicamente con el cultivo (Arriaga, 2000; Sánchez, 2005).

La mortalidad materna (MM), es considerada, desde hace muchos años, uno de los índices más adecuados para evaluar la calidad de la atención obstétrica, razón por la cual, es conveniente estudiar en forma permanente todos los casos de MM y a partir de sus resultados implementar cambios en las políticas de atención sanitaria, todo con el fin de hacer menos riesgosa para las mujeres esta etapa de la reproducción. Los resultados del estudio de la MM en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Militar, en el periodo de 25 años consecutivos, del 1º de enero de 1968 al 31 de diciembre de

1992 identificaron tres causas más frecuentes entre las que encontramos la toxemia, infección y hemorragia, causales del 61.47% de todas las mm, cifra muy parecida a la reportada por Lozano Elizondo de 66.6% (Ruiz, 1995).

La mortalidad materna que era del 10% en la década del 40, actualmente es al 1%; la morbilidad es del 15 al 20%. La mortalidad perinatal ha disminuido del 60-80 % a un 10-15%; este descenso debido a la disminución de la prematuridad y de bajo peso como retraso del tratamiento conservador. (Restrepo, 1993; Ruiz, 1995; Aguilar 2004; Villanueva, 2005)

Los factores que incrementan la morbilidad y mortalidad perinatal son: edad materna menor de 15 o mayor de 34 años, multiparidad, peso bajo al nacer, prematuridad y complicaciones durante el embarazo o atención del parto. (De la Garza, 1995).

La mortalidad perinatal es un indicador que permite evaluar la calidad del servicio que presta en un centro hospitalario y también permite valorar el control prenatal de las pacientes. en la mortalidad perinatal influyen factores socioeconómicos y culturales, esta se puede reducir con un buen control prenatal y vigilancia del trabajo de parto. Con medidas preventivas como la educación sanitaria, nutrición, asistencia social y detección de factores de riesgo. (Ruiz, 1995; De la Garza, 1995; Aguilar, 2005)

Llama la atención que la mayor parte de los casos de mortalidad perinatal se presentaron en las últimas semanas del embarazo. Por lo anterior resulta importante indicar a la madre cuales son los signos y síntomas de alarma que ameritan acudir al médico en estas etapas de la gestación y hacer más estricta la vigilancia médica, sobre todo en las últimas semanas de la gestación no solo en embarazos considerados como de alto riesgo sino en aquellos que aparentemente han tenido una evolución normal. Con esto se disminuirá la posibilidad de un desenlace fatal. (Moctezuma, 2000)

Desde la perspectiva pedagógica, queremos hacer notar nuestro convencimiento acerca de que los diferentes grupos de pacientes requieren esquemas o estrategias educativas acordes a sus necesidades y experiencias que faciliten el aprendizaje en salud, nuestra experiencia nos ha demostrado que, entre las adolescentes embarazadas, el hecho de formar grupos solo de co-etarias tiene una gran aceptación y mejor desempeño usando grupos operativos y en poblaciones con mayor experiencia reproductiva o edad, sus propios antecedentes y vivencias pueden utilizarse como elementos de enseñanza o reforzamiento. (Ortigoza, 1996; Sánchez, 2005)

En numerosas publicaciones desde hace más de dos décadas, diversos autores han puesto de manifiesto la existencia de una intensa relación entre morbimortalidad perinatal con factores socioculturales. Sin embargo, a pesar del avance alcanzado en el conocimiento de una serie de aspectos reproductivos hasta hace poco insospechados, los registros hospitalarios continúan mostrando en los primeros lugares entidades nosológica que al parecer no han sido modificadas por las acciones aplicadas de parte de los organismos sanitarios, ya que, en registros similares de hace una década, tanto en América Latina como en México, ocupaban ya los sitios importantes; Esta situación plantea la posibilidad de que varios de sus determinantes tengan origen fuera del contexto biológico tradicional, es decir, en otro de los componentes de la relación paciente-institución; Este proceso al parecer se inicia en el hogar, se continúa en la escuela, en el trabajo y en la colectividad y posiblemente corresponde a la actitud de la población hacia su propia salud. (Ortigoza, 1996; Aguilar, 2005; Sánchez, 2005).

La educación para la salud en México y especialmente sobre la etapa reproductiva, tiene antecedentes que se remontan a la época precolombina donde se ponen de manifiesto la importancia otorgada a cuestiones educativas y preventivas sobre sexualidad y reproducción en las que, la familia como célula social y económica básica, participaba intensamente. Tal idea permanece vigente dentro del Sector Salud al aseverar que: “Un pueblo es capaz de velar por su

salud con acierto cuando está educado para ello. Resalta de lo anterior la trascendencia de la educación para la salud y la responsabilidad ineludible del gobierno de llevar a efecto esta labor” (Ortigoza, 1996).

