



BUAP

Facultad de Medicina

Unidad Médico Familiar No. 2

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE LAS PACIENTES
EMBARAZADAS ACERCA DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA
OBSTETRICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DOS DELEGACION
PUEBLA”**

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

[Dra. Sandy Linares Alvarado](#)

Director

[Dra. Gabriela Bravo de la Rosa](#)

Asesor

[Dra. Elizabeth Méndez Fernández](#)



H. Puebla de Z. Noviembre 2019

AUTORIZACIÓN DE TESIS

La presente investigación fue realizada en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 2, bajo la Dirección de la Dra. Gabriela Bravo de la Rosa y la Dra. Elizabeth Méndez Fernández; con el título de “Nivel de Conocimiento Y Actitudes de las pacientes embarazadas acerca de los signos y síntomas de alarma obstétrica de la Unidad de Medicina Familiar Dos Delegación Puebla”, registro ante el IMSS R-2017-2103-028, cuyo autor principal es la Dra. Sandy Linares Alvarado, Residente de la especialidad de Medicina Familiar. Por lo que hago constar que he revisado el contenido científico de la misma, autorizando su impresión. Firmo al calce.

ATENTAMENTE

DIRECTORES DE LA TESIS

Dra. Elizabeth Méndez Fernández

Dra. Gabriela Bravo de la Rosa



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud **2103** con número de registro **17 CI 21 114 023** ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 21 CEI 006 2017103**.
U MED FAMILIAR NUM 2

FECHA **Lunes, 18 de diciembre de 2017.**

DRA. GABRIELA BRAVO DE LA ROSA
PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS ACERCA DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DOS DELEGACIÓN PUEBLA”

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2017-2103-028

ATENTAMENTE

JOSÉ DAVID LÓPEZ BORBOLLA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2103

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por haberme permitido, de primera instancia, hacer una Especialidad y, en segundo lugar, por darme la fuerza y la tenacidad que se necesita para cumplir una meta más en mi carrera profesional.

A mis Padres Javier Linares y María Elena Alvarado:

Por brindarme su apoyo incondicional, por esas palabras de aliento que fueron útiles en mi camino, ya que sin ellas las adversidades a las que me enfrente no hubieran sido llevaderas, por creer en mi como hija y profesionista, por estar siempre cuando más los necesite y seguir ahí de pie a mi lado. Los amo.

A mi Esposo Enrique:

Porque aparte de ser mi compañero de vida, es mi fortaleza, mi desahogo, mi impulso, mi apoyo y la persona que siempre estuvo al pie del cañón en todo momento, que me acompañó en los desvelos, en mis crisis, en mis logros, en los buenos y malos momentos y al cual amo con todo mi ser, por ser un excelente padre y por ser esa voz que siempre me anima a seguir adelante y que no me permite flaquear. Te amo mi vida.

A mi Hija Valentina:

Por ser parte del motor que me impulso a superarme en mi vida profesional, que entendió mis ausencias, mi estrés y mis malos momentos y que, a pesar de ello, siempre al llegar a casa me recibía con una gran sonrisa y un gran abrazo, como si el tiempo no hubiera pasado, haciendo que todos los sacrificios al final del día valieran la pena. Te amo Valentina.

A mi Hermana Karen:

Por apoyarme con sus conocimientos, sus formas de ver la vida y su ánimo, por hacerme ver las cosas de manera positiva y hacer que lo difícil se volviera fácil. Por estar ahí a pesar de estar cansada o ser horas no prudentes, siempre me apoyaste. Te quiero hermana.

A mis suegros Arnulfo Rosas e Isabel Bello:

Por el apoyo que directamente o indirectamente me han brindado, por estar ahí con una palabra de aliento, apoyándome con el cuidado de mi hija en esas largas ausencias que a veces tenía, pero que a pesar de ello también creyeron en mí y me han brindado su confianza.

A mis Asesores de Tesis:

Por brindarme el apoyo, la asesoría y el tiempo para esta tesis que es parte fundamental de mi formación como Médico Familiar.

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	3
2. ANTECEDENTES	4
2.1 ANTECEDENTES GENERALES	4
2.2 ANTECEDENTES ESPECIFICOS	21
3. JUSTIFICACION	27
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
5. HIPOTESIS	29
6. OBJETIVOS	30
6.1 OBJETIVO GENERAL	30
6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	30
7. MATERIAL Y METODOS	31
7.1 TIPO DE ESTUDIO	31
7.2 CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO	31
7.3 UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL	31
7.4 ESTRATEGIA DE TRABAJO.....	31
7.5 MUESTREO	32
7.5.1 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACION	32
7.5.2 SELECCIÓN DE MUESTRA	32
7.5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO	32
7.5.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	32
7.5.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	32
7.5.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	32

7.5.3.4 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO	32
7.6 DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION	32
7.7 METODO DE RECOLECCION DE DATOS	36
7.8 ANALISIS DE DATOS	36
8. BIOÉTICA	37
9. RESULTADOS	39
10. DISCUSIÓN	46
11. CONCLUSIONES	49
12. PROPUESTAS	50
13. BIBLIOGRAFÍA	51
14. ANEXOS	55

RESUMEN

“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS ACERCA DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DOS DELEGACIÓN PUEBLA”

Dra. Sandy Linares Alvarado¹, Dra. Gabriela Bravo de la Rosa², Dra. Elizabeth Méndez Fernández³.

¹Residente de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Puebla.

²Médico Especialista en Medicina Familiar UMF2.

³Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud UMF2.

INTRODUCCION: Ha sido demostrado que la identificación de los signos y síntomas de alarma obstétrica de manera temprana, nos conduce a la prevención de algunas complicaciones futuras que podrían repercutir en la calidad de vida de las embarazadas.

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimiento y actitud de las embarazadas acerca de los signos y síntomas de alarma obstétrica de la UMF2 Puebla.

METODOS: Se realizó un estudio de tipo Observacional, Descriptivo, Prospectivo, Transversal y Unicentrico, durante el periodo Enero – Marzo 2018, incluyendo a 222 embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión pertenecientes a la UMF2, a las cuales se les aplicó la encuesta “Conocimiento y Actitudes ante signos y síntomas de alarma obstétrica”, dicho cuestionario, está conformado por 5 rubros que constan de: datos socio-demográficos, datos obstétricos, fuente de información del tema, evaluación del conocimiento y evaluación de la actitud. El rubro del conocimiento está conformado por 14 ítems con respuestas de opción múltiple, cada respuesta correcta equivale a 5 puntos, las cuales, al sumarse, clasifican al conocimiento en: conocimiento alto: 41-70, conocimiento medio: 21-40 y conocimiento bajo: 0-20. Por otro lado, la evaluación de la actitud está conformada por 12 ítems con respuestas tipo Likert, que van de 1 punto a 5 puntos, dependiendo el tipo de afirmación, una vez obtenido el puntaje, este se clasifica en: Favorable: 42-60, Indiferente: 29-41 y Desfavorable: 12-28.

RESULTADOS: Del 100% (n=222) de la población estudiada el promedio de edad fue de 26.3 ± 5.6 años, con una gesta promedio de 1.94 ± 0.9 y 24.3 ± 9.5 semanas de embarazo, el 41.4% (n=92) fueron casadas. Por otra parte, el 69.4% (n=154) su escolaridad fue media superior. Nuestros resultados mostraron que el 88.7% (n=197) tuvieron un nivel alto de conocimiento de los datos de alarma, mientras que el 11.3% (n=25) el nivel de conocimiento fue medio. Finalmente, los resultados mostraron que el 99.1% (n=220) presentaron una actitud favorable a los datos de alarma.

CONCLUSIONES: Los resultados muestran que el nivel de conocimiento y actitud acerca de los signos y síntomas de alarma obstétricos son altos y favorables en las embarazadas de la UMF2 y que, además, ambas variables guardan una estrecha relación entre sí.

PALABRAS CLAVE: signos, síntomas, conocimiento y actitudes.

ABSTRACT

"LEVEL OF KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF PREGNANT PATIENTS ABOUT THE SIGNS AND SYMPTOMS OF OBSTETRIC ALARM OF THE FAMILY MEDICINE UNIT TWO DELEGATION PUEBLA"

Dra. Sandy Linares Alvarado¹, Dra. Gabriela Bravo de la Rosa², Dra. Elizabeth Méndez Fernández³.

¹Residente de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Puebla.

²Médico Especialista en Medicina Familiar UMF2.

³Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud UMF2.

INTRODUCTION: It has been shown that the identification of obstetric warning signs and symptoms early leads us to the prevention of some future complications that could have an impact on the quality of life of pregnant women.

OBJECTIVE: To determine the level of knowledge and attitude of pregnant women about the signs and symptoms of obstetric alarm of the UMF2 Puebla.

METHODS: An Observational, Descriptive, Prospective, Transversal and Unicenter study was conducted during the period January - March 2018, including 222 pregnant women who met the inclusion criteria belonging to the UMF2, to which the survey was applied "Knowledge and Attitudes towards signs and symptoms of obstetric alarm", said questionnaire is made up of 5 items consisting of: socio-demographic data, obstetric data, source of information on the subject, evaluation of knowledge and evaluation of attitude. The knowledge item is made up of 14 items with multiple choice answers, each correct answer is equivalent to 5 points, which, when added, classify knowledge into: high knowledge: 41-70, average knowledge: 21-40 and low knowledge: 0-20. On the other hand, the attitude assessment is made up of 12 items with Likert responses, ranging from 1 point to 5 points, depending on the type of statement, once the score is obtained, it is classified as: Favorable: 42-60, Indifferent: 29-41 and Unfavorable: 12-28.

RESULTS: Of the 100% (n = 222) of the population studied, the average age was 26.3 ± 5.6 years, with an average gestation of 1.94 ± 0.9 and 24.3 ± 9.5 weeks of pregnancy, 41.4% (n = 92) were married. On the other hand, 69.4% (n = 154) their schooling was higher average. Our results showed that 88.7% (n = 197) had a high level of knowledge of the alarm data, while 11.3% (n = 25) the level of knowledge was medium. Finally, the results showed that 99.1% (n = 220) presented a favorable attitude to the alarm data.

CONCLUSIONS: The results show that the level of knowledge and attitude about obstetric warning signs and symptoms are high and favorable in pregnant women of the UMF2 and that, in addition, both variables are closely related to each other.

KEY WORDS: signs, symptoms, knowledge and attitudes.

2. ANTECEDENTES

2.1 Antecedentes Generales

Mortalidad Materna

Año con año el sector Salud, a través de la implementación de programas y servicios ha tratado de disminuir el número de muertes maternas, sin embargo, pese a los esfuerzos y estrategias implementadas, en la actualidad las defunciones maternas siguen ocupando un lugar considerable dentro de las causas de muerte en mujeres en edad fértil. Según la OMS, diariamente mueren 830 mujeres por complicaciones con el embarazo y el parto, de las cuales el 99% pertenecen a países en desarrollo ⁽¹⁾.

De acuerdo a lo anterior México presenta una tasa de mortalidad materna diez a cien veces mayor comparada con la reportada por naciones industrializadas como Canadá, Estados Unidos de América y la mayoría de los países europeos quienes registran tasas inferiores a 15 por 100 mil nacidos vivos; dado lo anterior, no resulta sorprendente que el mayor número de casos reportados correspondan a países cuyas zonas urbanas y rurales tengan un alto nivel de marginación ⁽²⁾.

A nivel nacional, el estado de Puebla ocupó el 5° lugar junto con los estados de San Luis Potosí, Durango e Hidalgo, de acuerdo a los datos reportados por parte del INEGI, correspondientes al periodo 2007-2011 (Gráfica 1). Resulta de suma importancia mencionar que dichos valores pueden disminuir a través de la prevención, la cual está sustentada en el conocimiento que las embarazadas deben saber sobre esta etapa ⁽³⁾.

Gráfica 1. En esta gráfica se puede observar la estadística correspondiente a cada estado referente a la muerte materna, comprendida en los periodos 2002-2006 y 2007-2011 ⁽³⁾.



“La muerte materna se define como toda defunción de una mujer ocurrida durante el embarazo, el parto o los 42 días siguientes a la terminación de la gestación, por causas relacionadas o agravadas por ésta, pero no por causas accidentales o incidentales” ⁽⁴⁾.

Con base en el enfoque médico, la muerte materna puede ser de causa directa o indirecta, el siguiente cuadro muestra las principales causas de acuerdo a la bibliografía consultada ⁽²⁾.

Cuadro 1. Causas directas e indirectas de la muerte materna ⁽¹⁾.

Causas de muerte materna	
Directas	Indirectas
<i>Preeclampsia/eclampsia</i>	<i>Enfermedades preexistentes agravadas por la adaptación fisiológica materna del embarazo. Por ejemplo: DM, enfermedades cardíacas o pulmonares.</i>
<i>Hemorragias</i>	
<i>Abortos</i>	
<i>Infecciones</i>	

Embarazo

El embarazo es una etapa de la mujer en edad reproductiva, que por sí solo produce cambios anatómicos y fisiológicos en el organismo de la gestante, con el objetivo de generar las condiciones adecuadas para el desarrollo del feto, así como la preparación para el momento del parto y la lactancia. Cuando ocurre una alteración durante este proceso, es importante identificar de manera temprana los signos y síntomas que puedan desencadenar alguna complicación, comprometiendo el bienestar del binomio o culminando en una muerte materna.

Es aquí donde el control prenatal se convierte en la piedra angular de la prevención, de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica del IMSS, esta se define como “toda acción y procedimiento, sistemático o periódico, destinado a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materno-perinatal”⁽⁵⁾.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 007 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida; el control prenatal se define como “una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida”⁽⁶⁾.

Una de las prioridades del control prenatal, independientemente de la prevención, es la de capacitar a la mujer para que sea capaz de tomar decisiones informadas acerca de sus cuidados, siempre y cuando se respete su autonomía. Dentro de esta capacitación se citan los síntomas de alarma obstétrica, los cuales entran dentro de las acciones que como médico de primer contacto nos corresponde transmitir a las pacientes de una manera clara y con términos idóneos de acuerdo a sus características sociodemográficas para evitar malos entendidos que nos puedan generar complicaciones fatales.

