



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Delegación Sur del Distrito Federal
Jefatura de Prestaciones Médicas
Coordinación Delegacional de Educación en Salud
Escuela de Enfermería del CMN Siglo XXI
Clave de Incorporación 3017-12

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SIGNOS Y SINTOMAS
DE ALARMA EN EL EMBARAZO**

Asesor Metodológico
Profesor Titular

M en C. José Javier Cuevas Cancino

Firma

Alumna
María Guadalupe García Sánchez.
Agosto 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Contenido.

	Página
I. Justificación.....	3
II. Introducción.....	4
III. Marco teórico	
Cáp. 1 Epidemiología del Embarazo.....	5
Cáp.2.Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.	9
Cáp. 3. Programas Institucionales en el Embarazo.....	10
2.1 Lineamiento Técnico Médico para la Vigilancia del Embarazo y Puerperio, y sus complicaciones, en Medicina Familiar. 2005.	
2.2 Estrategia PREVEIMSS.	
2.3 Programa de Atención Integrada.	
2.4 Programas Integrado de la Salud de la Mujer.	
Cáp.4. Complicaciones durante el embarazo.....	12
Cáp.5. Signos y Síntomas de Alarma	14
Cáp.6. Educación en adultos (Andragogía).....	16
Cáp.7 Consideraciones teóricas para el estudio.....	20
IV. Planteamiento del Problema.....	23
V. Objetivos.....	24
VI. Hipótesis.....	25
VII. Diseño del Estudio.....	26
VIII. Programa de Trabajo.....	30
IX. Resultados.....	31
X. Conclusión.....	32
XI. Discusión.....	33
XII. Referencias Bibliográficas.....	35
XIII. Anexos.....	38

I. Justificación

El presente estudio se realizó para contrastar el nivel de conocimientos de signos y síntomas de alarma en el embarazo en mujeres que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 al servicio de enfermería materna infantil, dado que de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana -007-SSA2-1993 la atención prenatal es el seguimiento periódico de la mujer embarazada, dirigida a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico y perinatal, mediante procedimientos preventivos deben incluir, la orientación a la mujer embarazada para la prevención y para identificar los signos de alarma y buscar la atención médica oportuna.

Manifestándose que “la mortalidad materna representa la 4ª causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva; esto es, que alrededor de 4 mujeres mueren diariamente por causas asociadas al embarazo. Esta cifra parece no haberse modificado de manera considerable en más de una década.

El embarazo es un proceso fisiológico natural ante el cual las mujeres pueden reaccionar de diferente manera, no son precisamente los factores biológicos los que las ponen en riesgo ante este evento. En el caso del embarazo, factores de tipo económico, social, cultural y la calidad con que se proveen los servicios de salud juegan un papel sustancial en la evolución y resolución satisfactoria de la gestación.

La enfermera materno infantil otorga la atención prenatal de acuerdo con los criterios y procedimientos descritos en el “Lineamiento técnico médico para vigilancia del embarazo, del puerperio y sus complicaciones, en medicina familiar e identifica por interrogatorio y exploración física la presencia o ausencia de síntomas y/o signos de alarma de las enfermedades más frecuentes que complican el embarazo.

De acuerdo con las semanas de gestación y es importante implementar estrategias de intervención de enfermería dando orientación e información en conocimientos de signos y síntomas de alarma en la embarazada, para que por este proceso se eviten complicaciones durante el embarazo y disminuir la muerte materno infantil

II. Introducción

Se manifiesta que en pleno S XXI, la mortalidad materna sigue siendo uno de los grandes problemas de salud en muchos países del mundo y también un indicador de la persistencia de inequidad entre los géneros y la desigualdad económica y social entre las poblaciones. La Organización Mundial de la Salud estimó cerca de 600 mil fallecimientos maternos anuales y que el 98% tiene lugar en países de desarrollo.

En la mayoría de los países industrializados y en desarrollo, las causas más frecuentes de mortalidad grave son la hemorragia obstétrica, la preeclampsia-eclampsia, la infección puerperal y las complicaciones del aborto, como podemos observar éstas tienen la característica común de ser prevenibles mediante acciones específicas de otorgar orientación, información y educación a la mujer embarazada, para disminuir mediante estas acciones la mortalidad materno infantil, de alguna manera teniendo un aumento en las estrategias de mayor accesibilidad de la población a los servicios y mejorar la educación de las embarazadas para solicitar atención frente a la presencia de datos de alarma en signos y síntomas de alarma en el embarazo y de las complicaciones mencionadas.

III. Marco Teórico.

Cáp. 1. Epidemiología del Embarazo.

Este siglo ha sido testigo de un marcado descenso de la mortalidad materno-infantil a nivel mundial. Los países con mayor nivel socioeconómico y cultural exhiben tasas más bajas, obteniéndose resultados por debajo de 10 y en algunos como Suecia y Japón de 3 y 4 respectivamente. Sin embargo los países subdesarrollados han llegado a tener tasas por encima de 100 por cada mil nacidos vivos. (1)

En el mundo cada año mueren cerca de 529 mil mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. El 99% de estas muertes ocurren en países en desarrollo. Una de cada 17 mujeres muere por complicaciones relacionadas con el embarazo en los países en desarrollo mientras que en los países desarrollados es una mujer por cada 4 mil. Cada año alrededor de 20 millones de mujeres padecen complicaciones no fatales vinculadas al embarazo. (2)

La muerte ocasionada por problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio es uno de los principales problemas de salud de las mujeres en edad reproductiva en México y representa un indicador de profunda desigualdad social al estar íntimamente relacionada con la pobreza, con el acceso a servicios de salud con calidad y con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. (3)

Si bien el embarazo es un proceso fisiológico natural ante el cual las mujeres pueden reaccionar de diferente manera, no son precisamente los factores biológicos los que las ponen en riesgo ante este evento. En el caso del embarazo, factores de tipo económico, social, cultural y la calidad con que se proveen los servicios de salud juegan un papel sustancial en la evolución y resolución satisfactoria de la gestación. (4)

Por ello, la mortalidad materna es fiel reflejo del desarrollo de un país, de la calidad y el acceso a servicios sociales y a servicios de salud, y es una señal inequívoca de la situación que guarda la equidad de género en una sociedad.

En México ocurren anualmente alrededor de 4 millones 200 mil embarazos, de los cuales sólo llega a término el 60%, es decir, aproximadamente 2.5 millones de nacimientos al año. El restante 40% -1 millón 680 mil embarazos- terminan por abortos espontáneos o abortos inducidos. (5)

La mortalidad materna representa la 4ª causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva (6); esto es, que alrededor de 4 mujeres mueren diariamente por causas asociadas al embarazo. Esta cifra parece no haberse modificado de manera considerable en más de una década.

Año	Mujeres que murieron
1990	1,477
1991	1,414
1992	1,399
1993	1,268
1994	1,409
1995	1,454
1996	1,291
1997	1,266
1998	1,415
1999	1,400
2000 7	1,543
2001	1,208
2002	1,083
2003	1,313
2004	1,246
2005	n.d.

Fuente: 5º Informe de Gobierno. Presidencia de la República. México, 1º de septiembre del 2005.

Si bien, la tendencia de las muertes maternas parece ir disminuyendo lentamente, los cambios en el sistema de registro y “problemas de cobertura, omisión y clasificación errónea de la causa de muerte” (7) impiden valorar con esta tendencia, no obstante los esfuerzos gubernamentales recientes por elevar la calidad del registro.

En el 5 Informe de Gobierno, la Secretaría de Salud reportó la siguiente información.

AÑO	MORTALIDAD MATERNA*
1990	89.0
1995	83.2
2000	72.6
2001	70.8
2002	63.9
2003	65.2
2004	62.6
2005	n.d.

Fuente: 5° Informe de Gobierno. Presidencia de la República. México, 1º de septiembre del 2005. Por cada 100,000 nacimientos n.d. No disponible

Si bien, la razón de mortalidad materna a nivel nacional es de 62.6 fallecimientos por cada 100 mil nacimientos⁽⁸⁾, preocupa el hecho de que en 12 entidades federativas se concentra el 75% del total de las defunciones maternas: Chiapas con una razón de 103.2, Guerrero de 99.8, Oaxaca: 86.9, Puebla: 80.8, Durango con 80.3, Veracruz con 78.1, Hidalgo: 75.3, el Estado de México con 73.4, San Luís Potosí: 73.0, Baja California con 62.8, el Distrito Federal con 62.6 y Querétaro con 58.4. ⁽⁹⁾

La tendencia de disminución como cifra de nacional no es una realidad en algunos estados del país: por el contrario, la tendencia va en aumento; tales son los casos de Durango y Baja California. Por otro lado, el contraste entre los estados del norte y del sur es profundo. Por ejemplo, el estado de Nuevo León tiene actualmente la tasa más baja de mortalidad materna en el país: 15.9 mientras que la más alta la tiene Chiapas con: 103.2. ⁽¹⁰⁾

La magnitud del problema es mayor si tomamos en cuenta que, según la Organización Mundial de la Salud, por cada muerte materna, alrededor de 30 mujeres quedan con lesiones irreversibles en su salud después del parto. Según la SSA, se ha logrado que el 91% de los partos sean atendidos por

personal médico especializado. Sin embargo, admiten que solamente el 70 % asiste al control prenatal durante el primer trimestre del embarazo. (11)) Esto muestra que si bien, hay avances en la cobertura de la atención prenatal, profesional, por lo menos el 30 % de las embarazadas no reciben ningún cuidado prenatal desde los servicios del Sector Salud.

Por otro lado, autoridades sanitarias reconocen que la mayor parte de las muertes maternas “se deben a que en las unidades médicas no se siguen estrategias efectivas basadas en evidencias. Sólo el 12% del personal de salud de primer nivel conoce las medidas para atender urgencias obstétricas” (En el país se registran alrededor de 600 mil nacimientos anuales en mujeres de 20 a 24 años de edad y alrededor de 300 mil en jóvenes de 15 a 19 años. Con ello, el 45% de los nacimientos en el país, se concentra entre las mujeres de entre 15 y 24 años de edad. Las muertes maternas entre las mujeres de 20 a 24 años representan el 22% mientras que en las mujeres de 15 a 19 años se registra el 13% de los fallecimientos. (12)

En donde la mortalidad materna institucional, con una tasa de 27.5 x 100,000 nacidos vivo en el años 2004, resulta seis veces mayor de desarrollo en sus servicios de salud. Las condiciones de salud de la mujer antes descrita se encuentran vinculadas, entre otros factores, con la insuficiente educación de la población para participar en el cuidado de su salud y con una calidad limitada de los servicios médicos, preventivos y asistenciales. Este problema de calidad se ve agravado por la dispersión de los servicios y de las acciones de los equipos de salud en las unidades. (13)

Cáp. 2. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

A fin de mejorar los servicios a la población materno-infantil, en algunas instituciones se han desarrollado normas y procedimientos es necesario efectuar algunos cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil que deben ser normados a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera la Norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención y señalará pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil, atribuible a la atención por parte de los prestadores de servicios y las instituciones. es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos.

La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda. En la atención a la madre durante el embarazo y el parto debe de vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración.

Con el apoyo de los datos anteriores, se deben establecer los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer nivel.

La vigilancia prenatal esta dirigida a la prevención y detección y control de los factores de riesgo obstétrico y perinatal, así como ala prevención, detección y tratamiento de las enfermedades, más frecuentes y relevantes, preexistentes e intercurrentes en el embarazo, como: la anemia, las infecciones urinarias y cervicovaginales, la preeclampsia-eclampsia, las condiciones hemorrágicas obstétricas anteparto y el retraso del crecimiento intrauterino.

En el servicio en donde la enfermera materno infantil (EMI), es en donde “El personal de enfermería que continua las actividades de vigilancia prenatal hasta antes de las 34-35 semanas de gestación, que inició el médico familiar para el cuidado de la salud de la embarazada y su hijo”, y se lleva a cabo el embarazo de bajo riesgo el cual es: “Mujer gestante con características y circunstancias presentes durante el embarazo que representan menor posibilidad de padecer uno o más daños a la salud de la madre y del feto, durante el embarazo, el parto y puerperio”.⁽¹⁴⁾

Cáp.3. Programas Institucionales del Embarazo.

La enfermera materna infantil otorga la atención prenatal de acuerdo con los criterios y procedimientos descritos en el “Lineamiento técnico médico para vigilancia del embarazo, del puerperio y sus complicaciones, en medicina familiar e identifica por interrogatorio y exploración física la presencia o ausencia de síntomas y/o signos de alarma de las enfermedades más frecuentes que complican el embarazo, de acuerdo con las semanas de gestación.

Solicita exámenes de laboratorio de acuerdo con las semanas de gestación entrega el documento a la embarazada, identifica la presencia o ausencia de alteraciones en los resultados de laboratorio la biometría hemática, el examen general de orina y glucemia. , la cual registra en la forma.

El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento o de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

Lineamiento Técnico Médico para la Vigilancia del Embarazo y Puerperio, y sus complicaciones, en Medicina Familiar. 2005

Se imparte educación a la embarazada y a su pareja o acompañante, en caminata a “Identificar oportunamente los signos y síntomas de las complicaciones durante el embarazo. (15)

Estrategia PREVEIMSS

En este programa se promueve la atención preventiva integrada que consiste en realizar todas las acciones prevenidas en una sola consulta, por la misma enfermera (18)), en el mismo consultorio. Para ello ha sido necesario pasar del concepto de cubículo al de consultorio de medicina preventiva. Se elaboro la Guía de actividades de enfermería para la atención preventiva integrada así como las guías técnicas que describieron los procedimientos relativos a cada uno de los procesos y de los componentes de casa programa de salud.

Programa de Atención Integrada.

En cuanto sea posible y se considere necesario, invite a la mujer a sesiones educativas o a grupos de ayuda “El cuidado de la salud de la mujer adquiere relevancia cuando se sabe que son prevenibles la mayoría de las muertes que ocurren en esta edad, pero también porque la mujer es el principal agente de la salud en la familia y en la sociedad”. (17)

Programas Integrado de la Salud de la Mujer.

Se orienta sobre temas de educación por la salud de acuerdo con los factores de riesgo presentes, dirigida a “Identificar y modificar favorablemente el conocimiento y conductas para el cuidado de la salud, con base en los factores de riesgo, presentes, e identificar oportunamente la presencia de síntomas y / o signos de alarma durante el embarazo, infección genitourinaria, la preeclamsia y las hemorragias de la 2ª mitad del embarazo. (18)

Cáp.4.Complicaciones del embarazo

Entre las complicaciones es importante identificar que se encuentra la preeclampsia La preeclampsia, antes denominada toxemia, es una complicación seria caracterizada por hipertensión (alta presión arterial). Afecta a todos los órganos del cuerpo y aún se desconocen sus causas.

También se pueden presentar:

- Edema de las manos y los pies
- Aumento repentino de peso (2 o más kilos en una semana)
- Problemas visuales (tinnitus)
- Cefalea
- Mareos

La enfermera materna infantil otorga educación personalizada de acuerdo con los factores de riesgo presentes, dirigidas a:

- Identificar y modificar favorablemente el conocimiento y conductas para el cuidado de la salud, con base en los factores de riesgo, presentes.
- Identificar oportunamente la presencia de síntomas y/o signos de alarma, de la anemia, la infección genitourinaria, la preeclampsia y las hemorragias de la 2ª mitad del embarazo.

Fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. (21)

El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal.

En los programa de Salud en la Mujer en donde se menciona la importancia de explicar en que consiste el cuidado del embarazo, parto, puerperio y sus

complicaciones. Capacitar a la mujer embarazada para la identificación de signos y síntomas de alarma de complicaciones durante el embarazo y puerperio. API. (20)

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales:

- Signos y síntomas de alarma
- Nutrición materna
- Lactancia y cuidados del recién nacido
- Derechos legales
- Orientación sexual
- Planificación familiar.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico donde atenderá su parto. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer el flujo genital hemático tanto en primera mitad (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto), como en segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta normoinserta), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario).

Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia del grupo familiar y de la embarazada cuando se cumplen las 40 semanas y no se ha producido el parto. De ahí que se debe informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas. Debe estar informada que los movimientos fetales serán reconocidas por ella alrededor del quinto mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal.

Cáp.5.Signos y Síntomas de Alarma

Debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias a la Maternidad, y, muy especialmente, la contractilidad uterina de pretérmino. Debe estar informada de concurrir al centro asistencial obstétrico en relación a patologías paralelas al embarazo como fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc. Conociendo los síntomas ó signos de alarma, la mujer podrá acudir de inmediato a su médico o al hospital si los tuviera, ya que estos anuncian una complicación.

Los siguientes son los síntomas y signos de alarma:

- Pérdida de sangre vía vaginal.
- Contracciones uterinas, antes de la fecha probable de parto.
- Disminución de los movimientos fetales o su ausencia.
- Pérdida de otros líquidos vía vaginal.
- Aumento de volumen de sus miembros inferiores y resto del cuerpo.
- Dolor de cabeza intenso y permanente
- Fiebre.
- Nauseas y vómitos intensos y repetidos.
- Orina escasa o molestias al orinar.

Dolor en el epigastrio.

La orientación a la embarazada en cuanto a los signos y síntomas de alarma son:

1. Sangrado por la vagina.
2. Dolor al orinar.
3. Erupciones o ampollas en su cuerpo
4. Hinchazón de manos y cara. (aumento brusco de peso)
5. Fiebre
6. Dolor agudo de estómago
7. Dolores de cabeza muy severos.
8. Súbitos problemas en la visión.

La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en

la gestación. De igual forma se recopilarán antecedentes obstétricos previos, especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas.