Se realizó un estudio en el Instituto Nacional de Perinatología de la Secretaría de Salud en 1996, con el propósito de explorar el conocimiento existente sobre los signos de alarma del embarazo en una población usuaria del tercer nivel de atención, como paso para diseñar un programa educativo, se encuestaron 100 pacientes embarazadas a quienes se les aplicaron 17 preguntas de opción múltiple relacionadas con signos de alarma durante el embarazo. Dentro de los resultados la escolaridad, el número de embarazos previos y la edad gestacional explica el 8.1% de la varianza de las respuestas correctas. La cantidad de consultas médicas tuvo una correlación positiva con la edad gestacional y no mostró un efecto educativo sobre las pacientes, los grupos con mayor déficit educativo resultaron las adolescentes y pacientes con edad reproductiva adecuada con bajo riesgo reproductivo. Reconocieron con menor frecuencia los signos de alarma poco evidentes, que aquellos con manifestaciones muy claras, lo que indicó la necesidad de hacer énfasis en ello durante la consulta médica. La ruptura prematura de membranas fue identificada como alarma obstétrica en 95.8%, hipomotilidad o disminución de movimientos fetales en 95.1%, Sangrado transvaginal en 84.6%, contracciones uterinas características de trabajo de parto el 59% Identificación de síntomas de infección de vías urinarias en 50.8%, Evaluando finalmente que el 65.7% posee adecuado nivel de información sobre los datos de alarma obstétricos. (Ortigoza, 1996)

En 1995 el Ministerio de Salud junto con la cooperación técnico-financiera de la agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) implementó el Proyecto 2000, el cual consiste en fortalecer los servicios de salud materno perinatal y brindar asistencia técnica para la mejora continua de la calidad en Hospitales y Centros de Salud de mediana complejidad.

Con esta intervención se espera que los establecimientos tengan servicios de salud que brinden cuidados obstétricos esenciales de calidad y se mejore la accesibilidad de los servicios a la población más vulnerable. Los resultados de estas acciones se deberían reflejar en mejor calidad de atención, incremento del uso de servicios obstétricos, mejor nivel de conocimientos en las usuarias sobre salud materna, actitudes favorables a la búsqueda de atención médica y mayor satisfacción de la usuaria; y finalmente esto contribuiría a la reducción de la mortalidad materna en las áreas de intervención.

Por este motivo se realizó una evaluación de impacto de la intervención del Proyecto 2000, que tuvo como objetivos: 1) evaluar el nivel de calidad de atención en los establecimientos intervenidos por el P2000 y compararlos con los establecimientos no intervenidos; 2) evaluar los conocimientos y actitudes de las usuarias respecto de los principales temas de salud materna en el grupo intervenido y en el grupo control, 3) evaluar el efecto de la cobertura del control prenatal y el parto institucional antes (1997) y después de la calificación de la calidad de los establecimientos (1998), 4) evaluar la tendencia de la razón de mortalidad materna en las DISAS donde interviene el P2000 y en el resto del país en los años 1997 a 1999.

Para determinar el impacto del Proyecto 2000 en la calidad de atención se utilizó un diseño cuasiexperimental con grupo control estudiando 37 establecimientos en el grupo de intervención (P2000) y 37 establecimientos en el grupo control (No P2000) de septiembre a octubre del 2000, para la selección se utilizaron criterios de cobertura (indicadores de salud materno infantil), indicadores de nivel socio-económico del distrito donde se ubica el establecimiento, su nivel de complejidad y la accesibilidad geográfica.

La información sobre los conocimientos y actitudes de las usuarias fue obtenida de la misma encuesta que midió calidad, se realizaron preguntas sobre signos de alarma del embarazo, e intención de uso de los servicios de control prenatal y parto institucional. El análisis de la comparación de la calidad se realizó

utilizando la prueba U de Mann Whitney, y la comparación de los conocimientos y actitudes se realizó mediante la prueba de Chi cuadrado, los resultados el grado de conocimientos y actitudes de las usuarias de los servicios de Salud en gestantes que acuden al CPN según grupos de estudio (n=123) fueron los siguientes, el 32.4% de las pacientes conocen adecuadamente los signos de alarma obstétricos, los principales síntomas reconocidos fueron: sangrado vaginal 61%, edema 28%, cefalea 26%, dolor abdominal 26%, fiebre 21%, pérdida de líquido 47%, no movilidad fetal 18%. (Proyecto 2000)

Un programa de control prenatal del hospital Kennedy primer nivel, realizó un estudio observacional descriptivo evaluando los puntos de atención y exploración de conocimientos - actitudes, mediante una encuesta hecha a los profesionales a cargo del programa y a las usuarias, desarrollada durante noviembre y diciembre de 1999; Así como una muestra por conveniencia, proporcional según puntos de atención, de las usuarias del programa en el periodo seleccionado (n=284; n=192; confianza 95%; error máximo permitido de 5%; prevalencia esperada, 50%). El marco muestral estuvo constituido por los registros de pacientes atendidas en el programa durante el periodo.

El instrumento final contiene variables que exploran características sociodemográficas y reconocimiento de la paciente de signos de alarma durante el embarazo y percepción de calidad - satisfacción con los servicios recibidos. Se empleó un indicador de reconocimiento de signos de alarma, construido con base en el porcentaje reconocido acertadamente del total de signos de alarma presentados, que permitió clasificar el reconocimiento como bajo (<60%); medio (60- 79%) y alto (>80%) en el cual se situó el 71.34% de las pacientes. (1999).