Lo ideal es que una paciente embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo 5 consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o con prueba de embarazo positiva.

La NOM 007 sugiere el siguiente calendario de consultas en la paciente embarazada:

- 1ª consulta: entre las 6 - 8 semanas
- 2ª consulta: entre 10 - 13.6 semanas
- 3ª consulta: entre 16 - 18 semanas
- 4ª consulta: 22 semanas
- 5ª consulta: 28 semanas
- 6ª consulta: 32 semanas
- 7ª consulta: 36 semanas
- 8ª consulta: entre 38 - 41semanas

***PRIMERA CONSULTA:**

Durante la primera consulta las actividades que se deben de realizar son las siguientes:

- Historia clínica completa:
 - Ficha de identificación (nombre completo, edad, estado civil, empleo, lugar de residencia habitual, teléfono, datos de algún familiar para establecer contacto en caso necesario).
 - Antecedentes heredo-familiares
 - Antecedentes personales no patológicos
 - Antecedentes personales patológicos
 - Antecedentes gineoobstétricos

- Realizar el diagnóstico del embarazo (prueba inmunológica en orina o suero)
- Calcular edad gestacional y fecha probable de parto
 - Formula de Naegele: al primer día de la FUM sumar 7 días y al mes se le restan 3.
 - En caso de una FUM desconocida o no confiable, se utiliza el Ultrasonido como auxiliar para estimar la edad gestacional.
- Buscar factores de riesgo durante el interrogatorio.
- Identificar factores de riesgo para Diabetes Gestacional (padres con DM o familiares de primer grado, antecedente de DG, edad >25 años, peso al nacer de la paciente $\geq 4\text{Kg}$, obesidad $\geq 90\text{Kg}$, IMC ≥ 30 antes del embarazo, pacientes con tamiz alterado $\geq 130\text{mg/dl}$, hijos/as con peso al nacer $\geq 4\text{Kg}$, antecedentes de óbito, aborto recurrente, hijos con malformaciones congénitas e hipertensión arterial crónica).
- Identificar e informar a la embarazada sobre el alto riesgo que representan las adicciones a sustancias químicas y la automedicación.
- Identificar datos de trastornos relacionados a la salud mental (depresión)
- Si se atiende a embarazadas <15 años, se debe buscar de manera intencionada datos sugestivos de violencia sexual, familiar o de género, de encontrarse, se debe proceder conforme las disposiciones jurídicas aplicables.
- Exploración física:
 - Signos vitales
 - Exploración bucodental
 - Exploración mamaria
 - Auscultación cardiaca materna
 - Medición del fondo uterino y frecuencia cardiaca fetal

- Toma de citología cervico-vaginal (si procede).
- Comentar medidas higiénico - dietéticas
- Aplicar primera dosis de TD antes de la semana 14 y la segunda 4 a 8 semanas después de la primera.
- Prescribir ácido fólico 0.4mg, mínimo 3 meses previos a la primera consulta y durante todo el embarazo.
- Solicitar laboratorios: Biometría hemática completa, grupo sanguíneo y factor Rh (en paciente Rh negativo, solicitar Coombs indirecto), glucosa en ayuno y a la hora (poscarga de 50gr), creatinina, ácido úrico, examen general de orina, VDRL, VIH.
- Exámenes de gabinete, se podrá solicitar USG de acuerdo a los siguiente:

La NOM 007 recomienda realizar un ultrasonido por trimestre:

- El primero (entre la semana 11-13.6): para establecer vitalidad fetal, edad gestacional y número de fetos que se están gestando.
- El segundo (entre la semana 18 y 22)
- El tercero (entre la semana 29 y 30)

*CONSULTAS SUBSECUENTES:

En las consultas subsecuentes se debe de realizar lo siguiente:

- Permitir a la paciente que exponga sus dudas y aclarárselas con un lenguaje comprensible.
- Realizar un interrogatorio con la intención de buscar datos de alarma en el embarazo
- Identificar signos y síntomas de urgencia obstétrica (hipertensión arterial, convulsiones, epigastralgía, cefalea intensa, hemorragia transvaginal, palidez intensa, dolor abdominal, fiebre, perdida transvaginal de líquido o sangre).

- Realizar medición, registro e interpretación de peso, talla, presión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, crecimiento de fondo uterino, movimientos del feto y frecuencia cardiaca fetal, ultrasonido. Identificar datos de infección que nos puedan condicionar amenazas de aborto o amenazas de parto prematuro y darles el manejo correspondiente.
- Realizar interpretación y valoración de los resultados de laboratorio y gabinete que se le solicitaron a la paciente en la consulta previa, en caso de detectar alguna anormalidad, realizar envió a segundo nivel para su intervención oportuna.
- Realizar prueba de detección para DG en toda paciente embarazada que se encuentre entre la semana 24 y 28, en caso de tener factores de riesgo, realizar esta detección antes, si la prueba se reporta positiva, enviar a 2º o 3º nivel según corresponda; con lo que respecta al término de la gestación, la paciente que salió positiva en esta prueba, deberá ser revalorada entre la 6ª y 12ª semana posterior a la culminación del embarazo con una curva de tolerancia a la glucosa a fin de identificar a las mujeres con Diabetes Mellitus y darles seguimiento.
- Promover que la paciente acuda acompañada de su pareja para que se integre al control del embarazo y de esta manera reforzar los lazos de apoyo.
- Promover la lactancia materna exclusiva, excepto en casos justificados como pacientes VIH positivo, en donde lo más recomendable es sugerir sucedáneos de la leche.
- Proveer información sobre los métodos anticonceptivos que puede usar posterior al parto.

***PUERPERIO:**

Para la atención del puerperio mediato y tardío, el personal de salud debe:

- Proporcionar 2 consultas, la inicial dentro de los primeros 15 días y la segunda al final del puerperio.
- Vigilar la involución uterina, los loquios, la presión arterial, frecuencia cardiaca y la temperatura tan frecuente como sea necesario para prevenir y detectar complicaciones.
- Proporcionar información completa a la madre y a su pareja, sobre los cuidados del recién nacido/a, vacunas, lactancia materna exclusiva, nutrición de la madre y los cambios emocionales que ocurren durante este periodo ⁽⁶⁾.

De acuerdo a lo antes mencionado, cabe resaltar que el control prenatal nos permite efectuar acciones para prevenir o detectar la presencia de enfermedades preexistentes o subclínicas, además de hacer hincapié en los signos y síntomas de alarma que ameritan una atención inmediata.

Signos y síntomas de alarma obstétrica

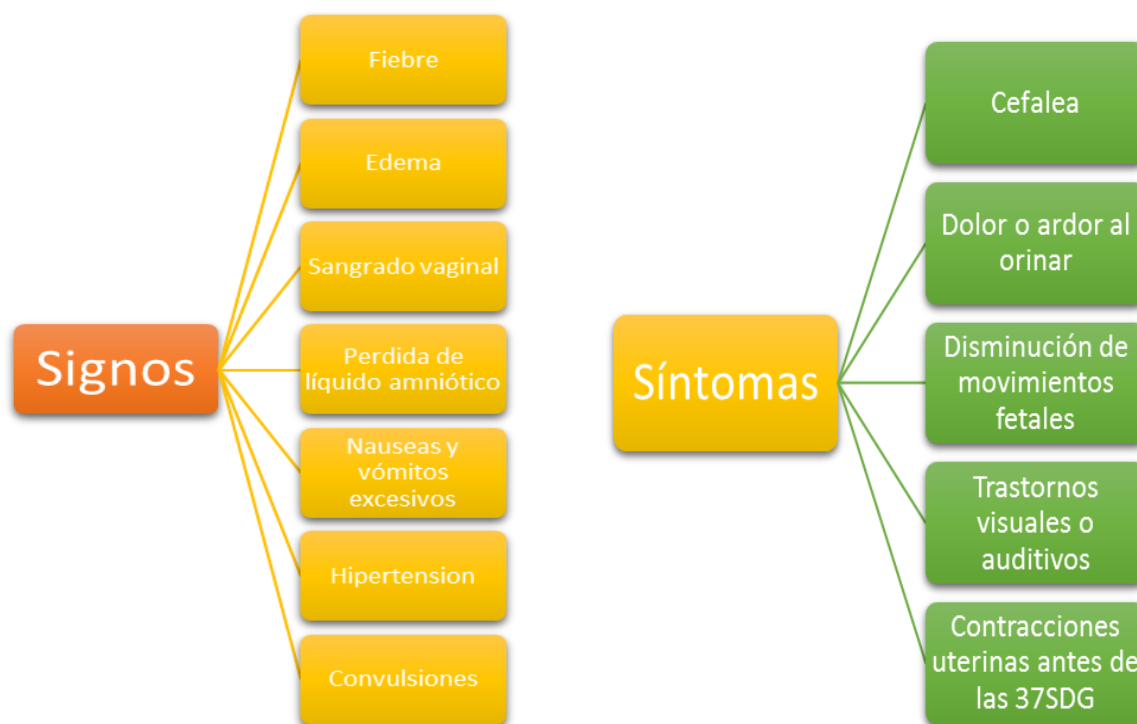
Como señalamos anteriormente, los signos y síntomas son un conjunto de indicadores que permiten a la paciente y al médico saber cuándo existe un riesgo de complicación.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, los signos y síntomas de alarma del embarazo son aquellos que indican que la salud de la gestante y del producto de la concepción están en peligro ⁽⁷⁾.

Signo: es una manifestación objetiva, como una erupción cutánea, la fiebre o la hinchazón. Es algo que el médico puede detectar.

Síntoma: manifestación patológica subjetiva que sufre un enfermo, como el dolor, el cansancio, náuseas, visión borrosa, entre otros. Es algo que el médico no puede ver ⁽⁸⁾.

Diagrama 1. Signos y Síntomas de alarma obstétrica



Signos de alarma

Fiebre:

La fiebre es un incremento en la temperatura corporal normal (37°C) secundario a la liberación de pirógenos procedentes de agentes infecciosos como son bacterias y virus principalmente.

El embarazo normal no causa fiebre, sin embargo, la mujer embarazada es susceptible a múltiples infecciones, dentro de las cuales se encuentran:

Cuadro 2. Etiología de la fiebre en el embarazo

Causas mas frecuentes de fiebre en el embarazo
<ul style="list-style-type: none">• Infeccion urinaria• Infecciones bacterianas o virales de la vía aerea superior• Neumonía bacteriana o nuemonitis viral• Gastroenteritis o enterocolitis aguda• Reacciones secundarias a drogas

La fiebre de origen infeccioso elevada y persistente por más de 5 días, fue vinculada con un elevado índice de mortalidad.

Con lo que respecta a los efectos de esta en el feto, algunos estudios confirman que la existencia de fiebre elevada (>38.9°C) durante al menos 24hrs en el curso del primer trimestre del embarazo, se vincula con un incremento de malformaciones del tubo neural ⁽⁹⁾.

Edemas:

Los edemas se originan por los cambios electrolíticos y por el aumento de la presión venosa en los miembros inferiores, debida principalmente a la dificultad del retorno venoso por la compresión que el útero ejerce sobre las venas cava inferior e iliacas.

Cuando los edemas son generalizados, no ceden con el reposo y se acompañan de proteinuria e hipertensión arterial, debemos de estar alertas, ya que estos datos nos indican que se está presentando una preeclampsia y si no intervenimos en este punto, puede evolucionar a un cuadro convulsivo tonicoclónico conocido como Eclampsia.

La eclampsia es un cuadro convulsivo de mucha gravedad que puede incluso acabar con la vida del feto, por lo que su detección precoz, permitiéndonos actuar para disminuir la tensión arterial, puede ser decisiva ⁽¹⁰⁾.

Sangrado vaginal:

Es cualquier flujo de sangre procedente de la vagina durante el embarazo.

Este sangrado se puede presentar en la primera o segunda mitad de la gestación.

1. Hemorragias de la primera mitad del embarazo:

- Aborto: Es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o antes que el feto alcance 500 gramos de peso, puede ser espontáneo o inducido ⁽¹¹⁾.

- Embarazo ectópico: se produce cuando el ovocito fertilizado se implanta fuera de la cavidad endometrial. En el 95% de los casos los ectópicos son tubáricos (80% ampular).
Se caracteriza porque clínicamente se manifiesta como una tríada: amenorrea, dolor abdominal persistente en fosa iliaca y sangrado vaginal irregular, oscuro y de poca intensidad ⁽¹²⁾.

- Enfermedad trofoblástica: El embarazo molar o mola hidatidiforme es la consecuencia de una alteración genética que se produce en el momento de la fecundación. Se manifiesta por degeneración hidrópica y edema de estroma, con ausencia de vascularización de las vellosidades coriales y proliferación del trofoblasto, conservando la estructura vellositaria.
Se caracteriza porque las pacientes que cursan con esta entidad presentan amenorrea, hiperémesis gravídica, preeclampsia precoz, hemorragia vaginal escasa, discontinua, persistente con posible expulsión de vesículas, las cuales son patognomónicas de dicha entidad, a nivel ecográfico se visualiza una imagen nevada o en panal de abejas junto con ausencia de latido cardiaco fetal ⁽¹³⁾.

2. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo:

- Placenta previa: es la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero. Se manifiesta a través de una hemorragia indolora, de color rojo brillante y de intensidad variable, los episodios de sangrado pueden repetirse e ir aumentando en intensidad según avance la gestación ⁽¹⁴⁾.

- Desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta: es la separación parcial o total de una placenta no previa de la decidua uterina, ocurriendo esto antes de la expulsión fetal. Se caracteriza por dolor abdominal de comienzo brusco e intenso, sangrado de color rojo oscuro e hipertoniá uterina ⁽¹⁵⁾.

Perdida de líquido amniótico:

La pérdida vaginal de líquido amniótico es un indicativo de rotura prematura de membranas, ocurre en aproximadamente 1-3% del total de mujeres embarazadas, además se encuentra asociada con aproximadamente el 30-40% de partos pretérmino, por esta razón podría considerarse como el problema obstétrico de la actualidad debido a que está reportado que el 85% de la morbimortalidad fetal es resultado de la prematurez ⁽¹⁶⁾.