Es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico, con fines de solicitar a su empleador una readecuación laboral o suspender su actividad. (21)

Se practicará un examen físico general y segmentario con fines de diagnosticar patologías asintomáticas y derivar a especialistas. El examen físico incluye un examen ginecológico en el cual se hace una inspección perineal (descartar hemorroides, plicomas, parásitos externos anales y pubianos, vulvovaginitis, condilomas, etc) y vulvovaginal (tomar Papanicolaou).

Posteriormente, en cada control prenatal, se hará la evaluación nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, albuminuria, hematocrito y examen físico según síntomas maternos. (22)

Cáp.6.Educación para Adultos (Andragogia).

La educación de personas adultas empieza a ser considerada un campo de aplicación práctica de las investigaciones de otras disciplinas de las ciencias sociales, como la psicología o la sociología.; por lo que se tiene la posibilidad de aprender nuevos conocimientos, y habilidades y destrezas y cambiar las actitudes y enfoques hacia las relaciones y la manera de resolver problemas (24). El aprendizaje es un potencial que esta presente en la vida humana y que puede generarse en cualquier momento, siempre que existan condiciones personales y ambientales para ello. De hecho desde el momento mismo del nacimiento comenzamos aprender y si continuamos haciéndolo hasta la muerte, pues las capacidades que en este aspecto hemos desarrollado a través de la evolución millones de años, son parte de los atributos que nos ubican en la escala superior de los animales.

Durante el período de rápida expansión de las ciencias sociales, especialmente en los años cincuenta y sesenta, la investigación de la educación de las personas adultas se organizó en relación a tres asunciones: 1) la investigación y la teoría de la educación de las personas adultas forma parte de los cuerpos de la Pedagogía (la pedagogización de la educación de personas adultas); 2) la investigación en la educación de las personas adultas es el punto de encuentro de otras disciplinas relacionadas con ésta (modelo interdisciplinar); 3) la educación de las personas adultas tiene suficiente entidad para organizarse en una ciencia distinta (Andragogía).

Los primeros discursos teóricos han estado dominados por el modelo pedagógico que concebía la educación de personas adultas como una prolongación del sistema formal, prestando menos atención a la educación de personas adultas no formal e informal. La práctica de la educación de personas adultas sigue la línea establecida en estos discursos, prolongando a las personas adultas la función conservadora que tiene la escuela obligatoria, con un marcado carácter compensador y asistencialita.

Y es a principios de la década de 1970, cuando Malcom Knowles introdujo en Estados Unidos de América Malcolm Knowles con su libro, *The Modern Practice of Adult Education: Andragogia versus Pedagogy*; e introdujo el concepto de de Andragogia y la noción de que los adultos y los niños aprenden de manera distinta, la idea fructifico y estimulo investigaciones y controversias.

Desde el principio, los educadores de adultos debatieron el sentido verdadero de la Andragogia .Incitados por la necesidad de una teoría definida en el ámbito de la educación para los adultos, han analizado y criticado extensamente la Andragogía

Han sido descrita como un conjunto de supuestos (Brookfiel, 1986, una teoría (knowles, 1989), una serie de lineamientos (Merriman, 1993) o una filosofía de (Pratt, 1993). La disparidad de estas posturas evidencia la naturaleza confusa del aprendizaje del adulto; pero como quiera que la definamos, “es un intento honesto de centrarse en el alumno. En este sentido; proporciona una alternativa respecto del diseñó educativo enfocado en un método” (feur y Gerber, 1988). Merriman, al referirse a la complejidad y la condición actual de la teoría del aprendizaje explica: “Es dudoso que un fenómeno tan complejo como el aprendizaje de adultos puede explicarse con una sola teoría, modelo o conjunto de principios.”

A pesar de años de criticas, debates y cuestionamientos, los principios fundamentales del aprendizaje de adultos y la Andragogia han perdurado (Hartre, 1984; Danvenport y Danverpor; 198; Pratt, 1988) y pocos especialistas estarían en desacuerdo con la observación de que las ideas de Knowlessusucitaron una revolución y la educación en adultos (Feur y Gerber, 1988):Brookfield, con un punto de vista similar, sostiene que la Andragogía es la “Idea más popular en la educación y la capacitación de adultos “(1986). Para los ecuadores de adultos, en particular los principiantes, la Andragogia es invaluable ya que les permite delinear el aprendizaje de una manera más apropiada para los alumnos. La cual ofrece los principios fundamentales del aprendizaje de adultos que permiten diseñar y guiar procesos docentes más eficaces. Es un modelo transaccional en el sentido de que remite a las

características de la situación del aprendizaje, no a las metas ni los objetivos. Como tal, es aplicable a cualquier contexto de enseñanza de adulto,, de la educación comunitaria.

La fuerza de Andragogia: es un conjunto de principios sobre el aprendizaje de adultos que se aplica a todas las situaciones de tal aprendizaje. Las metas y los propósitos del aprendizaje son otro asunto. Los profesionales de la educación para adultos (EA) deben concebir y examinar los modelos de aprendizaje de adultos aparte de los modelos de las metas y los propósitos de sus respectivos campos. Ya que la educación para adultos se interesa más en el crecimiento individual. La Andragogia es un conjunto de principios sobre el aprendizaje de adulto (Knowles, Holton y Swanson, 1998) los cuales son:

- 1) La necesidad de conocer al alumno: se menciona el porque, que, como.
- 2) El concepto personal del alumno: autónomo y autodirigido.
- 3) Su experiencia del alumno: recursos, y modelos mentales.
- 4) Su disposición para aprender: relacionado con la vida y la tarea del desarrollo.
- 5) Su inclinación al aprendizaje: centrado en problemas y el contextual.
- 6) Su motivación para aprender: valor intrínseco, y beneficio personal.

Hay otros factores que afectan el aprendizaje de adultos en cualquier situación y que afectan el aprendizaje de adultos en y que hacen que los alumnos se alejen o se acerquen a los principios fundamentales. , tales son:

- 1) Diferencias individuales de los individuos.
- 2) Diferencias situacionales.
- 3) Diferencias en relación con la materia.

En cuanto a las metas y los propósitos de aprendizaje:

- 1) Crecimiento individual.
- 2) Crecimiento Institucional.
- 3) Crecimiento social.

En esta dirección apuntan las Conferencias Internacionales sobre Educación de las Personas Adultas que lleva desarrollando la Unesco desde 1972, especial mención merece la Declaración de Nairobi celebrada en 1976, de la que se extrae la definición más unánimemente aceptada de la educación de las personas adultas y en la que se enfatiza una mayor coordinación de los sistemas educativos formales y no formales y la necesidad de capacitar a las personas adultas para aprender las necesidades básicas que le permitan enfrentarse a un mundo en permanente cambio. A partir de este momento y hasta el presente, la educación de personas adultas se estructurará en torno al marco global de la educación permanente. Estamos ante el principio inspirador de una nueva conceptualización de la educación de personas adultas, más global e integradora. Esta nueva forma de concebirla educación de personas adultas, va a suponer también una nueva forma de investigar en el campo.

En definitiva, una nueva forma de entender la teoría y la práctica de la educación de las personas adultas, como un proyecto político cultural en la que tiene cabida una pluralidad de discursos y culturas. Una educación en que se reconozca el derecho que tienen los individuos y las comunidades a desarrollar sus propias diferencias y a dirigir y controlar las acciones que les lleven a alcanzar la utopía de convivir en una sociedad mejor.

Cáp.7. Consideraciones Teóricas para el estudio

La finalidad o meta de la educación de las personas adultas es educar para la ciudadanía, como se pone de manifiesto en la V Conferencia Internacional de la UNESCO celebrada en Hamburgo en 1997, en donde se recogen las grandes directrices que la educación de las personas adultas debe afrontar para estar más cerca de este gran objetivo:

1. Formación de ciudadanos responsables, comprometidos y activos.
2. Estimular un sentido de solidaridad y sensibilidad a la diversidad.
3. Capacitar a los sectores de la población que tienen más posibilidades de entrar en la categoría de los excluidos en la sociedad global de la información.
4. Orientar a la gente para que aprenda a definir sus metas de desarrollo y realización.
5. Hacer una política educativa en materia de educación de personas adultas que se comprometa en ofrecer educación permanente para toda la población.
6. Que se brinde apoyo económico a las mujeres conforme las condiciones de vida.
7. Un replanteamiento de los currícula de enseñanza que tenga en cuenta las anteriores recomendaciones.

Y es mediante el aprendizaje, educación y la orientación hacia el alumno es un proceso institucionalizado en el que alumno y el profesor este último, debe propiciar condiciones de aprendizaje a través de la interacción entre el sujeto y los objetos que modifican o transforman sus pautas de conducta. (25). Por lo que el aprender e modificar el comportamiento, implica cambios en las formas de vida, en cómo percibimos el mundo y como lo modificamos para adaptarnos mejor a la vida, en como percibimos el mundo y como lo modificamos para adaptarnos mejor a la vida para satisfacer las necesidades. El aprendizaje nos permite adquirir nuevos conocimientos, desde los más elementales de la vida diaria hasta los complejos y abstractos, como los de las ciencias, el arte y la filosofía, de la misma manera que también adquirimos nuevas habilidades y destrezas.

Existen muchas definiciones del aprendizaje. La mayoría de ellas comparten algunos conceptos fundamentales, como la referencia a que el aprendizaje es un cambio relativamente de las personas.

Es probable que a través del aprendizaje significativo, que comprende la adquisición de nuevos significados como productos de un aprendizaje eficaz cuando se lleva a cabo en respuesta a una necesidad que siente quien aprende, es más fácil aprender; cuando lo aprendido va a ser importante, esto se facilita cuando se da solo lo necesario, sin ser demasiado breve que deje dudas ni muy extenso que aburra. (26) La adquisición y retención de grandes cuerpos de la materia de estudio son realmente fenómenos muy impresionantes si se considera que los seres humanos a diferencia de las computadoras pueden aprender y recordar inmediatamente sólo unos cuantos reactivos discretos de la información que se les presenten una sola vez, el recuerdo de listas aprendidas mecánicas que se presenten muchas veces, está limitado notoriamente por el tiempo y por el mismo tamaño de la lista.

A pesar de la manera en que la educación que el sistema educativo nacional proporciona a partir del sexto grado de primaria y consecutivamente en los niveles secundaria y bachillerato tanto en planteles de corte público como de tipo privado (27) por lo que es necesario otorgar mediante acciones de enfermería e intervenciones de educación para los adultos (Andragogia) sea el medio de la difusión de la información y conocimientos permanente en las instituciones

Para que la educación realmente cambie, es necesario partir por tener conciencia de esta necesidad, sin que las acciones sean tendientes a seguir beneficiando sólo a las clases altas, sino que es necesario que desde el aspecto político, social y cultural conjuntamente redoblen esfuerzos y lograr entonces reflexiones de importancia para que la formación y la práctica docente sean congruentes en la vinculación del proceso de construcción del conocimiento. (28). Dentro del proceso educativo, implica integrar planes y programas de estudio y participación del educador y del educando, quienes conforman una base estructural del proceso de aprendizaje, con una visión

transformadora del conocimiento y la realidad que exige una participación crítica y activa en forma dual del educador y del educando como principales protagonistas de la vinculación del conocimiento.

Con todo lo anterior las estadísticas arrojadas de que la mortalidad materna , sigue siendo las causas mas frecuentes de mortalidad y morbilidad materna grave son la hemorragia obstétrica, la preeclampsia- eclampsia, la infecciones puerperal y las complicaciones del aborto⁽²⁹⁾; sigue arrojando por causas que se pueden prevenir mediante acciones de las instituciones, médicos, y sobre todo de enfermería de otorgar información, aprendizaje , educación continua, e importancia de seguir otorgando estrategias específicas en este campo dando una orientación hacia las mujeres que se encuentran embarazadas para la adquisición de el conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma del embarazo, para que con esto disminuya de una manera significativa los datos de mortalidad antes mencionadas

IV. Planteamiento del problema

¿Cuál es el nivel conocimientos sobre signos y síntomas de alarma en embarazadas antes y después de la intervención de enfermería?

V. Objetivos.

General.

Contrastar el nivel de conocimientos de signos y síntomas de alarma en embarazadas antes y después de la intervención de enfermería.

Específicos

- Registrar el nivel de conocimientos de signos y síntomas de alarma en embarazadas antes y después de la intervención de enfermería.

- Demostrar que se incrementa el nivel de conocimientos de signos y síntomas de alarma en embarazadas antes y después de la intervención de enfermería.

VI. Hipótesis

Ht El nivel de conocimientos en pacientes embarazadas sobre de signos y síntomas de alarma es bajo antes intervención de enfermería.

Ho El nivel de conocimientos en pacientes embarazadas sobre de signos y síntomas de alarma es igual antes y después de la intervención de enfermería.

VII. Diseño del estudio.

Tipo de estudio:

Por el control de las variables:

Observacional.

Por la captación de la información:

Prospectivo

Por la medición del fenómeno en el tiempo:

Transversal.

Por la presencia de grupo de control

Descriptivo.

Por la dirección del análisis

Encuesta.

Por la ceguedad en la aplicación y evaluación del procedimiento

Abierto.

Grupo de estudio:

Características de los casos (edad, padecimientos o un solo grupo):

Se aplicará encuesta a mujeres embarazadas edades de 17 a 40 años.

Criterios de inclusión.

Mujeres embarazadas de 17 a 40 años de edad que acuden al servicio de Enfermera materno Infantil derechohabientes de la U. M. F. No. 28

Criterios de exclusión.

Mujeres no embarazadas menores de 17 años y mayores de 40 años de edad. no acuden al servicio de EMI. no derechohabientes.

Criterios de eliminación.

Todas aquellas que habiendo cumplido los criterios de inclusión dejen de cumplirlos y no desean participar en el estudio

Tamaño de la muestra.

Dado que se desconoce la dimensión de la población en estudio se decide un muestreo no probabilístico, intencional, al azar en una cantidad arbitraria que se presume representativa

Validez y validación.

EL instrumento que se empleará para la presente investigación, sometiéndose a validación por ronda de expertos para fines de este estudio.

Método de recolección de datos.

Se aplicará el instrumento a las usuarias embarazadas que acuden al Servicio Enfermería Materno Infantil, de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del Turno Matutino y Vespertino, se hará la recolección y conteo de los datos, una vez obtenidos los resultados mediante la prueba estadística Alfa de Crombach para determinar la confiabilidad de estos, y se analizarán los métodos los cuales se expondrán en un cartel para fines de la investigación y contribución en el campo de enfermería.

Ámbito geográfico.

En el Servicio Enfermería Materno Infantil, de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS en México D. F.

Prueba piloto:

Cuestionario de Identificación de Signos y síntomas de alarma durante el embarazo.

Consideraciones éticas:

El principio básico es el [respeto](#) por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas ([consentimiento informado](#)) (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la

investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber del investigador es solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10) o el voluntario (Artículos 16 y 18), y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación (Artículo 6), el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5), y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones (Artículo 9).

El reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos y los grupos necesita especial vigilancia (Artículo 8). Se reconoce que cuando el participante en la investigación es incompetente, física o mentalmente incapaz de consentir, o es un menor (Artículos 23 y 24) entonces el permiso debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo. En este caso su consentimiento es muy importante (Artículo 25).

De acuerdo a la ley general de salud de nuestro país y los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la asociación médica mundial (declaración de Helsinki, 1964) el estudio implica un riesgo mínimo, por lo cual se le solicitará a cada paciente una carta de Consentimiento informado.

Recursos:

- Humanos
- Un investigador

Materiales

- Hojas de registro de datos
- Hojas (500)
- Lápices (10)
- Computadora (1)

Financieros

- Los propios del investigador

Límites

Población: Se estudiarán a usuarias del sexo femenino, mayores entre 17 años de edad y menores de 40 años que sean derechohabientes del IMSS adscritas a una Unidad de Medicina Familiar y que acudan al servicio de E.M.I.

Lugar: El estudio se realizará en la Unidad de medicina Familiar # 28 “Gabriel Mancera”, ubicada en la Avenida Gabriel Mancera No. 800 y San Borja, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez en la Ciudad de México.

Tiempo: 1 de Agosto del 2007 al 30 de Junio del 2008.

VIII. Programa de Trabajo

Descripción del programa de trabajo:

El investigador personalmente, tramita el registro del protocolo de investigación ante el Comité Local de Investigación, también, recabará en un primer tiempo, la bibliografía pertinente a los antecedentes científicos de la investigación, adecuará a las necesidades del servicio el instrumento que deberá aplicarse y promoverá la asignación de material de apoyo.

A partir de Enero 1 al 31 del 2008 fecha se inicia la etapa de ejecución de la investigación con la aplicación del instrumento a las usuarias en U.M.F. 28, previa aceptación mediante la “Carta de consentimiento Informado,” para participación en proyectos de Investigación clínica el instrumento se aplicará en una primera ocasión en seguida de esta se dará la orientación y en donde por segunda ocasión en Marzo 3 al 31 del 2008.

A partir del 1 Abril al 30 de éste, después de la aplicación del instrumento se inicia la integración de los datos obtenidos en la hoja de recolección de datos (excel, spss etc) elaborada para el efecto en archivo electrónico.

Una vez conseguido lo anterior se elaborarán cuadros y gráficos (frecuencia relativa y porcentual) bajo los criterios de presentación aceptados por el Instituto. El análisis e interpretación de resultados se llevará a cabo con la técnica y métodos consignados en el punto de manejo estadístico. La elaboración de conclusiones y la redacción final del trabajo de investigación se llevará a cabo por el investigador durante el período comprendido entre Abril y Mayo del 2008, para su presentación final y aprobación el día. 30 de Junio del 2008.

Aspectos estadísticos

La recolección de datos se llevará a cabo a través de aplicación única del instrumento propuesto; la organización de los datos se hará a través de pruebas no paramétricas.