En el estudio Women's perceptions of the complications of pregnancy and childbirth in two Esan communities., realizado en una comunidad de Nigeria en donde el objetivo era examinar las percepciones de las mujeres de Esan sobre las complicaciones y tratamientos experimentados durante el embarazo y el parto. Los datos fueron recolectados en 20 sesiones de discusión con grupos focales. Las

mujeres identificaron las pérdidas, la separación de la placenta, la hemorragia, el trabajo de parto obstruido y la placenta retenida como complicaciones experimentadas durante el embarazo, el trabajo de parto o el parto. De estas complicaciones, las mujeres clasificaron la hemorragia como la más grave. Las mujeres de Esan usan tanto los tratamientos tradicionales como los modernos. Los métodos tradicionales son los que tienen más prevalencia, menor costo, mejor acceso y cuentan con la confianza de las mujeres. El autor concluye que las estrategias adoptadas para reducir la mortalidad materna deben considerar los problemas de salud reproductiva de las mujeres en el contexto en que viven, y fomentar su participación en los procesos de planificación e implementación (Asowa, 1997).

III. METODOLOGÍA

III.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo transversal en pacientes embarazadas atendidas en la consulta externa de la UMF 16, IMSS, delegación Querétaro en el periodo comprendido de noviembre del 2002 a febrero del 2003.

Se incluyeron embarazadas en control prenatal, independientemente del número de consultas otorgadas, del riesgo obstétrico y de la semana de gestación que cursara, que aceptara participar en el estudio, previo consentimiento informado. Se excluyeron pacientes que no contestaran más del 90 por ciento del cuestionario o bien no quisieran participar.

El cálculo del tamaño de la muestra se obtuvo mediante la fórmula para una población infinita ($Z_{\alpha^2} = 1.64$, $p = 0.80$, $q = 0.20$, $d = 0.06$),

$$n = \frac{Z_{\alpha^2} \cdot pq}{d^2} \qquad n = 118$$

Se utilizó muestreo probabilístico estratificado proporcional de la consulta externa de medicina familiar 70% y del módulo de materno infantil 30% de las embarazadas de ambos turnos de la unidad médica.

III.2 Mediciones y análisis

Las variables estudiadas incluyeron características sociodemográficas de las pacientes (sexo, edad, ocupación, escolaridad) y número de gesta en el momento del estudio.

Para la evaluación del nivel de información se construyó un instrumento integrado por ocho preguntas: 1. Sangrado transvaginal, 2. Ruptura prematura de membranas, 3. Disminución o ausencia de movimientos fetales, 4. Contracción uterina dolorosa, 5. Flujo amarillo-verdoso, de mal olor, acompañado o no de

comezón, 6. Ardor al orinar, mal olor en la orina, aumento en el número de micciones, 7. Dolor de cabeza, zumbido de oídos, visión con destellos de luz, 8. Vómito con frecuencia de seis o más por día en las primeras 20 semanas de gestación.

Se construyó una escala de medición de 0 - 8 dependiendo del número de datos identificados, evaluado de la siguiente manera: nivel de información buena de 6 a 8 datos identificados, regular de 3 a 5 y malo de 0 a 2 (anexo 2).

Para evaluar el control prenatal se construyó un cuestionario basado en siete consultas que indica la norma técnica, establecidas de la siguiente manera: malo si acudió de 1 a 3 consultas; regular de 4 a 6 y bueno si cumplía con 7 o más consultas (anexo 3).

III.3 Análisis estadístico

El plan de análisis incluyó medias, desviación estándar, porcentajes e intervalos de confianza al 95%, así como la prueba de Z para una población.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS 10 y Epi Info para el procesamiento de la información.

III.4 Aspectos éticos

El presente estudio se apega a los principios enunciados en la declaración de Helsinki y su modificación en Tokio de 1975 y su enmienda en 1983, con relación a la investigación biomédica con sujetos humanos, por lo que se requiere el consentimiento informado de los participantes, garantizando la confidencialidad de los resultados, con utilización de los mismos solo para el cumplimiento de los objetivos de estudio.

IV. RESULTADOS

De un total de 118 pacientes estudiadas la media de edad se encontró en 26.9 ± 5.3 años, el número de hijos con una media de 1.75 ± 1.2 y el número de consultas otorgadas de 6.42 ± 2.81 (Cuadro IV.1). La frecuencia de edad prevaleció entre 20 a 29 años (60%) (Cuadro IV.2). Dedicadas al hogar 44.9% (Cuadro IV.3). Escolaridad secundaria 39.8 (Cuadro IV.4).

En cuanto a sus antecedentes gineco-obstétricos eran multigestas 55.9% (Cuadro IV.5).

El control prenatal basado en el número de consultas recibidas fue malo 16.9 %, regular 32.2% y bueno 50.8% (Cuadro IV.6)

La fuente de información sobre datos de alarma obstétricos fue el médico familiar 32.2%, seguido de la trabajadora social 21.2% (Gráfica IV.7)

Las acciones realizadas en los módulos de materno infantil y trabajo social fueron ampliamente identificadas, en 68.6 % y 72.0 % respectivamente (Gráfica IV.8)

Los principales datos de alarma obstétrica identificados fueron el sangrado transvaginal 85.6%, contracción uterina dolorosa 50%, ruptura prematura de membranas en 28.8%, disminución de movimientos fetales 28%, cervicovaginitis 18.6%, infección de vías urinarias en 15.3%, hipertensión arterial en 5.3% y el vómito no fue identificado por ninguna embarazada (Cuadro IV.9).