La RPM se define como la pérdida de continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio del trabajo de parto.

Existen 2 categorías:

- Ruptura de membranas a término: aquella que ocurre después de las 37SDG.
- Ruptura de membranas pretérmino: la que se presenta antes de las 37SDG, que a su vez se clasifica en:
 - Previa ($<23SDG$)
 - Remota del termino ($24-32SDG$)
 - Cercana al termino ($33-36SDG$)

Dentro de los factores que incrementan el riesgo de presentar dicha patología son: infecciones del aparato reproductivo (vaginitis bacteriana, por tricomonas, gonorrea, chlamydia y corioamnioitis); conductuales (tabaquismo, abuso de

substancias, estado nutricional y relaciones sexuales); complicaciones obstétricas (embarazo múltiple, polihidramnios, incompetencia ístmico cervical, hemorragias y trauma durante el embarazo) y cambios ambientales (presión barométrica) ⁽¹⁷⁾.

Náuseas y vómitos excesivos:

En la mujer gravídica las náuseas y los vómitos son muy comunes (70-85%) e inician generalmente en las primeras 12 semanas de embarazo.

Cuando estos síntomas se vuelven severos, se le conoce como Hiperémesis gravídica.

La hiperémesis gravídica es un síndrome que ocurre en la primera mitad del embarazo, afectando a las gestantes en un 0.3 - 2%, se caracteriza por náuseas y vómitos severos provocando pérdida de peso de al menos un 5% del peso previo al embarazo, deshidratación, cetonuria y trastornos hidroelectrolíticos, atribuidos al pico hormonal de la HCG y el estradiol.

Algunos factores predisponentes para la hiperémesis gravídica son: el antecedente de gestación múltiple, cesárea previa, HG previa, concepción por técnicas de reproducción asistida, embarazo molar, diabetes gestacional, trastorno depresivo, trastorno hipertiroides, úlcera péptica y asma.

Varios estudios han documentado que el tabaquismo y la multiparidad reducen el riesgo de HG, esta observación se atribuye a un menor volumen placentario lo que produce menos niveles de hormonas. La hiperémesis gravídica se presenta generalmente en mujeres jóvenes, primíparas, estatus socioeconómico bajo y con productos de género femenino. Los neonatos de madres con HG presentan mayor riesgo de malformaciones congénitas del Sistema Nervioso Central ⁽¹⁸⁾.

Hipertensión:

Los trastornos hipertensivos del embarazo representan la complicación más común, afectando aproximadamente el 15% de los embarazos y representan casi

el 18% de todas las muertes maternas en el mundo, con un estimado de 62 000 a 77 000 muertes por cada año.

Los desórdenes hipertensivos en el embarazo pueden ser:

- Preeclampsia: Es el estado que se caracteriza por la presencia de hipertensión y proteinuria significativa, lo que ocurre por primera vez después de la semana 20 del embarazo, durante el parto o en el puerperio. También se considera preeclampsia cuando existe hipertensión en el embarazo y un criterio de severidad aun cuando no haya proteinuria demostrada en un primer momento.
- Preeclampsia severa o preeclampsia con criterios de severidad: Es la preeclampsia con uno o más de los siguientes criterios:
 - Síntomas maternos: cefalea persistente; alteraciones visuales o cerebrales; epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho; dolor torácico o disnea; y en caso de hipertensión severa (TA: $\geq 160/110$ mmHg); edema agudo pulmonar o sospecha de desprendimiento placentario.
 - Alteraciones de laboratorio: Elevación de creatinina sérica (> 1.1 mg/dL), aumento de AST/ALT (>70 IU/L) o DHL; plaquetas $< 100,000/$ mm³.
 - Síndrome HELLP: (Hemólisis, Enzimas hepáticas elevadas y Plaquetas bajas).
- Hipertensión arterial crónica en el embarazo: es la hipertensión que está presente antes del embarazo o que es diagnosticada antes de las 20 semanas de gestación. De acuerdo la etiología puede ser primaria o secundaria. Cuando se diagnostica hipertensión arterial secundaria durante el embarazo deberá determinarse la etiología.
- Hipertensión gestacional: hipertensión que se presenta por primera vez posterior a las 20 semanas de gestación con ausencia proteinuria

demostrada por recolección de orina de 24 horas o por cociente proteínas/creatinina urinaria en una muestra al azar ⁽¹⁹⁾.

Convulsiones:

Las convulsiones son una manifestación clínica de la severidad del síndrome preecláptico, conocidas como Eclampsia, la cual se origina de la microangiopatía hemorrágica cerebral, caracterizada por la aparición de convulsiones tónico-clónicas en el embarazo, con o sin aumento de la tensión arterial. Puede aparecer antes, durante o hasta 48 horas postparto.

La sintomatología que la precede consiste en cefalea intensa, visión borrosa, fotofobia, dolor en el hipogastrio e hiperexcitabilidad, y pueden provocar complicaciones pulmonares, renales y neurológicas. Estas últimas constituyen la principal causa de muerte materna.

La lesión neurológica más frecuente es el edema cerebral con o sin aumento de la presión intracraneana, la cual puede llevar a la paciente a un estado de coma prolongado. La intensidad de las lesiones está en relación con la duración de las convulsiones, el periodo de recuperación entre éstas y la presión intracraneana ⁽²⁰⁾.

Síntomas de alarma Cefalea:

Es normal tener dolores de cabeza durante el embarazo, especialmente en el primer trimestre. Sin embargo, si los dolores de cabeza persisten en el segundo y tercer trimestre, puede ser signo de preclampsia, resultado de una presión sanguínea alta. Dicho síntoma puede o no estar acompañado de cambios visuales, dolor abdominal superior agudo o náuseas, aumento repentino de peso o hinchazón en las manos o la cara ^{(21) (22)}.

Dolor o ardor al orinar:

Son síntomas presentes en una infección de vías urinarias (IVU), las cuales son comunes durante la gestación. Existen diferentes factores que pueden contribuir a su desarrollo, uno de ellos es la dilatación ureteral.

Infecciones recurrentes de este tipo pueden ocasionar graves consecuencias a las embarazadas; en el primer trimestre puede haber amenaza de aborto; mientras que en el segundo y tercer trimestre existe un mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer, además del desarrollo de pielonefritis en las madres ⁽²³⁾.

Disminución de movimientos fetales

El movimiento fetal es uno de los primeros signos a través del cual la madre puede percibir el bienestar del feto; a partir de la semana 18 – 20 la madre puede sentir unas ligeras patadas. Una reducción en la frecuencia de los movimientos fetales o la ausencia de estos puede sugerir una muerte fetal ⁽²⁴⁾.

Trastornos visuales o auditivos

Durante el embarazo puede haber cambios oculares, en muchos de los casos resulta ser una condición temporal. Sin embargo, en ocasiones dicho estado puede ser indicativo de un problema serio.

La visión borrosa es atribuida a un aumento en los niveles de glucosa en la sangre; mientras que la observación de puntos o luces (fosfenos) está relacionada con la presión sanguínea alta.

Al igual que la visión, a nivel auditivo se presentan alteraciones, las cuales desaparecen después del nacimiento. Uno de los síntomas más experimentados por las mujeres durante el segundo y tercer trimestre son los acufenos, que se caracterizan por la sensación de ruidos, silbidos o zumbidos en los oídos; o la ausencia de sonidos externos. Dicho signo está ligado a un aumento en la presión

sanguínea, y puede ser considerado como un indicador de hipertensión o preeclampsia ⁽²⁵⁾ ⁽²⁶⁾.

Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de la gestación

Es normal que las mujeres tengan contracciones uterinas durante el embarazo, sin embargo, si dichas contracciones aumentan de 5 a 6 por hora antes de la 37 semana, puede ser indicativo de amenaza de aborto o de parto prematuro ⁽²⁷⁾.

2.2 Antecedentes Específicos

- Schirley Gabriela Torres Armas (Guatemala 2015): Realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar si existía relación entre el nivel de conocimiento y el número de gestas por medio de un cuestionario, encontrando que no existe una diferencia significativa en cuanto a conocimientos sobre el tema entre mujeres primigestas y multigestas; con lo que respecta a la fuente de información, el principal medio fue el centro de salud (60.9%) seguido por información brindada por las comadronas (29.3%) y por ultimo medios de comunicación (9.8%). Se determinó que el 49.2% de las mujeres 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. Considerando los resultados obtenidos, el investigador de dicha tesis propuso reforzar las capacitaciones y aumentar la cantidad de pláticas 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⁽²⁸⁾.
- Brenda Johana Gonzales Espejo (Lima-Perú 2016): Realizó un estudio en 263 gestantes evaluando el conocimiento, la actitud y la practica sobre signos y síntomas de alarma obstétrica en embarazadas de la unidad de alto riesgo obstétrico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Los resultados obtenidos fueron que el 48.7% conocen parcialmente sobre las señales de alarma durante el embarazo, el 28.8% desconocen sobre el tema y el 22.4% identifican los signos y síntomas adecuadamente, por otro lado, también encontraron que las pacientes conocen más los signos que los síntomas de alarma, esta variable predomina en las pacientes de mayor edad, lo cual no influye en la actitud frente a las señales; existe mayor conocimiento sobre las señales de alarma en madres que tienen más número de gestaciones que en las que tienen menos; se observó que las gestantes con mayor nivel educativo conocen y actúan favorablemente

frente a estos datos; según su ocupación, los conocimientos fueron mayores en gestantes con empleo, pero la actitud frente a dichas señales es mejor en las estudiantes que en las pacientes antes mencionadas; de acuerdo al ingreso económico, las pacientes con un ingreso alto tienen mayor conocimiento sobre los datos de alarma con respecto a las de bajo nivel económico ⁽⁷⁾.

- María Rosa Colachahua Baldoceada (Lima-Perú 2015): Realizó un estudio para evaluar el nivel de conocimiento de las señales de alarma obstétrica y conducta de la paciente ante estas, en dicho estudio participaron 60 embarazadas con morbilidad materna extrema, a las cuales se les realizó una encuesta, los resultados obtenidos fueron que el 66.7% obtuvo un nivel de conocimiento regular, el 30% tuvo un nivel bajo y solo el 3.3% un nivel alto. Entre las principales señales de alarma que identificaron las pacientes fueron: cefalea (56.7%), edema de manos, pies y cara (45%), sangrado vaginal (35%) y pérdida de líquido amniótico (31.7%). En cuanto a la conducta frente a dichos datos de alarma, la principal fue que las pacientes acudieron a un centro de salud cercano (76.7%), el 23.3% espero a que llegara algún familiar para tomar una decisión y el resto pensaron que se les pasaría. De acuerdo a los resultados, el investigador hizo hincapié en priorizar el tema de la prevención y la sensibilización de las mujeres en edad fértil, interviniendo en la importancia del control prenatal y la identificación temprana de las señales de alarma ⁽²⁹⁾.
- Flores Bazán e Ylatoma Meléndez (Tarapoto-Perú 2012): Realizaron un estudio en cual su muestra fue de 31 embarazadas, a las cuales se les aplico una encuesta para medir el conocimiento y la actitud sobre algunos signos y síntomas de alarma obstétrica. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: el nivel de conocimiento de las gestantes sobre signos y síntomas de alarma fue alto (51.6%), en cuanto a las actitudes, estas fueron

favorables (96.8%). En conclusión, los investigadores mencionan que dicho estudio demuestra que el nivel de conocimiento tiene una relación estrecha con la actitud que adopta la paciente ante dichos eventos ⁽³⁰⁾.

- Sara Eleonor Maldonado Fernández (Aguascalientes 2016): Realizó un estudio de tipo cuasi experimental, en el cual su objetivo era valorar el efecto de una intervención participativa en el conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétrica. Se hicieron 2 grupos, uno matutino y el otro vespertino, a los cuales se les realizó un pre-cuestionario acerca de signos y síntomas de alarma obstétrica, posteriormente se realizó una intervención educativa de tipo participativa, al finalizar la intervención se aplicó un post-cuestionario. Obteniendo los siguientes resultados: el conocimiento pre-intervención fue del 56% (nivel medio), en cuanto al post-intervención fue de 85% (nivel alto), por lo que el investigador concluyó que el nivel de conocimientos pre-intervención, mejoro con la participación educativa ⁽³¹⁾.
- Ticona Rebagliati (Lima-Perú 2013): Realizó un estudio en las embarazadas atendidas en el Hospital de Lima-Perú durante el mes de junio 2013, con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos y prácticas que tienen las gestantes sobre los signos y síntomas de alarma obstétrica. Se entrevistaron a 150 embarazadas, de las cuales el 93% reconocieron los signos de alarma, mientras que la totalidad de ellas menciono que se debe de acudir a un centro de salud de inmediato de presentarlos, el signo que más identificaron como anormal fue el sangrado vaginal (87.3%); respecto a las practicas el 86% menciona que siempre acudiría a un centro de salud de presentar alguna molestia, los signos y síntomas por los que las pacientes siempre acudirían fueron las convulsiones (97%), sangrado vaginal (95%), contracciones (88%); al preguntar por la presencia de signos de alarma durante la gestación actual, las más frecuentes fueron: náuseas y vómitos (33%), cefalea (25%) y disuria (24%); los signos que produjeron

que la mayoría de las gestantes acudieran a urgencias fueron: convulsiones (100%), alteración de crecimiento uterino (100%), disuria (86.1%), sangrado vaginal (88.4%) y fiebre (84.2%) ⁽³²⁾.