IX. Resultados

Se aplicó instrumento previo consentimiento informado a 200 mujeres embarazadas derechohabientes que acuden al servicio de Enfermera Materno Infantil de la Unidad de Medicina Familiar No. 28. Con respecto a las características del grupo del total de la población se encuentra con una media de edad de 27 años; moda de 22 años y una mediana de los 26 años. El estado civil de esta la que predominó fue divorciada en un 68%, el 24% es casada el 8% soltera. En el nivel de estudios el 13% se encuentra con un nivel de estudios secundaria, el 35% preparatoria, 32% técnica y el 21% licenciatura del total de está.

De 200 personas encuestadas en los ítems de la primera fase 30 personas obtuvieron un nivel de conocimiento bueno (60 al 80%), 30 personas un nivel regular (40-60%) y 140 personas obtuvieron un nivel de conocimiento bajo (0-30%). En la segunda fase (después de la educación impartida por la enfermera) de las 200 personas encuestadas 160 un nivel de conocimiento excelente (80-100%) y 40 personas tuvieron un nivel de conocimiento bueno (60-80%). (Grafica 1)

De 200 personas encuestadas en los ítems de la primera fase 20 personas obtuvieron un nivel de conocimiento bueno (60 al 80%) en signos, 40 en síntomas, 20 personas un nivel regular (40-60%) en signos, 40 en síntomas y 160 obtuvieron un nivel de conocimiento bajo (0-30%). en signos mientras en síntomas 120. En la segunda fase (después de la educación impartida por la enfermera) de las 200 personas encuestadas 180 obtuvieron un nivel de conocimiento excelente (80-100%) en signos, mientras en síntomas 140 personas y 20 personas tuvieron un nivel de conocimiento bueno (60-80%) en signo y en síntomas 60 personas. (Grafica 2)

De acuerdo a los objetivos al registrarse se contrastó, mediante las encuestas que se incrementó el nivel de conocimientos mediante la educación impartida por la enfermera de los signos y síntomas de alarma en el embarazo.

X. Conclusión

En el periodo Marzo- Abril del 2008, en el que se incluyeron 200 mujeres embarazadas de 17- 40 años de edad las cuales se les auto administro un cuestionario de reactivos, se contrastó el nivel de conocimiento de signos y síntomas de alarma durante el embarazo, antes y después de la intervención se les auto administra nuevamente.

Del total de la población encuestada de 17 a 40 años de edad, se encuentra con una media de edad de 27; moda de 22 y una mediana del 26, el 24% es casada, el 68% es divorciada y el 8% soltera, el 13% se encuentra con un nivel de estudios secundaria, el 35% preparatoria, 32% técnica y el 21% licenciatura del total de está.

En la segunda encuesta aplicada, en los reactivos referentes al nivel de los conocimientos de signos y síntomas de alarma durante el embarazo, se observó un incremento en la adquisición del conocimiento (Graficas 1-20), ya que en cada uno de los reactivos, las respuestas fueron acertadas, debido a la orientación educativa posterior e impartida por la enfermera por lo que se logró el objetivo de la investigación.

Se demostró en la presente investigación que la participación de la enfermera es primordial en el proceso de enseñanza aprendizaje, ya que el nivel de conocimientos en signos y síntomas de alarma durante el embarazo en mujeres de 17 a 40 años de edad se incremento después de la orientación otorgada por el personal de enfermería en usuarias del servicio de Enfermera Materno Infantil de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 durante el período agosto 2007 al 31 de julio del 2008.

XI. Discusión

La salud de la mujer mexicana continúa siendo un escenario de fuertes contrastes, en donde persisten niveles altos de mortalidad y morbilidad por causas que se pueden prevenir, no obstante los adelantos registrados en los conocimientos y en los recursos tecnológicos de la medicina moderna y la disponibilidad creciente de los servicios de salud que se encuentran ahora accesibles para grandes sectores de la población nacional.

Las condiciones de salud de la mujer antes descrita se encuentran vinculadas, entre otros factores, con la insuficiente educación de la población para participar en el cuidado de su salud y con una calidad limitada de los servicios médicos, preventivos y asistenciales. Este problema de calidad se ve agravado por la dispersión de los servicios y de las acciones de los equipos de salud en las unidades

Por lo que es necesario que mediante los procesos educativos en esta unidad , se encuentren inmersos en el contexto de la atención de las unidades médicas de todo el sistema que están cargo de personal del área de la salud médicos, enfermeras y trabajadoras sociales; que en conjunto se implementen estrategias educativas; con una perspectiva de educación orientada en donde ha estado trabajando a través de la historia , por ciertas ideas de lo que es la propia educación, el conocimiento, y el aprendizaje, que va desde el franco conductismo que concibe a éstos como transmisión, adquisición y cambio de conducta, hasta las que los concibe en un contexto de experiencia , como la lectura de la realidad y toma de conciencia

Por los resultados arrojados es de vital importancia otorgar mediante acciones e intervenciones del personal de enfermería propuestas que tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones para mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

En donde el éxito de los programas de salud está directamente relacionado con muy diversos factores, entre los que destacan el desarrollo de técnicas preventivas, diagnósticas y terapéuticas eficaces y seguras además de la ampliación de la cobertura de los servicios de salud.

XII. Referencias.

1. Ballesté, Mercedes. "Analizando la mortalidad materna en el Distrito Federal, desde una perspectiva de género" Ponencia presentada en la 3ª Conferencia Nacional sobre Maternidad Sin Riesgo en México. Julio 2003. Mimeo.
2. Family Care Internacional. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Salud Sexual y Reproductiva. Fichas Informativas. 2005
3. Díaz de León, M. F., Gasman, N., Campos, C. A. Mortalidad Materna. Mortalidad Materna. IPAS México.
4. México Gobierno de la Republica. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2005. P.72
5. Secretaría de Salud. GDIED 1990-2000 y SEED-SSA, 2001 (Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones)
6. INEGI SSA-Dirección General de Información en Salud citado "Vigilancia epidemiológica activa de las defunciones materna. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Programa Arranque Parejo en la Vida. en www.salud.gob.mx/unidades/dgces/per/12003-2004
7. Mojarro, O.. La situación demográfica de México. Mortalidad materna y marginación 2003
8. 5 Informe de Gobierno. Presidencia de la República. México, 1º de septiembre del 2005. Anexos estadísticos. Desarrollo Humano y Social. P.177
9. Gobierno de la República. "Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México" Informe de Avance 2005. Abril del 2005. P.73
10. Secretaría de Salud. Comunicado de Prensa N° 227. Se reduce 10% la mortalidad materna. 01/Mayo/2005
11. CIMAC. "Pide CONAPO revisar programas de salud reproductiva. Alta mortalidad materna entre mujeres jóvenes". 28 de Marzo del 2005.
12. www.mortalidadmaterna.com.mx/directorio.htm.
13. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2002; 10 (2): 62-66.

14. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
15. IMSS. Procedimiento para la vigilancia del embarazo en medicina familiar 2730-003001.2006.
16. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc 2006; 44(supl 1):S3-S21.
17. Instituto Mexicano del Seguro Social Programas Integrados de Salud. Síntesis Ejecutiva. Proyecto Estratégico. 2001- 2003.pp. 19-22
18. IMSS. Programas Integrados de Salud. Guía para el cuidado de la Salud
19. IMSS. Lineamiento Técnico Médico para la Vigilancia del Embarazo y Puerperio, y sus complicaciones, en Medicina Familiar. 2005
20. Mondragón H. Obstetricia Básica e Ilustrada. Edit trillas.2004.pp. 318-331.
21. Morgan M. NMS Ginecología y Obstetricia. National Medical Series. Mcgraw Hill. Quinta Edición 2005 pp.169-179.
22. Cunningham. G. Obstetricia de Wiliams. Edit Mc. Graw Hill. 2005. Impreso en México pp.711-716.
- 23 Burrow GM. Complicaciones Médicas durante el Embarazo. 4ª ed, México, McGraw-Hill Panamericana: 1996: 1-25.
24. Arriola M.M. Desarrollo y Competencias en le proceso de Instrucción, Reimpresión 2008 Edit. Trillas. Impreso en México, 5-11pp.
25. (Rev. Enfrm IMSS 2005; 13(2): 63-69).
26. Rev.Enferm 2004; 12(3):131-135
- 27 Rev Enf IMSS 2006; 14(2):81-85.
28. Rev. Enferm IIMSS 2004, 12(3):137-146
29. Rev.Med.Seg.Soc.2006 44.Supl. 121-128
30. Rev. Colomb Obstet Ginecol Vol.56.nom.2Bogota Apr. /june 2005.
31. Revista de Educación 339 (2006).pp 625-635.

32. Ralph.G.B. El Aprendizaje Autodirigido en la Educación de Adultos .Perspectivas teóricas, prácticas y de investigación. 1ª Ed. Impreso en España. .Edit Paídos 1993.131-153-
33. Dale. H.S. Teorías del Aprendizaje.2ª Ed. Imp en México. Edit. Pearson Educación.1998.143-145.
34. E. Woolfolk A. Psicología Educativa 6ª Ed. Impreso en México. Prentice-Hall Hispanoamericano, S.A.2002.
35. Torres-C.M. Viniegra L. Aptitud clínica en la atención de enfermería prenatal del binomio madre-hijo de bajo riesgo. Rev. Enf. IMSS 2005; 13 (2):63-69.
36. Torres-E.E. García M. Aprendizaje significativo de mujeres entre 20 y 59 años ante la autoexploración de mama. Rev. Enf. IMSS 2004;12 (3):131-135.
36. Rivera R. Viniegra V. Aptitud clínica en estudiantes de enfermería en el proceso de atención materno infantil. Rev. IMSS 2004; 12(3):137-146.
37. Viniegra. V. La evolución de la formación docente en el área de la Salud. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Social. Soc.2006. 44(2):105-112.
38. Onofre Muñoz - Hernández. Estrategia de prestación de Evaluación de Servicios Preventivos. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Social. Soc.2006. 44. (Supl 1): s3-s21.
- 39.http://es.wikipedia.org/wiki/Declaraci%C3%B3n_de_Helsinki.

XIII. Anexos.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA C.M.N. SIGLO XXI
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28

Cuestionario

“Nivel de conocimientos de signos y síntomas de alarma en el embarazo”

La alumna pasante de enfermería del servicio social de Lic. De Enfermería y Obstetricia de la Escuela de Enfermería del Centro Medico Nacional Siglo XXI, se está realizando una serie de preguntas que forman parte de un Protocolo de Investigación que servirá para saber el conocimiento de las mujeres sobre “Nivel de Conocimientos de Signos y Síntomas de alarma en el embarazo” para prevenir complicaciones, por lo que se solicita su ayuda para contestar las siguientes preguntas con la mayor veracidad posible. Las respuestas que proporcione serán confidenciales y anónimas, es importante su participación en ello.

Instrucciones: Lea detenidamente las preguntas y marque con una “X” o tache la respuesta de su elección F o V. Si le surgen dudas puede aclararlas con la alumna. Pueden agregarse comentarios o aclaraciones al finalizar la encuesta.

Nombre: (siglas) _____
Edad: _____ años
Nivel de estudios: _____
Estado Civil: _____

1. No es un signo de alarma el sangrado vaginal en los 3 primeros meses de embarazo.....**F** o **V**
2. Dolor de cadera es un síntoma de alarma durante el embarazo en forma intensa.....**F** o **V**
3. Es un signo de alarma el sangrado vaginal en los 3 primeros meses del embarazo.....**F** o **V**
4. El oír zumbidos de oídos se pueden presentar en el ultimo mes del embarazo.....**F** o **V**
5. No es un síntoma de alarma el dolor irradiado en la espalda al abdomen en forma de cinturón durante el embarazo.**F** o **V**
6. El sangrado vaginal desde gotas a abundante no es normal durante el embarazo..... **F** o **V**

7. Flujo abundante de mal olor, amarillento o verdoso, con o sin comezón es un signo de alarma durante el embarazo.....F o V
8. Es normal presentar vómitos de 3 – 6 veces al día durante los 3 primeros meses.....F o V
9. El flujo de mal olor, amarillento, verdosa abundante no es un signo de alarma durante el embarazo.....F o V
10. El dolor al orinar es un síntoma de alarma durante el embarazo.....F o V
11. El hincharse en los pies y las manos durante el día se puede presentar durante el embarazo y es un signo de alarma.....F o V
12. El ardor y ganas de seguir orinando es un síntoma de alarma durante el embarazo.....F o V
13. Los siguientes no son síntomas de alarma durante los 3 primeros meses del embarazo: dolor de espalda, fiebre y escalofrío.....F o V
14. Al orinar y presencia de dolor no es un síntoma de alarma durante el embarazo.....F o V
15. El dolor de cabeza leve es normal durante el embarazo.....F o V
16. El hincharse en manos, cara y piernas no son signos de alarma durante el embarazo..... F o V
- 17.El ver lucecitas o destellos durante el día es un síntoma normal.....F o V
18. Los dolores de parto antes de cumplir 8 meses es un síntoma de alarma.F o V
19. El presentar salida de líquido “rompe la fuente” es un signo de alarma durante el embarazo.....F o V
20. El sangrado vaginal de unas gotas es normal durante el embarazo.....F o V

Muchas Gracias por tu Colaboración

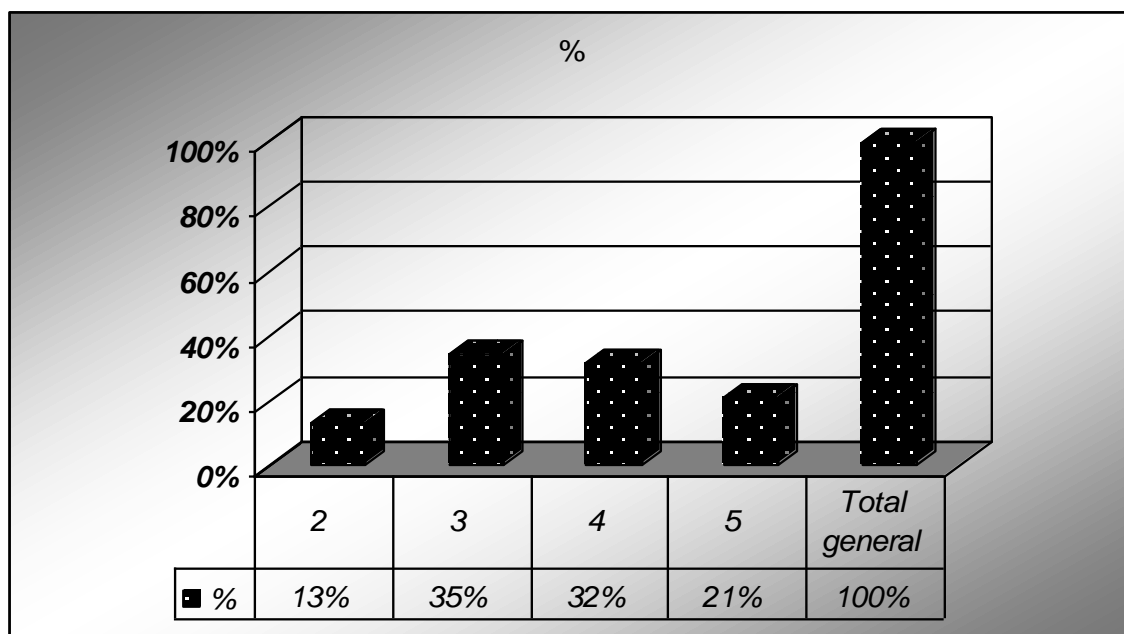
Cronograma de Actividades

ACTIVIDADES	TIEMPO																															
	AGOSTO- SEP				OCT- NOV				DIC- ENE.				FEB- MAR				ABRIL- MAYO				JUNIO- JULIO											
INVESTIGACIÓN BIBLIOGRAFICA	■	■	■	■																												
DISEÑO DE PROTOCOLO					■	■	■	■																								
REDACCION DEL PROTOCOLO						■	■	■																								
PRESENTACION DEL PROTOCOLO AL C.L.I.									■	■	■	■																				
MODIFICACION DEL PROTOCOLO																																
APROBACIÓN DEL PROTOCOLO POR EL C.L.I.									■	■	■	■																				
RECOLECCIÓN DE DATOS										■	■	■			■	■																
PROCESAMIENTO DE DATOS																			■	■												
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS																			■	■												
ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES																			■	■												
REDACCIÓN DEL ESCRITO																				■												
TÉRMINO DE LA INVESTIGACIÓN																							■	■								
DIFUSIÓN EN CARTEL																											■	■				

Graficas

Resultados de Variables Universales

Nivel de estudios
Mujeres embarazadas de 17 a 40 años de edad de la U.M.F 28



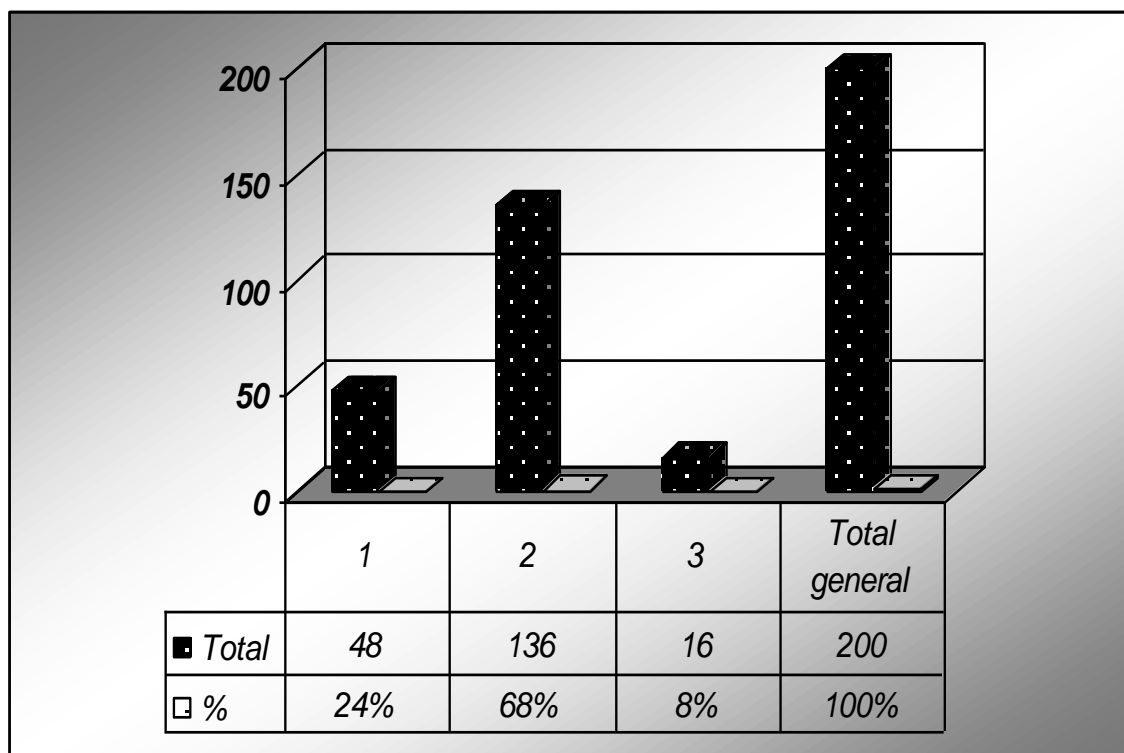
Fuente: 200 encuestas a mujeres embarazadas de 17-40 años de edad en el periodo Marzo-Abril 2008.

