

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA
FACULTAT DE MEDICINA

TESIS DOCTORAL

EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA
SOBRE LA FRECUENCIA Y ADECUACIÓN DE LA
ASISTENCIA A URGENCIAS DE LAS
EMBARAZADAS DE NUESTRA ÁREA.

Doctoranda: Elena Ferriols Pérez

Directores:

Prof. Ramón Carreras Collado

Prof. Antonio Payà Panadés

Departament de Pediatria, d'Obstetricia i Ginecologia i de Medicina Preventiva

2015

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA
FACULTAT DE MEDICINA

EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA
SOBRE LA FRECUENCIA Y ADECUACIÓN DE LA
ASISTENCIA A URGENCIAS DE LAS
EMBARAZADAS DE NUESTRA ÁREA.

Tesis doctoral presentada por Doña Elena Ferriols Pérez, para optar al grado de
Doctor en Medicina
Barcelona septiembre 2015

Dedicado a

Sandor Campos Goded y Libertad Campos Ferriols, por todo en general, y muy especialmente a Sandor por su labor como canguro, enfermero, consultor, cocinero, diseñador, psicólogo...

Emilio, Marisa y Paula por apoyarme durante toda mi vida.

Todos los amigos que me acompañaron en el camino, con especial mención a Horten, Natalia, Toni, Elvira, Irene y Ariana.

Agradecimientos

Al Profesor Ramón Carreras Collado, Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital del Mar, por su labor en la Dirección de esta tesis doctoral y por su insistencia.

Al Profesor Antonio Payà Panadés, jefe de sección del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital del Mar, por su labor en la Dirección de esta tesis doctoral y por su amistad.

A Nadwa Kanjou Augé y Jordi Genovés González, compañeros y ginecólogos por su ayuda en la realización de la primera fase de este trabajo.

A Jose Luís Hernández Sánchez, María Prat Om, Carolina Rueda García y Ricardo Rubio Salazar, compañeros y ginecólogos en la unidad de ecografía del Hospital del Mar, por su apoyo y ayuda en la realización de esta tesis.

Andrea Buron Prust, epidemióloga en el Hospital del Mar y Sergi Mojal García, estadístico en el IMIM, por sus papeles de consultores.

A los compañeros del servicio de Comunicación y Documentación, por la ayuda prestada en la realización de la tesis.

A Miguel Ángel Checa Vizcaíno, jefe de sección del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital del Mar y a Oriol Porta Roda jefe de sección del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Sant Pau y la Santa Creu por incentivar mi faceta científica y enseñarme.

Al Hospital Sant Pau, especialmente al Dr. Joaquim Calaf Alsina, jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau, por darme la oportunidad de especializarme en Ginecología y Obstetricia.

A la Universidad de Valencia y al Hospital Dr. Peset por inculcarme el gusto por la ginecología.

SUMARIO

<u>1.Introducción</u>	15
Fase 1: Determinar la frecuentación y adecuación de las visitas a urgencias de obstetricia de nuestro centro.	20
1-Marco sanitario:	20
1.1 Sistema Sanitario Español	20
1.2 Sistema Sanitario Catalán	21
1.3 Parc de Salut Mar	21
1.4 Atención urgente en nuestra área sanitaria.	22
1.5 Atención no urgente Ginecológica y de la mujer embarazada	22
1.6 Circuito de atención urgente a la mujer embarazada	24
1.7 Organización del Servicio de Ginecología y Obstetricia de Hospital del Mar:	25
1.7.1 Unidad de Diagnóstico Prenatal y Ecografía Ginecológica	25
1.7.2 Urgencias de Ginecología y Obstetricia	26
2-Marco poblacional: peculiaridades de Barcelona: inmigración.	26
3-Definición de visita adecuada	30
4-Tasas de adecuación encontradas por otros autores	33
5-Factores de riesgo y protectores para generar visitas inadecuadas.	34
6-Consecuencias del uso inadecuado de las urgencias.	37
7-Análisis de las causas del uso inadecuado de las urgencias	39
8-Aportaciones de la fase 1 del proyecto	40
Fase 2: Elaboración y validación de un tríptico informativo sobre los posibles síntomas del embarazo y el tipo de consulta que requieren cada uno.	42
1-Material educativo impreso, definición.	42
2-Importancia del material educativo impreso.	42
3-Métodos utilizados para la validación de material educativo impreso, breve revisión de la literatura.	43
4-Conclusiones de la breve revisión	48
	49

Fase 3: Determinar el efecto de una intervención educativa sobre la frecuentación a urgencias de las embarazadas de nuestra área	
1-Estrategias para la reducción del uso de las urgencias	49
2-Estrategias para la mejoría de la salud basadas en la educación sanitaria	51
3-Justificación del uso de la información escrita para la reducción de las visitas inadecuadas a urgencias.	53
<u>2. Hipótesis</u>	55
<u>3. Objetivos</u>	59
<u>4. Material y métodos</u>	63
Fase 1: Determinar la frecuentación y adecuación de las visitas a urgencias de obstetricia de nuestro centro.	66
1-Población Diana	66
2-Periodo de Inclusión	66
3-Periodo de seguimiento	66
4-Criterios de inclusión	66
5-Criterios de exclusión	67
6-VARIABLES	67
7-Análisis estadístico	71
8-Aspectos éticos	72
9-Memoria económica	72
Fase 2:Elaboración y validación de un tríptico informativo sobre los posibles síntomas del embarazo y el tipo de consulta que requieren cada uno.	73
1-Elaboración del tríptico	73
2-Aspectos éticos	74
3-Memoria económica	75
Fase 3: Determinar el efecto de una intervención educativa sobre la frecuentación a urgencias de las embarazadas de nuestra área.	76
1-Población Diana	76

2-Periodo de Inclusión	76
3-Tamaño muestral	76
4-Criterios de inclusión	76
5-Criterios de exclusión	77
6-Periodo de seguimiento	77
7-Recogida de datos	77
8-Aleatorización	78
9-Pérdidas y denegación de participación	79
10-VARIABLES	79
11-Análisis estadístico:	81
11.1 Análisis principal:	81
11.1.1 Adecuación vs casos control	81
11.1.2 Adecuación vs caso/control a corto plazo	82
11.2 Análisis de homogeneidad entre grupos	82
11.3 Análisis bivariado variables de adecuación objetivas vs variables	83
11.4 Subjetivas (nivel de adecuación)	
11.5 Análisis bivariado adecuación vs resto de las variables	83
11.6 Regresión logística- análisis multivariante	84
12-Aspectos éticos	84
13-Memoria económica	86
<u>5. Resultados</u>	87
Fase 1: Determinar la frecuentación y adecuación de las visitas a urgencias de obstetricia de nuestro centro.	90
1-Resultados generales:	90
2- Motivos de consulta/ Diagnósticos	91
3-Descripción de la muestra	93
4-Factores de riesgo /factores protectores	95
5-Análisis puérperas	97
Fase 2: Elaboración y validación de un tríptico informativo sobre los posibles síntomas del embarazo y el tipo de consulta que requieren cada uno.	98
1-Diseño preliminar	98

2-Análisis por parte de los expertos en obstetricia:	99
2.1 Comentarios a la sección primera mitad del embarazo	99
2.2 Comentarios a la sección segunda mitad del embarazo	99
2.3 Comentarios a la sección de puerperio	99
2.4 Comentarios generales	99
3-Análisis por parte de las pacientes voluntarias:	102
3.1 Comentarios a la sección primera mitad del embarazo	104
3.2 Comentarios a la sección segunda mitad del embarazo	104
3.3 Comentarios generales	105
4-Texto y diseño definitivos	105
Fase 3: Determinar el efecto de una intervención educativa sobre la	107
frecuentación a urgencias de las embarazadas de nuestra área.	
1-Estudio preliminar	107
2-Estudio descriptivo	108
3-Resultados principales:	120
3.1 Nivel adecuación subjetivo	120
3.2 Control objetivo de la adecuación	121
4-Efecto a corto plazo de la intervención educativa:	122
4.1 Nivel adecuación subjetivo	122
4.2 Control objetivo de la adecuación	123
5-Estudio de la homogeneidad entre grupo control y casos:	124
5.1 Variables cuantitativas discretas	124
5.2 Variables cualitativas	125
5.3 Variables cuantitativas continuas	127
6-Análisis bivariado entre Nivel de adecuación y las variables de adecuación Objetivas	129
7-Análisis bivariado entre adecuación y el resto de las variables:	131
7.1 Variables cuantitativas discretas	131
7.2 Variables cualitativas	132
7.3 Variables cuantitativas continuas	134
8-Análisis multivariado	135

<u>6. Discusión</u>	137
Fase 1: Determinar la frecuentación y adecuación de las visitas a urgencias de obstetricia de nuestro centro.	139
1-Nivel de adecuación	139
2-Factores de riesgo y protectores	140
3-Pacientes remitidas	142
4-Motivos de consulta	142
5-Puérperas	143
6-Limitaciones:	144
6.1 Tamaño muestral y población diana	144
6.2 Codificación de los diagnósticos	144
6.3 Tipo de estudio	145
6.4 Variables	145
Fase 2: Elaboración y validación de un tríptico informativo sobre los posibles síntomas del embarazo y el tipo de consulta que requieren cada uno.	146
1-Diseño	146
2-Lengua	149
3-Población diana	149
4-Método de elaboración/validación:	149
4.1 Investigador principal	149
4.2 Elección del método de validación	149
4.3 Método abierto vs preguntas cerradas	150
4.4 Contenido del material /expertos	150
4.5 Número de participantes	151
4.6 Valoración económica	151
5-Limitaciones	151
Fase 3: Determinar el efecto de una intervención educativa sobre la frecuentación a urgencias de las embarazadas de nuestra área.	152
1-Resultados principales	152
2-Estudio de homogeneidad	156
3-Estudio bivariado nivel de adecuación subjetivo vs objetivo	156

4-Multivariante	157
5-Estudio prospectivo aleatorizado, caso-control	157
6-Pérdidas	158
7-Investigador principal único	159
8-Variables, mejoras con respecto a la fase uno del estudio	159
6-Limitaciones:	159
6.1 Tamaño muestral	159
6.2 Enmascaramiento	160
6.3 Idioma/Comprensión	161
6.4 Deficiencias en el seguimiento	162
6.5 Exclusión de los abortos	162
6.6 Historias clínicas incompletas	162
6.7 Eliminación de áreas sanitarias	163
6.8 Momento de la inclusión y periodo de seguimiento	163
6.9 Pacientes remitidas	163
<u>7. Conclusiones</u>	165
<u>8.Líneas de futuro</u>	169
<u>9. Bibliografía</u>	173
<u>10. Anexos</u>	183
10.1- Índice de tablas	185
10.2-Índice de figuras	189
10.3-Tríptico formato definitivo en DINA 4	191

1. Introducción

1-Introducción

Las urgencias constituyen un pilar básico en el grueso del trabajo de un Hospital como el nuestro, englobado en el marco del Sistema Sanitario Español. Representan por lo tanto un elevado porcentaje del presupuesto económico.

En muchas ocasiones los motivos de consulta de los pacientes que acuden a éstas no son realmente adecuados para una asistencia urgente, y podrían solucionarse en atención primaria.

Definimos como inadecuadas a aquellas visitas que puede solucionarse o prevenirse en el sistema de atención primaria.

En la bibliografía sobre el tema los factores de riesgo más frecuentemente hallados, para generar este tipo de visitas inadecuadas, son el hecho de ser mujer y joven, criterios que cumple la mujer embarazada.

No existen estudios sobre la frecuentación y adecuación de las visitas a urgencias en este subgrupo de pacientes.

Por otra parte existe evidencia suficiente para afirmar que intervenciones educativas sencillas se han mostrado eficaces para mejorar algún aspecto sanitario, sin comportar un gasto excesivo.

También ha quedado demostrado que este material educativo escrito, usado en alguna de estas intervenciones, debe ser correctamente elaborado y validado, teniendo en consideración la opinión de expertos y pacientes, además de unas directrices de diseño mínimas.

En nuestra práctica habitual como ginecólogos encontramos en urgencias muchas pacientes que acuden muy preocupadas por síntomas que no tienen transcendencia clínica real. El desconocimiento de esa sintomatología banal puede provocar un exceso de frecuentación a urgencias o generar vistas inadecuadas. Pensamos que ofreciendo información sencilla sobre los síntomas que pueden aparecer durante el embarazo podemos tranquilizarlas y favorecer la utilización racional de los servicios de urgencias. A su vez, esta información, también servirá para resaltar aquellos signos

de alarma de procesos potencialmente graves que no sean reconocidos como tales por la gestante.

Así pues, tras analizar la frecuentación y adecuación de las vistas a urgencias de las gestantes de nuestra zona, hemos elaborado un tríptico informativo en el que se explica porque motivos se debe acudir a urgencias y por cuáles no. Este ha sido repartido de forma aleatoria a un grupo “caso” de pacientes que ha sido comparado en términos de frecuentación y adecuación a urgencias de ginecología, con un grupo “control”.

Por motivos prácticos este trabajo ha sido dividido en tres fases consecutivas, y de la misma manera dividiremos la introducción al mismo y el resto de apartados del trabajo.

Fase 1: Determinar la frecuentación y adecuación de las visitas a urgencias de obstetricia de nuestro centro.

Se establecerá el marco sanitario y poblacional del trabajo. Definiremos la inadecuación de las visitas a urgencias, realizando una revisión de la literatura sobre las tasas de adecuación, así como de los factores de riesgo y protectores para generar este tipo de visitas.

Se analizarán las causas y consecuencias de estas visitas inadecuadas.

Finalmente evaluaremos la aportación de esta primera fase sobre el resto del proyecto

Fase 2: Elaboración y validación de un tríptico informativo sobre los posibles síntomas del embarazo y el tipo de consulta que requiere cada uno.

Se definirá y analizará la relevancia del material educativo impreso, realizaremos una breve revisión de la literatura sobre los principales métodos de validación de estos materiales y que aportaciones tendrán estos sobre nuestro trabajo.

Fase 3: Determinar el efecto de una intervención educativa sobre la frecuentación a urgencias de las embarazadas de nuestra área

Evaluaremos por un lado las estrategias generales para la reducción del uso de las urgencias y por otro las estrategias para la mejoría de la salud que tienen como base la educación sanitaria. Para de esta forma justificar finalmente como una sencilla intervención educativa puede reducir la tasa de inadecuación de las vistas a urgencias entre las mujeres embarazadas.

Fase 1: Determinar la frecuentación y adecuación de las visitas a urgencias de obstetricia de nuestro centro.

1- Marco sanitario:

1.1- Sistema Sanitario Español

El Sistema Sanitario Español es un sistema universal, de financiación pública, equidad de acceso y descentralizado. (art. 43 de la Constitución; R.D. 137/1984: Las zonas Básicas de Salud; Ley 14/1986, de 25 de Abril)

Organizado en unidades básicas llamadas Zonas Básicas de Salud, que darán servicios sanitarios a un rango de entre 5000 y 250000 habitantes. Estas se constituyen según criterios demográficos, geográficos y sociales. A cada una de estas zonas le corresponderá un Centro de Atención Primaria, que estará adscrito a un Centro Hospitalario, que dará al área la atención especializada y por lo tanto atención a la urgencia(1).

El gasto sanitario Español del año 2013 fue de 61.710 millones de euros, lo que representa el 5,9 % por ciento del producto interior bruto. El gasto per cápita, ese año, ascendió a 1309 euros por habitante. La función que mayor peso tiene en el ámbito de la asistencia sanitaria pública es la de los servicios hospitalarios y especializados, que representaron un 60,6 % del gasto total consolidado en el año 2013, lo que supuso 37.418 millones de euros (2).

Las urgencias constituyen un pilar básico en el grueso del trabajo de un Hospital y por lo tanto un elevado porcentaje del presupuesto se destina a la asistencia de estas visitas. Los Hospitales Españoles atendieron en el año 2012 veintiún millones de urgencias (3).

1.2 Sistema Sanitario Catalán:

Por razones históricas, el sistema Catalán es más complejo que el Español en el que se engloba, puesto que hasta el siglo XIX éste se organizó en mutuas sanitarias que más tarde fueron incluidas en la red sanitaria general. Pero, básicamente al igual que el español, se organiza en unidades básicas llamadas Áreas Integrales de Salud.

Las Áreas Integrales de Salud son territorios facilitadores de la continuidad asistencial y tienen como principal objetivo ofrecer atención integral, en un marco territorial, dirigido a la población a través de la coordinación efectiva de las entidades de los servicios de salud y sus profesionales.

El área de litoral del Barcelona abarca el territorio más próximo a la costa de la ciudad de Barcelona, concretamente los distritos de *Ciutat Vella* (centro de la ciudad) y *Sant Martí* (al norte de la ciudad), esto supone un superficie total de 15 kilómetros cuadrados, y ofrece servicios sanitarios a 297.077 habitantes, lo que supone el 18% de la población de Barcelona. De estos habitantes, 97.927 corresponden a mujeres de entre 15 y 65 años(4).

El *Parc de Salut Mar* es el centro proveedor de Atención socio sanitaria, Atención a la Salud Mental y Atención Especializada de esta área sanitaria.

1.3 Parc de Salut Mar:

El *Parc de Salut Mar* es una compleja organización sanitaria compuesta por numerosas entidades sanitarias, docentes e investigadoras que son:

Hospital del Mar, Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques, Hospital de la Esperança, Centre Forum, Centre Pere Camps, Centre Dr. Emili Mira, Escola Superior d'Infermeria, Institut Bonanova de Formació de Professionals Sanitaris, Estudis de Medicina Universitat Autònoma de Barcelona i Pompeu Fabra, Estudis de Biologia Humana. Facultat de Ciències de la Salut i la vida, Universitat Pompeu Fabra.

1.4- Atención urgente en nuestra área sanitaria.

Como ya se ha mencionado en el apartado anterior el *Parc de Salut Mar* es el centro proveedor de Atención socio sanitaria, Atención la Salud Mental y Atención Especializada de esta área sanitaria del litoral de Barcelona, por lo tanto es el centro encargado de la atención de las urgencias del área sanitaria del litoral de Barcelona. Estas son atendidas principalmente por el centro Pere Camps (primer nivel de urgencia) y por el propio Hospital de Mar.

El Parc de Salut Mar cuenta con 1020 camas y 659 técnicos superiores asistenciales.

En el año 2010 el Hospital atendió un total de 145.148 urgencias, de estas un 22,6% fueron de primer nivel (Pere Camps), 27,7% fueron médicas, 11,2 % quirúrgicas, 4,1 % psiquiátricas, 18,4% traumatológicas y el 16% fueron urgencias materno infantiles. El servicio de Ginecología y Obstetricia del centro tiene una media de 3,3 pacientes ingresados y de estos ingresos el 77,9% son urgentes (5,6).

1.5 Atención no urgente Ginecológica y de la mujer embarazada:

La atención Obstétrica y Ginecológica del litoral de Barcelona se organiza en un programa propio denominado *Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR)*. En cada uno de los centros de atención primaria del litoral de la ciudad existe atención especializada en Obstetricia y Ginecología, encarnada por un equipo compuesto por una o varias matronas y ginecólogos.

Idealmente el protocolo del circuito de seguimiento de la mujer embarazada se inicia cuando la mujer se percata de una amenorrea y se cerciora de su embarazo mediante una test de gestación (este puede ser realizado por la propia paciente o por su médico de cabecera así como por su ginecólogo o matrona).

Entonces ésta solicitará una primera visita con su matrona, esta profesional sanitaria contará con 30 minutos para realizar una pormenorizada anamnesis que quedará reflejada en la Historia Clínica Compartida de Cataluña en forma de una libreta del embarazo virtual. A razón de una visita al mes aproximadamente, la misma matrona realizará el seguimiento de la gestación.

El ginecólogo que trabaja en el equipo del programa de *Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva* realizará entre una y dos visitas a lo largo de la gestación, además de quedar a disposición de cualquier duda que se pueda presentar durante las visitas con la matrona.

El seguimiento del embarazo se realizará siguiendo el protocolo de seguimiento de la gestación del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya(7).

Como incluye este protocolo durante el trascurso de la gestación se realizarán tres ecografías:

- Cribado de cromosomopatías del primer trimestre: este se realizará entre la semana 11 y 13.6 de la gestación. En ocasiones la datación clínica de la gestación no coincide con la datación por ecografía, se procede a fijar una nueva fecha de última regla durante esta ecografía, si la paciente está por debajo de las semana 11 de gestación se vuelve a citar, si está por encima de la 13.6 semanas se da instrucciones al laboratorio para cambiar el cribado de primer a segundo trimestre. En caso de encontrarse por encima de las 18 semanas de gestación esta ecografía pasa a considerarse como ecografía de segundo trimestre y no de primero.