- Juan Francisco García Regalado (Guanajuato 2012): Realizó un estudio en Guanajuato debido al incremento de la mortalidad materna y cuyo objetivo fue determinar los signos y síntomas que las mujeres consideran como datos de urgencia obstétrica durante el embarazo, parto y puerperio. El estudio realizado fue de tipo descriptivo en donde se entrevistaron a 300 mujeres (150 embarazadas y 150 no embarazadas) que se encontraban en control prenatal en la UMF53, los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: el 86% de las no embarazadas y el 92% de las embarazadas conocieron 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 en el puerperio. Los principales signos y síntomas identificados por las mujeres no embarazadas fueron: sangrado transvaginal 22.1% (embarazo), ruptura de membranas 28.3% (parto), sangrado transvaginal 25.2% (puerperio), por otro lado, los identificados por las mujeres embarazadas fueron: sangrado transvaginal 22.9% (embarazo), ruptura de amnios 31.6% (parto) y fiebre 31% (puerperio) ⁽³³⁾.
- Ochoa y León (Cuenca-Ecuador 2016): Realizaron un estudio a 143 embarazadas, mediante un cuestionario, el cual tenía la finalidad de determinar sus conocimientos de signos y síntomas de alarma obstétrica. Los resultados obtenidos de esta encuesta fueron que el 70.63% obtuvieron un nivel de conocimiento alto, el 18.18% obtuvo un conocimiento bajo y el 11.19% un conocimiento regular. En cuanto a si las pacientes presentaron señales de alarma durante su embarazo, el 62.24% no presentó ningún dato y el 37.76% si los presentó, mencionando a la cefalea como síntoma predominante, seguido por sangrado transvaginal. También se preguntó

acerca de cuál sería su actitud y decisión en caso de presentar alguno de los datos de alarma en su embarazo actual, para la cual el 81.48% respondió que acudiría de inmediato a su centro de salud u Hospital más cercano, mientras que el 18.52% respondió que no acudiría a ninguna institución, este último resultado fue sorprendente para los que realizaron dicho trabajo y al indagar el porqué de la respuesta, se encontraron con que en ocasiones, las personas no asisten a pedir ayuda por su bajo nivel de educación, viviendas en áreas de difícil acceso o por creencias y confianza en sus parteras y curanderos ⁽³⁴⁾.

- Aquino Simón (Lima, Perú agosto 2016): Realizó un estudio en el cual el muestreo fue de 156 gestantes a las cuales les aplicó una encuesta que considera información sobre características sociodemográficas, características obstétricas, presencia de morbilidad y el conocimiento de los signos y síntomas de alarma. Los resultados obtenidos indican que el 73.1% de las gestantes encuestadas han recibido información sobre signos y síntomas de alarma; en cuanto al nivel de conocimientos el 46.2% presentó un nivel adecuado, mientras que el 53.8% tiene un nivel no adecuado; también encontraron que la edad, la multiparidad la atención prenatal y la escolaridad son factores importantes que influyen en la importancia que le pone cada paciente a su salud, ya que entre mayor sean estas variables, mejores resultados se obtendrán ⁽³⁵⁾.
- Maita y Villanueva (Arequipa-Perú, 2016): Realizaron un estudio a 133 gestantes, en el cual utilizaron un cuestionario para medir el nivel de conocimiento y actitudes sobre signos y síntomas de alarma. Los resultados fueron que el 76.7% tienen un conocimiento alto, el 19.5% un conocimiento medio y el 3.8% un conocimiento bajo; además se encontró que las gestantes que lograron los conocimientos altos, fueron las primigestas con un 51.9%; en cuanto al reconocimiento de los signos y síntomas, el 97%

identifico a la disminución de los movimientos fetales, como el principal dato de alarma, seguido por fiebre (95.5%) y las náuseas con vómitos excesivos (79.7%). En lo que concierne a la actitud, el 94% obtuvo una actitud favorable y el 6% una actitud indiferente ⁽³⁶⁾.

- Nava y Fernández (Sopachuy 2013): Realizaron una investigación de tipo observacional sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo, donde la recolección de la información se realizó a través de una encuesta, encontrando los siguientes resultados: el nivel de conocimiento de las embarazadas fue del 70%, mientras que el 30% no conocen del tema; de ese 70%, se encontró que un 53.3% fue informada por el personal de salud, 10% por su familia y 6.6% por vecinos; con lo que respecta a los signos de alarma conocidos, el 77% conoce 3 signos de alarma (edema, sangrado vaginal y fiebre), el resto no identifico más de 3 signos. Por lo que concluyeron que el nivel de conocimientos es alto en las mujeres gestantes del municipio de Sopachuy y que las variables sociodemográficas poseen una vital importancia, ya que estas pueden intervenir en la toma de decisiones de la paciente ⁽³⁷⁾.

3. JUSTIFICACIÓN

La mortalidad materna constituye un grave problema mundial que a pesar de las medidas que se han ido tomando a través del tiempo, esta sigue siendo una causa de preocupación en el ámbito de la salud. Según la OMS diariamente mueren 830 mujeres por complicaciones con el embarazo y el parto, de las cuales el 99% pertenecen a países en desarrollo.

De acuerdo a los últimos reportes estadísticos, Puebla ocupa el quinto lugar junto con otros estados en muertes maternas, siendo en su mayoría por causa directa.

Es por ello que surge el interés de evaluar el Nivel de Conocimiento y Actitudes que tienen las embarazadas de la UMF2, Puebla sobre los signos y síntomas de alarma obstétrica, ya que estos son de vital importancia para poder detectar de manera temprana alguna complicación que pudiera estar cursando la gestante.

Para poder realizar dicha evaluación se utilizará un instrumento que evalúa ambos parámetros, obteniendo al final una calificación que nos permitirá clasificar a la paciente en un nivel alto, medio o bajo con respecto al conocimiento y en una actitud favorable, desfavorable o indiferente.

Una vez obtenido los resultados, implementaremos algunas propuestas que harán que las pacientes no pasen por alto alguno de estos datos de alarma, que podrían prevenir finales inesperados.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La gestación se considera como uno de los estímulos fisiológicos más demandantes en la mujer; en este periodo acontecen una serie de cambios a nivel endocrino y metabólico resultado de la actual relación feto-placentaria, dichas modificaciones morfológicas y funcionales tienen el objetivo de garantizar el óptimo desarrollo y crecimiento fetal; aun así, es muy común en la práctica diaria encontrar casos que presenten complicaciones cuyos desenlaces pueden tener repercusiones en el binomio.

De acuerdo a la bibliografía consultada, la falta de información y la mala toma de decisiones por parte de la mujer gestante, así como de sus familiares, ante la identificación de signos y síntomas de alarma, complican el embarazo, poniendo en riesgo la salud materna y perinatal.

Desde el punto de vista de la Medicina Familiar dichas situaciones pueden ser intervenidas desde la primera consulta, que debe tener lugar dentro de las primeras 12 semanas del embarazo; pues es en ella donde recibirá información de suma valía.

Actualmente son escasos los estudios que evalúan el nivel de conocimientos sobre señales de alarma en pacientes gestantes; estos mismos señalan que la sensibilización de las mujeres sobre este tema, puede mejorar la detección temprana de complicaciones durante la gestación.

Por lo anterior mencionado, resulta importante cuestionarnos ¿cuál es el nivel de conocimiento y actitudes de las pacientes embarazadas acerca de los signos y síntomas de alarma obstétrica de la Unidad de Medicina Familiar Dos Delegación Puebla?

5. HIPÓTESIS

H1: Un adecuado nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma obstétrica en mujeres embarazadas puede influir en la actitud que se debe de tomar frente a cada uno de ellos.

H0: Un adecuado nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma obstétrica en mujeres embarazadas puede no influir en la actitud que se debe de tomar frente a cada uno de ellos.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo General:

Evaluar la actitud y conocimiento de signos y síntomas de alarma presentes durante el embarazo en mujeres gestantes de la Unidad de Medicina Familiar 2, IMSS Puebla.

6.2 Objetivos Específicos:

- Identificar la fuente de información a partir de la cual las mujeres gestantes han adquirido el conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma obstétrica.
- Determinar los signos y síntomas de alarma obstétrica mejor reconocidos por las mujeres gestantes.
- Determinar si la actitud frente a los signos y síntomas de alarma obstétrica que toman las mujeres gestantes se ve favorecido por el número de gestas previas.
- Identificar los aspectos demográficos que guarden relación con el nivel de conocimiento de signos y síntomas de alarma obstétrica en mujeres embarazadas.

7. MATERIAL Y METODOS

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Observacional, Descriptivo, Prospectivo, Transversal y Unicentrico.

7.2 CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

Observacional: porque el investigador no intervino en el fenómeno estudiado.

Descriptivo: porque únicamente se analizó y describió la información obtenida.

Prospectivo: porque la ocurrencia del evento se registró durante el estudio.

Transversal: porque se realizó una sola determinación en los sujetos de estudio.

Unicentrico: el estudio se lleva a cabo en una sola unidad.

7.3 UBICACIÓN ESPACIO - TEMPORAL

El estudio tuvo lugar en la UMF2 Delegación Puebla, de Enero-Marzo de 2018.

7.4 ESTRATEGIA DE TRABAJO

- Se solicitó permiso a las autoridades correspondientes de la UMF2 delegación Puebla para la aplicación de la encuesta “Conocimiento y Actitudes ante signos y síntomas de alarma obstétrica”, a pacientes embarazadas pertenecientes a esta unidad.
- Se realizó encuestas a mujeres embarazadas de la UMF2 delegación Puebla; que se encontraron en las salas de espera de la institución, considerando los criterios de inclusión y exclusión; previo a la encuesta, las participantes llenaron un consentimiento informado.
- Se realizó una base de datos de las respuestas obtenidas a través de las encuestas.
- De los resultados obtenidos se realizó un análisis estadístico en el programa SPSS versión 22, que dio paso a la discusión y conclusión del tema.

7.5 MUESTREO

7.5.1 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN

La unidad de población del presente estudio está conformada por toda paciente embarazada de la UMF2 que acudió a control prenatal de enero a marzo 2018 de ambos turnos.

7.5.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se realizó la encuesta a toda paciente embarazada de la UMF2 que se encontraba en los pasillos de la unidad para su control prenatal en ambos turnos en un periodo comprendido entre enero a marzo 2018 cumpliendo con los criterios de selección.

7.5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO

7.5.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres gestantes atendidas en la UMF2, Puebla.

7.5.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no acepten participar en el estudio.

7.5.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.
- Paciente que al momento no acepte la aplicación del instrumento.
- Instrumentos no requisitos adecuadamente.

7.5.3.4 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

El muestreo fue no probabilístico. La muestra fue determinada por todas las gestantes que reunieron los criterios de selección.

El tamaño de la muestra fue conveniente al investigador.

7.6 DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

Las variables que se utilizaran en dicho estudio son:

➤ Variable Independiente

- **Conocimiento**

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o través de la introspección. En un sentido más extenso se trata de la tenencia de datos variados interrelacionados que al ser tomados por si solos, poseen un menor valor cualitativo.

Para medir esta variable, el cuestionario cuenta con un apartado de 14 ítems de opción múltiple, cada una de ellas tiene un valor de 5 puntos en caso de contestar el reactivo correcto, dando un total de 70.

La clasificación de las respuestas se agrupa de la siguiente manera:

Conocimiento alto: 41-70 puntos

Conocimiento medio: 21- 40 puntos

Conocimiento bajo: 0- 20 puntos

➤ Variable Dependiente

- **Actitud**

Se define como la creencia que se tienen en torno a un objeto o una situación, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente de una manera determinada.

Las actitudes se pueden caracterizar a través de los siguientes rasgos distintivos:

- Dirección: es la dirección de la actitud que puede ser positiva o negativa.
- Magnitud: es el grado de favorabilidad o desfavorabilidad con el que se evalúa el objeto de la actitud.
- Intensidad: es la fuerza del sentimiento asociada con la actitud.
- Centralidad: se refiere a la preponderancia de la actitud como guía del comportamiento del sujeto.

Para medir las actitudes existen varias escalas, entre ellas tenemos a la Escala de Likert, que consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de proposiciones, ante las cuales se pide la reacción de los entrevistados, eligiendo una de las 5 respuestas brindadas por la escala. A cada categoría se le asigna un valor numérico, que al sumarlo nos da una puntuación final.

Las categorías que se manejan son:

(5) Muy de acuerdo - (4) De acuerdo - Ni de acuerdo ni en desacuerdo - (2) En desacuerdo - (1) Muy en desacuerdo.

Para medir la actitud, el cuestionario consta de un rubro de 12 ítems, cada una de ellas con 5 alternativas de acuerdo a la Escala de Likert, cuyo valor va de 1 a 5 puntos según las afirmaciones que la encuestada manifieste, haciendo un total de 60 puntos.

La clasificación de las respuestas se agrupa de la siguiente manera:

Favorable: 42- 60 puntos

Indiferente: 29- 41 puntos

Desfavorable: 12 – 28 puntos

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS

DIMENSIONES	DEFINICION OPERATIVA	INDICADORES	ITEMS
Características sociodemográficas	Datos característicos que definen a la persona.	Edad	15-20 años 21-30 años 31-40 años 41-50 años
		Estado civil	Soltera Casada Conviviente Divorciada Viuda
		Instrucción	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior no universitaria Superior universitaria
		Convivencia familiar	Padres Pareja Hermanos Sola
Datos obstétricos	Características obstétricas que pueden aumentar la probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas en su calidad de vida	No. de gestas	1 embarazo
			2 embarazos
			3 embarazos
			4 embarazos
			>5 embarazos
		Presencia o ausencia de algunos signos y síntoma de alarma	Si
			No
Inicio de atención prenatal	1º trimestre		
	2º trimestre		
	3º trimestre		
Fuente de información	Medio por el cual la gestante obtiene información sobre los datos de alarma	Recibió información	Si
			No
		Fuente de información	Profesional de salud
			Familia
			Vecinos
	No recibió información		

7.7 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó la recolección de datos en una hoja diseñada expresamente para recabar dicha información que se encuentra en el apartado de anexos.

7.8 ANÁLISIS DE DATOS

Se estimó la frecuencia de las variables sociodemográficas, las variables obstétricas, el nivel de conocimiento y el nivel de actitud sobre los signos y síntomas de alarma obstétrica. Los datos fueron presentados en porcentajes con desviaciones estándar. Se aplicaron pruebas para evaluar el nivel de significación estadística del estudio realizado.