Nivel estudios	Total	Porcentaje
Secundaria(2)	26	13%
Preparatoria(3)	69	35%
Técnica(4)	63	32%
Licenciatura(5)	42	21%
Total general	200	100%

Resultado.

Del 100% de la población el 13% se encuentra con un nivel de estudios secundaria, el 35% preparatoria, 32% técnica y el 21% licenciatura del total de está.

Estado civil
en mujeres de 17 -40 años de edad de la U.M.F 28



Fuente: 200 encuestas a mujeres embarazadas de 17-40 años de edad en el periodo Marzo-Abril 2008.

Edo. Civil	Total	%
Casada(1)	48	24%
Divorciada(2)	136	68%
Soltera(3)	16	8%
Total general	200	100%

Resultados

Del total de la población encuestada el 24% es casada, el 68% es divorciada y el 8% soltera.

Rango de edad de mujeres de 17 -40 años de la U. M. F 28

Media: 26.655.

Moda: 22

Mediana: 26.

Resultados

Del 100% del total de la población encuestada, se encuentra con una media de edad de 27; moda de 22 y una mediana del 26.

Tabla del rango de edad

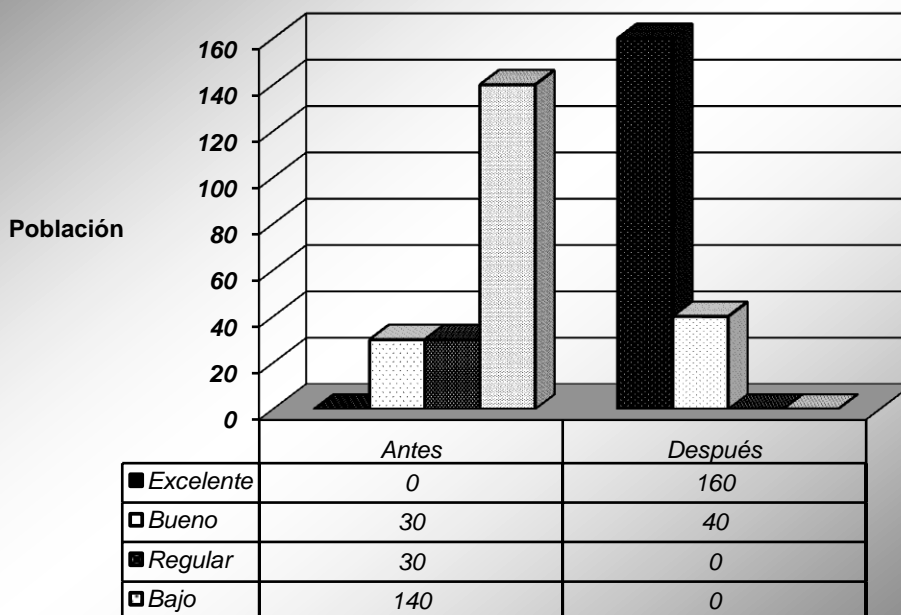
Edad	Total	%
17	2	1%
18	7	4%
19	15	8%
20	10	5%
21	8	4%
22	26	13%
23	12	6%
24	18	9%
25	10	5%
26	12	6%
27	8	4%
28	3	2%
29	4	2%
30	4	2%
31	2	1%
32	11	6%
33	6	3%
34	5	3%
35	8	4%
36	12	6%
37	6	3%
38	5	3%
39	1	1%
40	5	3%
Total general	200	100%

Resultados.

Del total de la población encuestada el rango de edad de 17, 31, 39, 41,42 años. De 17 años representa el 1 % de esta, 2% 28-29-30-40 años de edad, 3% 33-34-37-38, el 4% 18-27-35 años, 5% 20-25 años, 6% 23-26-32-36 años edad, 8% 19 años edad, 9% 24 años de edad, 13% 22 años de edad.

Grafica 1

Nivel de Conocimiento en Embarazadas

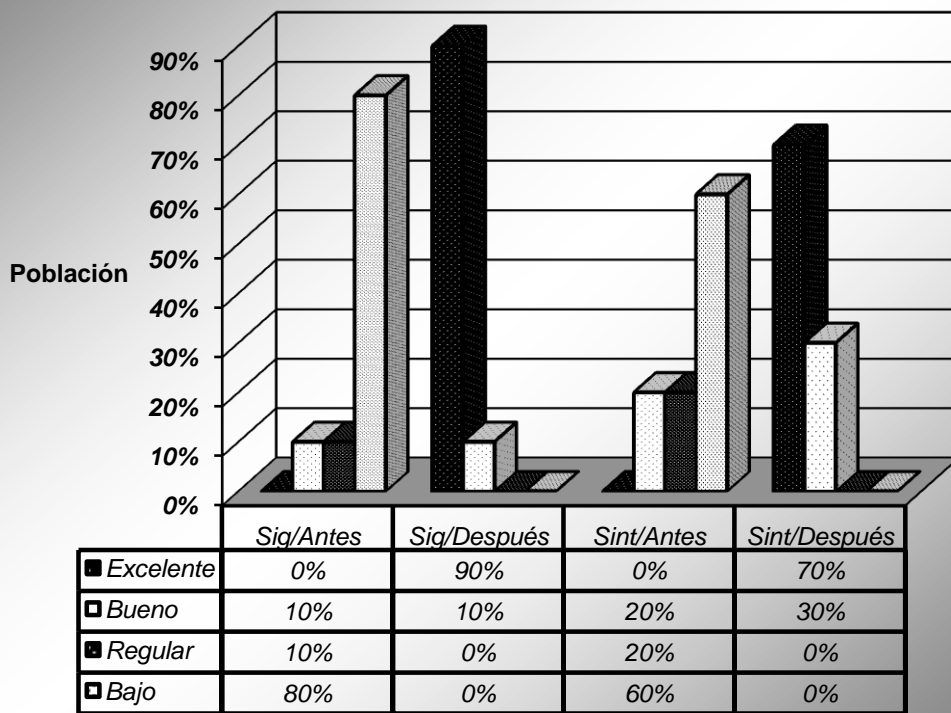


Fuente: 200 encuestas a mujeres embarazadas de 17-40 años de edad en el periodo Marzo-Abril 2008.

De 200 personas encuestadas en los ítems de la primera fase 30 personas obtuvieron un nivel de conocimiento bueno (60 al 80%), 30 personas un nivel regular (40-60%) y 140 personas obtuvieron un nivel de conocimiento bajo (0-30%). En la segunda fase de las 200 personas encuestadas 160 obtuvieron un nivel de conocimiento excelente (80-100%) y 40 personas tuvieron un nivel de conocimiento bueno (60-80%).

Gráfica 2

Nivel de Conocimiento de Embarazadas en Preguntas de Signos y Síntomas



Fuente: 200 encuestas a mujeres embarazadas de 17-40 años de edad en el periodo Marzo-Abril 2008.

De 200 personas encuestadas en los ítems de la primera fase 20 personas obtuvieron un nivel de conocimiento bueno (60 al 80%) en signos, 40 en síntomas, 20 personas un nivel regular (40-60%) en signos, 40 en síntomas y 160 obtuvieron un nivel de conocimiento bajo (0-30%).en signos mientras en síntomas 120. En la segunda fase de las 200 personas encuestadas 180 obtuvieron un nivel de conocimiento excelente (80-100%) en signos, mientras en síntomas 140 personas y 20 personas tuvieron un nivel de conocimiento bueno (60-80%) en signo y en síntomas 60 personas.

Pregunta 1

No es un signo de alarma el sangrado vaginal en los tres primeros meses de embarazo

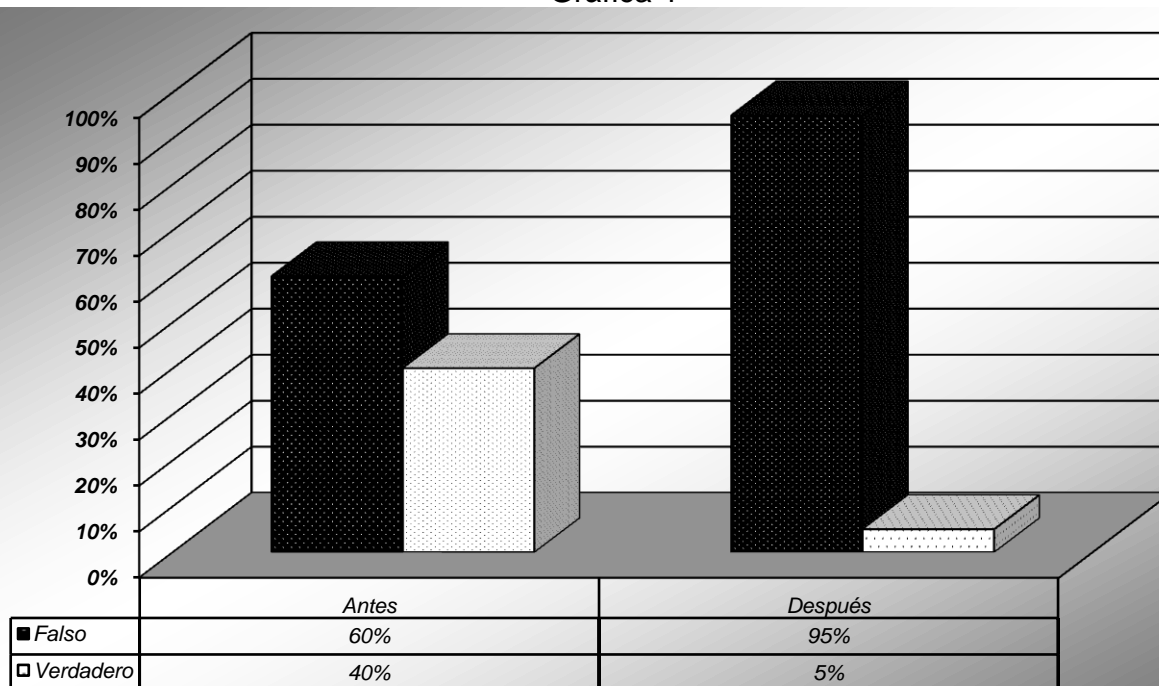
Antes

Aciertos	Valor absoluto	Valor Relativo
Falso	120	60%
Verdadero	88	40

Después

Aciertos	Valor absoluto	Valor Relativo
Falso	190	90 %
Verdadero	10	5%

Gráfica 1



Fuente: 200 encuestas a mujeres embarazadas de 17-40 años de edad en el periodo Marzo-Abril 2008.

Resultados.

Del 100% de la población encuestada el 60% refiere como falso que no es un signo de alarma el sangrado vaginal en los tres primeros meses de embarazo y el 40% restante. Después de la orientación en un 95% sobre la identificación de este signo de alarma como falso y el 5% verdadero.

Pregunta 2

Dolor de cadera es un síntoma de alarma durante el embarazo en forma intensa.

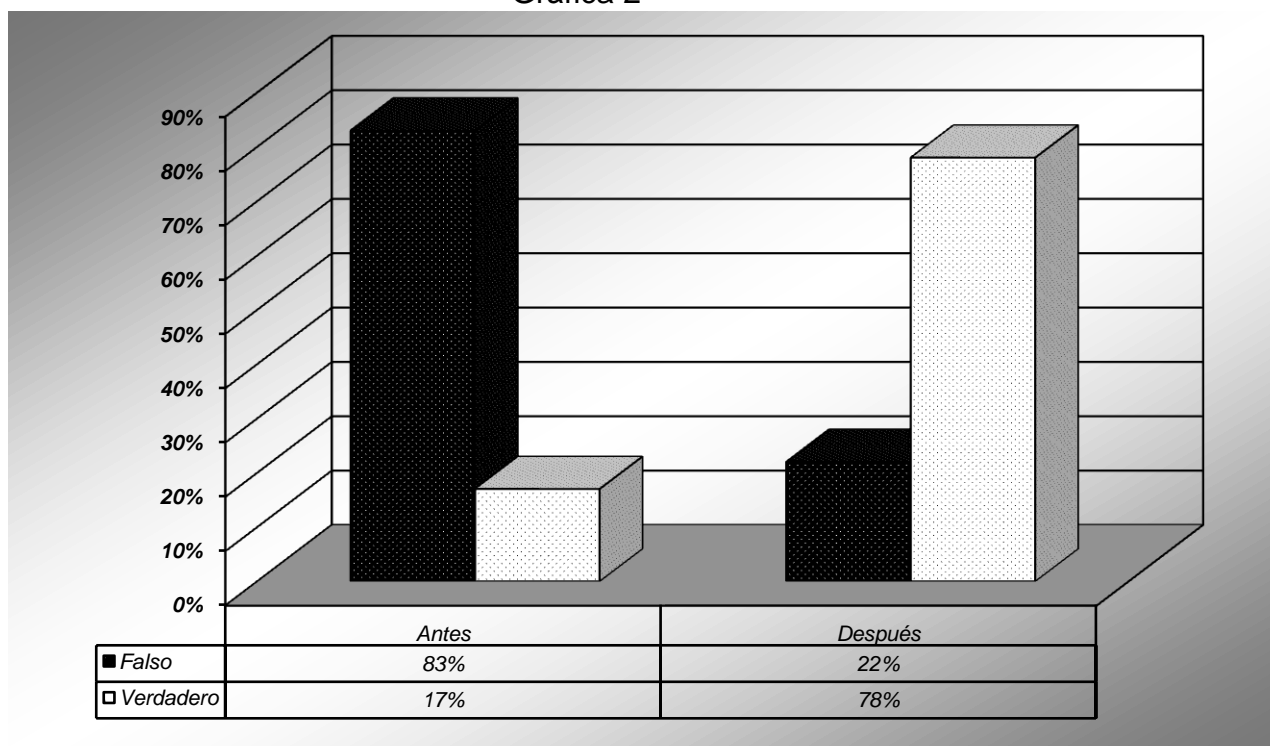
Antes

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	166	83%
Verdadero	34	17%

Después

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	44	22%
Verdadero	156	78%

Gráfica 2



Fuente: 200 encuestas a mujeres embarazadas de 17-40 años de edad en el periodo Marzo-Abril 2008.

Resultados.

En la siguiente gráfica se obtiene que un 83% de la población encuestada responde falso, y en un 17% verdadero, en la dolor de cadera es un síntoma de alarma durante el embarazo en forma intensa, después de la orientación contesta falso en un 22%, y en el 78% de la población encuestada verdadero.

Pregunta 3

Es un signo de alarma el sangrado vaginal en los tres primeros meses del embarazo

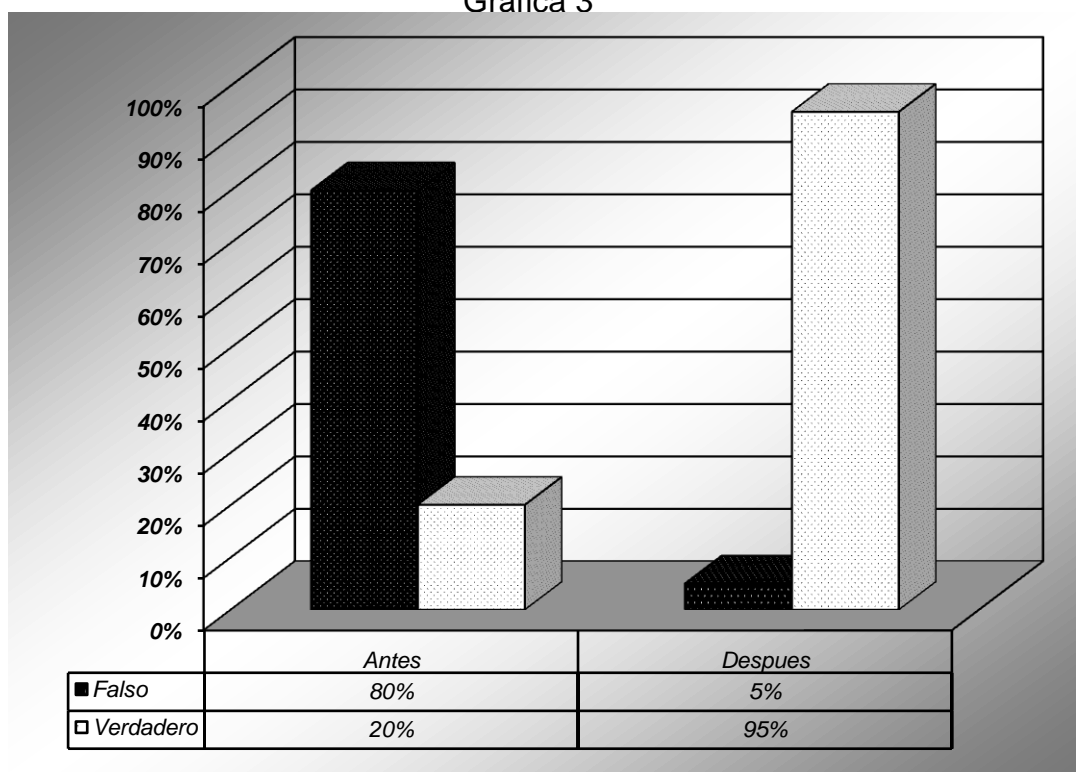
Antes

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	160	80%
Verdadero	40	20%

Después

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	10	5%
Verdadero	190	95%

Gráfica 3



Fuente: 200 encuestas a mujeres embarazadas de 17-40 años de edad en el periodo Marzo-Abril 2008.