Esta ecografía siempre será realizada por la Unidad de Diagnóstico Prenatal y Ecografía Ginecológica del servicio. A excepción de aquellas pacientes seguidas en el centro de atención primara de Villa Olímpica y Barceloneta que siguen un régimen especial.

-Ecografía de segundo trimestre: se realizará un cribado de malformaciones, tiene lugar entre la semana 19 y 22 de la gestación. De igual modo esta ecografía siempre será realizada por la Unidad de Diagnóstico Prenatal y Ecografía Ginecológica del servicio. A excepción de aquellas pacientes seguidas en el centro de atención primara de Villa Olímpica y Barceloneta.

-Ecografía de tercer trimestre : su objetivo fundamental será el cribado de alteraciones del crecimiento fetal así como de malformaciones de aparición tardía. Se realizará entre la semana 32 y 35 de la gestación, por la Unidad de Diagnóstico Prenatal y Ecografía Ginecológica del servicio.

Durante la primera visita se establecerá también el nivel de riesgo de la gestación, según el criterio marcado por el propio protocolo de seguimiento de la mujer embarazada en Cataluña. Si los profesionales consideran que el riesgo es bajo o medio la paciente continuará las visitas en su Centro de Atención Primaria. Si por el contrario el riesgo es alto o muy alto, o en algunos caso incluso si el riesgo es medio; la paciente será derivada al dispensario de alto riesgo obstétrico del hospital(7).

1.6 Circuito de atención urgente a la mujer embarazada

En caso de presentarse alguna duda o síntoma inesperado, la paciente tiene la potestad de acudir a su Centro de Atención Primaria en el que solicitará a una vista preferente, será el ginecólogo quien decida si incluirla en el listado del día, para ello cuenta con al menos dos huecos reservados.

No existe ningún tipo de cribado estructurado para este tipo de visitas, así que corre a cargo de la administrativa del Centro de Atención Primaria darle la visita preferente, consultar a los profesionales sanitarios (ginecólogo o matrona) antes de hacerlo y/ o remitir a la paciente a urgencias del Hospital del Mar directamente.

Los profesionales sanitarios del Centro de Atención Primaria pueden gestionar la visita si esta no requiere de ningún procedimiento urgente o por el contrario, podrán derivarla al servicio de urgencias del Hospital del Mar.

No obstante, la paciente puede acudir directamente al servicio de urgencias del Hospital del Mar. Una vez en el centro, la propia administrativa de admisiones al ver que se trata de una embarazada o de mujer que aqueja problemas aparentemente ginecológicos, la remite directamente al servicio de urgencias de Ginecología y Obstetricia.

En la actualidad el Hospital ya cuenta con un sistema de cribado semiautomatizado mediante el cual la paciente es primero visitada por una enfermera que la remite a los diferentes niveles de urgencias, incluyendo al servicio de Ginecología y Obstetricia, éste se implementó posteriormente a la finalización del seguimiento de las pacientes del estudio.

1.7 Organización del Servicio de Ginecología y Obstetricia de Hospital del Mar:

El Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital del Mar esta formado por 19 médicos adjuntos, de 10 a 12 residentes, 13 matronas, 3 jefes de sección y un jefe de servicio. Adscrito al mismo, se encuentran los profesionales del PASSIR (Programa de Atención a la Salud Sexual i Reproductiva) constituido por dos coordinadores, 18 ginecólogos y 18 matronas.

Algunas matronas y ginecólogos dividen su actividad entre el PASSIR y el Hospital, además se realizan mensualmente sesiones conjuntas entre los profesionales de ambos centros; todo ello hace que exista una buena coordinación y comunicación entre los profesionales de ambos ámbitos.

El servicio se organiza en varias secciones:

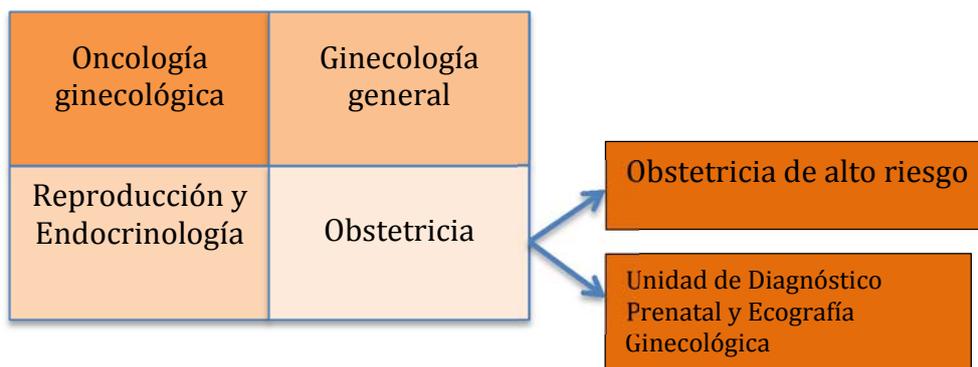


Figura 1: organización del servicio de Ginecología y Obstetricia

1.7.1 Unidad de Diagnóstico Prenatal y Ecografía Ginecológica:

La sección de diagnóstico ecográfico está compuesta a tiempo completo por tres ecografistas y a tiempo parcial por otros dos. Físicamente las pruebas diagnósticas se llevan a cabo en tres dispensarios dotados de un ecógrafo en cada uno de ellos.

Los tres están en funcionamiento diariamente, el número tres está siempre ocupado por el mismo profesional mientras que los números 1 y 2 están ocupados de forma rotativa por los otros cuatro profesionales.

En cada uno de ellos y diariamente se realizan: tres ecografías de primer trimestre, tres de segundo, tres de tercero y seis ecografías ginecológicas.

1.7.2 Urgencias de Ginecología y Obstetricia:

Las urgencias de ginecología y obstetricia del centro dan atención las 24 horas del día. En cada turno de 24 horas trabaja un adjunto y dos residentes, así como dos equipos de dos matronas que cambian cada 12 horas. También se añaden a estos profesionales una enfermera y una auxiliar que realiza el turno de mañana, otras dos que realizan el de tarde y sólo una auxiliar que realiza el turno de noche.

Las pacientes que acuden a urgencias son atendidas en primera instancia por el profesional que la reciba en la puerta, habitualmente la enfermera o la auxiliar, ésta tomará sus datos personales y preguntará por el principal motivo de consulta, tras esto el médico será informado. Por orden de prioridad médica las pacientes serán visitadas en una consulta equipada de material para monitorización básica, camilla y ecógrafo. De ser necesario, existe la posibilidad de solicitar cualquier prueba complementaria. Los registros cardiotocográficos también se realizan en la misma área de urgencias.

Habitualmente será el residente quien se encargue de atender las urgencias en primera instancia, siendo supervisado por el médico adjunto al cargo(5,6).

2- Marco poblacional: peculiaridades de Barcelona: inmigración.

Barcelona es la capital de la comunidad autónoma de Cataluña y segunda capital en volumen de habitantes de España, con 1.602.386 habitantes en el censo del 2014.

Entre sus características y para el caso que nos ocupa, de deberíamos entender sus peculiaridades poblacionales a nivel de inmigración.

La población total de extranjeros contabilizada en el 2015 en la ciudad fue de 262.233, esto corresponde al 16,3% de la población total de la ciudad. De ellos, 97.641 son originarios de Europa, 61.001 de Asia, 19.477 de África y 83.523 de América.

En los distritos que componen el área de influencia del Hospital de Mar se concentra el 16,1% de la población extranjera total , en el caso de *Ciutat Vella*, y el 13,3 % en el

caso de *Sant Martí*, la suma de ambos supone el 29,4% de todos los extranjeros que residen en Barcelona.

De todos ellos el 58,6% son mujeres en edad reproductiva.

Sobre el total de habitantes del distrito de *Ciutat Vella* el 42,4% son extranjeros distribuyéndose las nacionalidades como consta en la tabla.

La població estrangera per districtes i barris. Gener 2014

Rànking de nacionalitats al districte 1. Ciutat Vella

	1. CIUTAT VELLA	1. el Raval	2. el Barri Gòtic	3. la Barceloneta	4. Sant Pere, Santa Caterina i la Ribera
TOTAL ESTRANGERS	42.492	23.119	6.178	4.583	8.612
% sobre la població	42,4	48,7	40,7	30,3	38,5
Pakistan	6.692	5.183	596	455	458
Filipines	4.760	4.227	223	8	302
Itàlia	4.265	1.303	982	695	1.285
Marroc	2.758	1.461	262	362	673
Bangladesh	2.532	2.434	35	23	40
França	2.056	657	518	201	680
Regne Unit	1.365	400	280	193	492
Índia	1.340	980	150	81	129
Alemanya	1.189	370	280	167	372
Xina	824	277	151	69	327
Argentina	749	266	156	104	223
Suècia	748	257	163	155	173
Bolívia	695	423	66	100	106
Brasil	637	205	134	145	153
Colòmbia	629	237	130	94	168
Romania	622	359	79	95	89
Portugal	589	201	130	98	160
Equador	577	356	43	64	114
Estats Units d'Amèrica	549	144	143	70	192
Dominicana, República	542	266	46	29	201
Mèxic	482	149	115	58	160
Xile	457	173	106	71	107
Països Baixos	448	105	97	80	166
Rússia	447	164	75	96	112
Algèria	440	160	63	87	130
Perú	378	149	54	61	114
Polònia	361	129	79	85	68
Veneçuela	338	148	66	47	77
Irlanda	231	51	60	28	92
Ucraïna	220	86	24	62	48
Bèlgica	218	72	45	25	76
Bulgària	201	89	26	53	33
Nepal	201	150	18	27	6
Senegal	182	52	18	18	94
Paraguai	181	118	11	28	24
Cuba	172	73	33	40	26
Dinamarca	168	41	43	37	47
Grècia	167	53	31	18	65
Suïssa	164	54	47	20	43
Hondures	162	84	38	21	19
Àustria	135	40	32	26	37
Uruguai	134	43	25	26	40
Finlàndia	129	41	20	29	39
Turquia	123	43	26	26	28
Japó	121	31	25	6	59
Hongria	113	33	25	20	35
Geòrgia	101	61	3	11	26
Rest a països	1.900	721	406	269	504

Font: Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona.

Tabla1: Población extranjera en *Ciutat Vella*

Sobre el total de habitantes del distrito de *Sant Martí* el 15% son extranjeros distribuyéndose las nacionalidades como consta en la tabla(8).

La població estrangera per districtes i barris. Gener 2014

Rànkings de nacionalitats al districte 10. Sant Martí

	10. SANT MARTÍ	64. el Camp de l'Arpa del Clot	65. el Clot	66. el Parc i la Llacuna del Poblenou	67. la Vila Olímpica del Poblenou	68. el Poblenou
TOTAL ESTRANGERS	35.263	5.700	3.672	2.896	1.580	5.520
% sobre la població	15,2	15,1	13,6	19,8	16,9	16,7
Pakistan	3.499	173	140	107	7	489
Itàlia	3.289	513	326	411	322	791
Xina	3.015	526	390	276	41	369
Marroc	1.915	336	294	149	21	219
Equador	1.444	280	174	48	12	157
França	1.440	210	128	163	169	371
Perú	1.416	422	208	58	23	109
Bolivia	1.359	367	174	52	20	132
Colòmbia	1.271	310	156	94	33	138
Romania	1.115	147	142	91	29	107
Rússia	1.031	126	71	62	73	128
Argentina	885	159	86	66	50	184
Alemanya	876	111	61	89	120	263
Dominicana, República	830	164	99	38	4	51
Regne Unit	811	132	73	94	88	233
Brasil	743	129	85	84	42	118
Ucraïna	566	92	74	34	7	57
Veneçuela	549	146	60	28	20	66
Portugal	527	63	66	47	54	90
Hondures	497	72	46	17	5	62
Xile	460	74	62	47	9	79
Bulgària	433	51	31	47	21	46
Índia	411	46	14	25	14	68
Mèxic	406	80	56	59	18	66
Paraguai	375	60	67	41	0	59
Estats Units d'Amèrica	364	34	31	66	53	88
Països Baixos	343	49	23	47	47	76
Polònia	336	37	34	34	22	69
Geòrgia	325	52	61	23	1	18
Cuba	316	76	38	30	10	39
Senegal	312	30	14	23	1	47
Uruguai	269	60	51	23	9	31
Armènia	261	58	22	3	3	36
Algèria	230	25	24	10	1	40
Suècia	203	25	21	30	17	49
Bèlgica	183	20	13	17	17	46
Filipines	160	58	5	25	3	8
Nepal	131	19	8	0	0	1
Moldàvia	122	2	17	8	1	7
Hongria	112	9	19	10	11	20
Txeca, República	100	9	9	24	16	15
Resta països	2.333	348	199	296	166	478

Font: Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona.

Tabla 2: Población extranjera en *Sant Martí*

El 43,6% de los inmigrantes en Cataluña tienen como lengua madre el castellano, así pues el 56,4% tiene como lengua madre otra diferente al castellano, es importante tener en cuenta el nivel de dominio de la lengua castellana de este sector, ya que esto determinará parcialmente la relación médico paciente. Sin entrar en sus peculiaridades culturales ni su contexto social(9).

DISTRIBUCIÓN DE LAS PRINCIPALES LENGUAS MATERNAS DE LA POBLACIÓN INMIGRADA RESIDENTE EN CATALUÑA

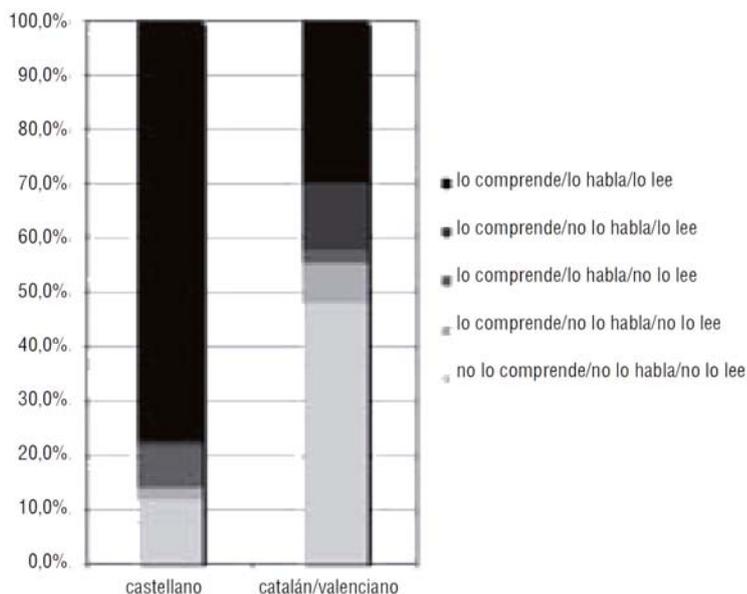
	<i>Población total</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Total</i>	923.156	100
Castellano	402.550	43,6
Árabe	133.651	14,5
Rumano	53.401	5,8
Francés	33.393	3,6
Portugués	28.385	3,1
Inglés	24.648	2,7
Chino	22.446	2,4
Bereber	21.657	2,3
Alemán	19.246	2,1
Ruso	19.696	2,1
Urdú	15.394	1,7
Italiano	14.150	1,5
Catalán	9.070	1
Filipino, Pilipino, Tagalo	8.807	1
No Sabe/No Contesta	19.563	2,1

Conocimiento de las lenguas oficiales entre inmigrantes extranjeros en Cataluña, e implicaciones sobre su integración social

Tabla 3: Distribución de las principales lenguas maternas de la población inmigrada residente en Cataluña

En el mejor de los casos, como se muestra en la gráfica, alrededor del 15% de los inmigrantes no hablan, comprenden ni escriben Castellano.

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CASTELLANO —EXCLUIDA LA POBLACIÓN INMIGRADA QUE TIENE EL CASTELLANO COMO LENGUA MATERNA— Y DEL CATALÁN —EXCLUIDA LA POBLACIÓN INMIGRADA QUE TIENE EL CATALÁN COMO LENGUA MATERNA— DE LA POBLACIÓN INMIGRADA EN CATALUÑA



Conocimiento de las lenguas oficiales entre inmigrantes extranjeros en Cataluña, e implicaciones sobre su integración social

Figura 2: Nivel de conocimiento del Castellano y del Catalán de la población inmigrada en Cataluña; excluida la población que tiene como lengua madre Castellano o Catalán.

3- Definición de visita adecuada:

Muchos autores han definido o clasificado el tipo de vistas según la rapidez de actuación que requieran, sin llegar a un consenso (10). Repasemos seguidamente algunas de las definiciones encontradas en la literatura que tienen mayor interés para el trabajo que nos ocupa.

Según los trabajos llevados a cabo por Mc Williams y el departamento de salud de Utha las visitas en el servicio de urgencias se podrían dividir teniendo en cuenta el algoritmo de clasificación del departamento de urgencias de New York en (11-13):

- No urgentes: el motivo de consulta, los síntomas que presenta, los signos vitales, sus antecedentes y edad hacen pensar que no necesita atención sanitaria en un periodo de al menos 12 horas.
- Urgente /tratable en atención primaria: requieren tratamiento en menos de 12 horas, pero éste puede llevarse a cabo en los servicios de Atención Primaria de forma segura y efectiva. El motivo de consulta no requiere observación continua, y no precisa recursos que no puedan gestionarse desde Atención Primaria.
- Urgente: requiere asistencia en el servicio de urgencias, pero puede prevenirse desde Atención Primaria. El motivo de consulta requiere asistencia o recursos que sólo son accesibles en el departamento de urgencias pero por tratarse de una enfermedad crónica reagudizada se considera que el episodio en si podría prevenirse en Atención Primaria, es el caso de una hipoglucemia en el diabético o una crisis asmática en el asmático.
- Urgente: requiere asistencia en el servicio de urgencias y no podía prevenirse desde Atención Primaria, en esta categoría se encuentran traumatismos, infartos, apendicitis...

Según la clasificación utilizada por Oktay et al., las visitas al servicio de urgencias podrían dividirse en tres categorías (14):

- Categoría I: en las que incluían pacientes que sólo podían ser tratados en urgencias, se subdividía en :

- Código 1 y 2: aquellos que requerían atención inmediata, o dentro de los siguientes 20 minutos, respectivamente.
- Referido por otro profesional.
- Requieren pruebas complementarias sólo accesibles en el departamento de urgencias.
- Requieren tratamientos sólo asequibles en urgencias.
- Requieren un determinado tiempo de observación por seguridad.
- Requirió ingreso.
- Categoría II: pacientes que requerían asistencia en menos de 6 horas, aunque esta podía ser ofrecida tanto en el servicio de urgencias como en otro servicio. Subdivididas en:
 - Malestar severo o agudo
 - Estrés psicosocial
 - Potencial urgencia real dentro del diagnóstico diferencial a tener en cuenta.
- Categoría III: el tratamiento podía posponerse más de 6 horas, y no cumplía ninguno de los criterios anteriores.

Shah et al. establece cuatro categorías simplificadas y a criterio de los investigadores(15):

- Emergente: potencialmente mortal.
- Urgente: no potencialmente mortal pero si requiere tratamiento en pocas horas.
- Marginalmente urgente: el cuidado urgente reduciría el malestar pero no es mortal ni requiere realmente tratamiento en pocas horas.
- No urgente: no es necesario el tratamiento en el servicio de urgencias.

Bianco et al. y sus colaboradores establecen cuatro divisiones, utilizando un criterio subjetivo para clasificar las visitas, por consenso(16):

- Urgencia extrema: requiere ser visitado para evitar situaciones potencialmente mortales o consecuencias severas, en menos de 24 horas.

- Urgencia: Requiere tratamiento en un plazo máximo de 48 horas o las pruebas o tratamientos que precisa su patología sólo pueden encontrarse en urgencias.
- Urgencia percibida por el paciente: dentro del diagnóstico diferencial de los síntomas que presenta el paciente existen patologías urgentes, por ello el paciente está preocupado. Pero basándose en su estado y signos vitales podría ser derivado a otro centro y su tratamiento podría posponerse más de 24 horas.
- No urgente: el paciente no presenta síntomas actualmente, o son menores, desea un control, busca no volver al trabajo o una prescripción farmacológica

El grupo de Afilalo et al. utiliza en su trabajo una la clasificación generada y validada por la Asociación Canadiense de Médicos y Enfermeras de Urgencias (CATS), no considerando para el trabajo la condición 1, y considerando como urgente la 2, 3y 4 , y como no urgente la 5 (17):

- Código 1: requiere asistencia o resucitación inmediata.
- Código 2: la patología es potencialmente mortal y requiere asistencia en menos de 15 minutos.
- Código 3: condición que puede progresar hacia un problema más serio y por ello requiere tratamiento en menos de 30 minutos.
- Código 4: condición que por las características del paciente no puede esperar más de una hora para ser atendida.
- Código 5 o no urgente: tras ser visitado por un médico puede esperar al menos dos horas. Puede ser derivado a otro centro, su asistencia se puede posponer.