El nivel de información de las embarazadas en base al número de datos identificados fue malo 61%, regular 35.6% y bueno 3.4 % (Cuadro IV.10).

Para la comprobación de nuestra hipótesis se utilizó la prueba de Z para una población la cual solo resultó significativa para el sangrado transvaginal con una Z de 1.73 y $p < 0.05$ (Cuadro IV.11).

Cuadro IV.1 Datos sociodemográficos

n = 118

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	17	42	26.9	5.3
Número de hijos	0	6	1.7	1.2
Número de consultas	1	15	6.4	2.8

Fuente: Cuestionario de recolección de datos, noviembre 2002 – febrero 2003, “Nivel de información de las embarazadas sobre datos de alarma obstétricos”. UMF, IMSS, delegación Querétaro.

Cuadro IV.2 Porcentajes de edad distribuida por grupos

n = 118

Grupos de edad	n	%	Intervalo de confianza al 95%	
			Mínimo	Máximo
17-19	11	9.3	4.9	13.7
20-29	71	60.2	52.8	67.6
30-39	34	28.8	22.0	35.6
40-42	02	1.7	0.3	3.7
Total	118	100		

Fuente: Cuestionario de recolección de datos, noviembre 2002 - febrero 2003, "Nivel de información de las embarazadas sobre datos de alarma obstétricos". UMF, IMSS, delegación Querétaro.

Cuadro IV.3 Porcentaje de acuerdo a la ocupación

OCUPACIÓN	n	%	Intervalo de confianza al 95%	
			Mínimo	Máximo
Ama de casa	53	44.9	37.4	52.4
Obrera	34	28.8	22.0	35.6
Empleada	14	11.9	7.0	16.8
Profesionista	11	9.3	4.9	13.7
Comerciante	06	5.1	1.8	8.4
Total	118	100		

Fuente: Cuestionario de recolección de datos, noviembre 2002 - febrero 2003, "Nivel de información de las embarazadas sobre datos de alarma obstétricos". UMF, IMSS, delegación Querétaro.

Cuadro IV.4 Porcentaje de acuerdo a la escolaridad

Escolaridad	n	%	Intervalo de confianza al 95%	
			Mínimo	Máximo
Secundaria	47	39.8	32.4	47.2
Preparatoria	37	31.3	24.3	38.3
Universidad	15	12.7	6.0	15.4
Primaria completa	9	7.8	3.8	11.8
Primaria completa	9	7.6	3.6	11.6
Analfabeta	1	0.8	0.5	2.1
Total	118	100		

Fuente: Cuestionario de recolección de datos, noviembre 2002-febrero 2003, “Nivel de información de las embarazadas sobre datos de alarma obstétricos”. UMF, IMSS, delegación Querétaro.

Cuadro IV.5 Porcentaje de acuerdo al número de gestas

Número de gestas	n	%	Intervalo de confianza al 95%	
			Mínimo	Máximo
Primigesta	17	14.4	9.1	19.7
Secundigesta	35	29.7	22.8	36.6
Multigesta	66	55.9	48.4	63.4
Total	118	100		

Fuente: Cuestionario de recolección de datos, noviembre 2002 - febrero 2003, "Nivel de información de las embarazadas sobre datos de alarma obstétricos". UMF, IMSS, delegación Querétaro.

Cuadro IV.6 Evaluación del control prenatal según número de consultas

Control prenatal	n	%	Intervalo de confianza al 95%	
			Mínimo	Máximo
Malo (1-3)	20	17.0	11.3	22.7
Regular (4-6)	38	32.2	25.2	39.2
Bueno (7-15)	60	50.8	43.3	58.3
Total	118	100		

Fuente: Cuestionario de recolección de datos, noviembre 2002 - febrero 2003, "Nivel de información de las embarazadas sobre datos de alarma obstétricos". UMF, IMSS, delegación Querétaro.

Cuadro IV.7 Fuente de información de los datos de alarma obstétrica

n = 118

Fuente de información	n	%	Intervalo de confianza al 95%	
			Mínimo	Máximo
Ninguna	2	1.7	0.2	3.6
Médico familiar	38	32.2	25.2	39.2
Médico particular	17	14.4	9.1	19.7
Enfermera materno-infantil	22	18.6	12.8	24.4
Trabajadora social	25	21.2	15.1	27.3
Otros	12	10.2	5.7	14.7
Todos	2	1.7	0.2	3.6

Fuente: Cuestionario de recolección de datos, noviembre 2002 - febrero 2003, "Nivel de información de las embarazadas sobre datos de alarma obstétricos". UMF, IMSS, delegación Querétaro.