8. ASPECTOS BIOÉTICOS

La participación de las pacientes en este estudio se ajustó a las normas éticas establecidas en los Códigos de Helsinki de 1975, Núremberg, Ética Médica, Ley general de salud y Normas Oficiales para el ejercicio de las profesiones que establecen normas y criterios para la confidencialidad en la realización del estudio, quedó asentada al firmar el consentimiento informado.

Basándose en los siguientes artículos:

ARTÍCULO 113.- La condición de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional en la salud y tener formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de ser miembros de la institución de atención a la salud y contar con la autorización del jefe responsable del área de adscripción.

ARTÍCULO 115.- Las investigaciones se desarrollan de conformidad con un protocolo, el cual será elaborado de acuerdo a la norma técnica que para el efecto emita la secretaria incluirá los elementos que permitan valorar el estudio que se propone realizar.

ARTÍCULO 116.- El investigador principal se encargará de la dirección técnica del estudio y tendrá las siguientes atribuciones:

- I. Preparar el protocolo de la investigación.
- II. Cumplir los procedimientos indicados en el protocolo y solicitar autorización para la modificación en los casos necesarios sobre aspectos de ética y bioseguridad.
- III. Documentar y registrar todos los datos generados durante el estudio.
- IV. Formar un archivo sobre el estudio que contendrá el protocolo las modificaciones al mismo, las autoridades, los datos generados, el informe final y todo el material documental y biológico susceptible de guardarse, relacionado con la investigación.
- V. Seleccionar al personal participante en el estudio y proporcionarle la información y adiestramiento necesario para llevar a cabo su función, así como mantenerlos al tanto de los datos generales y los resultados.

VI. Elaborar y presentar los informes parciales y finales de la investigación.

VII. Y las obras afines que sean necesarios para cumplir con la dirección técnica de la investigación.

ARTICULO 119.- Al término de la ejecución de la investigación el investigador principal tiene la responsabilidad de presentar a la Comisión de investigación de la institución de atención a la salud, un informe técnico que incluya lo elementos que indique la norma técnica que al respecto emita la secretaria.

Así como el anonimato y los resultados serán para uso exclusivo del investigador.

9. RESULTADOS

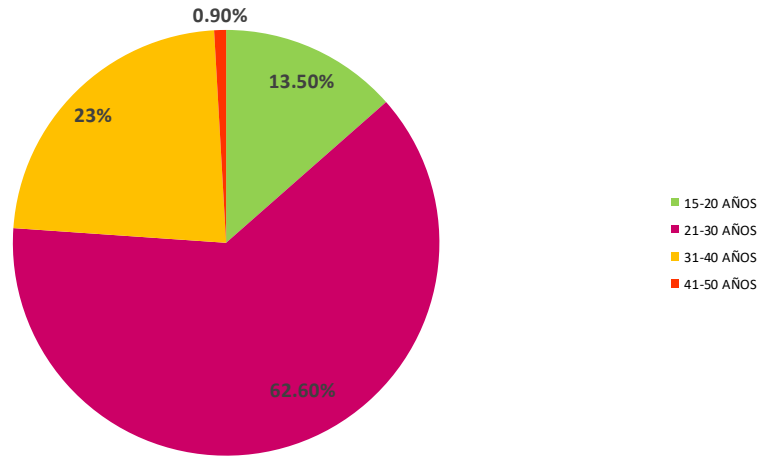
Se aplicaron 222 encuestas a las pacientes embarazadas de la UMF2, Puebla, de las cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 1. Resultados de los datos Sociodemográficos y Obstétricos de las encuestas realizadas a las embarazadas de la UMF2.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS				
Datos	Frecuencia	Porcentaje	Media	Desviación estándar
Edad:				
15-20 años	30	13.50%	26.32	±5.6
21-30 años	139	62.60%		
31-40 años	51	23.0%		
41-50 años	2	0.9%		
Estado civil:				
Soltera	41	18.5%		
Casada	92	41.4%		
Unión libre	89	40.1%		
Grado de instrucción:				
Primaria completa	6	2.7%		
Primaria incompleta	4	1.8%		
Secundaria completa	51	23%		
Secundaria incompleta	7	3.2%		
Superior no universitaria	89	40.1%		
Superior universitaria	65	29.3%		
Con quien vive:				
Sola	5	2.3%		
Pareja	183	82.4%		
Padres	31	14%		
hermanos	3	1.4%		
DATOS OBSTETRICOS				
Numero de gestas:				
1	87	39.2%	1.94	±96
2	82	36.9%		
3	37	16.7%		
4	12	5.4%		
+5	4	1.8%		
Semanas de embarazo:				
Primer trimestre	33	14.9%	24.34	±9.4
Segundo trimestre	105	47.3%		
Tercer trimestre	84	37.8%		

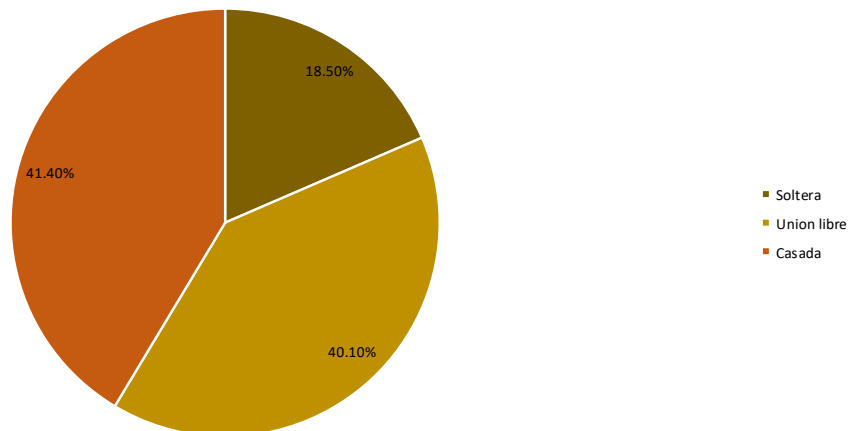
Datos Sociodemográficos:

GRÁFICO 1. DISTRIBUCION POR RUBROS DE EDAD DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS



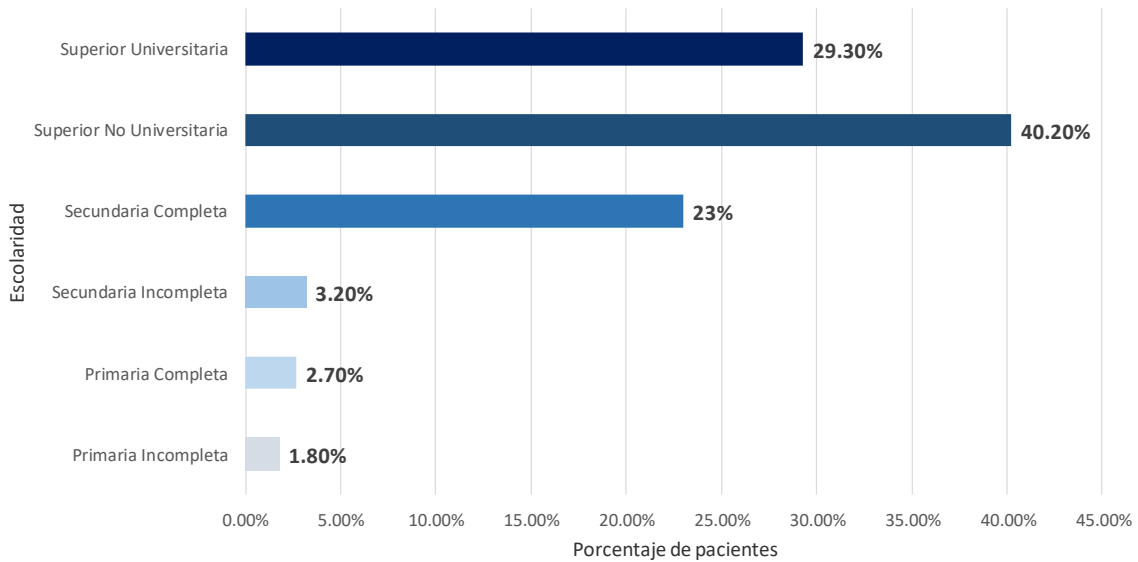
El gráfico 1, nos muestra que del total de las embarazadas encuestadas, el 13.50% corresponde a pacientes de 15 a 20 años, el 62.60% a pacientes de 21 a 30 años, el 23% a pacientes de 31 a 40 años y solo el 0.90% a pacientes de 41 a 50 años.

GRÁFICO 2. ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS



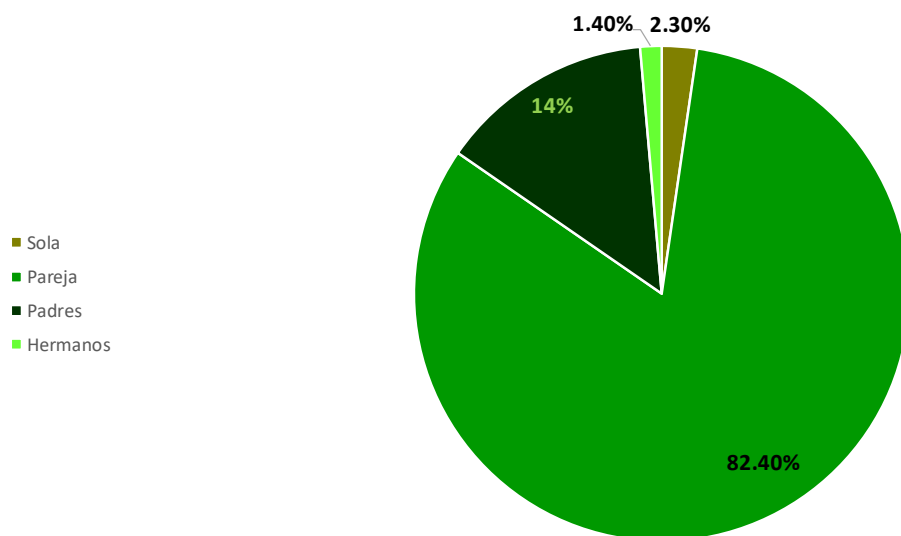
El gráfico 2, nos muestra que del total de las pacientes embarazadas el 41.40% es casada, el 40.10% vive en unión libre y el 18.50% es soltera.

GRÁFICO 3. GRADO DE ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS



El gráfico 3, nos muestra que, de las pacientes encuestadas, el 1.80% estudio la primaria incompleta, el 2.70% estudio la primaria completa, el 3.20% estudio la secundaria incompleta, el 23% estudio la secundaria completa, el 40.20% estudio un nivel superior no universitario y el 29.30% estudio un nivel superior universitario.

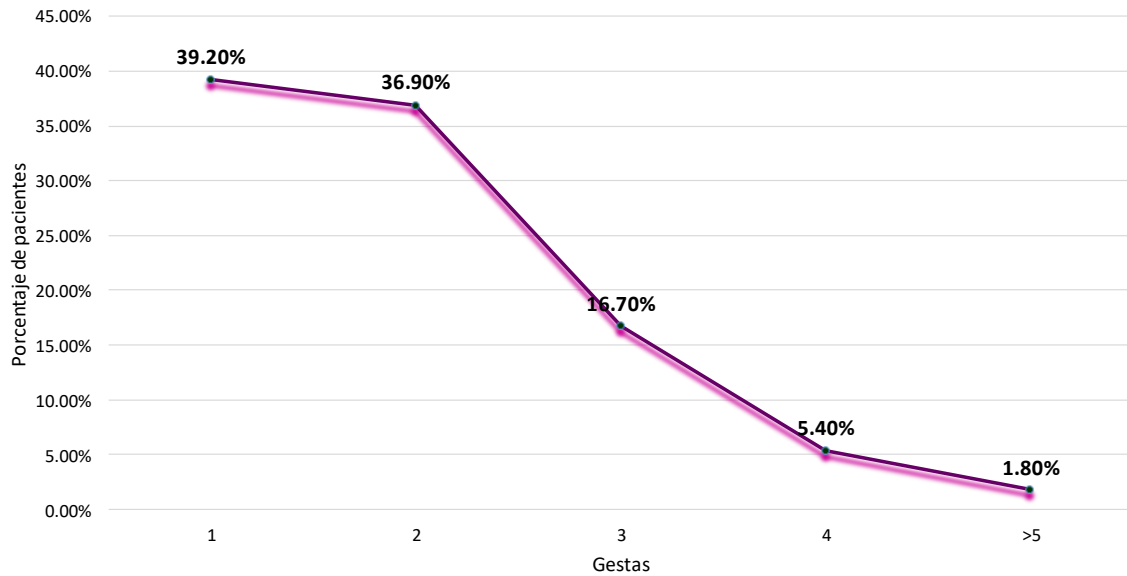
GRÁFICO 4. COHABITACION DE LAS MUJERES EMBARAZADAS



El grafico 4, nos muestra que, del total de las encuestadas, el 1.40% vive con sus hermanos, el 2.30% vive sola, el 14% vive con sus padres y el 82.40% vive con su pareja.

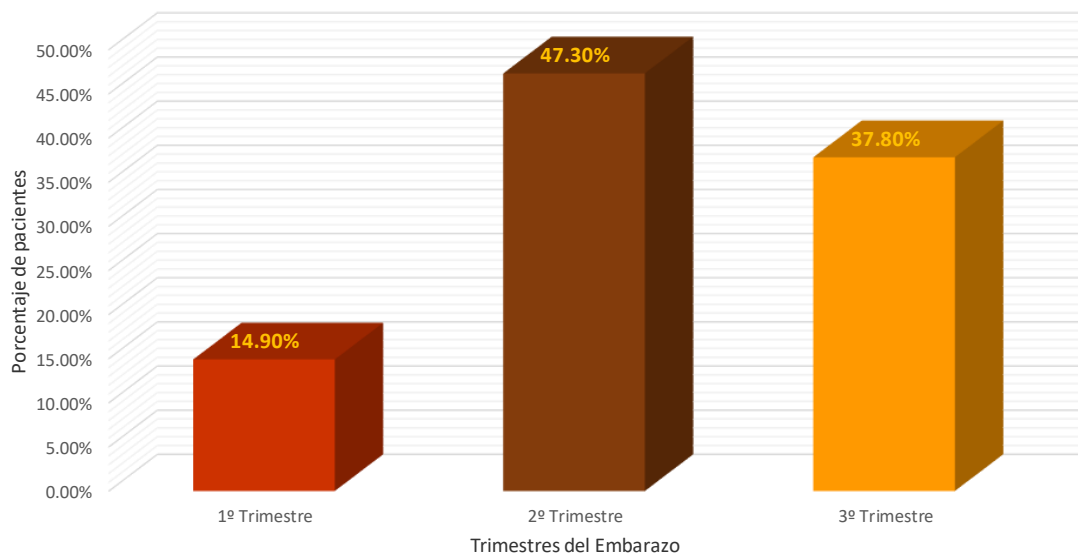
Datos Obstétricos:

GRÁFICO 5. NÚMERO DE GESTAS DE LAS EMBARAZADAS



El gráfico 5, nos representa que del 100% de las embarazadas encuestadas, el 39.20% es primigesta, el 36.90% es secundigesta, el 16.70% cursa con su tercera gesta, el 5.40% cursa con su cuarta gesta y solo un porcentaje menor que es el 1.80% cursa con más de cinco gestas.