En nuestro medio Seempere-Selva et al. utiliza una herramienta de clasificación por criterios ya validada (HUAP), estos se dividen en 5 secciones: severidad, tratamiento requerido, pruebas complementarias requeridas, motivos referidos por el paciente (accidente, los síntomas sugieren una urgencia, patología ya conocida...) y otros (requirió ingreso, permaneció más de 12 horas en urgencias). Así pues, si no cumple ninguno de los criterios era clasificado como visita no apropiada y si cumplía al menos uno como apropiada(18).

4-Tasas de adecuación encontradas por otros autores:

Algunos estudios clasifican los motivos de consulta por el tipo síntoma (13,19), pero muy pocos consideran los síntomas obstétrico-ginecológicos (20), encontrando que suponen un 9% de las visitas urgentes; y en ocasiones incluso los excluyen (21). Es por ello que todas las cifras que a continuación barajaremos hacen referencia a urgencias generales, que sólo en el caso de Suecia, incluyen los síntomas obstétrico-ginecológicos(20).

Las tasas de visitas inadecuadas, a urgencias generales, encontradas por otros autores en países Europeos son:

19,6% en Italia (16).

27% en Suecia (20).

29% en Francia (22).

32% en Portugal (23).

31% en Turquía (14).

En países anglosajones es de :

40% en Reino Unido (19).

40-50% en Australia (24).

66% en Estados Unidos(25).

25% en Canadá (17).

En países de América Latina : 24% en Brasil (26).

En países asiáticos:

43% Hong Kong (27).

61% Kuwait (15).

Las tasas encontradas dentro del territorio nacional se sitúan entre un 29% y un 28%, también referidas a urgencias generales (18,21).

Podemos concluir que las tasas encontradas son extremadamente variables, hallándose un rango entre un 19% hasta un 66%. Muchas de estas diferencias se deben probablemente a los métodos de clasificación, así como a las características económicas y culturales de cada territorio. No obstante, es obvio que se trata de un problema de una gran magnitud incluso tomando como referencia la menor tasa encontrada.

5- Factores de riesgo y protectores para generar visitas inadecuadas:

Los factores de riesgo para el uso inadecuado de las urgencias así como los factores protectores han sido definidos por la mayoría de los trabajos cuyo principal objetivo era definir una tasa de inadecuación.

A continuación se anexan tablas resumen.

Factores de riesgo:

	Etnia	Edad	Sexo	Seguro	Duración síntomas	Turno	Patología	Medios/ derivación	Diagnóstico	Otros	Vivienda	Nivel socioeconómico
(11)	africanos, nativos americanos, hispanos	<2 años	mujer	Medicar, Medicaid, sin seguro								
(26)		jóvenes	mujer (joven), varones (mayores,)		larga duración de los síntomas	mañana				Larga estancia en la sala de espera		Varones con alto nivel socioeconómico, o sin soporte social
(21)		jóvenes	mujer			nocturno	ausencia de comorbilidad	visita espontánea	piel, muculoesquelético, mental, síntomas indefinidos			
(18)		jóvenes		fuera de zona				transporte propio, referidos por el hospital		abril		
(17)		jóvenes				tarde	mejor salud previa	no uso de ambulancia		No ingreso	viven solos	
(16)		jóvenes	mujer				con problemas de larga duración	autorreferencial				
(15)	extranjero	<25 años		no estar registrado en el sistema de salud y ser extranjero								alto
(14)		jóvenes	mujer									alto
(28)	hispanos, negros	joven, niños	mujer	sin seguro							zonas urbanas	bajo
(23)		<60 años	mujer			mañana	duración de los síntomas <24h					alto
(22)	extranjeros	jóvenes		sin seguro							sin hogar, sin soporte social	bajo (precariedad)
(19)		jóvenes					problemas de larga duración	mayor contacto previo con profesionales sanitarios	piel, enfermedades infecciosas			
(27)		jóvenes									cercana al hospital	alto, trabajo especializado
(13)		niños (<15 años)	mujer	Medicaid, sin seguro							áreas de acceso deficientes servicios sanitarios	

Tabla 4: Cuadro resumen factores de riesgo

Factores protectores:

	Etnia	Edad	Sexo	Seguro	Turno	Patología	Medios/ derivación	Temporalidad	Nivel socioeconómico
(11)	blancos	>65 años	hombre	seguro privado					
(26)									
(21)						Sin pluripatología	remitidos		
(18)								marzo, octubre	
(15)		>50 años							
(14)				pago sin seguro	noche				
(23)		>60 años	hombre						
(27)									trabajo a tiempo parcial, no especializado

Tabla 5: Cuadro resumen factores protectores

Como se puede observar los más frecuentemente hallados en la literatura son la edad joven (13,14,16-18,21,22,26,28,29) y el sexo mujer (11,13,14,16,21,23).

Pero también encontramos otros factores de riesgo como son pertenecer a una clases desfavorecida o nivel socioeconómico bajo (11,28) aunque en otros por el contrario se ha relacionado con nivel socioeconómico alto(14,15,23,27). No haber sido referidas a urgencias por otro profesional (13,16), tener difícil acceso a la atención médica (13) o por el contrario con más fácil acceso a urgencias (27). Las horas diurnas se han asociado a un uso inadecuado (13), aunque otros trabajos la asociación ha sido con las horas nocturnas (21), y también aquellos con síntomas de larga duración (19,23,26).

6- Consecuencias del uso inadecuado de las urgencias.

El hecho de visitar pacientes con dolencias que no precisan una asistencia urgente en el servicio de urgencias tiene múltiples consecuencias negativas.

La calidad de la atención se ve reducida ya que esta será normalmente prestada por médicos que no conocen al paciente ni sus antecedentes personales, éstos por lo tanto no serán tenidos en cuenta a la hora de establecer un diagnóstico o un tratamiento.

Y en sentido contrario del flujo de la relación médico paciente, no podrá ofrecerse un seguimiento a largo plazo de su patología (24,30).

Además, en los servicios de urgencias el personal que atiende en primera instancia suele ser un médico en formación supervisado por un médico con experiencia. La inexperiencia de estos profesionales hará que se soliciten pruebas innecesarias que conllevarán un sobre coste para el Sistema Sanitario, del mismo modo ocurrirá con la cantidad y calidad de las prescripciones.

Por otra parte, no todas las pruebas complementarias son accesibles desde los servicios de urgencias, por lo que el paciente se verá obligado a acudir igualmente al sistema de Atención Primaria para completar su estudio y tratamiento, o de lo contrario el diagnóstico de su patología acabará siendo incompleto (24).

De otro lado incremento desmesurado de las vistas urgentes hace que los servicios de urgencias estén habitualmente saturados, si a esto añadimos además visitas que podrían ser atendidas en los Centros de Atención Primaria, incrementamos esta saturación. Todos los pacientes con patología urgente o no urgente verán aumentado el tiempo de espera para ser atendidos. Los primeros, en detrimento inmediato de su salud que requiere una actuación realmente urgente, los segundos en detrimento de su satisfacción personal (26).

Pero una de las mayores desventajas de este abuso de los servicios de urgencias , ampliamente estudiada en la literatura, es el sobre coste económico que implica. Si bien es cierto que la literatura que se ocupa del tema es muchas veces de origen estadounidense, y por lo tanto es de difícil aplicación en nuestro medio dado las diferencias entre ambos Sistemas Sanitarios.

Andrew et al. calcularon que atender una visita no urgente en un servicio de urgencias es de un 320% a un 728% más caro que hacerlo de forma reglada en el sistema de Atención Primaria. Calcularon entre un 69% y un 86% de ahorro si éstas eran remitidas a Atención Primaria, este cálculo fue realizado para los 10 principales problemas de salud que detectaron (11).

Baker et al. encontraron una diferencia de 101 dólares comparando lo que cuesta una visita de una determinada patología resuelta en urgencias o en Atención Primaria. De 93 dólares la diferencia de lo que costaría el episodio en urgencias vs primaria (25).

Aunque Robert et al. bajo la hipótesis de que no pueden aplicarse los mismos costes a una visita urgente que a una no urgente, aunque sean resueltas ambas en urgencias, concluye que una visita urgente costaría una media de 621 dólares , una semiurgente visitada en urgencias costaría una media de 312 dólares y una no urgente costaría 124 dólares (31).

7- Análisis de las causas del uso inadecuado de las urgencias

Tras la revisión de la literatura sobre el tema se concluye que de entre las múltiples razones detectadas por las que un paciente decide hacer un mal uso del servicio de urgencias se encuentran(24):

- El desconocimiento de la existencia de un sistema de atención primaria.
- Piensan que recibirán un mejor cuidado en un hospital.
- Les conviene por localización acudir al hospital.
- Piensan que necesitan alguna prueba que sólo podrá realizarse en un medio hospitalario.
- No tienen médico adscrito en Atención Primaria.
- Su seguro sanitario cubre sólo la asistencia urgente.
- Buscan una segunda opinión.

Otros investigadores observan otras razones similares (26):

- Derivación por parte de otro médico (en el 51% de los casos).
- Retraso para ser visitado en primaria.
- Mayor confianza en el sistema hospitalario.
- Inadecuado seguimiento, lo que les obliga a reconsultar en urgencias.
- Falta de información sobre el sistema.

Otros añaden razones como: intento de subsanar el vacío en Atención Primaria durante el fin de semana y horas no laborables, piensan que es la puerta de entrada más rápida al seguimiento hospitalario, y es la vía de conseguir asistencia en caso de no tener seguro sanitario(18).

Lee et al. añaden otras razones como : aparición de un deterioro de los síntomas de una patología preexistente, piensan que el médico no podrá hacer el diagnóstico o desean seguir el tratamiento en el Hospital (27).

En su trabajo, Afilalo et al. hallan razones como percepción de la necesidad, falta de accesibilidad, o falta de confianza (17).

Coleman et al. añaden, creer que necesitan una radiografía, recomendación de otra persona (32). Este mismo autor encuentra que al menos el 50% lo consideraban una urgencia real. Otros autores reducen este porcentaje al 12 % (33).

8- Aportaciones de la fase 1 al proyecto

Como se ha podido extraer de los anteriores apartados de la introducción ,ninguno de los estudios sobre el tema incide sobre las urgencias de ginecología, muchos de ellos las excluyen de su trabajo (18,21) y pocos las consideran en el global de las urgencias (19,20).

No obstante, las urgencias gineco-obstétricas, tiene un gran peso en el volumen de visitas de un hospital. En nuestro centro durante el año 2011 se llevaron a cabo 119.750 visitas urgentes, de estas 9.840 fueron con diagnóstico ginecológico y 2.453 con diagnóstico obstétrico; esto supone que el 10% de las urgencias implicaron al Servicio de Ginecología, y si sólo tenemos en cuenta las obstétricas hablamos de un 2% (5,6).

Así mismo el parto, que es una de las urgencias más frecuentes de las mujeres embarazadas, como más tarde analizaremos, representa el 5% de la actividad hospitalaria, tal y como analizaron el grupo de Comas et al. en nuestro propio hospital, las urgencias suponen el 10% de los contactos con la sanidad de una embarazada, y participan en el 24% del gasto generado por un embarazo, junto a las visitas de atención primaria, las pruebas complementarias y las visitas no urgentes. Según calcula este grupo el gasto total de un embarazo en nuestro medio se ha calculado en 4.328 euros(34).

En nuestro medio este tipo de urgencias funcionan de forma independiente, estando separadas físicamente, muchas veces las pacientes pueden acudir por su propio pie a las mismas o ser referidas directamente a las urgencias de ginecología sin previo paso por la sección de Urgencias Generales. La organización suele ir a cargo del propio Servicio de Ginecología y no del de Urgencias Generales.

Desde otro punto de vista ya hemos visto como los factores de riesgo más frecuentemente hallados en la literatura sobre el tema son el sexo mujer (11,13,14,16,21,23) y la edad joven (13,14,16-18,21,22,26,28,29), ambos, criterios que cumplen las pacientes embarazadas, por lo tanto cabría encontrar una tasa de inadecuación mayor que en las Urgencias Generales.

Pero sobre todo este estudio preliminar sobre la adecuación de las visitas en obstetricia nos sirve como plataforma para el desarrollo de la tercera fase del proyecto.

Resumiendo, a pesar del peso que las embarazadas tienen en las urgencias hospitalarias, y el gasto que ello genera, no existen estudios sobre el tema, teniendo en cuenta además que se trata de un grupo que potencialmente podría abusar más de las urgencias que la población general. Por lo tanto, este estudio será de interés para el proyecto que nos ocupa concretamente y para todo el colectivo de ginecólogos.

Fase 2: Elaboración y validación de un tríptico informativo sobre los posibles síntomas del embarazo y el tipo de consulta que requieren cada uno.

1-Material educativo impreso, definición:

Se trata de material escrito o impreso cuyo propósito será promover la salud , la prevención de la enfermedad, informar sobre procedimientos diagnósticos o terapéuticos (35).

2-Importancia del material educativo impreso.

Últimamente se ha puesto de relevancia la importancia de la información al paciente , como ya prevé la ley 41/2001 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En ella, se describe como el paciente tiene derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.

Está previsto que esta información sea dada por el médico y mayoritariamente de forma oral, si bien algunos estudios hacen hincapié en la dificultad de retener la información que se da oralmente, bien porque no sea comprendida (36), bien porque sea olvidada (37).

Muchos profesionales menosprecian la utilidad de la información escrita (38) cuando en numerosos estudios ha demostrado su efectividad (39).

Dejando de un lado la obvia obligación de informar al paciente, hemos de tener en cuenta que al informar a los pacientes los implicamos en sus procesos patológicos y de esta manera se mejoran diagnósticos y tratamientos. (39).

Se ha visto también que la mayoría de los pacientes prefieren la información de los acontecimientos que podrían ocurrirle en un futuro , y que el hecho de estar informado a priori reduciría su ansiedad (38)

Entre las ventajas que podemos enumerar de la información escrita están:

- Dan un mensaje consistente (35).
- Es portable y reutilizable (35).
- Económico respecto a otros soportes como el audiovisual (35).

- Es permanente (35).
- Se trata de un soporte para la memoria (37).

3-Métodos utilizados para la validación de material educativo impreso, breve revisión de la literatura.

Muchas sociedades científicas han puesto en evidencia la necesidad de evaluar el material médico educativo a la luz de unas normas comunes (37,40), si bien fue la Unión Europea la primera en legislarlo (41). En ella ya se establecían una serie de recomendaciones para la elaboración de información escrita sobre fármacos que nos pueden ser de utilidad, otras recomendaciones son sólo aplicables a la información sobre fármacos y no las tendremos en consideración:

- Involucrar a los pacientes en el diseño
- Satisfacer las necesidades de los pacientes.
- Utilizar la mejor presentación posible
- Promover la coherencia y claridad de la información
- Deben ser monitorizadas de forma continua

Existen muchos métodos para la evaluación de material didáctico sanitario, que pueden dividirse en dos grandes grupos:

- Aquellas que evalúan el aspecto, puntuaciones según el aspecto; herramientas de diseño... Dejan de lado otros muchos matices
- Las que evalúan con ayuda del consumidor: en grupos o entrevistas individuales, nos darán mucha información pero económicamente son más costosas; o cuestionarios que por el contrario son menos informativos aunque más baratos.

Los principales objetivos a la hora de redactar este tipo de información:

- Que sea accesible.
- Que sea comprensible , precisa y específica.
- Que sea fácil de entender y leer (42).

La mayoría de los autores nos proponen métodos globales.

Hemos seleccionado algunos trabajos que reflejan de una forma clara algunos métodos para evaluar el material médico estricto.

Es el caso del grupo de Koon et al. utilizan el método *Consumer medicine information*, con el que miden validez y confiabilidad de panfletos sobre fármacos, utilizando la opinión de un grupo de pacientes a los que hacen evaluar tres ítems básicos (40):

- Comprensión: facilidad para leer, entender, recordar, memorizar y localizar la información.
- Utilidad de la información: beneficios de los mismos, contradicciones en las que se incurren, directrices, precauciones, efectos adversos, facilidad de almacenamiento.
- Diseño: organización, atractivo, tamaño de la fuente, tono, espacio.

Cabe destacar de este trabajo que concluyen que cuando la información le es trascendente al paciente los parámetros obtenidos son mejores, es decir que la puntuación obtenida en todos los ítems evaluados es mejor.

También sobre fármacos, Krass et al. nos propone un método de evaluación que evalúa 10 ítems del aspecto del panfleto: talla, contraste de la tinta, espacio, márgenes, título separado, longitud de las líneas, organizadores, cajas de sumario e ilustraciones. Y realiza una evaluación por parte del consumidor respecto a : comprensión, utilidad, calidad de la información y diseño en general (42).

Di Hirish et al. utilizan otro método llamado *Evaluative Linguistik Framework* para evaluar de igual modo panfletos sobre fármacos, entrevistan a 50 pacientes siguiendo el método *think loud y plus /minus*, en el cual leen en voz alta la información y la analizan punto por punto, poniendo pequeños símbolos en cada línea según si son aceptados o por el contrario hay algo que comentar. Llegan a interesantes conclusiones: es importante el lenguaje directo, utilizando el tú; el vocabulario técnico siempre es considerado como negativo y debe ser evitado a toda costa. En cuanto al diseño concluyen que es mejor conseguir una baja densidad de letra, siempre una fuente superior al tamaño 12 y el formato tendría que ser A5, ya que es más fácil de almacenar para posteriormente ser recuperado. Concluyen también que el material escrito no ha de sustituir nunca a la

información oral, sino servir de apoyo(43,44). Como ya han mencionado otros autores (45).

Byrom et al. evalúan un panfleto interesante para nuestro trabajo, pues intentan contestar a las dudas de las mujeres antes de realizarse una colposcopia. Analizan la legibilidad de un panfleto ideal realizado por la Sociedad de Colposcopia así como su contenido, llegando a la conclusión de que este panfleto contiene toda la información que las pacientes creen imprescindible y es legible, en contraposición a otros panfletos no oficiales que también evalúan. La idea más interesante del estudio es que, al contrario de lo que se pueda pensar, el hecho de contar con información de antemano, reduce la ansiedad de las pacientes (38).

En cuanto a la legibilidad de un texto es importante conocer el método *fog* al que muchos autores se refieren que da unas directrices básicas y consensuadas sobre el diseño de la información escrita, este método evalúa el número de frases, longitud media de las mismas y longitud de las palabras (46).

Albert et al. también nos ofrecen unas directrices generales para la escritura de material educativo médico que cabría tener en cuenta(46).

Heesen et al. nos describen el proceso de elaboración de un panfleto para pacientes que entran en un proceso de diagnóstico de sospecha de esclerosis múltiple, en cinco fases.

- Desarrollo del panfleto por dos expertos.
- Reevaluación por tres expertos.
- Entrevista con pacientes en proceso de diagnóstico
- Envío de un cuestionario a pacientes ya diagnosticados (en sus primeros dos años tras el diagnóstico).
- Una vez modificado lo leen en voz alta a pacientes en la propia consulta, evaluando si lo entienden o les genera ansiedad. A los pacientes ya diagnosticados les preguntan si les hubiera sido de utilidad.

Concluyen que la mayoría de pacientes prefieren conocer toda la información, aunque el diagnóstico sea incierto (47).

Fitzmaurice et al. evalúan 19 panfletos sobre hipertensión, considerando su contenido; el estilo de la escritura, que el lenguaje sea apropiado; el diseño de los datos y títulos han de ser

claros y concisos, el tamaño de la fuente de al menos 12, deben existir tablas explicativas. Para la legibilidad utilizan el método *fog* nuevamente. En este caso son investigadores los que evalúan la información y no pacientes (37).