Cuadro IV.8 Porcentaje de identificación de las actividades de los servicios complementarios del control prenatal

n = 118

Servicio	%	Intervalo de confianza al 95%	
		Mínimo	Máximo
Enfermera materno- infantil	68.6	61.6	75.6
Trabajo social	72.0	65.2	78.8

Fuente: Cuestionario de recolección de datos, noviembre 2002 - febrero 2003, "Nivel de información de las embarazadas sobre datos de alarma obstétricos". UMF, IMSS, delegación Querétaro

Cuadro IV.9 Porcentaje de identificación de los datos de alarma obstétricos

Datos de alarma	n	%	Intervalo de confianza al 95%	
			Mínimo	Máximo
Sangrado transvaginal	101	85.6	80.3	90.9
Contracción uterina dolorosa	59	50.0	42.5	57.5
Ruptura prematura de membranas	34	28.8	22.0	35.6
Disminución de movimientos fetales	33	28.0	21.2	34.8
Cervicovaginitis	22	18.6	12.7	24.5
Infección de vías urinarias	18	15.3	9.9	20.7
Hipertensión arterial	6	5.3	1.9	8.7
Vómito	0	0		

Fuente: Cuestionario de recolección de datos, noviembre 2002-febrero 2003, "Nivel de información de las embarazadas sobre datos de alarma obstétricos". UMF, IMSS, delegación Querétaro.

Cuadro IV.10 Nivel de Información de las embarazadas en control prenatal en UMF

n = 118

Nivel de información	n	%	Intervalo de confianza al 95%	
			Mínimo	Máximo
Bueno	4	3.4	0.7	6.1
Regular	42	35.6	28.4	42.8
Malo	72	61.0	53.6	68.4

Fuente: Cuestionario de recolección de datos, noviembre 2002 - febrero 2003, "Nivel de información de las embarazadas sobre datos de alarma obstétricos". UMF, IMSS, delegación Querétaro.

Cuadro IV.11 Comprobación de hipótesis mediante prueba de Z

n = 118

Datos de alarma	Hipótesis	Reportado	Z	p
Sangrado transvaginal	80	85.6	1.73	<0.05
Contracción uterina dolorosa	80	50.0	-6.32	>0.05
Ruptura prematura de membranas	80	28.8	-12.58	>0.05
Disminución de movimientos fetales	80	28.0	-12.58	>0.05
Cervicovaginitis	80	18.6	-19.52	>0.05
Infección de vías urinarias	80	15.3	-17.14	>0.05
Hipertensión arterial	80	5.3	-5.88	>0.05
Vómito	80	0		

Fuente: Cuestionario de recolección de datos, noviembre 2002-febrero 2003, "Nivel de información de las embarazadas sobre datos de alarma obstétricos". UMF, IMSS, delegación Querétaro.

VII. DISCUSIÓN

La frecuencia de identificación adecuada de las embarazadas sobre los datos de alarma obstétricos que acudieron a control prenatal en nuestro estudio fue del 39.9%, cifra en la cual se incluyen a las pacientes que identificaron de manera buena 3.4% y regular 35.6%, es decir, de 3 hasta 8 datos de alarma, encontrando un comportamiento similar en el informe preliminar sobre el impacto del mejoramiento continuo de la calidad en los servicios materno perinatales, 2001, realizado en Lima Perú, que reporta que el grado de conocimientos de signos de alarma obstétricos en gestantes que acuden a control prenatal de 32.4%. A diferencia del estudio realizado por Ortigoza en 1996, titulado Factores de riesgo relacionados con el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo, realizado en el Instituto Nacional de Perinatología, teniendo un promedio global de 65.7% y un déficit global de 34.2%. De igual forma en el programa de control prenatal del hospital Kennedy en 1999, evaluó el grado de conocimiento de pacientes embarazadas de los signos de alarma, encontrando que el 71.3% obtuvo un rango alto de identificación, debido a que el indicador utilizado fue diferente al nuestro (bajo 6 o menos datos identificados; medio de 6 a 7 y alto de 8).

Asowa en 1997 en su estudio *Women's perceptions of the complications of pregnancy and childbirth in two Esan communities*, realizado en Nigeria, examinó las percepciones de las mujeres de Esan sobre las complicaciones en el embarazo. El autor concluye que identifican adecuadamente los signos de alarma, sin mencionar la frecuencia relativa. (Asowa, 1997)

Los datos de alarma más identificados en el presente estudio fueron el sangrado transvaginal en 85.6%, la contracción uterina dolorosa en 50.0%, la ruptura prematura de membranas en 28.8%, llama la atención que las situaciones que denotan alarma evidente, es decir , representan una necesidad sentida, fueron contestados correctamente con mayor frecuencia que otros más sutiles cuyo enfoque es preventivo, esto debe ser foco de atención dentro de la consulta