Resultados.

Del 100% de la población contesta falso en la pregunta ¿es un signo de alarma el sangrado vaginal en los tres primeros meses del embarazo? en un 80% y en un 20% verdadero; después de la orientación el 5% falso y en un 95% verdadero.

Pregunta 4

El oír zumbidos de oídos se pueden presentar en el último mes del embarazo

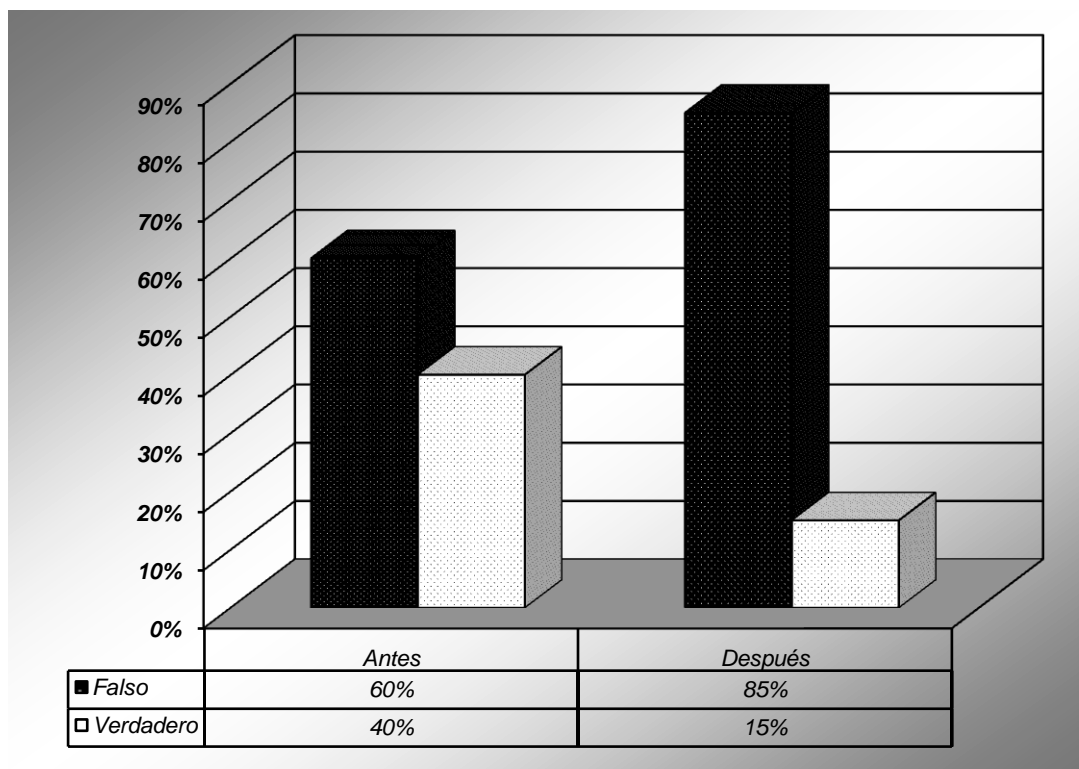
Antes

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	120	60%
verdadero	80	40%

Después

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	170	85%
Verdadero	30	15%

Gráfica 4



Fuente: 200 encuestas a mujeres embarazadas de 17-40 años de edad en el periodo Marzo-Abril 2008.

Resultados.

Del total de la población encuestada responde el 60% falso y el 40% verdadero, a la pregunta ¿El oír zumbidos de oídos se pueden presentar en el último mes del embarazo?; después de la orientación dada por la enfermera el 85% falsa y 15% verdadera.

Pregunta 5

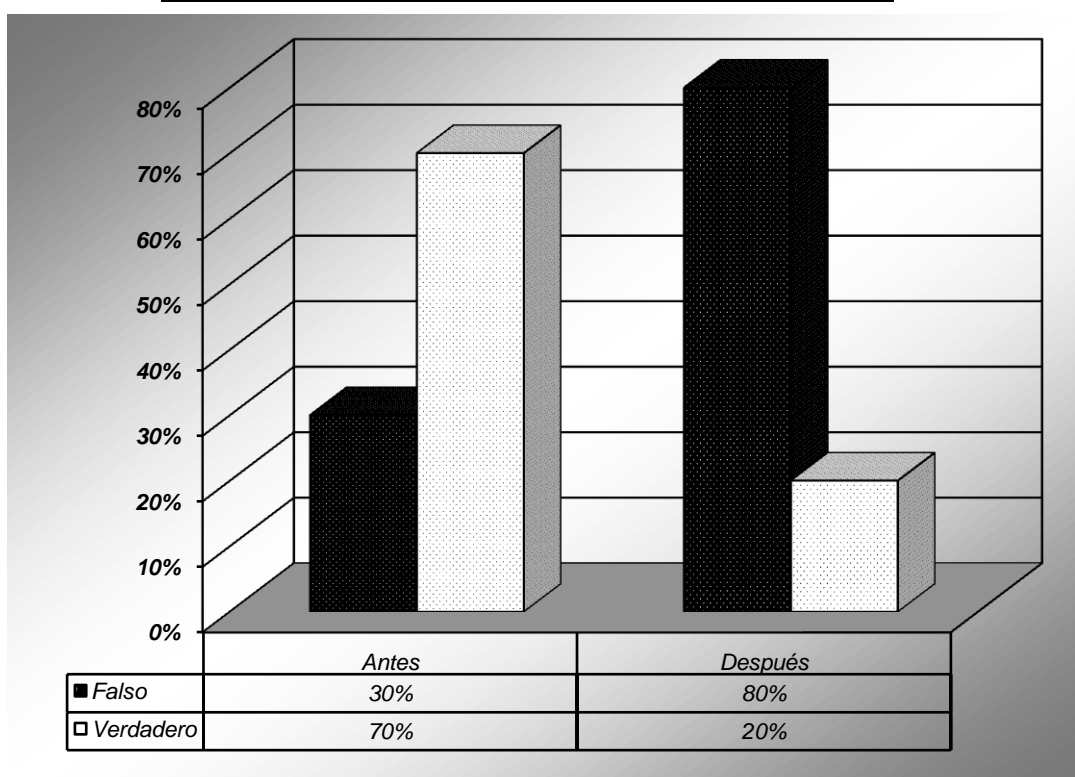
No es un síntoma de alarma el dolor irradiado en la espalda al abdomen en forma de cinturón durante el embarazo.

Antes

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
falso	60	30%
verdadero	140	70%

Después

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	160	80%
Verdadero	40	20%



Fuente: 200 encuestas a mujeres embarazadas de 17-40 años de edad en el periodo Marzo-Abril 2008.

Resultados:

Del 100% de la población encuestada en un 30% responde falso y en un verdadero el 70%; al reactivo referente a; ¿No es un síntoma de alarma el dolor irradiado en la espalda al abdomen en forma de cinturón durante el embarazo? y dada la orientación responde en un 80% es falsa y en un 20% verdadera.

Pregunta 6

El sangrado vaginal desde gotas, a abundante no es normal durante el embarazo

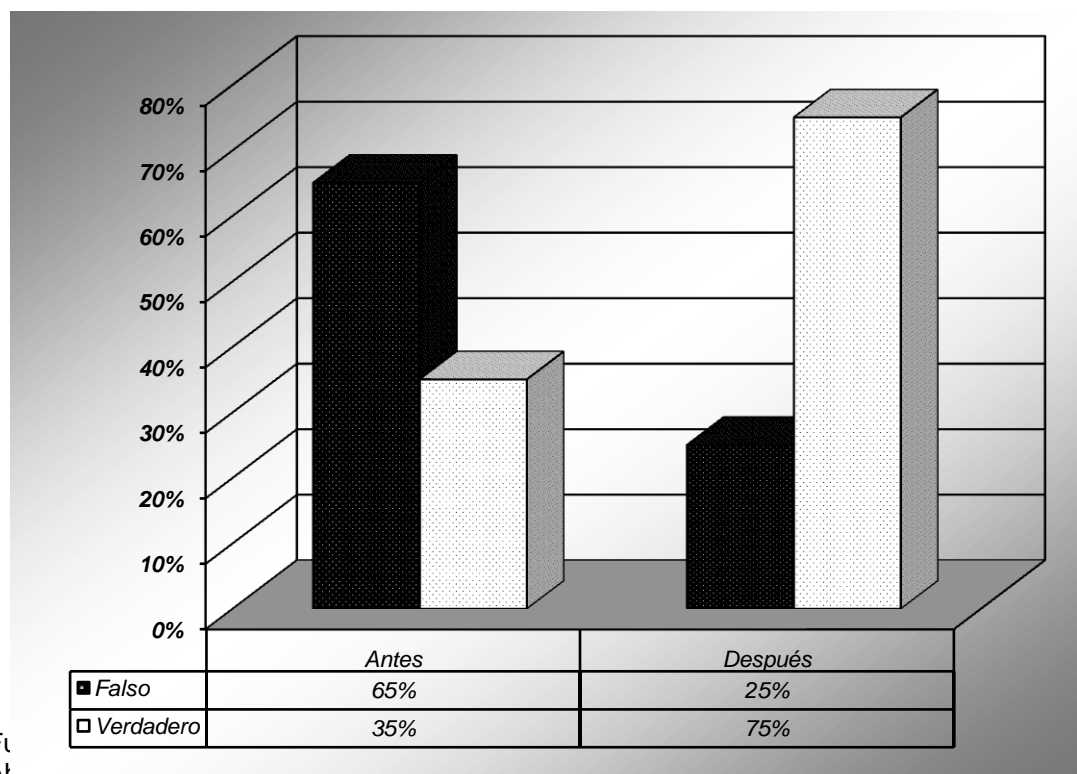
Antes

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	130	65%
Verdadero	70	35%

Después

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	50	25%
Verdadero	150	75%

Gráfico 6



Fu
AL... ..

Resultados:

Del 100% de la población encuesta en un 65% responde falso y en un 35% verdadero referente a la pregunta ¿el sangrado vaginal desde gotas, a abundante no es normal durante el embarazo?; después de la orientación responde el 25% falso, y en un 75% verdadero.

Pregunta 7

Flujo abundante de mal olor, amarillento o verdoso, con o sin comezón es un signo de alarma durante el embarazo.

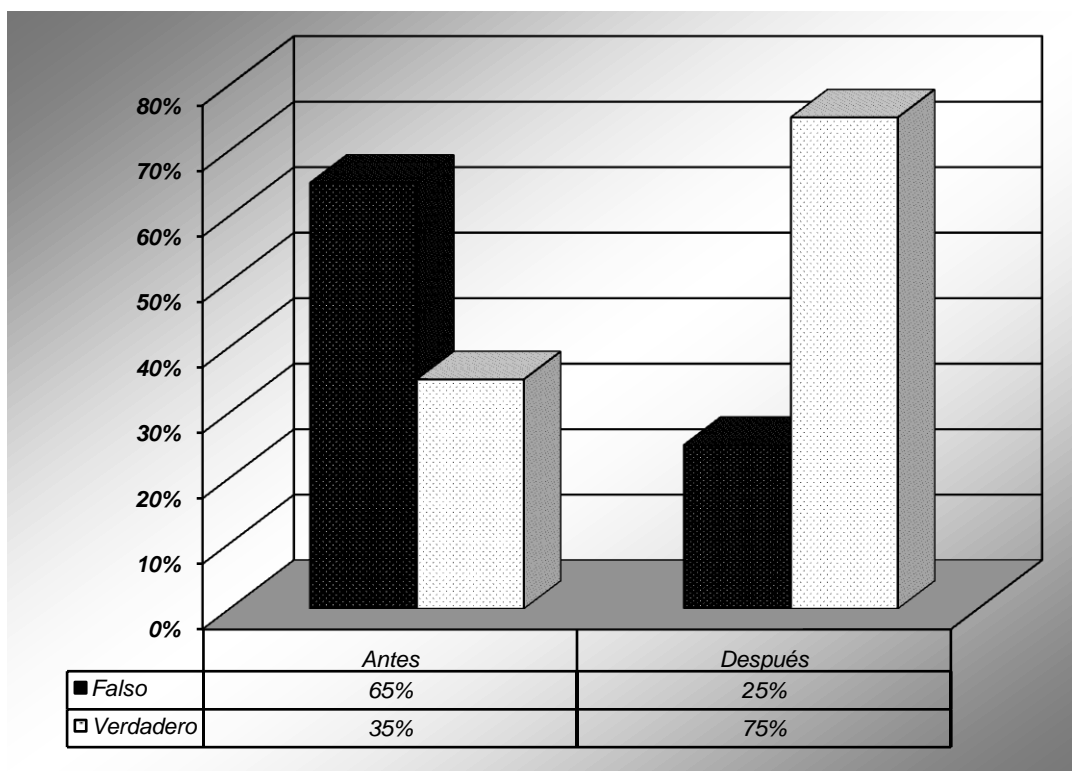
Antes

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	130	65%
Verdadero	70	35%

Después

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	50	25%
Verdadero	150	75%

Gráfico 7



Fuente: 200 encuestas a mujeres embarazadas de 17-40 años de edad en el periodo Marzo-Abril 2008.

Resultados:

De la población en total encuestada el 65% contesta falso y el 35% verdadero en la pregunta ¿Flujo abundante de mal olor, amarillento o verdoso, con o sin comezón es un signo de alarma durante el embarazo?; después de la orientación responde el 25% falso y el 75% verdadero.

Pregunta 8

Es normal presentar vómitos de 3- 6 veces al día durante los tres primeros meses.

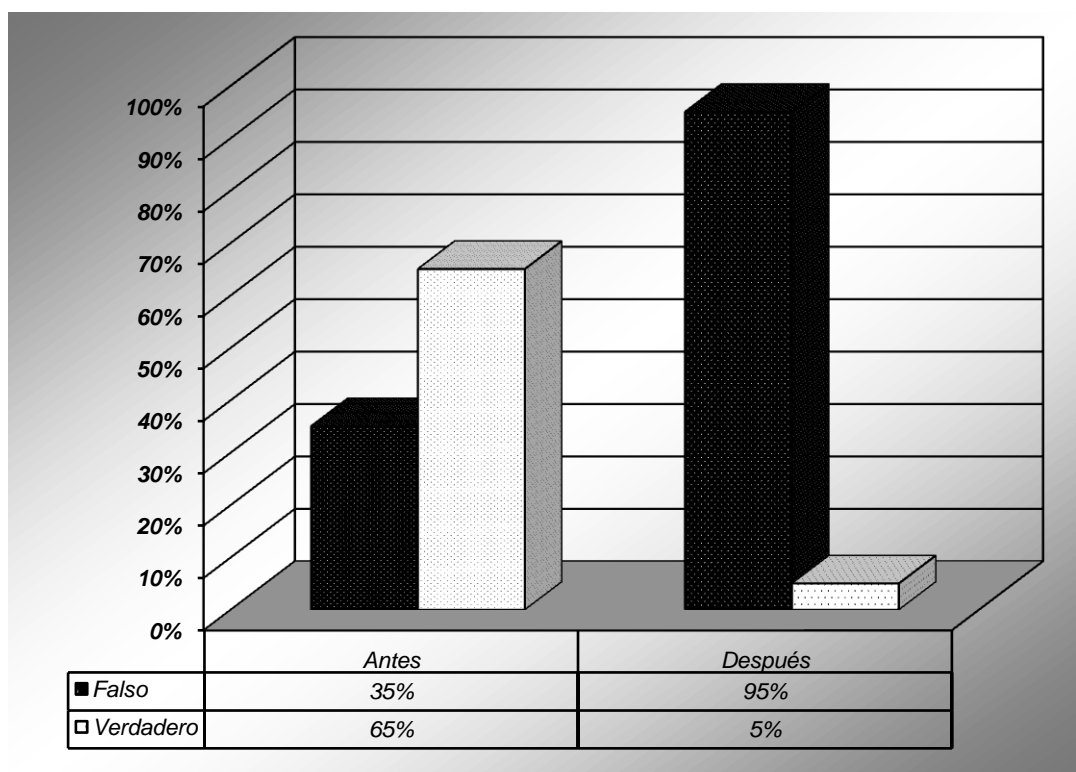
Antes

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	70	35%
Verdadero	130	65%

Después

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	190	95%
Verdadero	10	5%

Gráfico 8



Fuente: 200 encuestas a mujeres embarazadas de 17-40 años de edad en el periodo marzo-abril 2008.