GRÁFICO 6. TRIMESTRES DEL EMBARAZO



El gráfico 6, nos muestra que, de las pacientes encuestadas, el 47.30% se encuentra en el segundo trimestre del embarazo, seguido del 37.80% que se encuentra en el tercer trimestre y solo el 14.90% se encuentra en el primer trimestre.

GRÁFICO 7. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DE ACUERDO AL INSTRUMENTO APLICADO

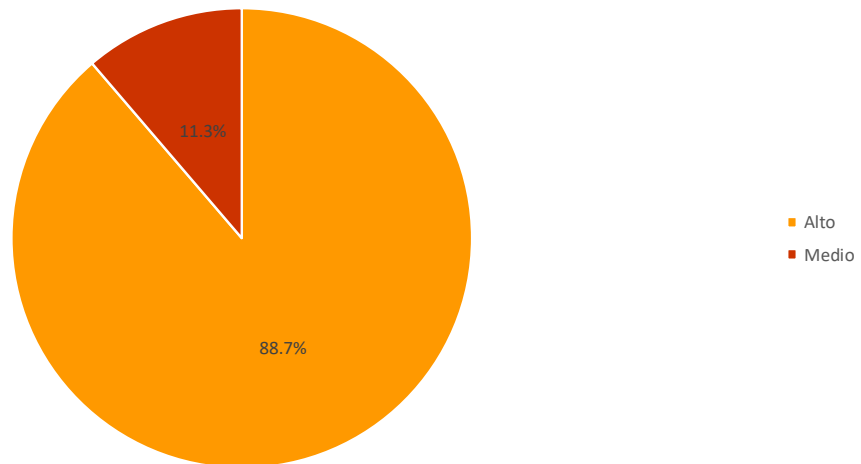


Gráfico 7. De acuerdo a los resultados obtenidos, se encontró que la mayoría de las embarazadas encuestadas tienen un nivel de conocimiento alto con un 88.7% el cual está representado por la región amarilla y solo el 11.3% correspondiente al área de color naranja presenta un conocimiento medio.

GRÁFICO 8. NIVEL DE ACTITUD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DE ACUERDO AL INSTRUMENTO APLICADO

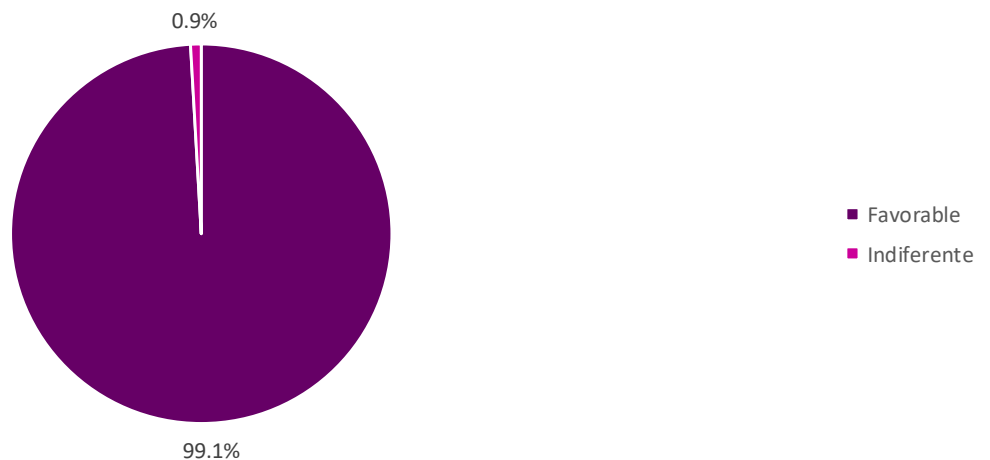


Gráfico 8. Representa el nivel de actitud que las embarazadas de la UMF2 adoptan frente a los signos de alarma obstétrica, registrando el 99.1% una actitud favorable y solo un 0.9% una actitud indiferente.

GRÁFICO 9. FUENTE DE INFORMACION SOBRE LOS DATOS DE ALARMA OBSTETRICA

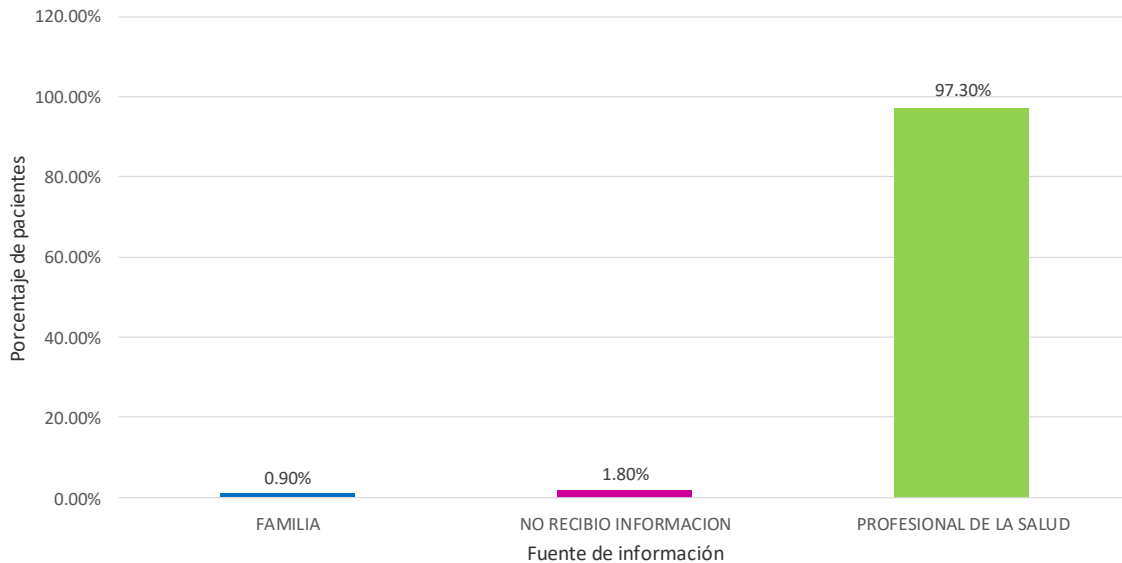


Gráfico 9. Representa la fuente de información de la cual las pacientes embarazadas adquirieron los datos de alarma, siendo el profesional de la salud el principal facilitador de la información con un 97.30%, seguido por el 1.80% que no recibió información y finalmente el 0.90% quien obtuvo información por parte de la familia.

GRÁFICO 10. DATOS DE ALARMA RECONOCIDOS POR LAS EMBARAZADAS DE ACUERDO AL INSTRUMENTO APLICADO

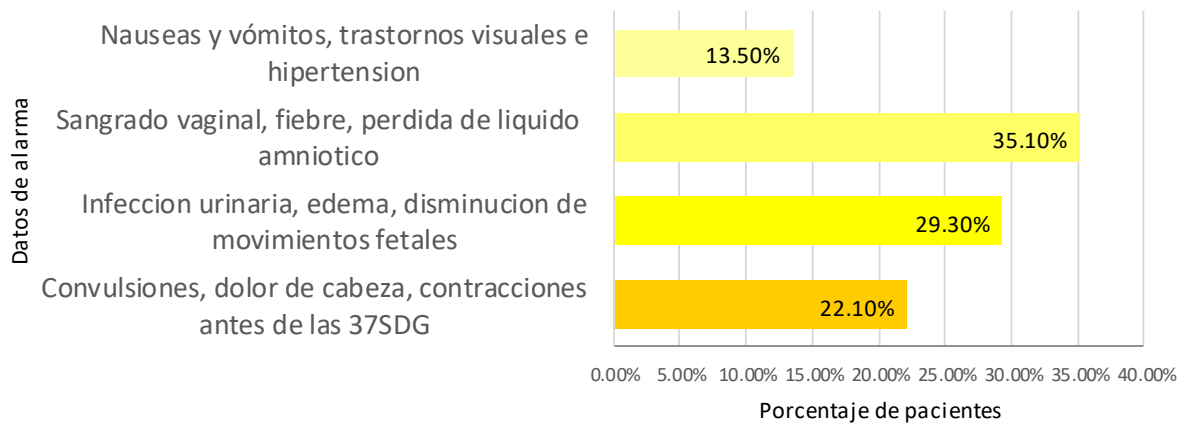


Gráfico 10. Ejemplifica los datos de alarma que fueron mayormente reconocidos por las embarazadas encuestadas, de los cuales el 35.10% eligió como datos de alarma al sangrado vaginal, fiebre y pérdida de líquido amniótico y los datos de alarma menos reconocidos por las gestantes representan el 13.50% y fueron las náuseas, vómitos, trastornos visuales e hipertensión.

GRÁFICO 11. RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS CON EL NIVEL DE ACTITUD DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS DE LA UMF2

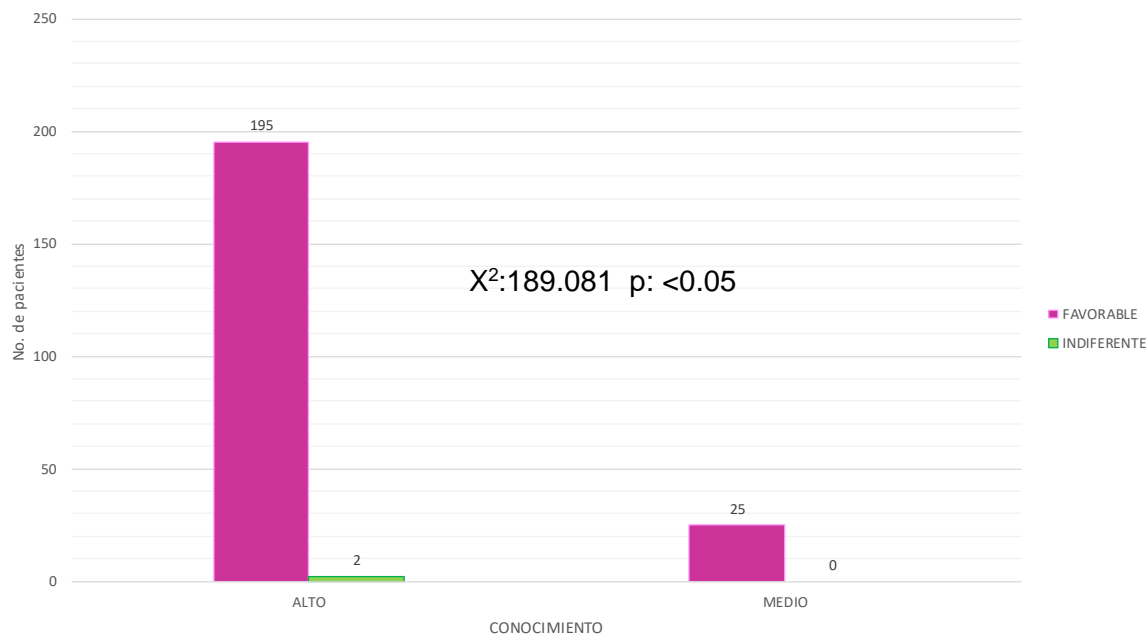


Gráfico 11. Representa la relacion que existe entre el nivel de conocimiento con el nivel de actitud de las gestantes entrevistadas, encontrando que 195 pacientes obtuvieron un conocimiento alto con una actitud favorable y solo 2 pacientes tuvieron un conocimiento alto, pero con una actitud indiferente; por otro lado, 25 pacientes obtuvieron un conocimiento medio con una actitud favorable, sin encontrar pacientes con un conocimiento medio y con una actitud indiferente, por lo que se reporta en 0.

10.DISCUSIÓN

Los signos y síntomas de alarma del embarazo son de vital importancia, ya que si estos se identifican de manera temprana se pueden prevenir complicaciones futuras que podrían culminar en un desenlace fatal para el binomio o bien dejar secuelas que impactarían de manera directa en la calidad de vida de la gestante.

En el presente estudio se encuestó a 222 gestantes de la UMF2 sobre los signos y síntomas de alarma obstétrica, para determinar el Nivel de Conocimiento y Actitud, que estas tienen ante lo antes mencionando, encontrando que la mayoría de nuestras encuestadas pertenecen al rubro de edad de los 21-30 años (62.60%) con una media de 26.32 y una desviación estándar de ± 5.6 ; lo cual concuerda con Maita Ramos A y Flores Bazán donde la mayoría de sus encuestadas también corresponden a este rubro de edad; con lo que respecta al estado civil el 41.4% de nuestras gestantes se encuentra casada; difiriendo con Maita Ramos A y Flores Bazán en donde las pacientes que incluyeron en sus estudios, el 57.9% y el 77.4% respectivamente, se encuentran viviendo en unión libre; en cuanto al Grado de Instrucción, el 40.1% de las embarazadas tienen una Escolaridad Superior No Universitaria, seguida por el 29.3% que tienen una Escolaridad Superior Universitaria, dejando en tercer lugar con el 23% una Escolaridad de Secundaria Completa; concordando con Maita Ramos A donde el 54.9% tiene una educación superior, pero discrepando con Flores Bazán donde el 45.2% tiene solo una Secundaria Completa; de acuerdo a las personas con las que cohabita la embarazada, obtuvimos que el 82.4% vive con su pareja, siendo semejante con lo que obtuvo Flores Bazán en su estudio con un 71%.