médica y de programas educativos para la población obstétrica. Los porcentajes referidos son diferentes a la reportadas en el estudio "Factores de riesgo relacionados con el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo", en el Instituto Nacional de Perinatología, cuyos resultados reportan la ruptura prematura de membranas en 95.8%, la hipomotilidad o disminución de movimientos fetales en 95.1%, el sangrado transvaginal en 84.6%, y las infecciones de vías urinarias en 50.8%. (Ortigoza, 1996). Mientras que en el estudio Impacto del Mejoramiento Continuo de la Calidad en los Servicios Materno Perinatales del Perú, los principales síntomas reconocidos fueron: sangrado vaginal 61%, edema 28%, cefalea 26%, dolor abdominal 26%, fiebre 21%, pérdida de líquido 47%, no movilidad fetal 18%, estudio en que al igual que el presente se puede corroborar que las pérdidas transvaginales continúan siendo de los principales datos de identificación, quizá porque representan una de las complicaciones a las que con mayor frecuencia se hace hincapié durante la consulta prenatal, además de ser una urgencia real y pocas veces prevenible. (Proyecto 2000). Otro estudio realizado en 1997 por Asowa, titulado Women's perceptions of the complications of pregnancy and childbirth in two Esan communities, realizado en Nigeria, las mujeres identificaron las pérdidas transvaginales, sin hacer el autor referencia de frecuencia de las complicaciones, las mujeres clasificaron la hemorragia como la más grave, usan tanto los tratamientos tradicionales como los modernos.

Se esperaba que la relación entre médico y paciente tuviera un efecto educativo el cual estuviera reflejado en la cantidad de pacientes que identificaran al médico familiar como principal fuente de información de los datos de alarma obstétricos, ya que durante la consulta las pacientes tienen la oportunidad de aclarar sus dudas y el médico con el resto del personal de salud el deber de responder a ellas con el fin de prevenir posibles daños, sin embargo los resultados no mostraron tal relación, puesto que solo el 32 % de las pacientes refiere que es el médico quien le indicó los datos de alarma obstétricos, hecho que indica una deficiencia que pudiera llegar a ser peligrosa, la consulta se limita a atender

problemas técnicos pero el personal médico al parecer pudiera no estar realizando una de sus funciones primordiales que es la educación para la salud.

El control prenatal encontrado en las pacientes basado en el número de consultas referidas por la norma oficial, es satisfactorio puesto que más del 83% acude en más de 4 ocasiones, dato importante puesto que un control prenatal adecuado puede ayudar a prevenir posibles complicaciones, y por ende disminuir la morbi-mortalidad perinatal y materna, el embarazo es aún una etapa de riesgo en la vida de las mujeres, el riesgo de daño atribuible a negligencia médica e información inadecuada resulta bajo entre pacientes que han recibido atención prenatal desde las primeras semanas de gestación de manera constante y completa hasta la fecha de su parto, muchas mujeres que reciben una asistencia inadecuada corren el riesgo de sufrir complicaciones perinatales, para conseguir una asistencia de calidad se necesitan profesionales competentes y medidas preventivas como la educación, y detección de factores de riesgo. En este estudio se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de información con el número de consultas, es decir el nivel de información de los datos de alarma obstétricos incrementó en base al número de consultas otorgadas, al grado escolaridad y así mismo a la ocupación de las paciente, el número de gestas no tuvo relación con el nivel de información, sin embargo, dichos resultados se deben de tomar con reserva, ya que el diseño no es adecuado para relacionar variables.

El conocimiento de las pacientes sobre las acciones que realiza el personal de materno-infantil, y de trabajo social es adecuado, en 68 y 72% respectivamente, identifican claramente que se otorgan pláticas informativas sobre la evolución del embarazo y cuidados de forma más extensiva, y de igual forma que el servicio de enfermera materno infantil tiene a su cargo el control de embarazos de bajo riesgo, crecimiento y desarrollo normal de embarazo, toma de presión arterial para descartar complicaciones secundarias a esta, y que proporcionan información sobre los datos de alarma obstétrica con orientación sobre hábitos higiénicos y alimenticios.

VI. CONCLUSIONES

El nivel de información de las pacientes embarazadas en una unidad de medicina familiar del IMSS, Querétaro es deficiente en el 61% de las pacientes, quienes solamente identifican uno a dos datos de alarma obstétricos.

A pesar de que el 70% de las consultas de las pacientes en control prenatal, se encuentran a cargo del médico familiar, solo el 32% refiere a este como fuente de información y educación.

El síntoma más identificado es el sangrado transvaginal.

El control prenatal es adecuado en cuanto a número de consultas.

El servicio de enfermera materno-infantil y trabajo social son servicios en los que el médico familiar puede apoyarse debido a que las pacientes identifican las acciones que se realizan en dichos servicios, sin delegar la responsabilidad del médico como principal fuente de información para completar la educación de la paciente.