Coulter et al. nos ofrece un resumen muy interesante sobre los aspectos a tener en cuenta a la hora de redactar información médica para pacientes y establece un sistema de *check list*(39):

- Incluir a los pacientes en el proceso, pues de esta manera aumentamos la eficacia de la información, con respecto a los conocimientos que deseamos que adquieran o a la mejora en el diagnóstico y/o tratamiento.
- Debemos conocer el público al que nos deseamos dirigir, ya que como hemos visto si la información es de interés de los mismos esta será mejor comprendida y más útil (40).
- Hemos de involucrar a los expertos en la materia.
- Se ha de considerar la revisión de la literatura sobre el tema.
- Considerar los gastos que comportara.
- Estudiar cómo llegar a nuestro paciente objetivo.
- Revisar la información periódicamente.

Bernier et al. utilizan el método al que denominan *Evaluating Printed Education Material* muy completo y que dividen en cuatro fases (35):

- Fase de prediseño: en la que tendremos que definir para qué lo diseñamos (propósito), qué queremos lograr (meta), cuál es nuestra audiencia, y cuál es el objetivo que queremos conseguir de esta audiencia.
- Fase de diseño:
 - Contenido: premiará un título corto, presencia de tablas, situar primero lo más importante, utilizar organizadores, frases cortas y simples.
 - Motivación: forma activa y en primera persona, usar preguntas y respuestas y dar ejemplos.
 - Lingüística: usar palabras cortas, evitar frases relativas, evitar también dobles negaciones.
 - Gráficos: dejar espacio entre frases, sangrías, la fuente de al menos tamaño 12. Los dibujos han de representar una única idea.

- Test piloto: mediante un grupo pequeño de pacientes intentar obtener un *feed back*, se les pedirá que subrayen lo que no sabían, lo que les es útil. Será modificado según los resultados.
- Distribución: tener en cuenta la audiencia a la que irá dirigido así como el profesional que se encargará de su distribución.

Shepperd et al. nos propone una simplificación del método ya existente *DISCERN*, que establece mediante 15 preguntas un exhaustivo método de evaluación, esta grupo rediseña el método a uno más sencillo que da similares resultados. Aunque es aplicable sólo a información sobre patologías concretas, pone de relevancia la utilidad de la decisión compartida con el paciente a la hora de la redacción y con el fin de obtener unos mejores resultados (48).

Por último mencionaremos dos trabajos que evalúan material didáctico dirigido a gestantes:

Sudo et al. evalúa un tríptico sobre alcohol y embarazo, mediante un sistema de múltiples evaluaciones. Proponen realizar un primer diseño que será presentado a un grupo de pacientes de una clase de educación preparto y otras obtenidas de una base de datos, pero también gestantes. Este diseño preliminar se presenta a un primer grupo, se rehace y se presenta a un segundo, así sucesivamente hasta presentarlo al cuarto grupo del que se obtendrá la versión definitiva. Evalúan: la primera impresión, el diseño, legibilidad, densidad de texto, comprensibilidad, la información que contienen y su contenido. Concluyen que es importante incluir fotos, que es mejor dar la información en el formato pregunta-respuesta, fuente con un tamaño mínimo 12 y que está bien incluir colores pero demasiados podría ser contraproducente(49).

Magnoni et al. describen todo el proceso de elaboración de un libro educativo para gestantes en 5 fases(50):

- Reunión con gestantes y sus parejas para conocer sus necesidades.
- Elección de ilustraciones.
- Composición.
- Paso por un comité de expertos no sólo en obstetricia sino también en comunicación.
- Validación por 9 gestantes.

4- Conclusiones:

La elaboración de material didáctico se realizará en fases consecutivas en las que se tendrá en cuenta:

- Conocimientos existentes, la información ha de ser veraz y actual.
- Incluir el conociendo y la opinión de los expertos.
- Incluir la opinión de los pacientes a los que irá dirigido.
- Conocer el público al que irá dirigido, así como los medios y profesionales que se encargarán de la distribución.
- Tener en cuenta los requisitos mínimos de diseño siempre que sea posible.

Fase 3: Determinar el efecto de una intervención educativa sobre la frecuentación a urgencias de las embarazadas de nuestra área.

1- Estrategias para la reducción del uso de las urgencias:

Numerosos grupos de trabajo han intentado establecer estrategias para reducir el uso inadecuado de las urgencias, una vez demostrado el amplio uso de estos servicios para el cuidado de problemas no urgentes.

Uso que conlleva múltiples desventajas, ya mencionadas, como son: elevado gasto sanitario, falta de continuidad, insatisfacción para profesionales y pacientes etc.

Entre estos, mencionaremos el trabajo de revisión llevado a cabo por Flores y Mateo et al. en nuestro propio medio que divide las posibles estrategias en tres bloques(51):

- Mejora del acceso a la atención primaria, encontrando eficacia al aumentar el número de profesionales, y las horas de atención. Por el contrario no se halló reducción con los sistemas de clasificación telefónica.
- Establecimiento de barreras para el acceso a urgencias: como el copago de las visitas, la clasificación en puerta de urgencia. Estas son eficaces y no parecen aumentar la hospitalización o la mortalidad, con lo que podemos concluir que son también seguras.
- Intervenciones educativas que parecen globalmente efectivas.

Es en este último bloque donde podemos incluir nuestra intervención

No obstante el propio autor hace alusión a los problemas encontrados a la hora de realizar la revisión ya que los términos no son homogéneos y los trabajos carecen de la calidad para poder realizar un metanálisis.

Seguidamente revisaremos los trabajos que tiene un interés especial para ilustrar las estrategias para la reducción de las visitas inadecuadas.

Roberts et al., realiza una revisión sobre las estrategias que mejoran la atención primaria desde varias perspectivas como son(52): Mejora del acceso a los centros de atención primaria; reducir la distancia los centros de la población; cambiar los roles en primaria añadiendo enfermeras en los centros de atención primaria; crear unidades de urgencia

menor; establecer un sistema de clasificación telefónico. Ninguna de estas estrategias parece demostrar eficacia en la reducción de visitas inadecuadas.

Integración entre la atención primaria y secundaria, lo que parece demostrar su coste eficacia, los profesionales de primaria tienden a solicitar menos pruebas y prescribir menos; redireccionar las vistas inadecuadas sí parece demostrar su eficacia y seguridad al igual que el copago.

Andresen et al. evalúan un sistema de clasificación (*triage*) de las urgencias y una unidad especial de semi-urgencias, concluyen que este sistema de clasificación se muestra eficaz para la detección de los pacientes que usan la urgencia de forma inadecuada, pero muestran sus dudas sobre la seguridad de esta derivación hacia las unidades de primaria, que según su opinión tendrían que dotarse de mayores recursos (24).

Enard et al. evalúan la eficacia de un promotor de salud sobre pacientes con pocos recursos que identifican como frecuentadores de las urgencias (equiparan alta frecuentación a inadecuación de las visitas, como por otra parte sucede en muchos de los estudios revisados (33,53,54)). Estos promotores determinaban la naturaleza del problema del paciente que lo hacía abusar de las urgencias e intentaba poner solución, ya fuera realizando educación sanitaria o con mecanismos más prácticos como dar citas, establecer relaciones con la asistencia social etc. Encontraron una notable eficacia a corto plazo, aunque no tanta a largo plazo. Pero todo ello es coste eficaz incluso teniendo en cuenta el gasto que suponía el promotor de salud(55).

Michelen et al. realiza un trabajo similar evaluando un programa de promoción de la salud, en este caso este promotor hacía más hincapié en la educación sanitaria. Según ellos las visitas no urgentes se mantienen estables a corto y a largo plazo, si bien no utilizan un grupo control y tampoco explican que criterios utilizan para la clasificación de las visitas no urgentes(54).

De Salvo et al. evalúa un sistema de información y seguimiento telefónico por parte de una enfermera y trabajador social que ofrecen herramientas a los pacientes detectados como abusadores, en caso de urgencia. Sin encontrar en este caso eficacia que justifique el gasto de la intervención(33).

Bird et al. evalúa un sistema de cuidado integral que ya tenían en marcha, en el cual unos promotores de salud evaluaban las necesidades globales del paciente y establecían la

solución, encargándose personalmente de citarlos si era necesario. El grupo control eran aquellos que rechazaban la ayuda del promotor y no tuvieron en cuenta el idioma que hablaba el paciente. Concluyen que la estrategia es coste-beneficio eficaz (53).

Stein et al., demuestran como la pertenencia a un Centro de Atención Primaria reduce la probabilidad de realizar una visita inadecuada(56).

2- Estrategias para la mejoría de la salud basadas en la educación sanitaria:

Existen numerosos intentos de mejora de algunos indicadores sanitarios, basados en la educación sanitaria.

Algunos han tenido como objetivo reducir el uso de antibióticos en la bronquitis crónica con la repartición de panfletos, consiguiendo una eficacia razonable(57), otros reducir el consumo de alcohol sobre una población seleccionada, hallando eficacia únicamente en la motivación de dejarlo, mas no en una reducción real del consumo(58).

Se han evaluado también los panfletos para la mejoría de los conocimientos y la cumplimentación de ciertos fármacos como los antiinflamatorios no esteroideos, beta adrenérgicos y broncodilatadores, observándose un incremento en los conocimientos posteriores a la entrega de la información, pero no una mejoría de la adhesión al tratamiento. No obstante, la conclusión general del investigador es que el gasto está justificado (59-61).

Raynor et al. realizan un trabajo de revisión sobre la eficacia de estos panfletos sobre fármacos llegando a la conclusión de que debe contarse con el paciente para la elaboración del panfleto, como vimos en el apartado anterior. Pero expresan dudas sobre su eficacia para aumentar la cumplimentación (45).

Otros trabajos evalúan intervenciones educativas más complejas, como la reducción de las urgencias generadas por las complicaciones de la diabetes mediante una unidad de seguimiento, con un protocolo estrictos y medidas de educación sanitaria colectivas e individuales, observándose una reducción destacable de las vistas a urgencias así como de las hospitalizaciones (62).

Otro grupo halla una sustancial reducción en las visitas a urgencias por reagudizaciones asmáticas, así como de absentismo laboral; realizando una mínima intervención educativa de 5 minutos a pacientes asmáticos. No observan mejoría en la espirometría, pero sí en los parámetros clínicos (63). En la misma línea, favoreciendo el automanejo de las crisis asmáticas frente al manejo tradicional, otro trabajo halla una similar reducción en las visitas a urgencias, días de absentismo, asma nocturno, visitas no programadas y mejoría en la calidad de vida, en pacientes asmáticos (64).

Utilizando como población diana a pacientes mujeres con algún problema ginecológico encontramos varios trabajos: realizando una breve intervención consistente en una charla se consigue mejorar los conocimientos sobre el dispositivo intrauterino entre las pacientes más jóvenes, se consigue de igual modo una actitud positiva frente al mismo. (65). En otro trabajo observa una mejoría en los conocimientos sobre anticoncepción oral y anticoncepción de emergencia, entre las pacientes que van a someterse a una interrupción voluntaria del embarazo(66). Pero ninguno de los dos trabajos tiene como objetivo demostrar una eficacia real sobre la salud.

Otros trabajos se acercan más a nuestra población diana, realizando las intervenciones educativas sobre pacientes embarazadas o puérperas. Encontramos un trabajo que evalúa los resultados de una intervención educativa grupal sobre un grupo de mujeres sometidas a cesárea, y lo compara con un grupo control, sin observar ninguna diferencia en los ítems evaluados como la depresión postparto(67). Otro grupo propone una intervención educativa en pequeños grupos para reducir el excesivo incremento de peso en las embarazadas, en un estudio aleatorizado caso-control, a día de hoy sin aportar resultados definitivos(68).

Cabe mencionar especialmente un trabajo en el que pretenden mediante un video educativo promocionar los hábitos de vida saludables y el ejercicio en la mujer embarazada, consiguiendo que las embarazadas hagan más ejercicio, hablen más del tema con su médico, mejoren sus hábitos dietéticos y estén más satisfechas. No obstante, lo más interesante del trabajo es como utiliza esta población, la mujer embarazada, como población ideal para la realización de intervenciones educativas, ya que se trata de pacientes motivadas y que van a recibir un seguimiento durante casi un año por parte de los profesionales(69).

Sólo encontramos un trabajo que tenga como objetivo la reducción de las visitas inadecuadas a urgencias mediante una intervención educativa. En este se elabora un libro de 44 páginas que promueve el automanejo que las situaciones potencialmente urgentes por el propio usuario, éste es enviado por correo a pacientes seleccionados con los seguros médicos más básicos en Estados Unidos. Observan una leve diferencia en el número de vistas a urgencias, y ninguna diferencia en el número de vistas a atención primaria. No hallaron tampoco diferencias en el número de pacientes frecuentadores. Concluyendo de este modo que la intervención no es rentable(70).

3- Justificación del uso de la información escrita para la reducción de las visitas inadecuadas a urgencias.

Aunque en algunos estudios no han demostrado la eficacia esperable (58,70), en muchos otros si lo han conseguido (57,65,66,69).

Por otro lado es más barata que otros soportes y ha demostrado también seguridad (57).

Si además es corta y sencilla ahorrará recursos económicos y profesionales (63), y supondrá un mínimo esfuerzo para los profesionales (69).

Aunque sabemos, como se ha mencionado previamente, que debe de tratarse de un soporte de apoyo para la información oral que aporta el personal sanitario, mejorando además de esta manera la relación médico-paciente (62).

Mejora los conocimientos de los pacientes sobre una materia determinada (58-61,66), sirviendo como soporte para la memoria, como demuestra el hecho de que en algunos trabajos de 70% de los pacientes guardaban el panfleto 10 semanas después de su entrega, de esta manera es menos probable el olvido que se evidencia cuando la información es exclusivamente oral (59-61).

Por otra parte se ha observado como entre un 12% y un 50% de los pacientes que acuden urgencias por motivos inadecuados piensan que su motivo de urgencia es realmente adecuado(32).

En conclusión pensamos en utilizar un método sencillo económico y probablemente eficaz para incidir sobre un porcentaje no menospreciable de los pacientes que acuden a urgencias por motivos inadecuados.

2- Hipótesis

2-Hipótesis.

Las urgencias constituyen un pilar básico en el grueso del trabajo de un Hospital y por lo tanto un elevado porcentaje del presupuesto económico se destina a la asistencia de estas visitas.

En muchas ocasiones los motivos de consulta de estos pacientes no son realmente adecuados para una asistencia urgente, y podrían solucionarse o ser prevenidos en atención primaria.

Más de la mitad de estas visitas a urgencias son generadas por población femenina, de igual modo más de la mitad de estas vienen dadas por población en edad fértil.

Existe evidencia de que la educación sanitaria es útil para mejorar y solucionar problemas sanitarios que vienen dados por la falta de conocimiento de los usuarios.

En nuestra práctica habitual encontramos en urgencias muchas pacientes que acuden muy preocupadas por síntomas que no tienen transcendencia clínica real. El desconocimiento de esa sintomatología banal puede provocar un exceso de frecuentación a urgencias, en vez de esperar a la visita en su ambulatorio. Pensamos que ofreciendo información sencilla sobre los síntomas que pueden aparecer durante el embarazo podemos tranquilizarlas y favorecer la utilización racional de los servicios de urgencias. A su vez, esta información, también servirá para resaltar aquellos signos de alarma de procesos potencialmente graves que no sean reconocidos como tales por la gestante.

Así pues nuestra hipótesis es que una intervención educativa sobre nuestras gestantes consigue disminuir el número de visitas inadecuadas al servicio de urgencias.

3-Objetivos

3-Objetivos.

Principal:

Determinar el impacto que tiene una intervención educativa aleatorizada en las gestantes de nuestra área, en la frecuentación y adecuación de los motivos de consulta.

Secundarios:

- 1- Determinar la frecuencia de la asistencia a urgencias de las gestantes de nuestra área sanitaria.
- 2- Conocer los principales motivos de consulta de las gestantes de nuestra área sanitaria.
- 3- Determinar la adecuación de estas visitas a urgencias de ginecología.
- 4- Determinar el porcentaje de vistas que son remitidas por otros profesionales.
- 5- Determinar qué porcentaje de visitas son generadas por puérperas.
- 6- Determinar la adecuación de las visitas generadas por puérperas.
- 7- Dilucidar si existe algún factor de riesgo asociado a la generación de visitas inadecuadas.
- 8- Dilucidar si existe algún factor protector asociado a la generación de visitas adecuadas.
- 9- Elaborar un tríptico sobre los posibles síntomas durante el embarazo y el tipo de consulta que requiere cada uno.
- 10- Validación externa del tríptico.
- 11- Conocer la eficacia de la intervención.
- 12- Reducción del número de vistas en urgencias.
- 13- Disminución de las visitas inadecuadas.
- 14- Aumento proporcional de las vistas adecuadas.
- 15- Reducción de la frecuentación a urgencias.
- 16- Determinar si la intervención influyó en los requerimientos de ingreso o de pruebas complementarias.
- 17- Determinar si la herramienta es útil a corto plazo.
- 18- Determinar los factores de riesgo para generar visitas adecuadas en la población intervenida.
- 19- Utilizar los resultados del estudio como plataforma para nuevos trabajos de intervención educativa en otros sectores de la población.

4-Material y métodos

4-Material y métodos

Para facilitar el trabajo, nuestro estudio constó de tres fases correlativas y bien diferenciadas que fueron:

Fase 1: Determinar la frecuentación y adecuación de las visitas a urgencias de obstetricia de nuestro centro.

Fase 2: Elaboración y validación de un tríptico informativo sobre los posibles síntomas del embarazo y el tipo de consulta que requieren cada uno.

Fase 3: Determinar el efecto de una intervención educativa sobre la frecuentación a urgencias de las embarazadas de nuestra área.

Seguidamente y por motivos didácticos se desarrollará la sección material y métodos para cada una de estas fases por separado.

Fase 1: Determinar la frecuentación y adecuación de las visitas a urgencias de obstetricia de nuestro centro.

Estudio observacional retrospectivo sobre la adecuación de las visitas de embarazadas al servicio de urgencias de Ginecología y Obstetricia.

1-Población Diana:

Embarazadas y puérperas que acudieron a urgencias y que a su vez habían seguido su embarazo en nuestro centro.

Para ello detectamos todas aquellas pacientes a las que se les había realizado una ecografía durante su primer trimestre de gestación en nuestra unidad de ecografías.

De cada paciente seguimos sus visitas a urgencias durante el embarazo y los tres primeros meses de puerperio.

2-Periodo de Inclusión:

Incluimos aquellas pacientes que se habían realizado la primera ecografía de seguimiento de su embarazo durante el 2010.

3-Periodo de seguimiento:

El seguimiento se realizó durante todo su embarazo y los tres primeros meses de puerperio, lo que correspondía al periodo entre Enero del 2010 y Septiembre del 2011.

4-Criterios de inclusión:

1.Gestantes del área sanitaria de nuestro centro.

2.Gestantes cuya edad gestacional se encontraba por debajo de las 18 semanas.

3.Gestantes que habían realizado la primera ecografía del embarazo en nuestro centro, esta tiene lugar habitualmente entre las 11 semanas de gestación y las 13+6, no obstante, la edad gestacional real de muchas pacientes no coincide con su última regla, entonces ésta es recalculada durante esta ecografía, si la datación estaba por debajo de las 18 semanas eran igualmente incluidas.

5-Criterios de exclusión:

- 1.Gestantes que no correspondían a nuestra área sanitaria.
- 2.Gestantes que por motivos organizativos a pesar de ser del área del centro no realizaban seguimiento en el centro. Existen dos Centros de Atención Primaria, Barceloneta y Villa Olímpica, que a pesar de pertenecer al área de influencia del Hospital del Mar han pactado el seguimiento ecográfico de la embarazada en centros privados ajenos al Hospital del Mar.
- 3.Excluimos aquellas historias que estuvieran incompletas. Y que por lo tanto no nos permitían estipular el nivel de adecuación de las mismas.