En cuanto a los datos obstétricos; encontrados que el 39.2% es primigesta y el 36.9% es secundigesta, dejando solo el 1.8% a pacientes que han tenido más de 5 gestas, concordando con Maita Ramos A donde el 61.7% de sus embarazadas también fueron primigestas, disintiendo con Flores Bazán donde el 45.20% de su población es secundigesta; en relación al trimestre en el que

se encontraban nuestras pacientes, el 47.3% corresponde al segundo trimestre, sin presentar relación con los estudios de Maita Ramos A y Flores Bazán, quienes no consideraron esta variable.

La principal fuente de información por la cual las embarazadas obtuvieron dichos datos de alarma fue por su médico familiar (97.30%), siendo semejante con Flores Bazán donde el 71% también obtuvo dicha información a través de un profesional de la salud.

Los datos de alarma que con más frecuencia reconocieron las mujeres embarazadas de la UMF2 fueron: sangrado vaginal, fiebre y pérdida de líquido amniótico (35.10%); en segundo lugar, a las infecciones urinarias, edema y disminución de los movimientos fetales (29.30%); en tercer lugar, las convulsiones, el dolor de cabeza y las contracciones antes de la semana 37 (22.10%) y finalmente náuseas, vómitos, trastornos visuales e hipertensión (13.50%); siendo compatible con lo que obtuvo Flores Bazán, donde de primera instancia el 41.7% también reconoció al sangrado vaginal, fiebre y pérdida de líquido amniótico como datos de alarma más comunes.

En cuanto al objetivo principal de nuestro estudio, el Nivel de Conocimiento fue Alto en un 88.7% y Medio en un 11.3%; con lo que respecta a la Actitud, esta fue en un 99.1% Favorable y solo el 0.9% fue Indiferente, concordando con Flores Bazán quien obtuvo un Nivel de Conocimiento Alto del 51.6% y un Nivel de Conocimiento Medio del 48.4%, referente a la Actitud, el 96.8% fue Favorable y el 3.2% fue Indiferente; discrepando nuestro estudio con el de Maita Ramos A y el de Manuyama Solsol quienes a pesar de obtener Niveles de Conocimientos Altos con Actitudes Favorables, también presentaron puntajes bajos de conocimiento y actitudes desfavorables, situación que no sucedió en nuestro estudio, ya que no se obtuvieron los rangos antes mencionado.

Con lo que respecta, a si existe asociación entre el Nivel de Actitud con el número de gestas, encontramos que no existe, ya que obtuvimos una $p = .667$, sin embargo, en donde si encontramos asociación fue entre el Nivel de

Conocimiento y el grado de instrucción de la paciente con una $p=.000$, así como con la edad con una $p=.000$; caso contrario a Mayuma Solsol quien no encontró ninguna asociación entre las variables sociodemográficas y el conocimiento.

Finalmente, la relación entre el Nivel de Conocimiento y la Actitud de acuerdo a la Prueba Estadística de Shi cuadrada nos arrojó una $p= <0.05$, lo que nos indica que existe una significancia alta y que ambas variables guardan relación, concluyendo que, a mayor nivel de Conocimiento de la paciente, esta presentara una Actitud Favorable ante los signos y síntomas de alarma obstétrica, compaginando con Maita Ramos, González Espejo y Flores Bazán; quienes obtuvieron resultados similares a los de nuestro estudio en cuestión de la relación Conocimiento – Actitud.

11.CONCLUSIÓN

Con los resultados obtenidos, podemos concluir que el Nivel de Conocimiento mantiene una estrecha asociación con la Actitud que adoptan las pacientes embarazadas ante los datos de alarma obstétrica en la UMF2, además de que se encontró correlación entre el Nivel de Conocimiento con el Grado de Instrucción de las pacientes, sin embargo, no se encontró asociación entre el Nivel de Actitud con las variables sociodemográficas y obstétricas.

12. PROPUESTAS

- Fomentar en el Personal de Salud de la UMF2 que mantiene contacto con la embarazada durante su control prenatal, que les hagan mención sobre los signos y síntomas de alarma obstétrica, ya que, al estar siendo incisivos en estos puntos, será difícil que las embarazadas los olviden.
- Capacitar al personal de Trabajo Social de la UMF2 sobre los datos de alarma obstétrica, ya que ellas son las responsables de abordar dentro de sus programas de capacitación este tema.
- Mejorar la metodología en cuanto a la enseñanza de estos datos de alarma obstétrica, para garantizar que la paciente los comprenda de manera clara y adecuada.
- Colocar mantas informativas en puntos estratégicos de la UMF2 en donde se ilustren los datos de alarma, para que las pacientes y los familiares que las acompañen, puedan captar la información que estas contienen.
- Hacer hincapié en cada consulta de control prenatal a la cual acuden las pacientes sobre la importancia de estos datos de alarma y pedirles que no subestimen las señales.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2016 [cited 2017 Agosto 16. Available from: HYPERLINK "<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>"
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> .
2. Karam Caldrón Á, Bustamante MP, Campuzano GM, Camarena PÁ. Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México. Medicina Social. 2007 Octubre; 2(4): p. 205-210.
3. Freyermuth Enciso M, Luna Contreras M. Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud. Revista Internacional de Estadística y Geografía. 2014 Septiembre-diciembre; 5(3): p. 44-60.
4. Romero Pérez I, Sánchez Miranda G, Romero López E, Chávez Coutois M. Muerte materna: una revisión de la literatura sobre factores socioculturales. Perinatología y reproducción humana. 2010 Enero-marzo; 24(1). p. 42-49.
5. IMSS. Guía de práctica clínica, control prenatal con enfoque de riesgo México: División de excelencia clínica, Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad; 2009. p. 9-23.
6. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. 2016. p. 22-36.
7. Espejo BJG. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas en la unidad de alto riesgo obstétrico del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen Palma UR, editor. Lima, Perú.; 2016. p. 31.
8. Medicina RANd. Real Academia Nacional de Medicina. [Online]. [cited 2017 Septiembre 11. Available from: HYPERLINK "<http://dtme.ranm.es/index.aspx>"
<http://dtme.ranm.es/index.aspx> .
9. Eduardo M. Infecciones graves en el embarazo y puerperio. p. 12-14.
- 10 VV.AA. Cambios fisiológicos y anatómicos de la mujer en el embarazo. In . Matronas Servicio Andaluz de Salud. Sevilla: MAD; 2007. p. 2.
- 11 Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, manejo inicial de aborto recurrente especialidad Cdumda, editor. México: IMSS; 2009.p. 1-55.

- 12 Zapardiel Gutiérrez I, De la Fuente Valero J, Bajo Arenas JM. Guía práctica de . urgencias en obstetricia y ginecología Madrid: Habe editores; 2008.p. 14-15.
- 13 IMSS. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la . enfermedad trofoblástica gestacional especialidad Cdumda, editor. México: IMSS; 2010.p. 1-48.
- 14 Sociedad Española de Ginecología y obstetricia. Placenta previa. Progresos de . obstetricia y ginecología. 2013 Junio, Julio; 56(6): p. 334-344.
- 15 Zamorano Nieves M, Barranco Armenteros M. Desprendimiento prematuro de . placenta normalmente inserta. Clases de residentes 2015. 2015 Abri. p. 1-16.
- 16 López Osma FA, Ordóñez Sánchez SA. Ruptura prematura de membranas . fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2006; 57(4): p. 1-10.
- 17 Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de referencia rápida, Prevención, . diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membranas Clínica DdE, editor. México: IMSS; 2009.p. 1-9.
- 18 Silbaja Muñoz L, Vargas Quesada N. Manejo de la Hiperémesis Gravídica. . Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2011 Octubre-Diciembre; 68(599): p. 1-5.
- 19 CENETEC. Guía de práctica clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento de la . preclampsia en segundo y tercer nivel de atención salud Sd, editor. México; 2017. p . 10-50.
- 20 Voto S, Marguiles M. Hipertensión en el embarazo: El Ateneo; 1997. p. 10-11. .
- 21 MacGregor EA. Headache in pregnancy. Neurologic Clinics. 2012; 30(3). . Consultado en: HYPERLINK "http://www.neurologic.theclinics.com/article/S0733-8619(12)00018-7/abstract" http://www.neurologic.theclinics.com/article/S0733-8619(12)00018-7/abstract
- 22 Linde EVKJSHB. Headache and migraine during pregnancy and puerperium: . the MIGRA-study. The journal of headache and pain. 2011 Agosto; 12(4). Consultado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21442333>.
- 23 Tilyard M. Managing urinary tract infections in pregnancy. Best Practice Journal. . Abril 2011; 35. Consultado en: <https://bpac.org.nz/bpj/2011/april/pregnant-uti.aspx>.
- 24 Royal College Of Obstetricians and Gynaecologists. Reduced Fetal

- . Movements. Green-top Guideline. 2011 Febrero; 57(1). Consultado en: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg57/>.
- 25 Smith S, Hoare D. Ringing in my ears: tinnitus in pregnancy. The practising Midwife. 2012 Septiembre. Consultado en: HYPERLINK "https://www.researchgate.net/publication/232525815_Ringing_in_my_ears_Tinnitus_in_pregnancy" https://www.researchgate.net/publication/232525815_Ringing_in_my_ears_Tinnitus_in_pregnancy .
- 26 Mackensen F PWMRNT. Ocular Changes During Pregnancy. Deutsches Arzteblatt International. 2014 Agosto; 111. Consultado en: <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/161314/Ocular-changes-during-pregnancy>
- 27 Creasy RK. University of California San Francisco Medical Center. [Online]. [cited 2017 Agosto 21. Available from: HYPERLINK "https://www.ucsfhealth.org/education/recognizing_premature_labor/" https://www.ucsfhealth.org/education/recognizing_premature_labor/ .
- 28 Armas SGT. Conocimientos de signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio en mujeres en edad fértil y personal de salud Landívar UR, editor. Santa Catarina Ixtahuacán Sololá, Guatemala.; 2015. p. 18-30.
- 29 Baldoce MRC. 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 Marcos UNMdS, editor. Lima, Perú; 2015. p. 17-27.
- 30 Flores Bazán MN, Ylatoma Meléndez C. Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales Junio-Septiembre 2012 Martín UNdS, editor. Tarapoto, Perú; 2012. p. 35-55.
- 31 Maldonado Fernández SE. Efecto de una intervención educativa participativa para fortalecer el conocimiento de signos y síntomas de alarma obstétricos a mujeres embarazadas de bajo riesgo, adscritas a la UMF 7, delegación Aguascalientes Aguascalientes UAd, editor. Aguascalientes, México; 2016. p. 30-45.
- 32 Ticona Rebagliati D, Torres Bravo L, Veramendi Espinoza L, Zafra Tanaka JH. Conocimientos y practicas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, Perú. Revista Peruana de Ginecología y obstetricia. 2014 abril; 60(2): p. 123-130.

- 33 Regalado JFG, Montañez Vargas I. Signos y síntomas de alarma obstétrica.
. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2012; 50(6): p. 651-657.
- 34 Ocho Sánchez F, León Muñoz E. Conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétrica en las pacientes de la consulta externa de los centros de salud del Valle y Ricaurte, Cuenca Ecuador 2016 Cuenca Ud, editor. Cuenca, Ecuador; 2016. p. 26-37.
- 35 Simón VRA. Nivel de conocimiento sobre los síntomas y signos de alarma en las gestantes atendidas en el Hospital III Iquitos del seguro social de salud Agosto del 2016 Peruana UndIA, editor. Punchana, Iquitos, Perú; 2016.
- 36 Maita Ramos A, Villanueva Rodríguez L. Nivel de conocimiento y actitudes sobre signos y síntomas de alarma del embarazo en gestantes atendidas en el centro de salud de Mariano Melgar 2016 Arequipa UCdISd, editor. Arequipa, Perú; 2016.p. 52-84.
- 37 Nava Carpio F, Fernandez López CD, Gorena Cabero RA, Valda Duarte E, Yucra Duarte VY. Signos y Síntomas de alarma en el embarazo, Hospital Virgen de Remedios, Sopachuy, 2013. Archivos Bolivianos de Medicina. 2014 Junio; 21(89): p. 1-6.
- 38 Aigner M. Técnicas de Medición por Medio de Escalas. p. 1-25
.

14. ANEXOS

Anexo 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Nivel de conocimiento y actitudes de las pacientes embarazadas acerca de los signos y síntomas de alarma obstétrica de la unidad de medicina familiar dos, delegación Puebla”



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

Nombre del estudio:	Nivel de conocimiento y actitudes de las pacientes embarazadas acerca de los signos y síntomas de alarma obstétrica de la unidad de medicina familiar dos, delegación Puebla.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	
Número de registro:	R-2017-2103-028
Justificación y objetivo del estudio:	Estimada paciente su participación nos ayudará a determinar cuánto conoce y que decisiones tomaría ante datos de alarma durante el embarazo, con la finalidad de saber qué aspectos se deben reforzar durante sus consultas, para que de esta manera se puedan evitar complicaciones durante su embarazo.
Procedimientos:	Paciente usted contestara un cuestionario, en el cual se evaluaran dos aspectos, el conocimiento y la forma en cómo reacciona frente a los datos de alarma obstétrica.
Posibles riesgos y molestias:	La aplicación del cuestionario es de 20 a 30min aproximadamente.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Contribuirá de manera importante en el desarrollo de nuevas formas o medios para transmitir a las pacientes los datos de alarma obstétrica y de esta manera prevenir complicaciones.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se les dará a conocer los resultados obtenidos a través de un cartel, en el cual se reportarán los datos más importantes y trascendentes del estudio, sugiriendo a su vez, nuevas formas de entender los datos de alarma obstétrica.
Participación o retiro:	Estimada paciente usted podrá retirarse del estudio en el momento en que lo decida, sin que esto afecte la atención que se le brinda en sus consultas.
Privacidad y confidencialidad:	Los investigadores encargados de dicho protocolo, se encargarán de resguardar la información de manera confidencial. Cuando los

resultados de este estudio sean publicados o presentados en congresos, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Su identidad será protegida y ocultada.