VII. PROPUESTAS

1. El médico de primer nivel debe realizar una consulta prenatal de calidad, en donde identifique oportunamente los factores de riesgo de la paciente.
2. Debe hacer su participación más intensa en cuanto a educación en el control prenatal, recordando que debe ser el principal proveedor de dicha información, y que los datos de alarma obstétrica son los ocho que la norma nos indica, debiendo corroborar que la paciente quedó consciente de la información que le proporcionamos, pidiéndole en cada consulta que ella misma nos diga cuáles son los datos que ella recuerda y así saber cuales son los no que identifica, nunca dar por entendido que la edad, ocupación , escolaridad y número de gestas de la paciente determina el grado de entendimiento ni el nivel de información que posean, ser claro en la información proporcionada y remarcar en cada consulta médica.
3. El número de consultas no es sinónimo de que la paciente posee buen nivel de información de información, así es que es recomendable que a cada paciente durante cada embarazo se le proporcione la misma información como si fuese de primera vez, involucrar a la paciente en su autocuidado.
4. El reto del médico es diseñar y llevar a cabo actividades de prevención primaria apoyándose en los servicios de Enfermería materno infantil y Trabajo Social para continuar con la educación de la paciente.
5. La educación para la salud en la etapa reproductiva en nuestra institución necesita urgentemente de la participación intensiva por parte del equipo multidisciplinario, con implementación de medidas que ayuden a favorecer la identificación de los datos de alarma obstétricos y por ende disminuir la morbi-mortalidad materno-perinatal.
7. En la actualidad se reconoce que en su mayor parte las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permita la identificación y control de los principales factores de riesgo obstétrico y

perinatal; así como a través de la detección oportuna de las complicaciones del embarazo para su tratamiento adecuado o referencia oportuna a niveles superiores de atención. Por ello, la actualización constante y la aplicación de criterios y procedimientos médicos uniformes durante la vigilancia prenatal resulta indispensable para continuar la mejoría de los niveles actuales de la salud materno infantil en nuestra institución.

VIII. BIBLIOGRAFIA

- Aguilar M, Méndez G. 2005. Mortalidad perinatal hospitalaria y su relación con la calidad de atención prenatal. *Revista Médica del IMSS*; mayo-junio 43 (3); 215-220
- Arriaga M, Rivera R. 2000. Frecuencia de colicina y hemolisinas en *Escherichia coli* aislada en pacientes embarazadas por infección de vías urinarias, sintomática y asintomática. *Ginecología y Obstetricia de México*; julio: 275-281.
- Asowa-Omorodion, F.I. 1997. Women's perceptions of the complications of pregnancy and childbirth in two Esan communities, Edo State, Nigeria. *Social Science and Medicine* 44(12):1817-1824
- Calderón J, Vega G. 2005. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. *Revista Médica del IMSS*; julio-agosto 43(4); 339-342
- De la Garza C, González M. 1995. Muerte perinatal. *Ginecología y obstetricia de México*; mayo 63:186-189.
- Díaz M, Briones G. 1999. Tratamiento de la preeclampsia-Eclampsia. *Nefrología Mexicana*; 20(2):63-69
- Dirección de Prestaciones Médicas IMSS, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno infantil. 1998. Guía diagnóstico terapéutica para la atención prenatal en medicina familiar, *Rev. Med IMSS* 36(1): 46-60
- Hernández-Valencia M, Saldaña L, Álvarez M. 2000. Los métodos de planificación familiar de barrera como factor de riesgo que predispone a la presencia de preeclampsia. *Ginecología y Obstetricia de México*; agosto 68: 333- 338.
- Informe Preliminar (2a Versión) Impacto del Mejoramiento Continuo de la Calidad en los Servicios Materno Perinatales del Perú. La Experiencia del Proyecto 2000. <http://www.proyecto2000.org/pdf/EVALFIN.PDF>
- Lara A, Ulloa G, Alpuche G. 2000. Factores de riesgo par preeclampsia. Análisis multivariado. *Ginecología y obstetricia de México*; agosto 68: 357- 362
- Lira J, Cabral F, Argueta M. 1995. Placenta previa. Repercusiones maternas y perinatales, Análisis de 170 casos. *Ginecología y obstetricia de México*; 63: 175-180.
- Lira J, Ibarguengoitia F, Argueta M. 1995. Placenta previa/ acreta y cesárea previa. Experiencia de cinco años en el Instituto Nacional de Perinatología. *Ginecología y obstetricia de México*; 63: 337-340.

Manual de Normas y Procedimientos de Salud reproductiva y Materno Infantil

Moctezuma S, Tene C. 2000. Mortalidad perinatal 1 en colima, Col. Estudio de casos y controles. Ginecología y obstetricia de México; marzo 68: 207-211.

Naef RW, Albert JR, et. Al. 1998. Ruptura prematura de membranas en las 34 a 37 semanas: manejo activo versus conservador. Am J Obstetric Gynecol; 178: 126- 130.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

Ortigoza-Corona E, Karchmer-Krivitzky S. 1996. Factores relacionados con el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo. Ginecología y obstetricia de México; (64): 90-95

Programas integrados de salud, Guía técnica, Mujeres de 20 a 59 años

Programa de control prenatal del hospital Kennedy. 1999

<http://www.fepafem.org/investigaciones/ControlPrenatal/6.htm>

Restrepo Ochoa. 1996. Hemorragias del tercer trimestre. Actualización de Obstetricia y ginecología. Editorial Universal de Antioquia; julio : 47- 59.

Romero J, Lara A, Ramos L. 2001. Morbimortalidad materna en síndrome de HELLP. Ginecología y obstetricia de México; mayo 69: 189-193.

Ruiz JA. 1995. Mortalidad materna en el Hospital central militar. Informe de 25 años: 1968-1992. Ginecología y obstetricia de México; noviembre 63: 452-459.

Ruiz J, Castelazo E, Suárez H. 2001. Resultados perinatales en pacientes con hipertensión arterial sistémica crónica en el Instituto nacional de Perinatología. Ginecología y Obstetricia de México; Abril 69: 143- 150.