6-Variables:

1-Edad

2-Nacionalidad, esta variable se reagrupó siguiendo la siguiente clasificación, tal y como aconsejó el servicio de epidemiología del centro:

1	España	
2	Europa UE15	Alemania, Francia, Reino Unido, Italia, Países Bajos, Portugal, Grecia, Bélgica, Suecia, Austria, Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Luxemburgo
3	Europa Nuevos países UE15-27	Polonia, Rumanía, Republica Checa, Hungría, Bulgaria, Eslovaquia, Lituania, Letonia, Eslovenia, Estonia, Chipre, Malta
4	Europa países desarrollados No UE	Liechtenstein, Andorra, Noruega, Islandia, Suiza, San Marino, Mónaco, El Vaticano
5	Europa Resta No UE	Ucrania, Bielorrusia, Moldavia, Albania, Macedonia, Turquía, Croacia, Bosnia, Serbia, Montenegro, Rusia
6	África Norte "Magreb i Valle del Nilo"	Argelia, Marruecos, Sahara Occidental, Libia, Túnez, Egipto, Sudan
7	África Central	Mauritania, Senegal, Cabo Verde, Gambia, Guinea-Bissau, Guinea, Sierra Leona, Liberia, Cota de Marfil, Ghana, Togo, Benín, Mali, Burkina Faso, Níger, Nigeria, Chad
8	África Sud	Guinea Ecuatorial, Santo Tome y Príncipe, Camerún, Gabón, Republica Centro Africana, Congo, República Democrática del Congo, Uganda, Kenia, Etiopia, Eritrea, Djibouti, Somalia, Ruanda, Burundi, Tanzania, Malawi, Zambia, Angola, Namibia, Botswana, Zimbabwe, Mozambique, Sudáfrica, Lesotho, Swazilandia, Madagascar, Comoros, Mayote, Seychelles, Mauricius)

9	América Nord	USA y Canadá
10	América Central, México y Caribe	México, Guatemala, Belice, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Panamá, Antigua i Barbados, Barbados, Bahamas, Cuba, Dominica, República Dominicana, Grenada, Haiti, Jamaica, Saint Christopher y Nevis, St Lucia, Trinidad y Tobago, St Vincent i Grenadines
11	América Sud	Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guayana, Perú, Paraguay, Surinam, Uruguay, Venezuela)
12	Asia oriente próximo	Bahréin, Iraq, Eran, Palestina (Cisjordania y Gaza), Jordania, Liban, Omán, Siria, Yemen
13	Asia oriente medio	Afganistán, Armenia, Azerbaijan, Georgia, Kirgizistán, Kazakhstán, Pakistán, Tajikistán, Turkmenistán, Uzbekistán
14	Asia extremo oriente	Bangladesh, Bután, China, Indonesia, India, Camboya, República Democrática Popular de Corea, Laos, Sri Lanka, Myanmar, Mongolia, Maldives, Malaysia, Nepal, Filipinas, Tailandia, Timor, Taiwán, Vietnam
15	Desarrollados Asia	Japón, República de Corea, Israel, Singapur, Brunei, Kuwait, Qatar, Arabia Saudí, Emiratos Árabes.
16	Oceanía y Antártida	Australia, Islas Cocos, Christmas Islands, Fiji, Micronesia, Kiribati, Marschal islands, Nauru, Nueva Zelanda, Papua nueva guinea, Palau, Islas Salomon, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Samoa; Antártida.

Tabla 6: Clasificación por país de origen

3- Antecedentes obstétricos:

- Embarazos a término, agrupado en tres categorías: ninguno, uno o más de uno.
- Embarazos pre-término: sí o no.
- Abortos, agrupado en tres categorías: ninguno, uno o más de uno.
- Hijos vivos: sí o no.

4-Nivel de riesgo del embarazo, para determinar esta variable se utilizó la clasificación aconsejada por el “Protocol de seguiment de l’embaràs a Catalunya”, tal y como se muestra en la tabla(7).

Riesgo bajo: 0	Aquel que carezca de factores de riesgo
Riesgo medio: 1	<ul style="list-style-type: none"> Anomalías pélvicas Altura baja(menor de 1,45 cm) Obesidad no mórbida Control insuficiente de la gestación Embarazo no deseado Condiciones socioeconómicas desfavorables Adolescente (menores de 17) Edad avanzada (mayores de 38) Gran multiparidad (más de 4 fetos) Fumadora habitual Cardiopatía (sin insuficiencia durante el esfuerzo) Incremento de peso excesivo o insuficiente (menos de 7 Kg o más de 15 Kg) Rh negativa Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática. Riesgo laboral Periodo intergenésico menor de 12 meses Riesgo de enfermedades de transmisión sexual Esterilidad previa
Riesgo alto: 2	<ul style="list-style-type: none"> Anemia grave Gemelar Cardiopatía (actividad física limitada) Cirugía uterina previa Diabetes gestacional Endocrinopatía Historia obstétrica desfavorable Infección materna Obesidad mórbida Preeclampsia leve Sospecha de malformación fetal
Riesgo muy alto: 3	<ul style="list-style-type: none"> Amenaza de parto pretérmino Cardiopatía (limitación marcada de la actividad física) Diabetes Drogadicción Gestación múltiple Malformación uterina Incompetencia cervical Defecto congénito fetal confirmado Muerte perinatal recurrente previa Patología asociada grave Placenta previa Preeclampsia grave Crecimiento intrauterino retardado Rotura prematura de membranas en pretérmino. Isoinmunización

Tabla 7: Niveles de riesgo de la gestación.

- 5- Motivo de consulta principal.
- 6- Motivo de consulta secundario.
- 7- Diagnóstico principal.
- 8- Diagnóstico secundario.
- 9- Nivel de adecuación de la visita.

Para la variable principal “Nivel de Adecuación” se establecieron previamente por consenso entre los investigadores y basándonos en el material didáctico del Sistema Catalán de Salud(7,71), tres niveles de adecuación: adecuado, medianamente adecuado e inadecuado.

	Adecuadas	Medianamente adecuada	Inadecuadas
1ª mitad del embarazo	No tolerancia oral durante más de 24h Sangrado abundante Dolor hipogastrio intenso	Escaso sangrado Erupciones cutáneas Prurito Disuria Aumento de la frecuencia miccional Fiebre	La paciente desea una prueba de embarazo Flujo extraño o maloliente Dolor mamario o tensión Molestias soportables en hipogastrio Nauseas Vómitos Ausencia de movimientos fetales
2ª mitad del embarazo	Sangrado abundante Ausencia de movimientos fetales durante más de 12h Edema súbito en miembros, doloroso o caliente Contracciones regulares, intensas o dolorosas Sospecha de ruptura de membranas.	Sangrado escaso Ausencia de movimientos fetales durante menos de 12h Prurito en genitales Flujo extraño o maloliente Picor en plantas o palmas Síndrome miccional.	Contracciones irregulares, esporádicas, no dolorosas Molestias abdominales leves Edemas en miembros
Puerperio	Sangrado abundante Dolor en hipogastrio intenso Fiebre Flujo maloliente	Molestias perineales o en la herida quirúrgica Molestias mamarias Prurito en genitales Molestias al orinar	Problemas con la lactancia Pérdidas de orina

Tabla 8: Cuadro resumen Niveles de Adecuación

Inadecuados son aquellos que podían solucionarse en atención primaria en un periodo de tiempo relativamente largo (días, semanas) y que bajo ninguna circunstancia pudieran asociarse a una enfermedad potencialmente grave.

Medianamente adecuados son aquellos que podrían solucionarse o prevenirse en un periodo de tiempo mayor a 12 horas en atención primaria, por cualquiera de los profesionales implicados en la salud de una gestante: ginecólogo, matrona o médico de cabecera.

Adecuados son aquellos que requieren una intervención urgente en menos de 12 h, por su potencial riesgo para la salud de la embarazada o del feto.

Los investigadores encargados de elaborar la clasificación y revisar las historias clínicas son médicos especialistas en Ginecología y Obstetricia, con al menos 6 años de experiencia.

Aquellos motivos de consulta confusos o que no se encontraban en la lista, se consensuaron entre los investigadores posteriormente.

La clasificación se basó exclusivamente en el motivo de consulta excepto cuando el motivo de consulta era “contracciones”, en este caso se revisó la descripción del registro cardiotocográfico, realizado en urgencias, para clasificar el motivo en adecuado y medianamente adecuado, según la frecuencia de las contracciones.

7-Análisis estadístico:

Para el análisis estadístico se utilizó SPSS versión 20 para Windows. Las variables continuas se analizaron mediante análisis bivalente y las variables categóricas mediante el test chi cuadrado.

Por motivos prácticos, una vez pormenorizados todos los posibles motivos de consulta y todos los diagnósticos, se elaboró una nueva lista con los más frecuentes.

Se extrajeron las visitas de puérperas para calcular las asociaciones con otras variables.

Aquellas pacientes remitidas por otros profesionales fueron excluidas del análisis porque consideramos de que eran adecuadas por definición, independientemente de la decisión de la paciente(14).

Se asumió como “p” con significación estadística aquella menor de 0,05.

8-Aspectos éticos

Al tratarse de un estudio retrospectivo nos es imposible informar a nuestras pacientes y conseguir su consentimiento, no obstante, el proyecto fue aprobado por el comité ético y científico del *Parc de Salut Mar* (CEIC-Parc de Salut MAR 20 febrero 2013). Se aseguró la confidencialidad de la pacientes encriptando la base de datos y utilizando un número para cada paciente, que se asoció a sus datos personales en otra base de datos también encriptada.

Se han seguido las directrices nacionales e internacionales (código Deontológico y declaración de Helsinki) y se ha seguido la normativa legal sobre la confidencialidad de los datos (Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de datos de carácter personal (LOPD)).

9-Memoria económica:

La primera fase de trabajo requirió exclusivamente un considerable gasto en recursos humanos, pero ningún gasto económico, ya que el tiempo invertido en la revisión de las Historias Clínicas y procesos subsiguientes estaba comprendido en el estipendio del investigador principal, así como el de los otros dos colaboradores.

Fase 2: Elaboración y validación de un tríptico informativo sobre los posibles síntomas del embarazo y el tipo de consulta que requieren cada uno.

Estudio de validación de un tríptico educativo, en dos fases.

1-Elaboración del tríptico:

Se procedió a la elaboración del mismo utilizando el material didáctico que la Generalitat de Catalunya pone a disposición de las embarazadas en la “Guía de la Embarassada” (7,71).

Fue redactado tras varias sesiones de consenso entre el investigador principal y uno de los colaboradores del trabajo, ambos médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología y con al menos 6 años de experiencia. Realizándose más tarde una premaquetación del tríptico.

Se solicitó la colaboración de tres reconocidos expertos en Obstetricia:

Dr. Josep Armengol, jefe de sección de Obstetricia del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Dr. Lluís Cabero, jefe de servicio y catedrático de Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Vall Hebron (UAB), Barcelona

Dr. Josep María Lailla, jefe de servicio y catedrático de Ginecología y Obstetricia del Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona

Dr. Ernesto Fabre, jefe de servicio y catedrático de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza

Teniendo en cuenta sus aportaciones se volvió a redactar el tríptico.

Este fue presentado a una población de 19 gestantes o puérperas que se encontraban ingresadas o habían acudido a urgencias en nuestro centro.

Se les preguntó sobre el lenguaje, sobre su impresión general del trabajo y consideraciones generales. Se les instó a añadir, eliminar o sugerir alguna cosa, revisando el texto punto por punto.

Se recogieron unas mínimas variables de estas pacientes que fueron: fecha de nacimiento, semanas de gestación, paridad, nivel de estudios, profesión, nivel de riesgo de la gestación y antecedentes personales.

Teniendo en cuenta su opinión se volvió a redactar el tríptico.

El texto definitivo con la primera maquetación fue presentado por último al Departamento de Comunicación del centro que le dio una maquetación definitiva ateniéndose a las normas internas del hospital. El tipo de papel utilizado fue un DIN A3, plegado en tres partes, el tamaño de la fuente recomendado era al menos 12, el texto principal, debía ser bilingüe en Castellano y Catalán por ambas caras y, debía contener el logotipo del hospital.

Por razones económicas no pudimos incluir figuras ni demasiados colores. Por el mismo motivo se incluyeron los logotipos de los fármacos principales del laboratorio ITALFÁRMACO.

2-Aspectos éticos

Se redactó una hoja informativa así como un consentimiento informado que se explicó y entregó a cada una de las gestantes que participaron en la validación. El consentimiento y colaboración por parte de los cuatro expertos en Obstetricia se obtuvo vía correo electrónico.

VALIDACIÓN DE UN TRÍPTICO INFORMATIVO PARA GESTANTES	
El servicio de Ginecología del Hospital del Mar esta elaborando un tríptico informativo sobre los posibles síntomas que pueden aparecer durante el embarazo y que es lo que aconsejamos a las gestantes que hagan si estos se presentan.	
Para su correcta elaboración deseáramos contar con su opinión, le entregaríamos el tríptico informativo para que lo leyera y nos expresara sus dudas y sugerencias en una entrevista con su matrona o ginecólogo. La información que nos aporte será confidencial. Si está de acuerdo en participar debe firmar este documento en el que hace constar que ha sido informada del estudio y que está de acuerdo.	
En cualquier momento podrá revocar el consentimiento sin que ello conlleve ningún tipo de consecuencias en su seguimiento o en el trato que reciba por parte de los profesionales que la atienden.	
MÉDICO O MATRONA	PACIENTE
Barcelona a _____ de _____ del _____	

Figura 3: Hoja informativa y consentimiento informado fase 2

El proyecto fue aprobado por el comité ético y científico del Parc de Salut Mar (CEIC-Parc de Salut MAR 20 febrero 2013). Se aseguró la confidencialidad de la pacientes encriptando la base de datos y utilizando un número para cada paciente, que se asoció a sus datos personales en otra base de datos también encriptada.

Se han seguido las directrices nacionales e internacionales (código Deontológico y declaración de Helsinki) y se ha seguido la normativa legal sobre la confidencialidad de los datos (Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de datos de carácter personal (LOPD)).

3-Memoria económica:

El tiempo invertido en las reuniones de consenso y elaboración del tríptico estaba comprendido en el estipendio del investigador principal y el colaborador.

Ni los expertos colaboradores, ni las pacientes consultadas recibieron ninguna remuneración económica, su colaboración fue altruista.

Para la impresión de los trípticos contamos con la colaboración del Laboratorio ITALFÁRMACO, aunque consideramos que no existe conflicto de intereses ya que en ningún momento participaron en la elaboración del mismo ni obtienen beneficio alguno con los resultados, sean los que sean, de este estudio.

Fase 3: Determinar el efecto de una intervención educativa sobre la frecuentación a urgencias de las embarazadas de nuestra área

Estudio de intervención aleatorizado prospectivo.

1-Población Diana

Mujeres hispanohablantes de entre 18 y 45 años de edad, gestantes de menos de 18 semanas de gestación en el momento de la inclusión al estudio.

2-Periodo de Inclusión

Se decidió incluir a las pacientes por un periodo de seis meses por razones logísticas, para cumplir los plazos de entrega del trabajo. A efectos prácticos fueron incluidas entre el 14 de Octubre de 2013 y el 30 de Abril del 2014.

3-Tamaño muestral:

Dado que se realizan entre dos y tres ecografías de primer trimestre en cada sala de ecografías al día, habiendo un total de tres salas (para el cálculo no consideramos los periodos vacacionales); teniendo en cuenta también que el 60% de las pacientes del área son hispanohablantes y que no esperábamos un gran porcentaje de denegaciones a la participación, pues la participación no requiere un gran esfuerzo, se calculó obtener entre 170 y 250 casos y entre 170 y 250 controles.

Este tamaño muestral está acorde con la literatura consultada para estudios similares (58,63,65,69,72).

Tras un análisis preliminar de los primeros 100 casos seguidos durante dos meses, comprobamos que el tamaño muestral era suficiente.

4-Criterios de inclusión

- 1.Hispanohablantes.
- 2.Gestantes del área sanitaria de nuestro centro
- 3.Edad comprendida entre los 18 y 45 años.

4. Gestantes cuya edad gestacional se encontraba por debajo de las 18 semanas en el momento de la ecografía de primer trimestre.

5. Gestantes que habían realizado la primera ecografía del embarazo en nuestro centro. Esta tiene lugar habitualmente entre las 11 semanas de gestación y las 13+6, no obstante a muchas embarazadas cuya edad gestacional real no corresponde a la determinada por su fecha de última regla se les calcula una nueva fecha durante esta ecografía, si la datación estaba por debajo de las 18 semanas eran igualmente incluidas.

6. Haber leído y firmado el consentimiento informado.

5-Criterios de exclusión

1. Gestantes que no pertenecían a nuestra área influencia sanitaria.

2. Gestantes que por motivos organizativos a pesar de ser del área influencia no realizaban seguimiento en el centro. Existen dos Centros de Atención Primaria, Barceloneta y Villa Olímpica, que a pesar de pertenecer al área de influencia del Hospital del Mar, han pactado el seguimiento ecográfico de la embarazada en centros privados ajenos al Hospital del Mar.

3. Excluimos aquellas historias que estuvieran incompletas. Y que por lo tanto no nos permitían estipular el nivel de adecuación de las mismas.

6-Periodo de seguimiento

El periodo de seguimiento se realizó para cada paciente desde el momento de la realización de la ecografía de primer trimestre y los tres primeros meses tras del parto.

A efectos prácticos y dado que la inclusión tuvo lugar entre el 14 de octubre del 2013 y el 30 de Abril del 2014, el seguimiento se inició el día 14 de Octubre del 2013 y se dio por concluido el 30 de Enero del 2015, entendiéndose que de esta manera abarcábamos los 6 meses de embarazo restantes de las últimas pacientes incluidas y los tres primeros meses tras el parto.

7-Recogida de datos

La recogida de datos se realizó exclusivamente por el investigador, principal y único en esta fase. Para ello fueron revisadas cada una de las visitas a urgencias generadas por las

pacientes incluidas, para la recopilación de datos ciertas variables como los antecedentes personales o el riesgo de la gestación se revisaron también los libros de embarazo electrónicos, a los que se obtuvo acceso a través de la Historia Clínica Compartida de Calalunya.

Con el fin de mejorar la calidad de los informes de alta de las visitas a urgencias se envió un correo electrónico informativo sobre el proyecto a todos los residentes del servicio, encargados de visitar a estas pacientes de forma mayoritaria. Tras éste, se les convocó a una reunión informativa donde se volvió a explicar el trabajo y se les recordó la importancia de la correcta cumplimentación de las historias clínicas, haciendo hincapié en la descripción del motivo de consulta incluyendo criterios temporales y de gravedad, así como la correcta recopilación de los antecedentes personales habituales y otros que habitualmente no se recogen en urgencias, como el trabajo de la gestante o su estado civil.

Tras un mes de seguimiento de las pacientes se detectaron los fallos en el redactado de los informes y se envió un nuevo correo electrónico recordatorio a las personas implicadas.

En Mayo del 2014 se realizó el mismo proceso con los tres nuevos residentes del servicio.

8-Aleatorización:

Las ecografías de primer trimestre son adjudicadas a cada una de las tres salas de ecografías de forma aleatoria, sin tener en cuenta ningún criterio clínico, exclusivamente por orden de llegada y disponibilidad de huecos en las listas de programación. Este proceso es realizado por una administrativa ajena al proyecto que nos ocupa.

Aprovechando esta característica, se obtuvieron los controles de la sala número tres y los casos de las salas uno y dos. El investigador principal y los colaboradores para la inclusión de pacientes ocupan estas salas, mientras que la sala tres está siempre ocupada por otro profesional ajeno al trabajo.

La inclusión fue llevada a cabo mayoritariamente por el investigador principal, pero por temas logísticos y con el fin de cumplir los plazos establecidos fue necesaria la colaboración de los otros tres Obstetras que realizan ecografías en salas uno y dos. Para ello se les explicó el proyecto y se les dio unas nociones básicas de cómo explicar el trabajo

para obtener el consentimiento informado y de cómo explicar brevemente el contenido y funcionamiento del tróptico.

Tras un primer análisis y tal y como se detalla seguidamente, se amplió el número de controles en una segunda fase, estos fueron obtenidos de las salas dos y tres, entre aquellas pacientes que no habían sido incluidas como casos, aprovechando la circunstancia de que sólo una paciente se había negado a participar y por lo tanto podíamos estar seguros de que si no pertenecía al grupo casos era porque no se le había ofrecido.

9-Pérdidas y denegación de participación:

Sólo una paciente a la que se le ofreció la participación se negó a la misma

10-Variables:

1-Adecuación del motivo de consulta: adecuado, medianamente adecuado e inadecuado. Para la clasificación se utilizaron los criterios ya descritos en la fase 1 del estudio.

2-Variabes de control de la adecuación de forma objetivas: estas variables se añadieron tras un análisis intermedio, pero se hizo un análisis retrospectivo de las historias que ya se habían incluido.

- Requerimiento de ingreso: sí/ no
- Requerimiento de analítica: sí/ no
- Requerimiento de sedimento: sí/ no
- Requerimiento de ecografía: sí/ no
- Requerimiento de registro cardiotocográfico: sí/ no

3- Antecedentes obstétricos

- Embarazos a término, agrupado en tres categorías: ninguno, uno o más de uno.
- Embarazos pre-término, agrupado en tres categorías: ninguno, uno o más de uno.
- Abortos, agrupado en tres categorías: ninguno, uno o más de uno.
- Hijos vivos, agrupado en tres categorías: ninguno, uno o más de uno.