Resultados:

Referente a la gráfica del 100%, es verdadero 35% y el 65% contesta a la pregunta ¿Es normal presentar vómitos de 3- 6 veces al día durante los tres primeros meses?; después de la orientación responde en un 95% falso y en un 5 % verdadero.

Pregunta 9

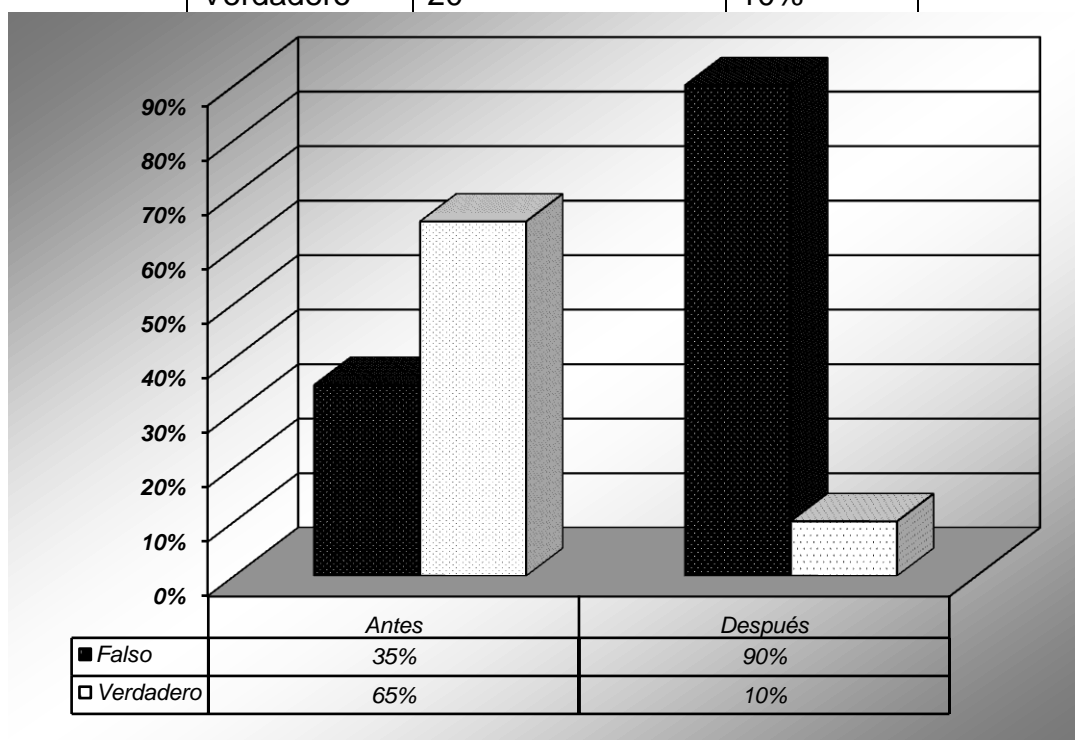
El flujo de mal olor, amarillento, verdosa abundante no es un signo de alarma durante el embarazo.

Antes

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	70	35%
Verdadero	130	65%

Después

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	180	90%
Verdadero	20	10%



Fuente: 200 encuestas a mujeres embarazadas de 17-40 años de edad en el periodo marzo-abril 2008.

Resultados:

Del 100 % de la población de la pregunta ¿El flujo de mal olor, amarillento, verdosa abundante no es un signo de alarma durante el embarazo?; contesta falso el 35% y el 65% verdadero, después de la orientación en un 90% falso y el 10% verdadero.

Pregunta 10

El dolor al orinar es un síntoma de alarma durante el embarazo.

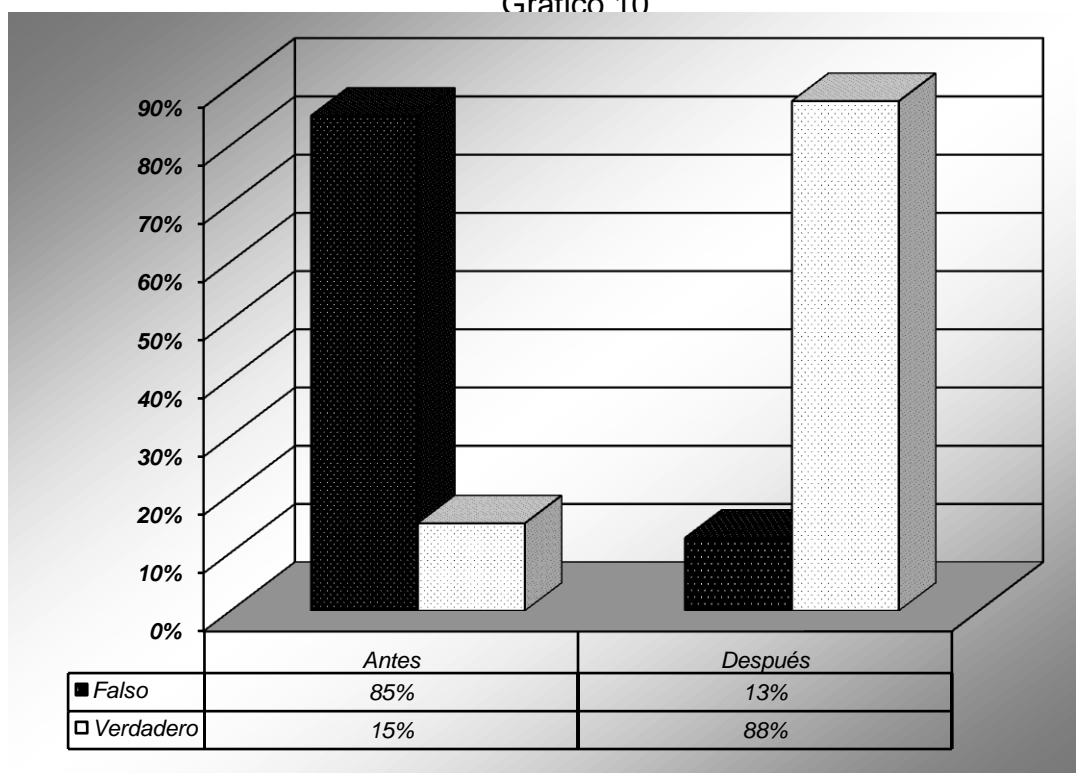
Antes

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	170	85%
Verdadero	30	15%

Después

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	25	12.5%
Verdadero	175	87.5%

Gráfico 10



Fuente: 200 encuestas a mujeres embarazadas de 17-40 años de edad en el periodo marzo-abril 2008.

Resultados:

Del 100% de la población encuestada refiere en cuanto a la pregunta ¿El flujo de mal olor, amarillento, verdosa abundante no es un signo de alarma durante el embarazo?; falso el 85% y verdadero 15% y después de la orientación el 13% falso y el 88% verdadero.

Pregunta 11

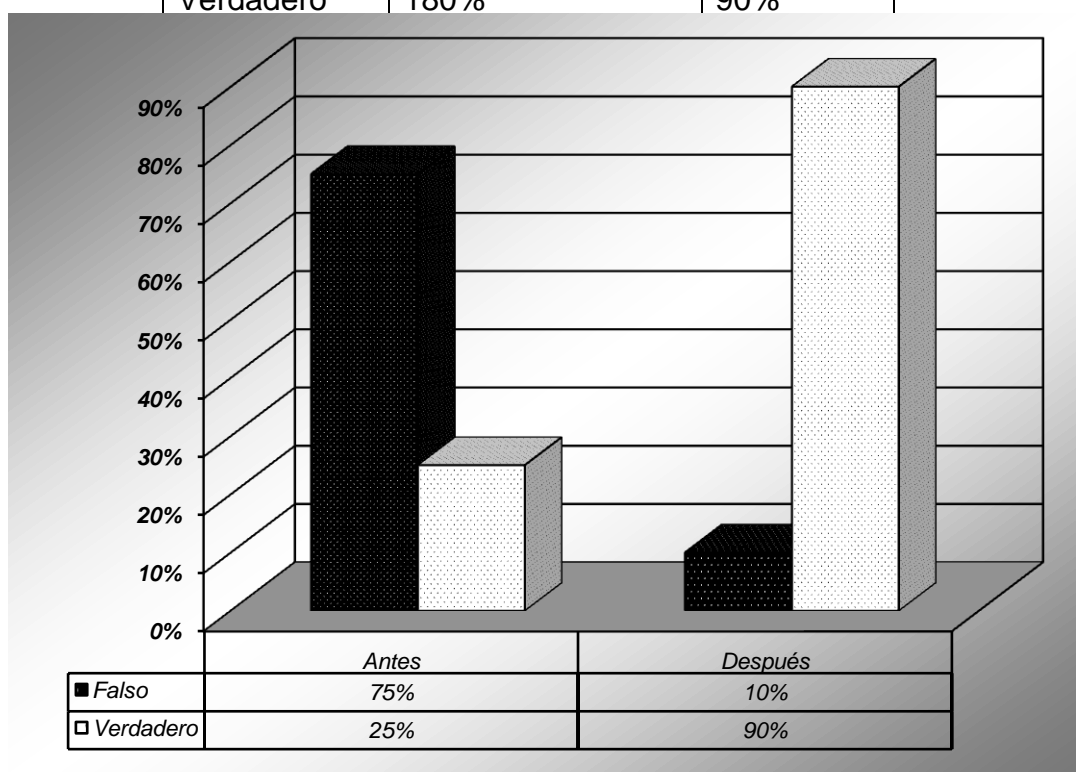
El hincharse en los pies y las manos durante el día se puede presentar durante el embarazo y es un signo de alarma.

Antes

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	150	75%
Verdadero	50	25%

Después

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	20%	10%
Verdadero	180%	90%



Fuente: 200 encuestas a mujeres embarazadas de 17-40 años de edad en el periodo marzo-abril 2008.

Resultados:

De la gráfica muestra que del 100% de la población contesta falso el 75% y el 25% verdadero; referente a la pregunta ¿El hincharse en los pies y las manos durante el día se puede presentar durante el embarazo y es un signo de alarma?; después de la orientación refieren el 90 % verdadero y el 10% falso.

Pregunta 12

El ardor y ganas de seguir orinando es un síntoma de alarma durante el embarazo.

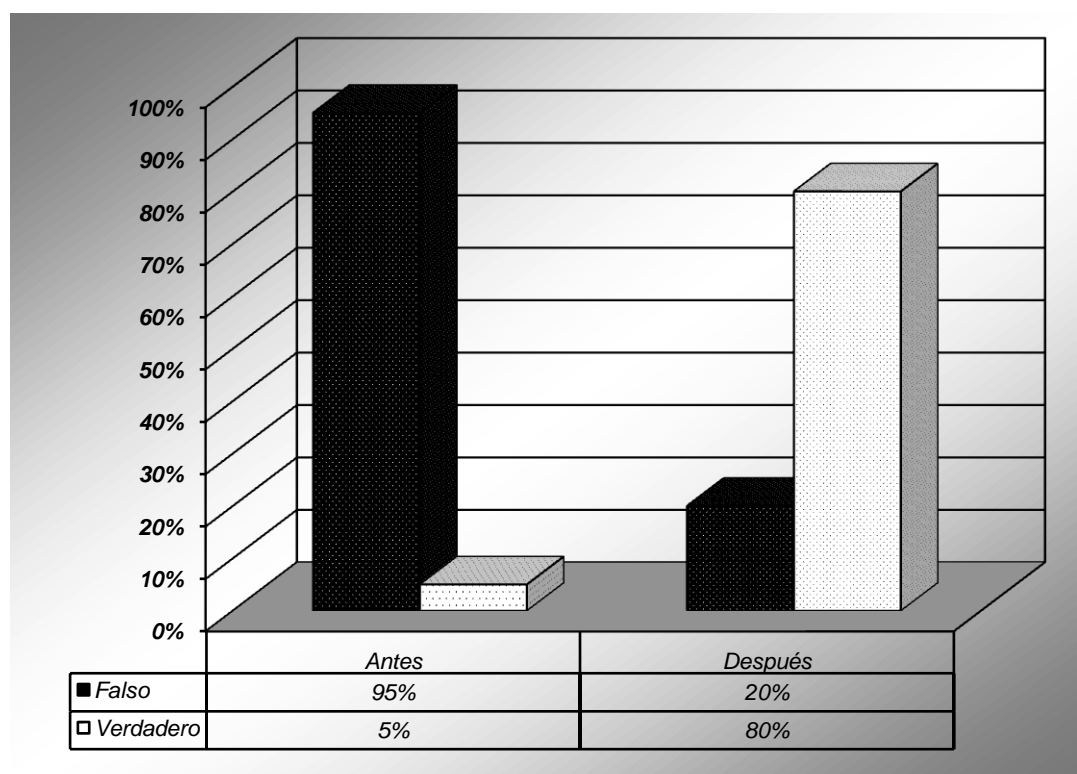
Antes

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	190	95%
Verdadero	10	5%

Después

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	40%	20%
Verdadero	160%	80%

Gráfico 12



Fuente: 200 encuestas a mujeres embarazadas de 17-40 años de edad en el periodo marzo-abril 2008.

Resultados:

De la población del 100% de está responde antes de la orientación falso el 95% y verdadero el 5% en la pregunta, ¿El ardor y ganas de seguir orinando es un síntoma de alarma durante el embarazo?; y después de la orientación responde el 80% verdadero y el 20% falso.

Pregunta 13

Los siguientes no son síntomas de alarma durante los 3 primeros meses del embarazo: dolor de espalda, fiebre y escalofrío.

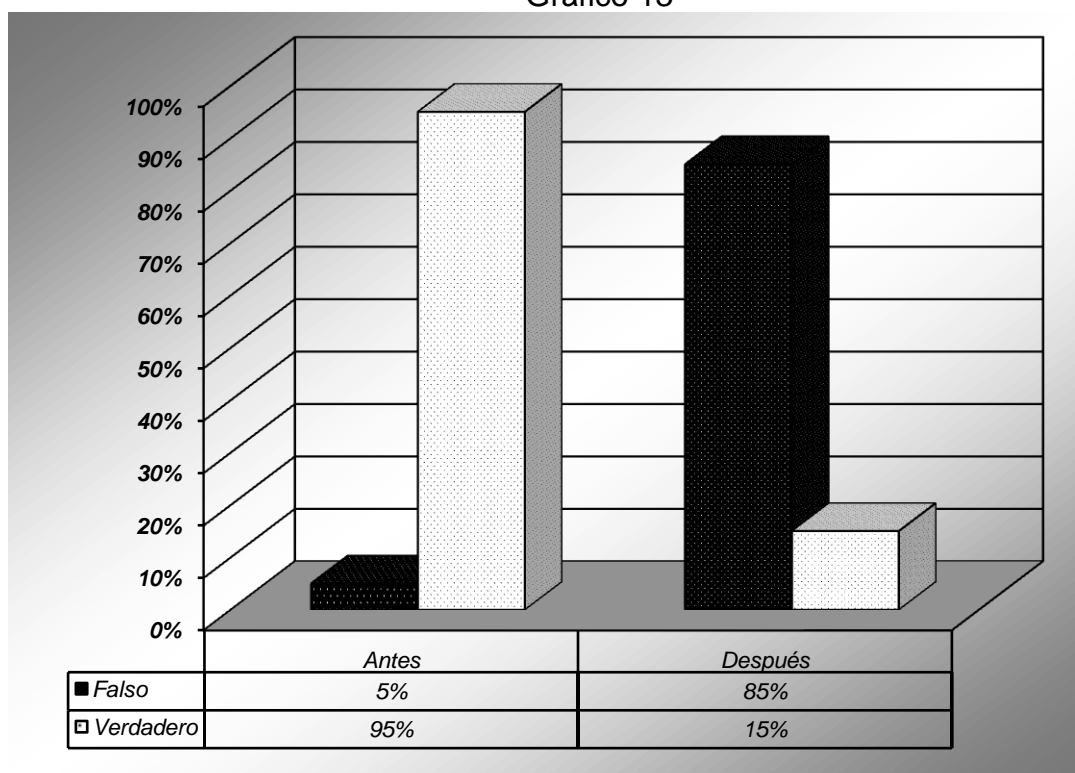
Antes

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	10	5%
Verdadero	190	95%

Después

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	170	85%
Verdadero	30	15%

Gráfico 13



Fuente: 200 encuestas a mujeres embarazadas de 17-40 años de edad en el periodo marzo-abril 2008.

Resultados:

Del 100% de la población total encuestada refiere falso el 5% y el 95% verdadero en la pregunta ¿Los siguientes no son síntomas de alarma durante los 3 primeros meses del embarazo: dolor de espalda, fiebre y escalofrío? después de la orientación menciona el 85% falso y el 15% verdadero.

Pregunta 14

Al orinar y presencia de dolor no es un síntoma de alarma durante el embarazo.