Sánchez H, Pérez G. 2005. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Revista Médica del IMSS; septiembre-octubre 43(5), 377-380

Seclen-Palacín J, Jacobi E. 2003. Efectos de un programa de mejoramiento de la calidad en servicios materno perinatales en el Perú: la experiencia del proyecto 2000. Revista Brasileña Saude Materno Infantil; 3(4)

Vega-Vega G. 1993. Evaluación de la atención Materno Infantil en cinco unidades de medicina familiar. Salud Pública de México; mayo-junio 35 (3): 283-287

Villanueva A, Riega P. 2003. Cumplimiento de los estándares de calidad en la atención del parto institucional y nivel de satisfacción de usuarias. Revista Peruana de epidemiología; 11(1)

Villanueva L, Alanis P.2000. Factores pronósticos asociados a la progresión de preeclampsia a eclampsia. Ginecología y Obstetricia de México; julio 68: 312-316.

ANEXO 1

NIVEL DE INFORMACIÓN DE LAS EMBARAZADAS SOBRE DATOS DE ALARMA OBSTÉTRICA

Nombre: _____
Afilación: _____

1.-Edad: _____

Folio: _____

2.-Ocupación:
(1) Ama de casa
(2) Obreras
(3) Empleada
(4) Comerciante
(5) Profesionista

3.-Escolaridad:
(1) Analfabeta
Primaria
(2) Completa
(3) Incompleta
(4) Secundaria
(5) Preparatoria
(6) Universidad

5.- Número de consultas
prenatales: _____

4.- Número de hijos: _____

6.-Cuáles son los datos de alarma que ponen en riesgo su embarazo:

- () Sangrado transvaginal,
- () Ruptura prematura de membranas
- () Disminución o ausencia de movimientos fetales
- () Contracción uterina dolorosa antes de los 9 meses.
- () Flujo amarillo-verdoso, de mal olor, acompañada o no de comezón.
- () Ardor al orinar, mal olor en la orina, aumento en el número de micciones
- () Dolor de cabeza, zumbido de oídos, visión con destellos de luz.
- () Vómito con frecuencia de 6 por día en las primeras semanas de gestación

10.- Los siguientes síntomas necesitan tratamiento inmediato, ya que de lo contrario pueden complicar gravemente su embarazo,

EXCEPTO:

- 1) Flujo amarillo-verdoso de mal olor
- 2) Comezón vaginal
- 3) Hambre exagerada
- 4) Orina de mal olor con ardo
- 5) Vómito en más de 6 veces por día

12.- ¿A las pacientes embarazadas de bajo riesgo se les envía a control prenatal al servicio de materno-infantil?:

- 1) SI
- 2) NO
- 3) NO SÉ

11.- ¿Quién le informó cuáles son los datos de alarma obstétrica?

- 1) El médico con el que pasa a consulta en mi Unidad de medicina familiar.
- 2) Médico particular
- 3) La enfermera del servicio de materno-infantil
- 4) La trabajadora social
- 5) Otros (mamá, familiar, amigo, vecino)

13.- Dentro de las actividades de la enfermera materno-infantil para el control del embarazo se realizan las siguientes acciones EXCEPTO:

- 1) toma de laboratorios y aplicación de toxoide tetánico
- 2) Control de peso y toma de presión arterial
- 3) Medición del crecimiento del útero, medición de la frecuencia cardíaca del bebé.
- 4) Información sobre datos de alarma obstétrica
- 5) Orientación sobre hábitos higiénicos y alimenticios.

14.- ¿Cuáles de las siguientes actividades realiza la trabajadora social?

- 1) Dar recetas por vitaminas.
- 2) Pesar y medir
- 3) Realiza entrevistas
- 4) Pláticas informativas sobre la evolución del embarazo y cuidados
- 5) Toma de signos vitales (Presión arterial, Frecuencia cardíaca, etc.)

ANEXO 2
EVALUACIÓN DEL NIVEL DE INFORMACIÓN SOBRE LOS DATOS DE ALARMA
OBSTÉTRICOS.

INDICADORES

- 1.-Sangrado transvaginal
- 2.-Ruptura prematura de membranas
- 3.-Disminución o ausencia de movimientos fetales
- 4.-Contracción uterina dolorosa antes de los 9 meses
- 5.-Flujo amarillo-verdoso, de mal olor, acompañada o no de comezón
- 6.-Ardor al orinar, mal olor en la orina, aumento en el número de micciones
- 7.-Dolor de cabeza, zumbido de oídos, visión con destellos de luz.

EVALUACIÓN DEL ÍNDICE (de acuerdo a total de datos identificados)

BUENO
6 A 8

REGULAR
3 A 5

MALO
0 A 2

ANEXO 3

EVALUACIÓN DEL CONTROL PRENATAL

INDICADOR (número de consultas de atención prenatal)

ÍNDICE DE EVALUACIÓN elaborado de acuerdo al número de consultas consideradas en la norma oficial de atención prenatal.

MALO 1 a 2 consultas

REGULAR 3 a 5 consultas

BUENO 7 o más