4- Ocupación: se clasificó en 8 categorías tal y como establece la Generalitat de Catalunya en el cribado de primer trimestre(7). A su vez estas categorías se reagruparon en trabajos de alta cualificación (1 al 3), baja (4 a 6) o desempleadas(7 y 8).

5- Riesgo del embarazo, utilizando nuevamente la clasificación recomendada por la Generalitat de Catalunya en el Protocolo de Seguiment del Embaràs(7).

6-Tipo de parto: eutócico, distócico.

7- Centro de parto: el propio u otro.

8- Edad gestacional en la urgencia.

9- Edad gestacional en el parto.

10-Edad de la paciente el día de la urgencia.

11- Estado: vive en pareja, no tiene pareja. Esta variable finalmente no se tuvo en cuenta en el análisis estadístico pues se pudo cumplimentar en muy pocas ocasiones, a pesar de los esfuerzos por conseguir que los médicos de urgencias lo tuvieran en cuenta en la anamnesis.

	N	%
No constaba	245	34
Convivencia con la pareja	459	64
No convive con la pareja	14	2

Tabla 9: Cuadro resumen variable estado civil

12-Momento de día de la visita: mañana (8:00 a 16: 00), tarde (16:00 a 00:00), noche (00:00 a 08:00).

13- Edad gestacional en la visita: agrupada en tres categorías: desde la ecografía a las 20 semanas de gestación, de las 20 semanas de gestación al parto, y los tres primeros meses tras el parto (puerperio).

14-Día de la semana en el que tuvo lugar la visita: lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado, domingo.

15-Tiempo que requirió la visita

16-Medios por los que llegó a urgencias: propios o remitida por otro profesional. Si la paciente era remitida por otro profesional se consideraba por definición como motivo de consulta adecuada fuera cual fuera el motivo real de consulta(14,29).

17-Resultados perinatales:

- Peso del recién nacido.
- Ph arterial de cordón.
- Media del Apgar en el primer y quinto minuto de vida.

11-Análisis estadístico

11.1-Análisis principal:

11.1.1- Adecuación en ambos grupos (casos y control)

Para el análisis principal en el que comparamos como se distribuía la variable principal (Adecuación) en ambos grupos (caso y control) se utilizó un filtro que eliminó:

* Aquellas pacientes que habían sido diagnosticadas de aborto durante la ecografía de primer trimestre en la sala de los controles y aquellos abortos muy tempranos del grupo de los casos para evitar sesgos (41 controles, 3 casos).

* Aquellas pacientes que por error se habían incluido en el grupo de controles y en realidad no se habían llegado a realizar la ecografía, de esta manera los grupos casos y controles serían más homogéneos, ya que en el grupo casos todas las pacientes por definición se habían realizado la ecografía. (17 controles, 0 casos).

*Aquellas pacientes extranjeras que se habían incluido en el grupo control por poseer apellidos españoles. No es posible conocer la nacionalidad de la paciente consultando su historia clínica, organizativamente era más sencillo incluirlas y más tarde excluirlas si se confirmaba que su nacionalidad no correspondía a un país hispanohablante. En un principio se incorporaron en el grupo casos las pacientes extranjeras que demostraron poseer un dominio de la lengua castellana o catalana durante la entrevista, pero en un intento de homogeneizar ambos grupos decidimos excluirlas finalmente del estudio. (29 controles, 85 casos)

Utilizamos el test de chi cuadrado para el análisis.

Para analizar la distribución de las variables objetivas de adecuación; requerimiento de ingreso, de ecografía, de analítica, de sedimento o de registro cardiotocográfico; de las visitas en ambos grupos, caso y control, se utilizó el mismo filtro. El análisis se realizó con el test chi cuadrado.

11.1.2- Adecuación en ambos grupos (casos y control) a corto plazo

Se analizó el efecto de la intervención a corto plazo eliminándose todas aquellas visitas que habían tenido lugar tres meses después de la entrega del tríptico. Para ello se añadió un nuevo filtro que sólo incluía las visitas 90 días después de la entrega del tríptico.

Para el cálculo se utilizó, de la misma manera que en el apartado anterior, el test chi cuadrado, tanto para la variable adecuación como para las variables objetivas: requerimiento de ingreso, de ecografía, de analítica, de sedimento o de registro cardiotocográfico.

11.2-Análisis de homogeneidad entre grupos

Para comprobar la homogeneidad de los grupos (casos y control) se utilizaron dos tipos de filtros, uno que permitía hacer el análisis por pacientes cuando la variable lo requería y otro que permitía hacer el análisis por visitas a urgencias cuando la variable lo requería. Ambos incluían los criterios de exclusión utilizados en el apartado anterior (extranjeras, no realización de la ecografía y aborto).

Para pacientes:

Se utilizó el filtro para trabajar con pacientes en las siguientes variables: embarazos a término, embarazos pre-término, abortos, hijos vivos, ocupación, tipo de parto, centro del parto, riesgo del embarazo.

Para la variable peso del recién nacido, edad gestacional en el parto, ph arterial, y media del Apgar en el primer y quinto minuto de vida se añadió un filtro para excluir abortos precoces y tardíos. Para el cálculo del peso del recién nacido se tuvieron en cuenta sólo los partos por encima de la semana 29.

Se utilizó el filtro para trabajar con visitas en las siguientes variables: momento de la visita, edad gestacional en el momento de la visita agrupada, día de la semana, medios mediante

los cuales llegó a urgencias, edad el día de la urgencia, edad gestacional el día de la urgencia, tiempo en la urgencia.

Para el cálculo estadístico se utilizó el test chi cuadrado para las variables categóricas y el test T student para datos independientes para las variables continuas.

11.3-Análisis bivariado variables de adecuación objetivas vs variables subjetivas (Nivel de Adecuación)

Se realizó un análisis bivariado comparando la variable adecuación con las variables objetivas de adecuación: requerimiento de ingreso, de ecografía, de analítica, de sedimento o de registro cardiotocográfico. Se utilizó el test chi cuadrado y el filtro general.

11.4-Análisis bivariado adecuación vs resto de las variables

Se realizó un análisis bivariado entre la variable principal adecuación con el resto de las variables con el objetivo de detectar las variables que influían en su distribución, estas más tarde se usaron para el análisis multivariado. El fin último fue evitar confusores.

Se utilizaron nuevamente dos tipos de filtros, el que permitía hacer el análisis por pacientes cuando la variable lo requería y el que permitía hacer el análisis por visitas a urgencias cuando la variable lo requería. Ambos incluían los criterios de exclusión utilizados en el apartado anterior (extranjeras, no realización de la ecografía y aborto).

Se utilizó el filtro para trabajar con pacientes en las siguientes variables: embarazos a término, embarazos pretérmino, abortos, hijos vivos, ocupación, tipo de parto, centro del parto, riesgo del embarazo.

Para las variables peso del recién nacido, edad gestacional en el parto, ph arterial, y media del Apgar en el primer y quinto minuto de vida se añadió un filtro para excluir abortos precoces y tardíos.

Para el cálculo de peso del recién nacido, media del Apgar al primer y quinto minuto de vida y ph arterial utilizamos los partos que tuvieron lugar por encima de las 29 semanas de gestación.

Se utilizó el filtro para trabajar por visita en las siguientes variables: momento de la visita, edad gestacional en el momento de la visita agrupada, día de la semana, medios mediante los cuales llegó a urgencias, edad el día de la urgencia, edad gestacional el día de la urgencia, tiempo en la urgencia.

Para el cálculo estadístico se utilizó el test chi cuadrado para las variables categóricas y el test T student para datos independientes para las variables continuas. Se utilizó la p valor del test de Schaffe por tratarse de una variable con tres categorías.

11.5-Regresión logística- análisis multivariante

Se realizó un análisis multivariante con el fin de detectar las variables que actuaban como factores de riesgo o protectores para que la vista fuera adecuada o inadecuada.

Para éste análisis se simplifico la variable principal Nivel de adecuación a una nueva variable nivel de "adecuación.4" dicotómica: adecuada (0), no adecuada (1) (comprendía las vistas medianamente adecuadas y e inadecuadas).

Se asumió como p con significación estadística aquella menor de 0,05.

12-Aspectos éticos

Durante todo el estudio se siguieron las directrices nacionales e internacionales (código Deontológico y declaración de Helsinki) y se seguirá la normativa legal sobre la confidencialidad de los datos (Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de datos de carácter personal (LOPD)) (CEIC-Parc de Salut MAR 20 febrero 2013).

Se entregó una hoja informativa y un consentimiento informado (Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de datos de carácter personal (LOPD) a cada paciente que al aleatorizarse pertenecía al grupo de intervención. No se entregó la hoja informativa a todas las pacientes antes de la aleatorización porque por motivos prácticos la aleatorización la hacía mucho tiempo antes una administrativa que citaba a las pacientes en tres posibles salas de ecografía, y sólo en una de ellas se hacía la intervención.

EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LA FRECUENCIA DE LA ASISTENCIA A URGENCIAS DE LAS EMBARAZADAS DE NUESTRA ÁREA.

Hemos detectado que muchas gestantes consultan en el servicio de urgencias por motivos que su matrona podría resolver en el Centro de Atención Primaria. Sin tener que esperar tantas horas en la sala de espera de urgencias.

Por este motivo el servicio de Ginecología del Hospital del Mar ha iniciado un estudio para saber si la información a las embarazadas de los posibles síntomas que pueden aparecer durante la gestación, y la actitud que deben tomar si se estos se presentan, podría ayudar a reducir las visitas innecesarias a urgencias y de esta manera hacer más eficaz la atención médica a este nivel.

Desearíamos contar con su participación. Su papel en este estudio se limitaría a recibir un tríptico informativo y una pequeña explicación que le tomará 5 minutos, tras realizarse la ecografía de primer trimestre.

De todas aquellas pacientes que estén de acuerdo en participar sólo algunas recibirán el tríptico y la explicación. Ya que para evitar sesgos comparamos las veces que viene a urgencias y los motivos por los que vienen las embarazadas que han sido informadas con las que no lo han sido. Esto se llama proceso de aleatorización.

Si está de acuerdo en participar debe de firmar este documento en el que hace constar que ha sido informada del estudio y que está de acuerdo.

En cualquier momento podrá revocar el consentimiento sin que ello traiga ningún tipo de consecuencias en su seguimiento o en el trato que reciba por parte de los profesionales que la atienden.

Durante todo el estudio se seguirán las directrices nacionales e internacionales (código Deontológico y declaración de Helsinki) y se seguirá la normativa legal sobre la confidencialidad de los datos (Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de datos de carácter personal(LOPD)).

MÉDICO O MATRONA

PACIENTE

Barcelona a _____ de _____ del _____

Figura 4: Hoja informativa y consentimiento informado fase 3

La base de datos en la que se encuentren incluidos datos personales de las pacientes quedará encriptada, conociendo el código sólo los investigadores implicados.

El hecho de que uno de los criterios de inclusión sea la lengua de la paciente, puede resultar un punto conflictivo. Esta elección se debe únicamente a que así reducimos los costes de un traductor que tendría que traducir el tríptico informativo y de un mediador que le explique el texto a pacientes no hispanohablantes, de ello existen numerosos ejemplos en la literatura consultada(58,67,69).

13-Memoria económica

La tercera fase de trabajo requirió exclusivamente un considerable gasto en recursos humanos, pero ningún gasto económico, ya que el tiempo invertido en la revisión de las Historias Clínicas y procesos subsiguientes estaba comprendido en el estipendio del investigador principal.

Las pacientes no fueron remuneradas, su participación fue altruista.

5-Resultados

5-Resultados

Del mismo modo para facilitar el trabajo estructuraremos este apartado en tres fases diferenciadas.

Fase 1: Determinar la frecuentación y adecuación de las visitas a urgencias de obstetricia de nuestro centro.

Fase 2: Elaboración y validación de un tríptico informativo sobre los posibles síntomas del embarazo y el tipo de consulta que requieren cada uno.

Fase 3: Determinar el efecto de una intervención educativa sobre la frecuentación a urgencias de las embarazadas de nuestra área

Fase 1: Determinar la frecuentación y adecuación de las visitas a urgencias de obstetricia de nuestro centro.

1-Resultados generales:

Se analizaron 668 pacientes y 1752 vistas a urgencias. La media de visitas a urgencias por gestante fue de 2,61 veces durante su embarazo y puerperio (mediana 2, rango (1-21)).

El 11,6% (202) de las visitas fueron remitidas por otro especialista.

El 5% (77) correspondían a vistas durante el puerperio.

De las 1464 visitas analizadas el 38,9% fueron adecuadas, el 46,7% medianamente adecuadas y el 14,4% inadecuadas. (Figura 5)

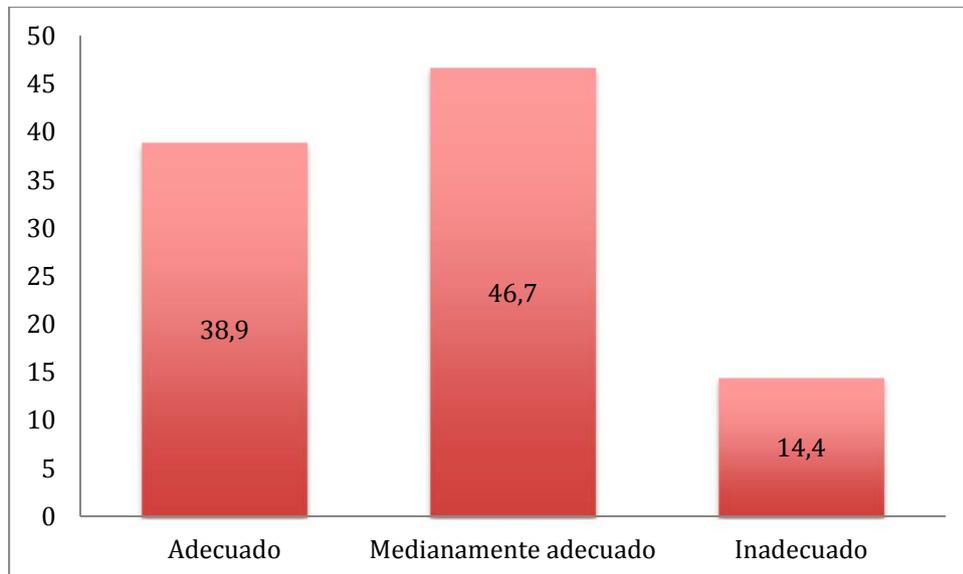


Figura 5: Nivel de adecuación en la población basal

2- Motivos de consulta/ Diagnósticos

4 diagnósticos al alta suponen el 64,2 % de los diagnósticos: trabajo de parto, gestación normo evolutiva, infección del tracto urinario inferior y pródromos de parto.

6 motivos de consulta suponen el 69,7% de los motivos: Dinámica uterina, metrorragia, hidrorrea, dolor en hipogastrio, dolor abdominal y síndrome miccional.

A continuación se muestra la lista de los principales motivos de consulta:

	N	%
Dinámica uterina	509	29,1
Metrorragia	220	12,6
Remitida	193	11
Hidrorrea	168	9,6
Dolor hipogastrio	154	8,8
Otros	122	7
Dolor abdominal	106	6,1
Síndrome miccional	61	3,5
Vómito	35	2
Disminución de los movimientos fetales	33	1,9
Dolor lumbar	21	1,2
Prurito genitales	19	1,1
Caída	15	0,9
Mastalgia	13	0,7
Fiebre	11	0,6
Sangrado herida quirúrgica	10	0,6
Cambios en el flujo	9	0,5
Escasas pérdidas	9	0,5
HTA	9	0,5
Cefalea	8	0,5
Dolor epigastrio	7	0,4
Lipotimia	7	0,4
Prurito generalizado	7	0,4
Dolor episiotomía	6	0,3
Total	1752	100

Tabla 10 Principales motivos de consulta

A continuación se muestra la lista de los principales diagnósticos:

	N	%
Abdominalgia inespecífica	28	1,6
Algias inespecíficas	11	0,6
Cervicorragia	12	0,7
Control	32	1,8
Dolor	26	1,5
Emesis	15	0,9
Enfermedad hipertensiva del embarazo	11	0,6
Gastroenteritis	19	1,1
Gestación normoevolutiva	295	16,8
Hiperemesis	8	0,5
Inducción	13	0,7
Infección del tracto urinario	236	13,5
Lumbalgia	8	0,5
Mastitis	13	0,7
Metrorragia	46	2,6
Otro	211	12
Problemas del primer trimestre	124	7,1
Pródromo	206	11,8
Rotura prematura de membranas	17	1
Seroma herida quirúrgica	8	0,5
Trabajo de parto	388	22,1
Vulvovaginitis	25	1,4
Total	1752	100

Tabla 11 Principales diagnósticos

3-Descripción de la muestra

A continuación se muestra la distribución de las visitas en las variables analizadas.

	Media	Desviación típica	Rango
Edad gestacional (semanas)	27,83	12,45	(4-42)
Edad de la paciente (años)	29,49	5,73	(16-48)

Tabla 12 Edad gestacional, edad de la paciente

Origen	Frecuencia	Porcentaje
España	597	40,8
América Sur	221	15,1
Asia Extremo Oriente	134	9,2
Otros	128	8,7
Asia Oriente Medio	101	6,9
África Norte	92	6,3
América Central	67	4,6
Europa UE 15	25	1,7
África Central	16	1,1
Europa Nuevos Países	4	0,3
Resto de Europa	5	0,3
América Norte	4	0,3
África Sur	3	0,2
Perdidos sistema	67	4,6
Total	1464	100

Tabla 13 Origen

	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de riesgo		
Bajo	568	38,8
Medio	680	46,4
Alto	202	13,8
Muy alto	14	1
Antecedente de fetos a término		
Nulípara	719	49,1
Primípara	497	33,9
Multípara	248	16,9
Antecedente de fetos a pretérmino		
NO	1418	96,9
SI	46	3,1
Antecedente de abortos		
0	833	56,9
1	398	27,2
2+	233	15,9
Antecedente de hijo fallecidos		
	Frecuencia	
NO	1418	96,9
SI	46	3,1
Total	1464	100

Tabla 14 Nivel de riesgo, antecedentes obstétricos

4-Factores de riesgo /factores protectores

Comparamos la variable adecuación con el resto de variables. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el país de origen de la paciente y el nivel de adecuación; tampoco entre el número de hijos a término, pretérmino, ni abortos. Se halló una diferencia marginalmente significativa al comparar mujeres con antecedentes de hijos fallecidos, aquellas que habían tenido esta experiencia tienden a distribuir sus motivos en los grupos de medianamente adecuado e inadecuado.

El nivel de riesgo de la gestación resultó marginalmente significativo: a mayor riesgo en la gestación los motivos tienden a ser más adecuados.

Encontramos una tendencia a presentar motivos de consulta más adecuados en gestaciones más evolucionadas y menos adecuados en aquellas más tempranas. No existió tendencia al cruzar edad de la paciente con adecuación del motivo.