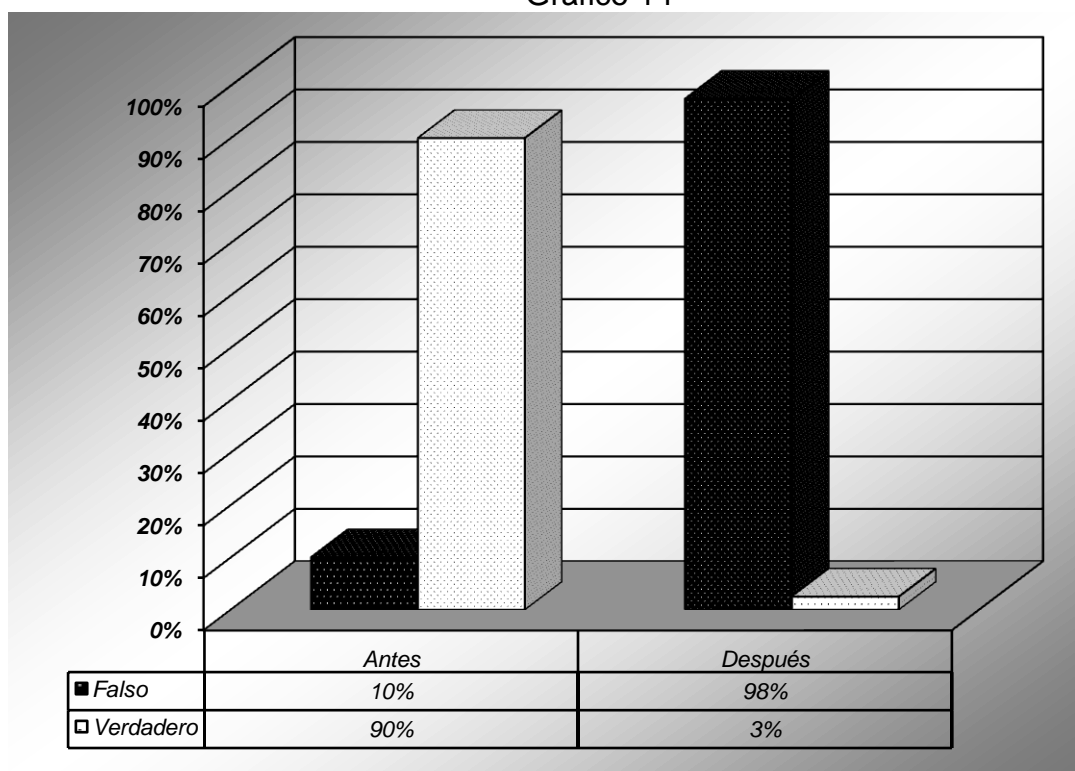
Antes

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	20	10%
Verdadero	180	90%

Después

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	195	97.5%
Verdadero	5	2.5%

Gráfico 14



Fuente: 200 encuestas a mujeres embarazadas de 17-40 años de edad en el periodo marzo-abril 2008.

Resultados:

Del 100% de la población el 10% responde falso y 90% verdadero en la pregunta ¿Al orinar y presencia de dolor no es un síntoma de alarma durante el embarazo?; y después 98% responde falso y el verdadero 3%.

Pregunta 15

El dolor de cabeza leve es normal durante el embarazo.

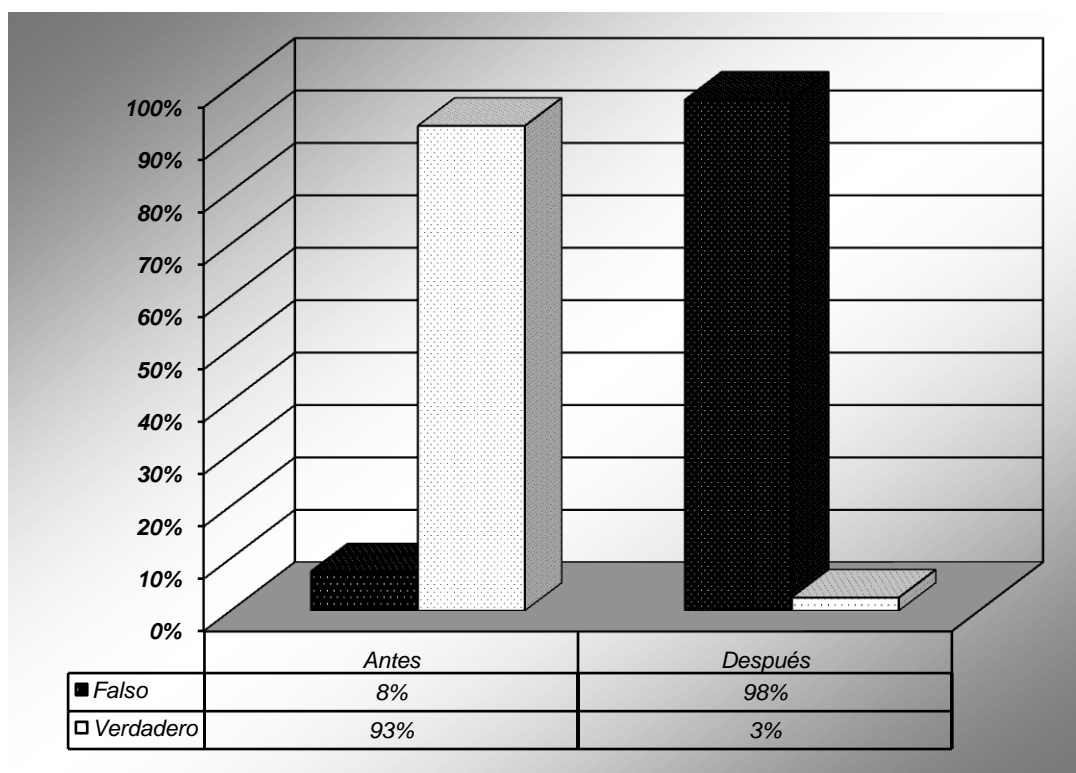
Antes

Aciertos	Valor absoluto	Valor Relativo
Falso	15	7.5%
Verdadero	185	92.5%

Después

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	195	97.5%
Verdadero	5	2.5%

Gráfico 15



Fuente: 200 encuestas a mujeres embarazadas de 17-40 años de edad en el periodo marzo-abril 2008.

Resultados:

Del 100% de la población encuestada el 8% contesta falso y el 93% verdadero en la pregunta ¿El dolor de cabeza leve es normal durante el embarazo?; después de la orientación responde el 98% falso y 3% verdadero.

Pregunta 16

El hincharse en manos, cara y piernas no son signos de alarma durante el embarazo.

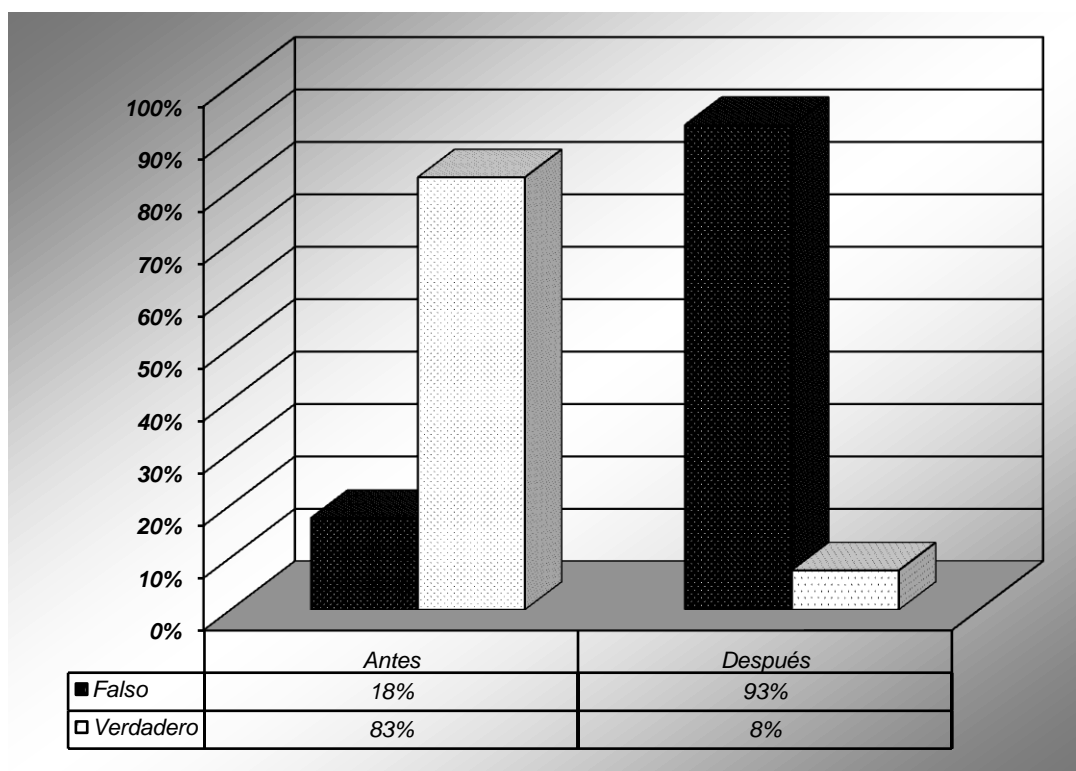
Antes

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	35	7.5%
Verdadero	165	82.5%

Después

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
falso	185	92.5%
verdadero	15	7.5%

Gráfico 16



Fuente: 200 encuestas a mujeres embarazadas de 17-40 años de edad en el periodo marzo-abril 2008.

Resultados:

Del 100% de la población encuestada contesta 18% falso y 83% verdadero en la pregunta ¿El hincharse en manos, cara y piernas no son signos de alarma durante el embarazo?; después de la orientación dada responde 93% falso y verdadero 8%.

Pregunta 17

El ver lucecitas o destellos durante el día es un síntoma normal.

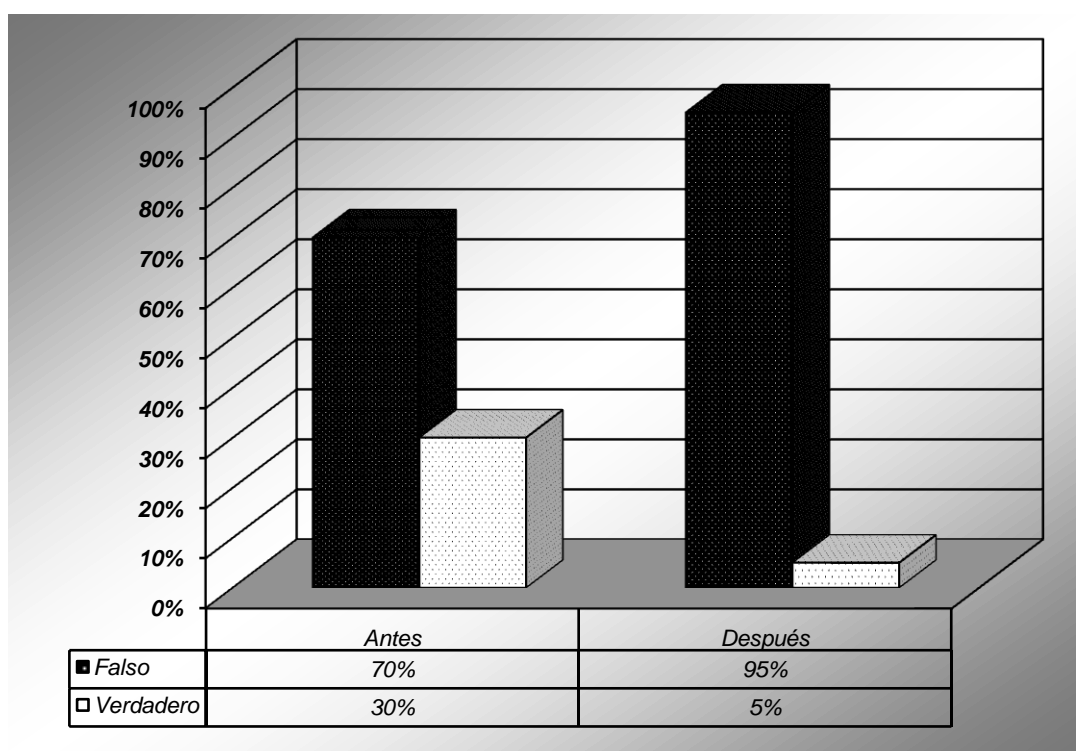
Antes

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	140	70%
Verdadero	60	30%

Después

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	190	95%
Verdadero	10	5%

Gráfico 17



Fuente: 200 encuestas a mujeres embarazadas de 17-40 años de edad en el periodo marzo-abril 2008.

Resultados:

Del 100% de la muestra el 70% contesta falso y 30% verdadero en la pregunta ¿El ver lucecitas o destellos durante el día es un síntoma normal?; después de la orientación 95% falso y 5% verdadero.

Pregunta 18

Los dolores de parto antes de cumplir 8 meses es un síntoma de alarma.

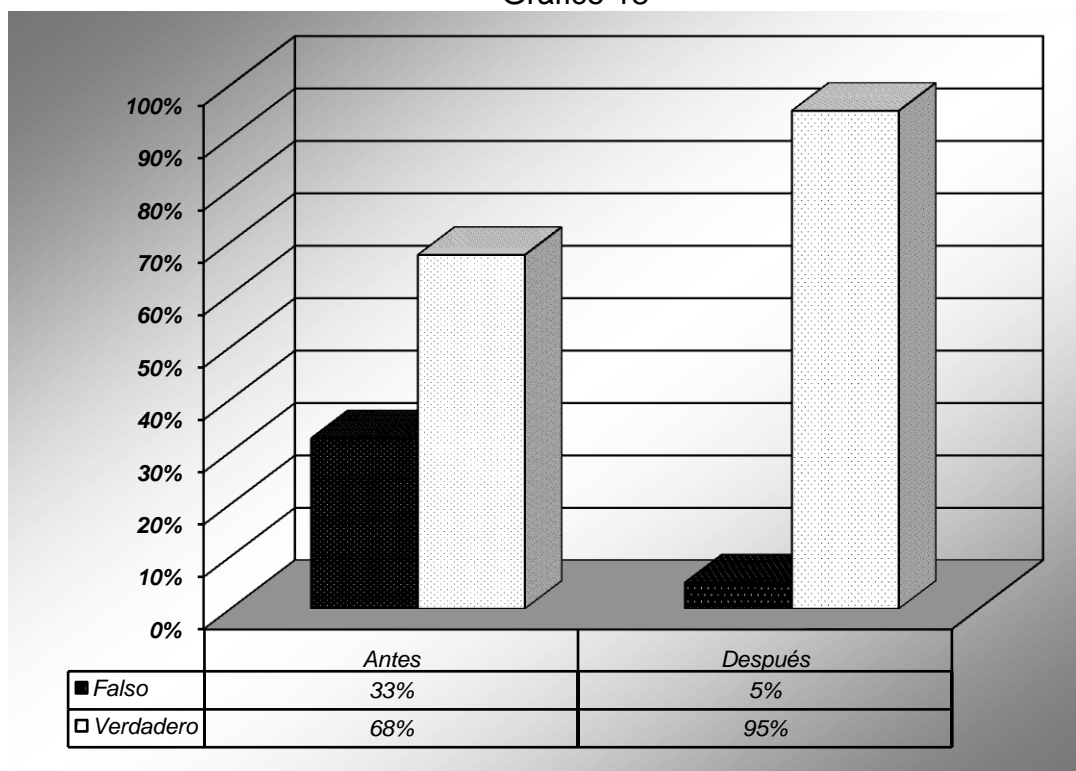
Antes

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	65	32.5%
Verdadero	135	67.5%

Después

Aciertos	Valor Absoluto	valor relativo
Falso	10	5%
Verdadero	190	95%

Gráfico 18



Fuente: 200 encuestas a mujeres embarazadas de 17-40 años de edad en el periodo marzo-abril 2008.

Resultados:

Del 100% de la población encuestada responde que es falso el 33% en la pregunta ¿Los dolores de parto antes de cumplir 8 meses es un síntoma de alarma?; Después de la orientación responden el 5% falso y el 95% verdadero.

Pregunta 19

El presentar salida de liquido “rompa la fuente” es un signo de alarma durante el embarazo.

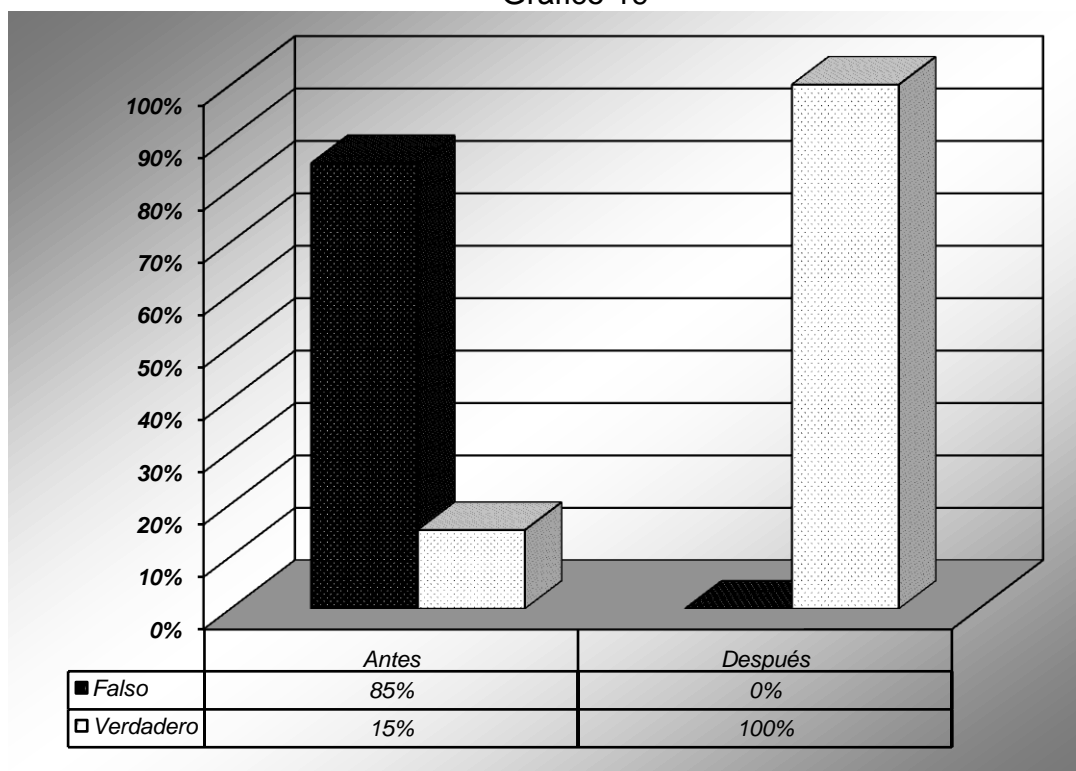
Antes

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	170	85%
Verdadero	30	15%

Después

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	0	0%
Verdadero	200	100%

Gráfico 19



Fuente: 200 encuestas a mujeres embarazadas de 17-40 años de edad en el periodo marzo-abril 2008.