En caso de colección de material biológico (si aplica): No aplica

No autoriza que se tome la muestra.

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

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Estimada paciente usted al contestar esta encuesta nos aportara información valiosa que hará que podamos implementar nuevas técnicas que ayuden a la población de embarazadas a entender la importancia de identificar de manera temprana los datos de alarma obstétrica.

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

Investigador Responsable:

Dra. Gabriela Bravo de la Rosa
Matrícula:99226999, Teléfono: 2229656291
Correo electrónico: gaby_bravo@live.com.mx

Colaboradores:

Dra. Elizabeth Méndez Fernández
Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud UMF2
Matricula: 8679797, Teléfono: 2223107847
Correo electrónico: elizabeth.mendez@imss.gob.mx
Dra. Sandy Linares Alvarado R1MF
Matrícula: 98229822, Teléfono: 2224654686
Correo electrónico: draallisa_4@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comiteeticainv.imss@gmail.com

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Dra. Sandy Linares Alvarado R1MF Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Anexo 2

ENCUESTA DE ESTUDIO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DEL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON LAS ACTITUDES DE LAS GESTANTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 2 PUEBLA.

INDICACIONES: El objetivo de este cuestionario es saber lo que conoce sobre signos y síntomas de alarma obstétrica y que decisiones tomaría en caso de presentar algún dato de alarma. La respuesta al cuestionario es anónima. No dejes preguntas sin evaluar, y si tienes alguna duda pregunta al encuestador. Gracias por participar.

*DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS: Marca con una "X" tu respuesta.					
1) Edad: _____					
2) Estado civil:		3) Grado de instrucción:		4) Con quien vive:	
Soltera		Analfabeta		Padres	
Casada		Primaria incompleta		Pareja	
Conviviente		Primaria completa		Hermanos	
Divorciada		Secundaria completa		Sola	
Viuda		Secundaria incompleta			
		Superior no universitaria			
		Superior universitaria			

*DATOS OBSTÉTRICOS: Marca con una "X" tu respuesta y en la línea contesta lo que se te pide.		
1) Considerando el embarazo actual, ¿cuántos embarazos ha tenido?	2) ¿Cuántas semanas de embarazo tiene usted? _____	
1		
2		
3		
4		
5 a +		
*FUENTE DE INFORMACIÓN DEL TEMA: Marca con una "X" tu respuesta.		
1) ¿Conoce usted o ha oído hablar acerca de los signos y síntomas de alarma del embarazo?	Si	No
2) ¿De quién recibió usted información sobre signos y síntomas de alarma del embarazo?		

<p>a. El líquido no tiene olor y moja la ropa interior,</p> <p>b. Es de color amarillo, no tiene olor y moja la ropa interior</p> <p>c. Es de color verde claro y no moja la ropa interior</p> <p>d. El líquido amniótico huele a lejía y moja la ropa interior</p>
<p>6) ¿Cuándo cree usted que la presencia de contracciones uterinas o dolores de parto son una señal de alarma del embarazo?</p> <p>a. Cuando son antes de los 8 meses y no son frecuentes</p> <p>b. Cuando son después de los 8 meses y son dolorosas</p> <p>c. Cuando son antes de los 8 meses, son frecuentes y dolorosas</p> <p>d. Cuando son después de los 9 meses</p>
<p>7) ¿Cuándo cree usted que el sangrado vaginal es una señal de alarma del embarazo?</p> <p>a. El sangrado es abundante, fluido o con coágulos y puede producir dolores.</p> <p>b. El sangrado es poco, oscuro, con mucosidad y se presenta más o menos en la fecha de parto.</p> <p>c. El sangrado puede ser abundante o poco, acompañado o no de cólicos, con dolor de espalda o dolores de parto</p> <p>d. El sangrado es poco y oscuro.</p>
<p>8) ¿Cuándo cree usted que su bebe puede estar en peligro?</p> <p>a. Cuando mi bebe se mueve mucho</p> <p>b. Cuando mi bebe se mueve poco</p> <p>c. Cuando mi bebe no se mueve</p> <p>d. Cuando mi bebe se mueve demasiado</p>
<p>9) ¿Cómo considera usted al dolor o ardor al orinar durante el embarazo?</p> <p>a. Es frecuente y normal en el embarazo</p> <p>b. Es frecuente y no es normal en el embarazo</p> <p>c. No es frecuente y normal en el embarazo</p> <p>d. No es frecuente ni normal en el embarazo</p>
<p>10) ¿Cuál de las siguientes manifestaciones durante el embarazo es normal?</p> <p>a. Visión borrosa zumbido de oído</p> <p>b. Dolor de cabeza y fiebre</p> <p>c. Sueño, mareos y nauseas</p> <p>d. Hinchazón de manos, pies y cara.</p>
<p>11) ¿Cuál de las siguientes manifestaciones durante el embarazo es anormal?</p> <p>a. Sueño, mareos y nausea.</p> <p>b. Ganancia de peso hasta 11 kg.</p> <p>c. Movimientos constante del bebe</p> <p>d. Hinchazón de manos, pies y cara</p>
<p>12) ¿Cree usted que es normal tener fiebre durante el embarazo?</p> <p style="text-align: center;">a. Si b. No</p>
<p>13) ¿Cómo considera usted al dolor de cabeza durante el embarazo?</p> <p>a. Frecuente y anormal en el embarazo</p> <p>b. Frecuente y normal en el embarazo</p> <p>c. No es frecuente y es normal en el embarazo</p> <p>d. No es frecuente y anormal en el embarazo</p>
<p>14) Signos y síntomas de alarma reconocidos por las gestantes:</p> <p>a. Convulsiones, dolor de cabeza, Contracciones uterinas antes de las 37 semanas</p> <p>b. Infección urinaria, Edemas, Disminución de movimientos fetales</p> <p>c. Sangrado vaginal, fiebre, perdida de líquido amniótico</p> <p>d. Náuseas y vómitos, trastornos visuales, hipertensión</p>

*ACTITUDES DE LAS GESTANTES: Marca con una "X" tu respuesta.					
Preguntas	Totalmente de acuerdo	En acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1)Considera usted que la información sobre signos y síntomas de alarma del embarazo es importante para su bienestar y el de su bebe					
2)Considera usted que los cuidados en casa son suficientes ante la presencia de algún signo o síntoma de alarma del embarazo					
3)En caso de presentar algún signo o síntoma de alarma del embarazo Usted preferiría ser atendida en casa por un curioso, partera o persona de confianza y no por un profesional de salud, por sentir vergüenza o miedo					
4)Considera usted que el Centro de Salud es capaz de darle la mejor atención en caso de presentarse algún signo de alarma del embarazo					
5)Usted cree que asistir al hospital por presentar un signo o síntoma de alarma del embarazo es una pérdida de tiempo					
6)Usted cree que las atenciones prenatales son una pérdida de tiempo porque no le informan sobre los signos y síntomas de alarma.					
7)Si presentara algún signo o síntoma de alarma del embarazo esperaría su cita de su atención prenatal					
8)Si su bebé no se mueve en toda la mañana iría de inmediato al establecimiento de salud más cercano.					
9)Si perdiera sangre por sus partes íntimas se pondría paños y esperaría a que pase.					

10) Si usted presentara en su embarazo infección de garganta con pus y sangrado por vagina, cree usted que sea más urgente atenderse la infección de garganta					
11) Si usted presentara dolor de cabeza punzante, zumbido de oídos e hinchazón de cara, manos y pies en el embarazo, esperaría a que se le pase					
12) Si usted tuviera fiebre persistente esperaría al siguiente día para ir al Centro de Salud					

Anexo 3

Hoja de recolección de datos

“Nivel de conocimiento y actitudes de las pacientes embarazadas acerca de los signos y síntomas de alarma obstétrica de la unidad de medicina familiar dos, delegación Puebla”

*DATOS SOCIODEMOGRAFICOS						
Edad:						
≤19 años		20-34 años			≥35 años	
Estado civil:						
Soltera	Casada	Conviviente	Divorciada	Viuda		
Grado de instrucción:						
Analfabeta	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior no universitaria	Superior universitaria
Con quien vive:						
Padres		Pareja		Hermanos		Sola
*DATOS OBSTETRICOS						
Considerando el embarazo actual, ¿cuántos embarazos ha tenido?						
1	2	3	4	5 a +		
¿Cuántas semanas de embarazo tiene usted?						
Primer trimestre		Segundo trimestre			Tercer trimestre	
*FUENTE DE INFORMACION DEL TEMA						

¿Conoce usted o ha oído hablar acerca de los signos y síntomas de alarma del embarazo?			
Si		No	
¿De quién recibió usted información sobre signos y síntomas de alarma del embarazo?			
Profesional de la salud	Familia	Vecina	No recibió información
Usted entendió con claridad la información sobre los signos y síntomas de alarma que el profesional de salud le brindó durante su control prenatal			
Si		No	
Está usted conforme con la atención que le brindan en el Control Prenatal			
Si		No	
¿Durante su embarazo usted presentó algún signo o síntoma de alarma?			
Si		No	
*NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DEL EMBARAZO			
1) ¿Qué son los signos y síntomas de alarma del embarazo?			
A	B	C	
2) ¿Conoce usted las diferencias que existe entre signos y síntomas?			
Si		No	
3) Podría marcar algunos signos y síntomas de alarma del embarazo.			
A	B	C	D
4) ¿En qué momento las náuseas y vómitos que se presentan en el embarazo se convierten en una señal de alarma?			

A	B	C	D
5) ¿Cómo diferenciaría usted la pérdida de líquido amniótico de la expulsión de los descendos vaginales?			
A	B	C	D
6) ¿Cuándo cree usted que la presencia de contracciones uterinas o dolores de parto son una señal de alarma del embarazo?			
A	B	C	D
7) ¿Cuándo cree usted que el sangrado vaginal es una señal de alarma del embarazo?			
A	B	C	D
8) ¿Cuándo cree usted que su bebe puede estar en peligro?			
A	B	C	D
9) ¿Cómo considera usted al dolor o ardor al orinar durante el embarazo?			
A	B	C	D
10) ¿Cuál de las siguientes manifestaciones durante el embarazo es normal?			
A	B	C	D
11) ¿Cuál de las siguientes manifestaciones durante el embarazo es anormal?			
A	B	C	D
12) ¿Cree usted que es normal tener fiebre durante el embarazo?			
Si		No	

13) ¿Cómo considera usted al dolor de cabeza durante el embarazo?					
A		B		C	
D					
14) Signos y síntomas de alarma reconocidos por las gestantes:					
A		B		C	
D					
*ACTITUDES DE LAS GESTANTES					
	Totalmente de acuerdo	En acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1)Considera usted que la información sobre signos y síntomas de alarma del embarazo es importante para su bienestar y el de su bebe					
2)Considera usted que los cuidados en casa son suficientes ante la presencia de algún signo o síntoma de alarma del embarazo					
3)En caso de presentar algún signo o síntoma de alarma del embarazo Usted preferiría ser atendida en casa por un curioso, partera o persona de confianza y no por un profesional de salud, por sentir vergüenza o miedo					
4)Considera usted que el Centro de Salud					

es capaz de darle la mejor atención en caso de presentarse algún signo de alarma del embarazo					
5)Usted cree que asistir al hospital por presentar un signo o síntoma de alarma del embarazo es una pérdida de tiempo					
6)Usted cree que las atenciones prenatales son una pérdida de tiempo porque no le informan sobre los signos y síntomas de alarma.					
7)Si presentara algún signo o síntoma de alarma del embarazo esperaría su cita de su atención prenatal					
8)Si su bebé no se mueve en toda la mañana iría de inmediato al establecimiento de salud más cercano.					
9)Si perdiera sangre por sus partes íntimas se pondría paños y esperaría a que pase.					
10)Si usted presentara en su embarazo infección de					

garganta con pus y sangrado por vagina, cree usted que sea más urgente atenderse la infección de garganta					
11) Si usted presentara dolor de cabeza punzante, zumbido de oídos e hinchazón de cara, manos y pies en el embarazo, esperaría a que se le pase					
12) Si usted tuviera fiebre persistente esperaría al siguiente día para ir al Centro de Salud					

Anexo 4

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

TITULO DEL PROYECTO: "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DEL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON LAS ACTITUDES DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE MORALES, JUNIO - SETIEMBRE 2012"

NOMBRE DEL ESTUDIANTE : Miluska Nataly Flores Bazán
Camit Ylatoma Meléndez

EXPERTO : Lloy A. Vargas Dazza

INSTRUCCIONES : Determinar si el instrumento de medición, reúne los indicadores mencionados y evaluar si ha sido excelente, muy bueno, bueno, regular o deficiente, colocando un aspa(X) en el casillero correspondiente.

N°	Indicadores	Definición	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Deficiente
1	Claridad y precisión	Las preguntas están redactadas en forma clara y precisa, sin ambigüedades			/		
2	Coherencia	Las preguntas guardan relación con la hipótesis, las variables e indicadores del proyecto.			/		
3	Validez	Las preguntas han sido redactadas teniendo en cuenta la validez de contenido y criterio.			/		
4	Organización	La estructura es adecuada. Comprende la presentación, agradecimiento, datos demográficos, instrucciones.			/		

5	Confiabilidad	El instrumento es confiable porque se aplicó el test-retest (píctico)			/		
6	Control de sesgo	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas			/		
7	Orden	Las preguntas y reactivos han sido redactadas utilizando la técnica de lo general a lo particular			/		
8	Marco de Referencia	Las preguntas han sido redactadas de acuerdo al marco de referencia del encuestado: lenguaje, nivel de información.			/		
9	Extensión	El número de preguntas no es excesivo y está en relación a las variables, dimensiones e indicadores del problema.				/	
10	Inocuidad	Las preguntas no constituyen riesgo para el encuestado			/		

Observaciones:

En consecuencia el instrumento puede ser aplicado-

Tarapoto, 20 de Julio 2012



 Firma y Sello del Profesional
 DNI: 0924782