Origen	Adecuado	Medianamente adecuado	Inadecuado
España	297 43,9%	287 42,4%	93 13,7%
Europa UE 15	17 51,0%	11 33,3%	5 15,2%
Europa Nuevos Países UE 15-27	6 75%	1 12,5%	1 12,5%
Resto de Europa	3 60%	1 20%	1 20%
África Norte	47 47,%	40 40%	13 13%
África Central	5 31,2%	7 43,8%	4 25%
África Sud	1 33,3%	1 33,3%	1 33,3%
América Norte	2 50%	1 2,%	1 25%
América Central	35 44,9%	38 48,7%	5 6,4%
América Sud	88 36,4%	115 47,5%	39 16,1%
Asia Oriente Medio	58 50,9%	45 39,5%	11 9,6%
Asia Extremo Oriente	80 52,6%	56 36,8%	16 10,5%
Otros	80 55,6%	50 34,7%	14 9,7%
p			0,334

Tabla 15 Distribución del nivel de adecuación por origen

Riesgo	Adecuado	Medianamente adecuado	Inadecuado
Bajo	267 43,6%	256 41,8%	89 14,5%
Medio	326 43%	341 44,9%	92 12,1%
Alto	134 53,2%	82 32,5%	36 14,3%
Muy alto	22 75,9%	6 20,7%	1 3,4%
p			0,0001

Tabla 16 Distribución del nivel de adecuación por nivel de riesgo del embarazo

Fetos a término	Adecuado	Medianamente adecuado	Inadecuado
Ninguno	384 46,9%	320 39,1%	115 14%
Uno	229 41,8%	253 46,2%	66 12%
>dos	136 47,7%	112 39,3%	37 13%
p			0,06

Tabla 17 Distribución del nivel de adecuación por antecedentes de fetos a término

Fetos pretérmino	Adecuado	Medianamente adecuado	Inadecuado
NO	724 45,4%	661 41,4%	211 13,2%
SI	25 44,6%	24 42,9%	7 12,5%
p			0,95

Tabla 18 Distribución del nivel de adecuación por antecedentes de fetos pretérmino

Abortos	Adecuado	Medianamente adecuado	Inadecuado
Ninguno	451 47,7%	372 39,4%	122 12,9%
Uno	190 42,9%	198 44,7%	55 12,4%
>dos	108 40,9%	115 43,6%	41 15,5%
p	0,29		

Tabla 19 Distribución del nivel de adecuación por antecedentes abortos

Hijos fallecidos	Adecuado	Medianamente adecuado	Inadecuado
NO	728 45,6%	658 41,3%	209 13,1%
SI	21 36,8%	27 47,4%	9 15,8%
p	0,356		

Tabla 20 Distribución del nivel de adecuación por antecedentes hijos fallecidos

5-Análisis puérperas

De las 77 pacientes que consultaron durante el puerperio en el 33,8% los motivos fueron adecuados, el 41,6% medianamente adecuados y el 24,7% inadecuados. Sin encontrar diferencias estadísticamente significativas al comparar la variable adecuación con el resto de variables.

Fase 2: Elaboración y validación de un tríptico informativo sobre los posibles síntomas del embarazo y el tipo de consulta que requieren cada uno.

1-Diseño preliminar:

<p>Primera mitad del embarazo:</p> <p><u>Comentar en la próxima visita con su matrona:</u></p> <p>Confirmar que estas embarazada.</p> <p>Aumento del flujo.</p> <p>Dolor mamario.</p> <p>Molestias en la parte baja del abdomen.</p> <p>Nauseas o vómitos.</p> <p>No notar al bebé</p> <p><u>Acudir a su ginecólogo o médico de cabecera en su Centro de Atención Primaria:</u></p> <p>Sangrado en menos cantidad de una menstruación.</p> <p>Erupciones cutáneas</p> <p>Picor en genitales.</p> <p>Molestias al orinar.</p> <p>Fiebre (>37,5°C)</p> <p><u>Acudir a urgencias de ginecología(sala de partos)</u></p> <p>No tolerancia de alimentos o líquidos durante 24h</p> <p>Sangrado de mayor intensidad que una menstruación</p> <p>Dolor en parte baja del abdomen que no cede con el reposo ni con la analgesia.</p>	<p>Segunda mitad del embarazo:</p> <p><u>Comentar en la próxima visita con su matrona:</u></p> <p>Contracciones irregulares, esporádicas y poco dolorosas.</p> <p>Molestias abdominales</p> <p>Piernas hinchadas que no duelen</p> <p><u>Acudir a su ginecólogo o médico de cabecera en su Centro de Atención Primaria:</u></p> <p>Prurito en genitales.</p> <p>Flujo diferente al habitual</p> <p>Picor en las plantas o palmas de las manos</p> <p><u>Acudir a urgencias de ginecología (sala de partos)</u></p> <p>Piernas hinchadas que duelen súbitamente o están roja o caliente</p> <p>Contracciones regulares, intensas o dolorosas</p> <p>Flujo muy abundante que no es orina</p> <p>No notar los movimientos del bebe durante todo el día.</p>	<p>Puerperio:</p> <p><u>Comentar en la próxima visita con su matrona:</u></p> <p>El bebe no se engancha al pecho</p> <p>Problemas con la lactancia.</p> <p>Escapes de orina o heces</p> <p><u>Acudir a su matrona, ginecólogo o médico de cabecera en su Centro de Atención Primaria:</u></p> <p>Molestias en la episiotomía o en la herida de la cesárea.</p> <p>Molestias en el pecho</p> <p>Prurito en genitales</p> <p>Molestias al orinar</p> <p><u>Acudir a urgencias de ginecología (sala de partos)</u></p> <p>Sangrado abundante</p> <p>Dolor en parte baja del abdomen que no cede con el reposo ni con la analgesia.</p> <p>Fiebre (>37,5°C)</p> <p>Flujo maloliente.</p> <p>Figura 6: diseño original del tríptico</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2-Análisis por parte de los expertos en Obstetricia:

Tras sendas reuniones con los profesores Lailla y Cabero y sendas contestaciones por correo electrónico por parte del doctor Armengol y el profesor Fabre se atendieron las siguientes recomendaciones que a continuación se detallan:

2.1-Comentarios a la sección de la primera mitad del embarazo.

- Inclusión del término pesadez en la parte baja del vientre además de molestias abdominales.
- Aclarar que durante la primera mitad del embarazo es normal no notar movimientos fetales.
- Añadir que la fiebre ha de ser persistente.
- Añadir molestias urinarias esporádicas en el apartado consultar en la próxima visita con su matrona.

2.2-Comentarios a la sección de la segunda mitad del embarazo.

- Reducir prudentemente el periodo de no notar movimientos fetales
- Añadir que la fiebre ha de ser persistente
- Remarcar que el trombomebolismo en miembros inferiores es unilateral
- Describir la lumbalgia rítmica como sinónimo de contracción.
- Las contracciones que han de obligar a la gestante a acudir a urgencias son dolorosas o intensas o regulares, no han de tener las tres características a la vez.

2.3-Comentarios a la sección del puerperio

- Añadir que la fiebre ha de ser persistente
- Cambiar el término “episiotomía” por “zona de puntos”

2.4-Comentarios generales

- Añadir a la matrona entre el personal a consultar en el segundo apartado, consultar al ginecólogo o médico de cabecera en su Centro de Atención Primaria.

- Añadir consultar a otras especialidades en caso de necesidad, remarcando que una gestante podría tener cualquier tipo de patología y no sólo las derivadas de su embarazo.

-Cambiar el término sala de partos por el de urgencias de ginecología.

No se tuvieron en consideración los siguientes comentarios:

-El escape de orina o heces debería consultarse al ginecólogo.

-Cambiar el concepto “el bebe no se engancha al pecho” por el de “no mama”.

Una vez realizadas las modificaciones el texto y estructura del tríptico quedo de la siguiente manera:

<p>Primera mitad del embarazo:</p> <p><u>Comentar en la próxima visita con su matrona:</u></p> <p>Confirmar que estas embarazada.</p> <p>Aumento del flujo.</p> <p>Dolor mamario.</p> <p>Molestias al orinar de vez en cuando</p> <p>Molestias o pesadez en la parte baja del abdomen.</p> <p>Nauseas o vómitos.</p> <p>No notar al bebe (ya que hasta las 20 semanas de gestación no es posible notar los movimientos fetales)</p> <p><u>Acudir a su matrona, ginecólogo o médico de cabecera en su Centro de Atención Primaria:</u></p> <p>Sangrado en menos cantidad de una menstruación.</p> <p>Erupciones cutáneas</p> <p>Picor en genitales.</p> <p>Molestias al orinar.</p> <p>Fiebre persistente (>37,5°C)</p> <p><u>Acudir a urgencias de ginecología</u></p> <p>No tolerancia de alimentos o líquidos durante 24h</p> <p>Sangrado de mayor intensidad que una menstruación</p> <p>Dolor en parte baja del abdomen que no cede con el reposo ni con la analgesia.</p>	<p>Segunda mitad del embarazo:</p> <p><u>Comentar en la próxima visita con su matrona:</u></p> <p>Contracciones irregulares, esporádicas y poco dolorosas.</p> <p>Molestias abdominales</p> <p>Piernas hinchadas que no duelen</p> <p><u>Acudir a su matrona, ginecólogo o médico de cabecera en su Centro de Atención Primaria:</u></p> <p>Prurito en genitales.</p> <p>Flujo diferente al habitual</p> <p>Picor en las plantas o palmas de las manos</p> <p><u>Acudir a urgencias de ginecología</u></p> <p>Una sola pierna hinchadas que duele súbitamente o está roja o caliente</p> <p>Contracciones regulares, intensas o dolorosas (que también se pueden presentar como dolor lumbar rítmico)</p> <p>Flujo muy abundante que no es orina</p> <p>No notar los movimientos del bebe durante 12 horas.</p> <p>Fiebre persistente (>37,5°C)</p> <p>Cefalea intensa y persistente</p>	<p>Puerperio:</p> <p><u>Comentar en la próxima visita con su matrona:</u></p> <p>El bebe no se engancha al pecho</p> <p>Problemas con la lactancia.</p> <p>Escapes de orina o heces</p> <p><u>Acudir a su matrona, ginecólogo o médico de cabecera en su Centro de Atención Primaria:</u></p> <p>Molestias en la zona de los puntos (episiotomía) o en la herida de la cesárea.</p> <p>Molestias en el pecho</p> <p>Prurito en genitales</p> <p>Molestias al orinar</p> <p><u>Acudir a urgencias de ginecología</u></p> <p>Sangrado abundante</p> <p>Dolor en parte baja del abdomen que no cede con el reposo ni con la analgesia.</p> <p>Fiebre persistente (>37,5°C)</p> <p>Flujo maloliente.</p> <p>Y recuerda!!!! que aunque estés embarazada podrías padecer cualquier enfermedad que requiera la atención de tu médico de cabecera u otro especialista.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Figura 7: Segundo diseño tras asesoría de expertos

3-Análisis por parte de las pacientes voluntarias:

Tras esto se realizó una primera maquetación idéntica en diseño a la definitiva, ésta fue mostrada a 20 gestantes y puérperas cuyas características y comentarios se detallan seguidamente:

Nº	Edad	EG	T	P	A	L	Nivel de estudios	Profesión	Riesgo embarazo	Antecedentes personales
1	33	puérpera	1	0	0	1	diplomada	fisioterapeuta	0	Ninguno
2	37	12	0	0	0	0	FP 2	educadora infantil	1	hernia hiato, obesidad, antecedentes familiares DM
3	32	36	0	0	0	0	diplomada	arquitecta técnica	1	Sospecha macrosoma
4	31	puérpera	0	0	0	0	FP1	ama de casa	0	micrognatia congénita
5	36	puérpera	0	0	1	0	diplomada	fisioterapeuta	1	trastorno alimentario
6	24	puérpera	2	0	0	2	FP1	ama de casa	0	Ninguno
7	30	Revocación								
8	31	20	0	0	2	0	FP 2	cocinera	0	Ninguno
9	39	33	0	0	0	0	Licenciada	administrativa	3	Amenaza de parto pre-término, 2 conizaciones
10	37	35	1	0	1	1	bachillerato	limpieza	2	enfermedad Chagas
11	21	puérpera	0	0	0	0	FP1	agente de viaje	0	Ninguno
12	25	puérpera	0	0	0	0	FP1	centro de estética	1	Hipotiroidismo
13	38	puérpera	1	0	1	1	diplomatura	ama de casa	1	38 años
14	25	puérpera	1	0	2	1	FP 1	ama de casa	0	Ninguno
15	25	puérpera	1	0	2	1	FP1	ama de casa	0	Ninguno
16	32	37	1	0	0	1	licenciatura	ingeniera	0	Ninguno
17	37	puérpera	2	0	0	2	bachillerato	cocinera	0	Ninguno
18	32	41	0	0	0	0	FP 2	charcutera	0	Ninguno
19	27	Revocación								
20	23	38	1	0	0	1	primaria	ama de casa	0	Ninguno

Tabla21: Principales características de las pacientes entrevistadas. EG edad gestacional; T embarazosa término; P embarazos pre-término; A abortos; L hijos vivos; FP formación profesional

A continuación se detallan las respuestas a lo que opinaban sobre el lenguaje, su impresión general y su consideración general

Nº	Lenguaje	Impresión general	Consideración general
1	Comprensible	Buena	Buena idea
2	Comprensible	Buena	Buena idea
3	Comprensible	Buena	Buena idea
4	Comprensible	Buena	Buena idea
5	Comprensible	Buena	Buena idea
6	Comprensible	Buena	Buena idea
8	Comprensible	Buena	Buena idea
9	Comprensible	Demasiado básico	Buena idea
10	Comprensible	Buena	Buena idea
11	Comprensible	Buena	Buena idea
12	Comprensible	Buena	Buena idea
13	Demasiado técnico	Buena	Buena idea
14	Comprensible	Buena	Buena idea
15	Comprensible	Buena	Buena idea
16	Comprensible	Buena	Buena idea
17	Comprensible	Buena	Buena idea
18	Comprensible	Buena	Buena idea
20	Comprensible	Buena	Buena idea

Tabla 22: Comentarios generales de las pacientes entrevistadas

3.1-Comentarios a la sección primera mitad del embarazo por paciente

Nº	Añadir	SS	Completar	SS
2	cambios en el aspecto de la orina	V	dolor mamario sólo a la presión	V
8	hormigueo en MMSS	V	no tolerancia a alimentos es vomitar todo lo que uno come	R
9			el dolor de abdomen bajo es tipo dolor de regla, el sangrado también puede ser flujo marronáceo	V, A
11			especificar que el flujo es vaginal	V
13			especificar que el flujo es vaginal, analgesia no es comprensible	V,R
14	cambios de humor, aumento o pérdida de peso	V		
15	aumento de peso o pérdida, cambios de humor	V		
17	acidez	V		

Tabla 23: comentarios de las pacientes entrevistadas a la sección de la primera mitad del embarazo. SS subsección, V verde, A ámbar, R rojo.

3.2-Comentarios a la sección segunda mitad del embarazo por paciente

Nº	Añadir	SS	Completar	SS
1	secreciones mamarias, manos hinchadas que hormiguean	V		
3	hemorroides trombosadas	R	pies hinchados	V
8			picor por prurito, dolor de cabeza por cefalea	A,R
10			en las contracciones la barriga se pone dura	R
13			no le gusta la frase contracciones irregulares esporádicas y poco dolorosas	V
14	rampas, flojedad anemia	V,A		
15	calambres, flojedad	V,A		
16	dolor hipogastrio	V	distinguir entre la dinámica uterina antes y después de las 37 sg	V

Tabla 24: comentarios de las pacientes entrevistadas a la sección de la primera mitad del embarazo. SS subsección, V verde, A ámbar, R rojo.

No realizaron ningún comentario a la sección de puerperio.

3.3- Comentarios generales: que a continuación se detallan por paciente.

5	cambiar en el título problemas por síntomas
10	le hubiera ayudado, en muchas ocasiones no consulto por desconocimiento
12	deberíamos insistir que no pasa nada por venir por falsas alarmas a urgencias, refiriéndose a la DU prodrómica
18	hubiera ido a urgencias por muchos de los síntomas verdes, le hubiera sido muy útil el tríptico

Tabla 25: comentarios generales

4-Texto y diseño definitivo:

Finalmente se maquetoó la versión definitiva del tríptico siguiendo las recomendaciones y normas del Departamento de Comunicación del centro. Quedando la versión definitiva de la siguiente manera.



Figura 8: Tríptico definitivo en su anverso y reverso (ver en anexos)

<p>Primera mitad del embarazo</p> <p>Comenta en la próxima visita rutinaria con tu matrona:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aumento o pérdida de peso Confirmar que estás embarazada Aumento del flujo vaginal Dolor mamario (espontáneo o al rozarte) Molestias al orinar de vez en cuando Molestias o pesadez en la parte baja del abdomen Nauseas o vómitos No notar al bebé (ya que hasta las 20 semanas de gestación es normal no notar los movimientos del bebé) Hormigueo en brazos o manos Acidez <p>Consulte con su matrona, ginecólogo o médico de cabecera de tu centro de atención primaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sangrado en menos cantidad que una menstruación Erupciones cutáneas Picor en genitales Molestias al orinar o cambios en el aspecto u olor de la orina Fiebre persistente (>37,5°C) <p>Consulta en urgencias de ginecología</p> <ul style="list-style-type: none"> Vomitir todo lo que uno bebe o como durante 24 horas Sangrado de mayor intensidad que una menstruación Dolor en parte baja del abdomen que no disminuyen con el reposo ni con paracetamol 	<p>Segunda mitad del embarazo</p> <p>Comentar en la próxima visita rutinaria con tu matrona:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tu abdomen se pone duro de vez en cuando pero no te duele Molestias abdominales Piernas o pies hinchados que no duelen Hormigueo en brazos o manos Secreción lechosa por las mamas <p>Consulte con su matrona, ginecólogo o médico de cabecera de tu centro de atención primaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> Picor en genitales Flujo diferente al habitual Picor en las plantas o palmas de las manos Mayor cansancio de lo habitual <p>Consulta en urgencias de ginecología</p> <ul style="list-style-type: none"> Una sola pierna hinchada que duele de repente o está roja o caliente Tu abdomen se pone duro de forma regular y no cede con el reposo (esto es una contracción, que también se pueden presentar como dolor lumbar con un ritmo constante). Si estas de más de 37 semanas estas contracciones son menos preocupantes, tu matrona te explicará cuando debes ir a urgencias. Flujo muy abundante que no es orina No notar los movimientos del bebé durante 12 horas Fiebre persistente (>37,5°C) Dolor de cabeza intenso y persistente 	<p>Puerperio: Una vez el bebé ha nacido</p> <p>Comentar en la próxima visita rutinaria con tu matrona:</p> <ul style="list-style-type: none"> El bebé no se engancha al pecho Problemas con la lactancia Escapes de orina o heces <p>Consulte con su matrona, ginecólogo o médico de cabecera de tu centro de atención primaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> Molestias en la zona de los puntos (episiotomía) o en la herida de la cesárea Molestias en el pecho Picor en genitales (picor intenso) Molestias al orinar <p>Consulta en urgencias de ginecología</p> <ul style="list-style-type: none"> Sangrado abundante Dolor en la parte baja del abdomen que no disminuye con el reposo ni con paracetamol Fiebre persistente (>37,5°C) Flujo maloliente <p>Y recuerda que aunque estés embarazada podrías padecer cualquier enfermedad que necesite la atención de tu médico de cabecera u otro especialista.</p> <p>Si tienes dudas ACUDE A URGENCIAS!</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Figura 9: texto definitivo del tríptico

Fase 3: Determinar el efecto de una intervención educativa sobre la frecuentación a urgencias de las embarazadas de nuestra área

1-Estudio preliminar:

Se realizó un estudio preliminar para la presentación de la evolución de proyecto en septiembre del 2014, cuando se habían incluido 100 pacientes en el grupo casos y 100 en el de controles. Habiendo analizado las visitas generadas por estas de Octubre del 2013 a Febrero del 2014. Se halló una diferencia substancial en el número de visitas, siendo de 30 en el grupo de casos y 58 en el grupo de controles, por lo que asumimos encontrar diferencias de hasta un 50%. Aunque esta diferencia fue a expensas de las visitas adecuadas y medianamente adecuadas.

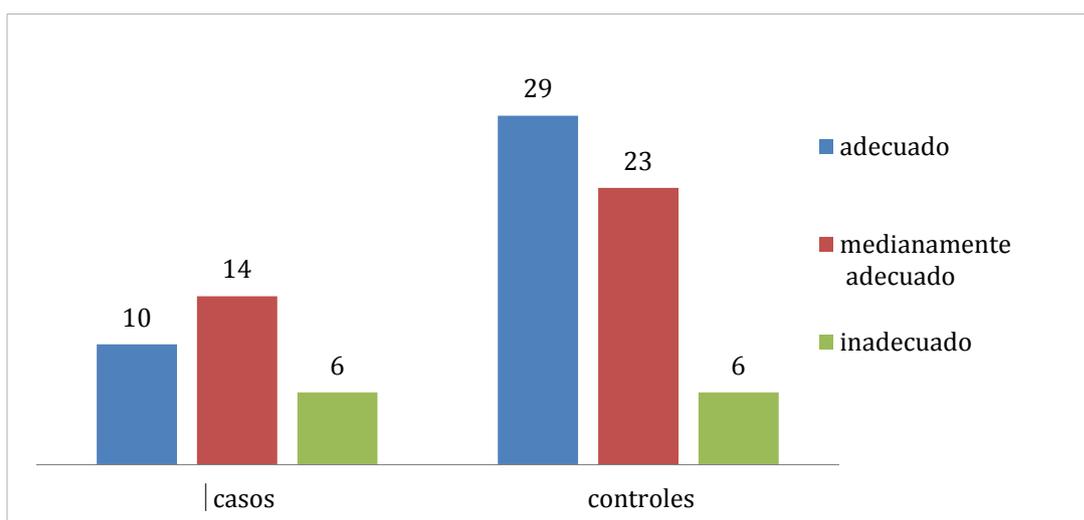


Figura 10: análisis preliminar

Esto nos hizo realizar varios cambios en el proyecto:

Cambios para controlar los resultados perinatales, con el fin de asegurarnos que la intervención no tuviera resultados negativos sobre las gestantes o los recién nacidos, añadimos entonces las variables: tipo de parto, peso al nacer, ph arterial y media del Apgar.