Resultados:

Del 100% contesta 85% falso y verdadero 15% en la pregunta ¿El presentar salida de liquido “rompa la fuente” es un signo de alarma durante el embarazo? y después de la orientación el 100% responde verdadero.

Pregunta 20

El sangrado vaginal de unas gotas es normal durante el embarazo.

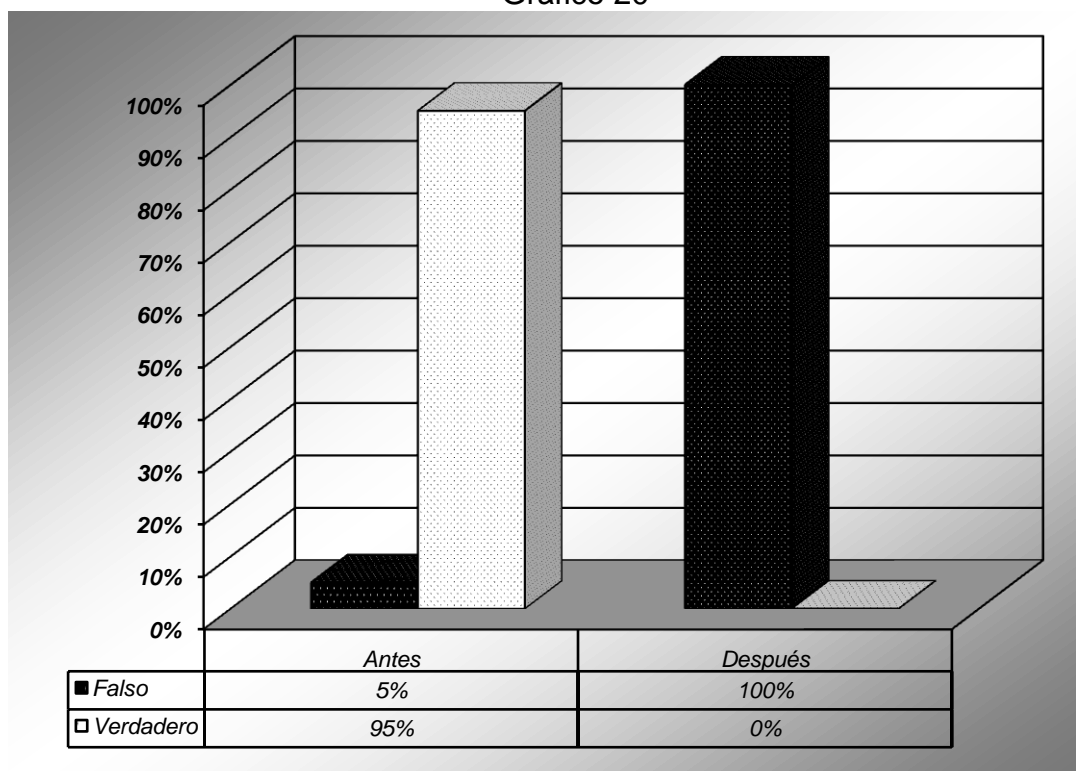
Antes

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	10	5%
Verdadero	190	95%

Después

Aciertos	Valor Absoluto	Valor Relativo
Falso	200	100%
Verdadero	0	0%

Gráfico 20



Fuente: 200 encuestas a mujeres embarazadas de 17-40 años de edad en el periodo marzo-abril 2008.

Resultados:

Del 100% de la población encuesta el 5% falso y el 95% verdadero en la pregunta ¿El sangrado vaginal de unas gotas es normal durante el embarazo?; después de la orientación dada el 100% falso.

Operacionalización de las variables

Variables	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Escala de medición	Indicadores
Intervención	Cualitativa Nominal, politómica. discreta	Acción directa (Independiente) por el profesional de enfermería para ayudar a la embarazada a conseguir objetivos, de mantenimiento o restablecimiento de la vida y del bienestar.	En base a la cantidad de respuestas correctas que tengan de la encuesta de 30 preguntas que se aplicará a Embarazadas.	Si Realizado	Si o NO
Nivel de conocimiento	Cualitativa Nominal, politómica discreta	Grado de noción o entendimiento de una cosa o persona. Capacidad autónoma de la embarazada de identificar los supuestos implícitos.	En base a la cantidad de respuestas correctas que tengan de la encuesta de 30 preguntas que se aplicará a Embarazadas.	Excelente (90%-100%) Bueno (60%-80%) Regular (40%-60%) Bajo (0-30%)	RESPUESTAS EN EL CUESTIONARIO
Edad	Cuantitativa Escalar Discontinua	Tiempo que ha vivido una persona.	Años cumplidos al momento del estudio	Años cumplidos	17-22 23-28 29-34 35-40
Ocupación	Cualitativa Discreta, nominal.	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa	Actividad a la cual se dedica la paciente con o sin salario	Tipo de ocupación.	Respuesta en cuestionario
Escolaridad	Cualitativa Nominal Ordinal	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Grado escolar máximo al momento del estudio	Grado de estudios	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Otros
Estado civil	Cualitativa Nominal Dicotómica	Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo.	Estado civil de la paciente	Casada o soltera	Respuesta en cuestionario
Signos	Cualitativa. Nominal, politómica discreta	Manifestación elemental de una enfermedad.	En base a la cantidad de respuestas correctas que tengan de la encuesta de 10 preguntas (referente a signos) que se aplicará a Embarazadas.	Excelente 9-10(Bueno 6-8 Regular 4-6 Bajo 0-3	Falso o Verdadero
Síntomas	Cualitativa. Nominal, politómica discreta	Fenómeno que un trastorno funcional o una lesión.	En base a la cantidad de respuestas correctas que tengan de la encuesta de 10 preguntas (referente a síntomas) que se aplicará a Embarazadas.	Excelente 9-10 Bueno 6-8 Regular 4-6 Bajo 0-3	Falso o Verdadero

NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL EMBARAZO

Aseor Metodológico:

M. EN C. JOSE JAVIER CUEVAS CANCINO

ALUMNA: P. S. S. Lic. En Enfermería y Obstetricia.

Ma. Gpe. García Sánchez

INTRODUCCIÓN: La muerte ocasionada por problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio es uno de los principales problemas de salud de las mujeres en edad reproductiva en México y representa un indicador de profunda desigualdad social al estar íntimamente relacionada con la pobreza, con el acceso a servicios de salud con calidad y con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. (3)

En el servicio en donde la enfermera materno infantil (EMI), es en donde "La Intervención de enfermería continua las actividades de vigilancia prenatal hasta antes de las 34-35 semanas de gestación, que inició el médico familiar para el cuidado de la salud de la embarazada y su hijo", y se lleva a cabo el embarazo de bajo riesgo el cual es: "mujer gestante con características y circunstancias presentes durante el embarazo que representan menor posibilidad de padecer uno o más daños a la salud de la madre y del feto, durante el embarazo, el parto y puerperio. Conociendo los síntomas ó signos de alarma, la mujer podrá acudir de inmediato a su médico o al hospital si los tuviera, ya que estos anuncian una complicación (17)

OBJETIVO GENERAL:

Contrastar el nivel de conocimientos en signos y síntomas de alarma en embarazadas, en mujeres de 17 a 40 años de edad antes y después de la intervención de enfermería en usuarias del servicio de Enfermera Materno Infantil de la Unidad de Medicina Familiar No. 28.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tipo de investigación: por el control de las variables observacional, por la captación de la información prospectivo por la medición del fenómeno transversal, por la presencia del grupo descriptivo y por la dirección del análisis encuesta. El análisis estadístico descriptivo mediante gráficas, (variables nominales) y medidas de tendencia central: media, moda y mediana (variables numéricas).

RESULTADOS:

Se realizó en 200 mujeres embarazadas (cuestionario con 20 ítems) de 17 a 40 años de edad, con una media de edad de 27; moda de 22 y una mediana del 26, el 24% es casada, el 68% es divorciada y el 8% soltera, el 13% se encuentra con un nivel de estudios secundaria, el 35% preparatoria, 32% técnica y el 21% licenciatura del total de esta. De esta se encuentra el 63% económicamente activa y el resto 37% ama de casa.

Gráfica 1: De 200 personas encuestadas en los ítems de la primera fase 30 personas obtuvieron un nivel de conocimiento bueno (60 al 80%), 30 personas un nivel regular (40-60%) y 140 personas obtuvieron un nivel de conocimiento bajo (0-30%). En la segunda fase de las 200 personas encuestadas 160 obtuvieron un nivel de conocimiento excelente (80-100%) y 40 personas tuvieron un nivel de conocimiento bueno (60-80%).

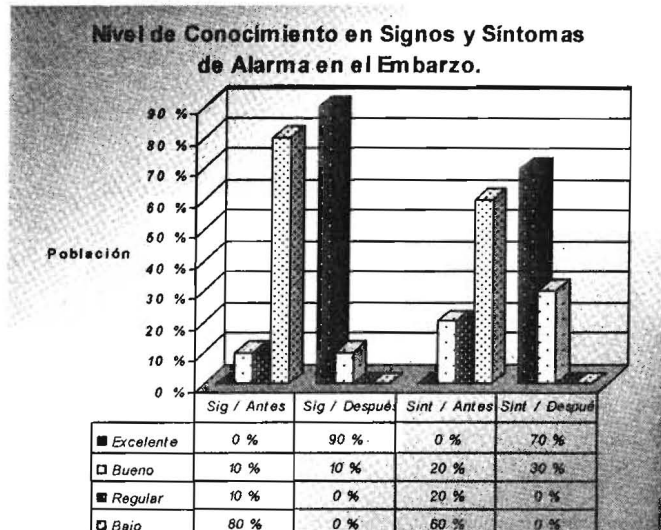
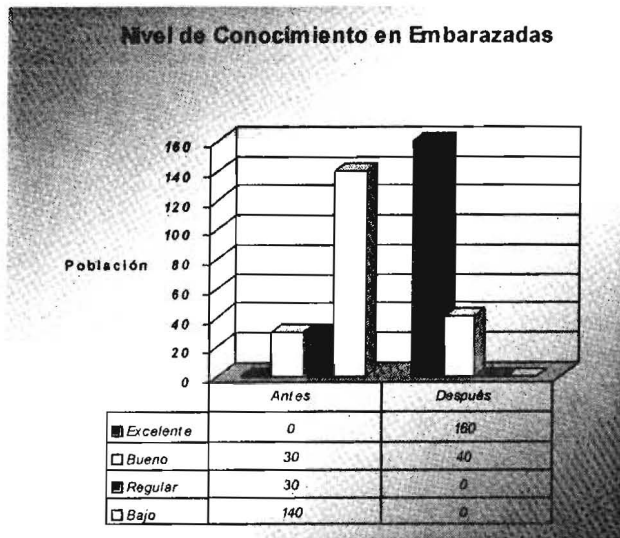
Gráfica 2: De 200 personas encuestadas en los ítems de la primera fase 20 personas obtuvieron un nivel de conocimiento bueno (60 al 80%) en signos, 40 en síntomas, 20 personas un nivel regular (40-60%) en signos, 40 en síntomas y 160 obtuvieron un nivel de conocimiento bajo (0-30%) en signos mientras en síntomas 120. En la segunda fase de las 200 personas encuestadas 180 obtuvieron un nivel de conocimiento excelente (80-100%) en signos, mientras en síntomas 140 personas y 20 personas tuvieron un nivel de conocimiento bueno (60-80%) en signo y en síntomas 60 personas.

DISCUSIÓN: Por los resultados arrojados es de vital importancia otorgar mediante acciones propuestas que tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones para mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

CONCLUSIÓN: Se demostró en la presente investigación que la intervención de enfermería es primordial en el proceso de enseñanza aprendizaje, ya que los conocimientos adquiridos en la identificación de signos y síntomas de alarma durante el embarazo en mujeres de 17 a 40 años de edad se incremento después de la orientación otorgada por el personal de enfermería en usuarias del servicio de Enfermera Materno Infantil de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 durante el periodo agosto 2007 al 31 de julio del 2008.

Gráfica 1

Gráfica 2



PROMOCIÓN, DETECCIÓN Y PREVENCIÓN

CAPACITACIÓN A LA MADRE EN
TEMAS ACORDES A LA EDAD DEL
NIÑO.

VIGILANCIA DE CRECIMIENTO Y
ESTADO NUTRICIONAL.

DESPARASITACIÓN INTESTINAL .

**PREVENCIÓN Y CONTROL DE
ENFERMEDADES**

ESQUEMA DE VACUNACIÓN.

ENFERMEDADES DIARREICAS.

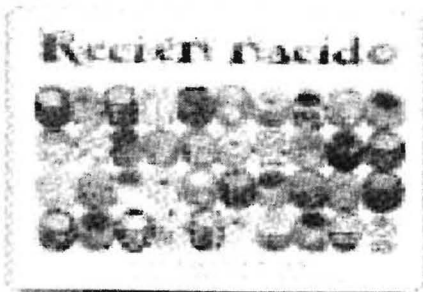
INFECCIONES RESPIRATORIAS
AGUDAS.

CARIES Y ENFERMEDADES DE LAS
ENCÍAS.

DETECCIÓN DE ENFERMEDADES:

ENFERMEDADES METABÓLICAS
CONGÉNITAS.

DEFECTOS VISUALES



VISITANOS



Cuidado de
la salud durante
el embarazo

**INSTITUTO
MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL
U.M.F. N°. 28**

ELABORADO:

ASESOR

ENFERMERA ESPECIALISTA

CECILIA VIDAL HERNANDEZ

PASANTE DE ENFERMERIA DE LIC. DE ENFERMERIA
Y OBST.

MARIA GUADALUPE GARCIA SANCHEZ



**INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL
U.M.F. N°. 28**

Prevención y Detección Materno-Infantil



**CONSULTORIO
MATERNO-INFANTIL
E.M.I.**

TURNO MATUTINO
Y VESPERTINO

VIGILANCIA PRENATAL Y PUERPERAL



IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO.



MEDICIÓN DE PESO EVALUACIÓN DEL ESTADO DE NUTRICIÓN



ADMINISTRACIÓN DE SULFATO FERROSO. (Evita La anemia)

ADMINISTRACIÓN DE ÁCIDO FÓLICO. (Evita malformaciones congénitas).
ESQUEMA DE VACUNACIÓN (Td).

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO



LACTANCIA MATERNA.
HIGIENE.
CUIDADOS DEL CORDÓN UMBILICAL.
PREVENCIÓN DE MUERTE SÚBITA Y RAQUITISMO.
CRECIMIENTO Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE.
DESARROLLO Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA.
SALUD BUCAL .
PREVENCIÓN DE ACCIDENTES.
ADMINISTRACIÓN DE HIERRO.
ADMINISTRACIÓN DE VITAMINA A.
VIOLENCIA FAMILIAR.
ENFERMEDADES METABÓLICAS CONGÉNITAS.



PREVENIMSS
PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD



INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL
U.M.F. N°. 28

ELABORADO:
ASESOR
ENFERMERA ESPECIALISTA
CECILIA VIDAL HERNANDEZ

PASANTE DE ENFERMERIA DE LIC. DE ENFERMERIA
Y OBST.
MARIA GUADALUPE GARCIA SANCHEZ

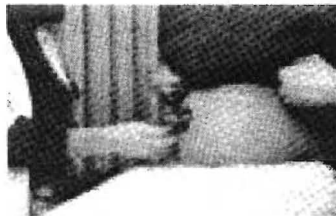
VIGILANCIA PRENATAL Y PUERPERAL



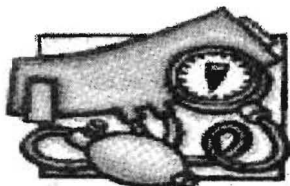
**INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL
U.M.F. N° 28**

PROTECCIÓN, DETECCIÓN Y PREVENCIÓN

Identificación de signos y síntomas de alarma en el embarazo y puerperio.



Medición de peso evaluación del estado de nutrición.



Administración de ácido Fólico.
(Evita malformaciones congénitas).
Esquema de Vacunación (Td).



Prevención y Detección Materno-Infantil



- ◆ Capacitación a la madre en temas acordes a la edad del niño.
- ◆ Vigilancia de crecimiento y estado

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

- ◆ Lactancia materna.
- ◆ Higiene.
- ◆ Cuidados del cordón umbilical.
- ◆ Prevención de muerte súbita y Raquitismo.
- ◆ Crecimiento y alimentación Saludable.
- ◆ Desarrollo y estimulación Temprana.



VISITANOS

**SOLICITA A TU MEDICO
FAMILIAR EL ENVIO A
EMI**

**JEFE DE ENFERMERAS DE LA U.M.F. 28
L.E.O: GUADALUPE SUÁREZ ROSALES**

**ELABORADO:
ENFERMERA ESPECIALISTA
CECILIA VIDAL HERNANDEZ**

**PASANTE DE ENFERMERIA DE LIC. DE ENFERMERIA
Y OBST.**



Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 28

ATENCIÓN PREVENTIVA INTEGRADA-

Programa de Salud del Niño

Programa de Salud de la Mujer

***Programa de Salud del
Hombre***



***Programa de Salud en
el Adulto Mayor***

***Programa de Salud del
Adolescente***



SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA

ELABORADO:
ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA
MA. GPE NIÑO LARA.
PASANTE DEL SERVICIO SOCIAL DE
LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.
MA. GPE GARCÍA SÁNCHEZ.