Generar una herramienta para el control de la adecuación de mayor objetividad, asumiendo que quizás la herramienta generada por consenso para determinar el

nivel de adecuación, no estaba cumpliendo correctamente su función. Añadimos de este modo las variables: necesidad de ingreso, necesidad de sedimento, analítica, ecografía y registro cardiotocográfico, tal y como se observa en los trabajos revisados(12,13,18).

El cálculo del tamaño muestral para encontrar una diferencia mínima entre grupos del 20%, asumiendo unas pérdidas máximas del 10%, fue de 103 pacientes por rama.

2-Estudio descriptivo:

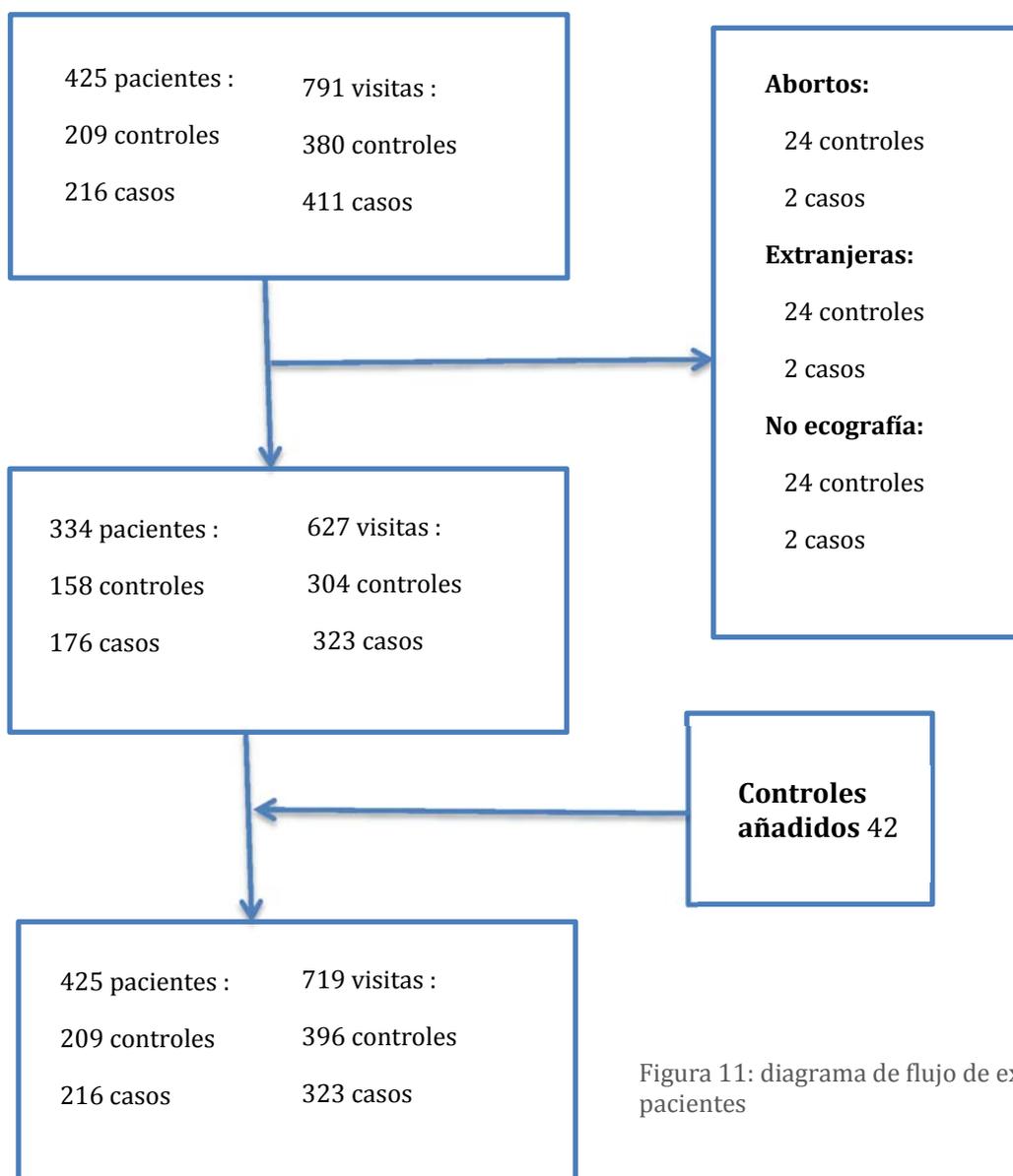


Figura 11: diagrama de flujo de exclusión pacientes

Se incluyeron un total de 425 pacientes, de los cuales 209 correspondían al grupo control y 216 al grupo caso; estas generaban un total de 791 visitas, de las cuales 380 correspondían los controles y 411 a los casos.

Aplicando el filtro que eliminaba abortos, se eliminaron 24 pacientes control, lo que suponía eliminar 41 visitas y 2 pacientes caso, lo que suponía eliminar 3 visitas de este grupo.

Aplicando el filtro para pacientes extranjeras (no originarias de un país hispanohablante), se eliminaron 20 pacientes control y 38 casos, lo que suponía eliminar 195 y 197 visitas respectivamente.

Aplicando el filtro “no ecografía” (pacientes que no se habían realizado la ecografía pero constaba su cita en los listados del sistema), se eliminaron 16 pacientes del grupo control, lo que supuso eliminar 17 visitas.

Al ampliar todos los filtros contamos con 158 pacientes control y 176 casos, que generaron 304 y 323 informes de urgencias respectivamente.

Dada la substancial reducción en el tamaño muestral se decidió ampliar el número de casos, tal y como se describe en el apartado material y método.

Se añadieron un total de 42 pacientes que generaban un total de 92 visitas en el grupo control.

Quedando finalmente un total de 200 pacientes en el grupo control y 176 en el grupo caso, que generaron un total de 396 y 323 visitas y urgencias de ginecología respectivamente.

Así pues concluimos que para el análisis estadístico definitivo se tuvieron en cuenta un total de 376 pacientes, y se revisaron 719 informes de urgencias.

En el grupo control la media de visitas a urgencias por paciente fue de 1,83 (rango 1-11, desviación estándar 1.36) y en el grupo caso de 1,83 (rango 1-10, desviación estándar 1.51), sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas ($p=0.582$).

En el grupo control sólo 28 pacientes generaron cuatro visitas o más, en el grupo caso 25 pacientes generaron cuatro vistas o más. Mostrándose equilibradas como puede observarse.

122 pacientes no generaron ninguna visita, de las que 58 correspondían a los controles y 64 a los casos.

A continuación se detallan las características globales de la muestra:

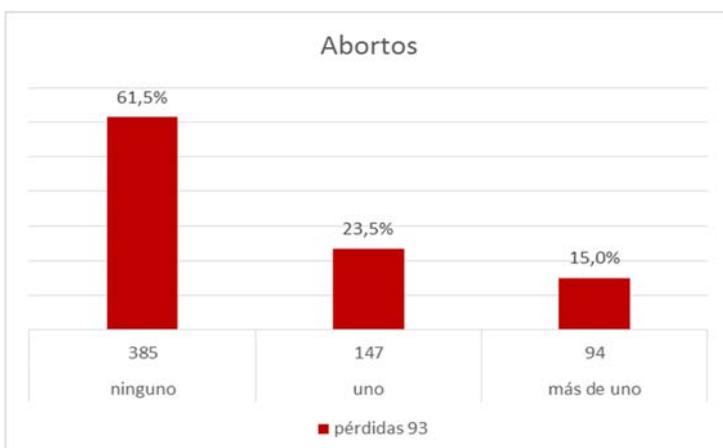
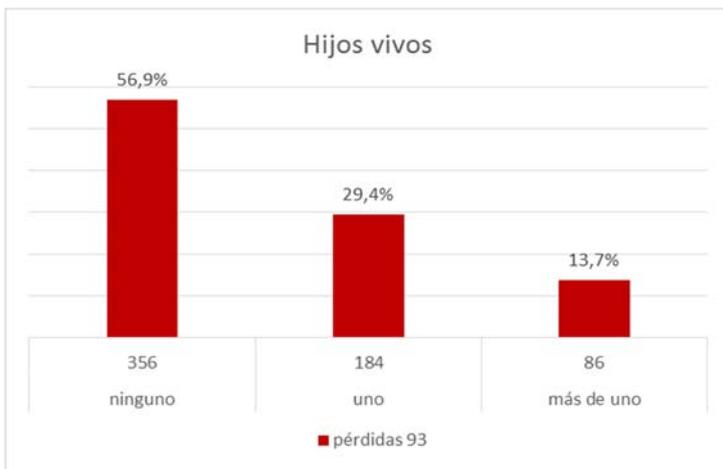


Figura 12 : Variables cuantitativas discretas: abortos, hijos vivos

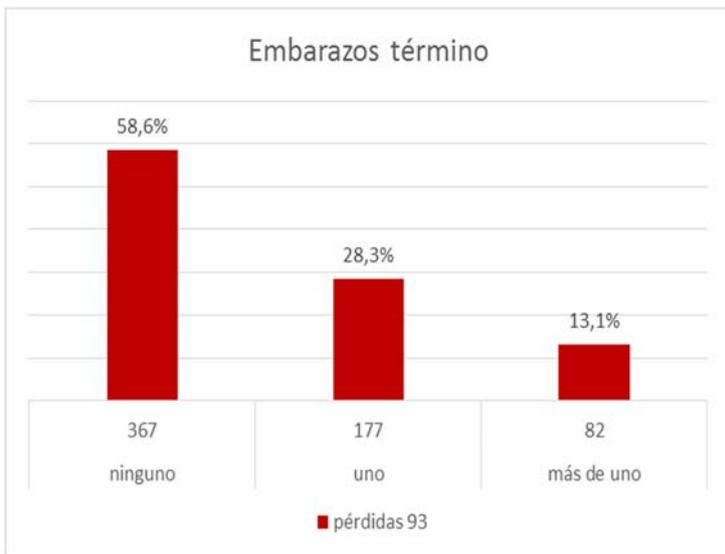
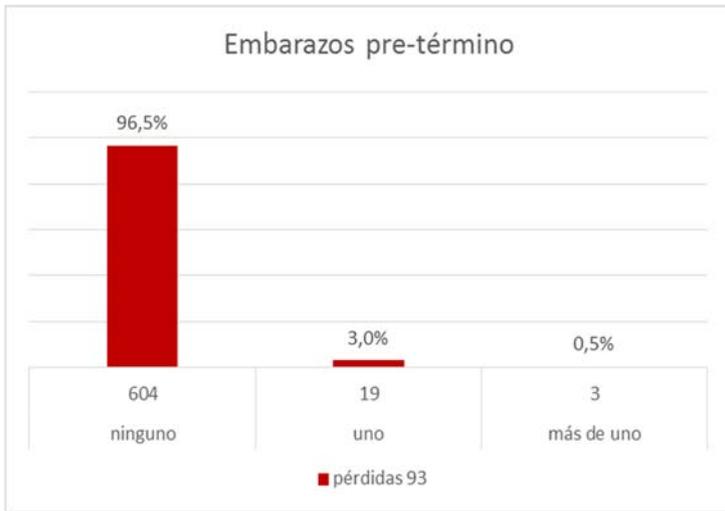


Figura 13 : Variables cuantitativas discretas: embarazos a término, pretérmino.

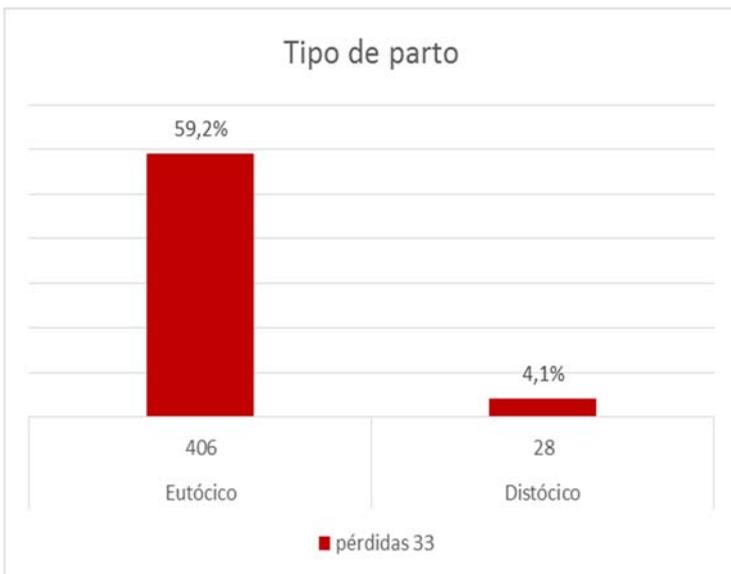
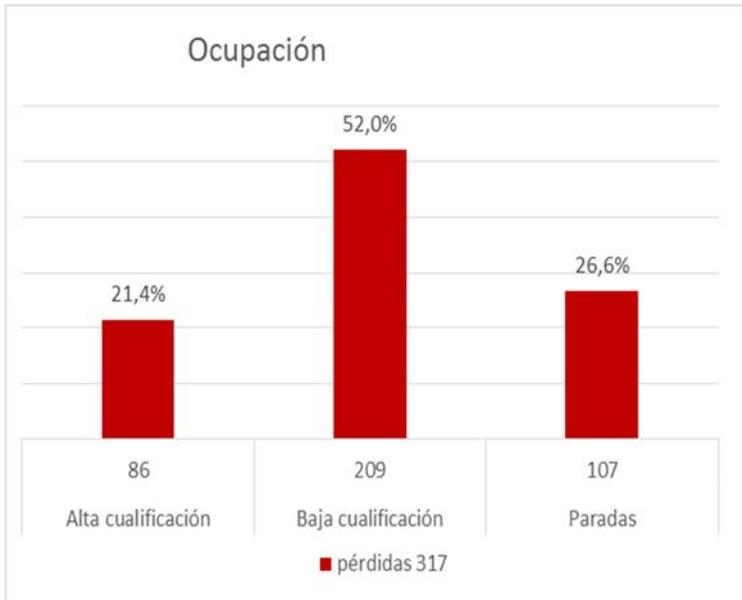


Figura 14: Variables cualitativas: ocupación, tipo de parto.

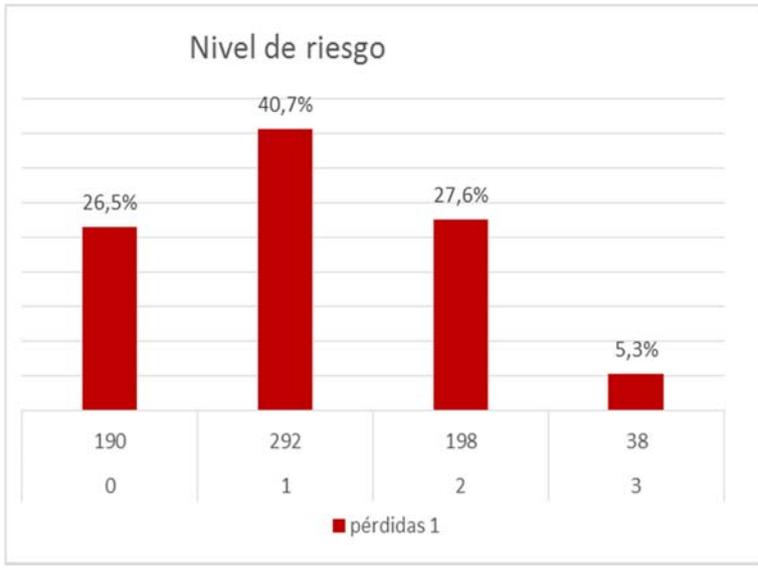
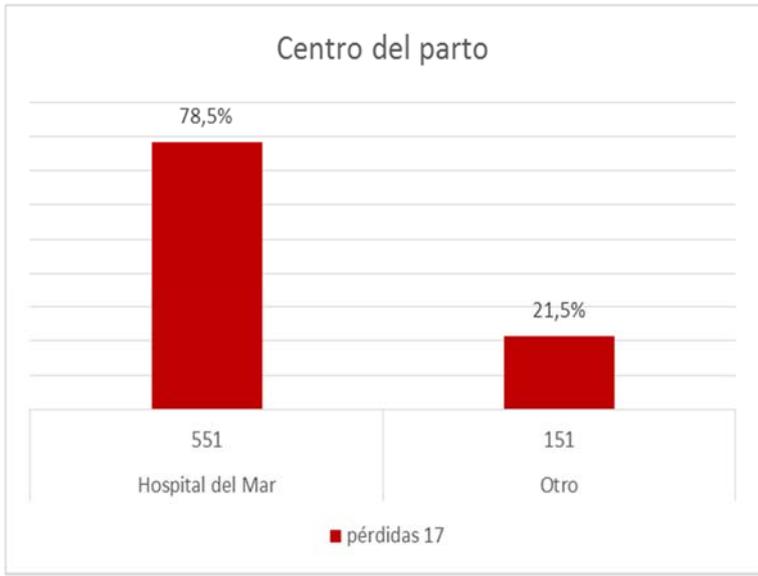


Figura 15 : Variables cualitativas: centro del parto, nivel de riesgo

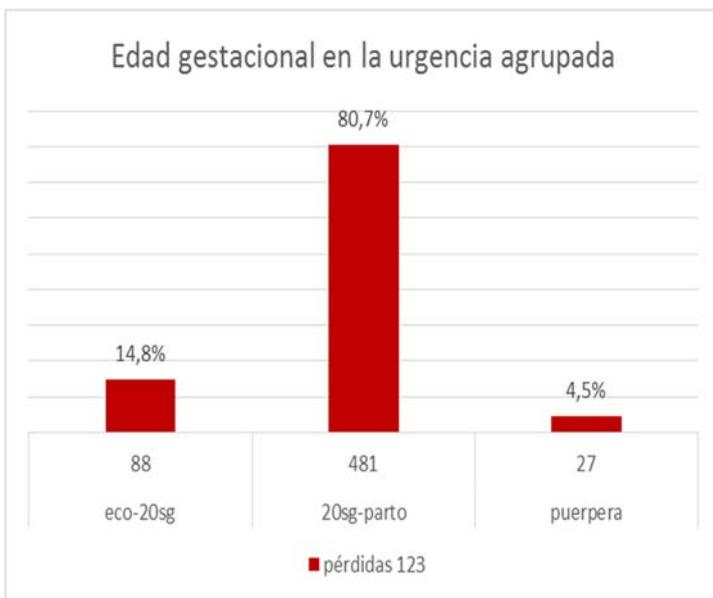
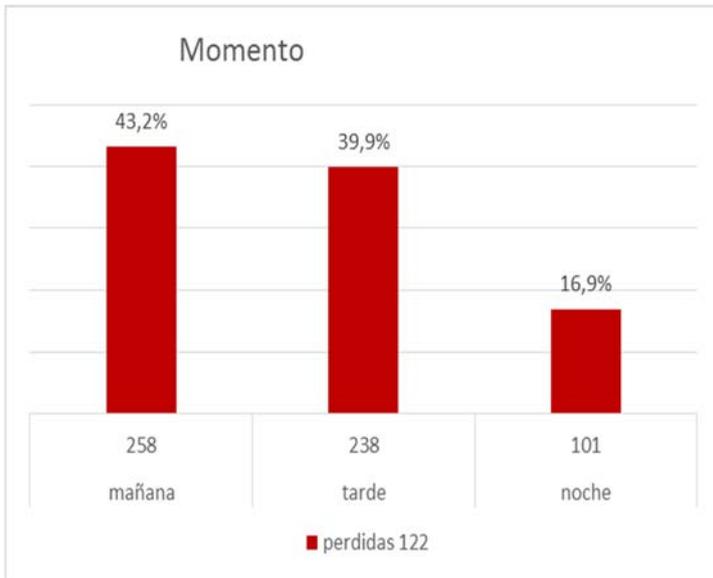


Figura 16 : Variables cualitativas: momento, edad gestacional agrupada.

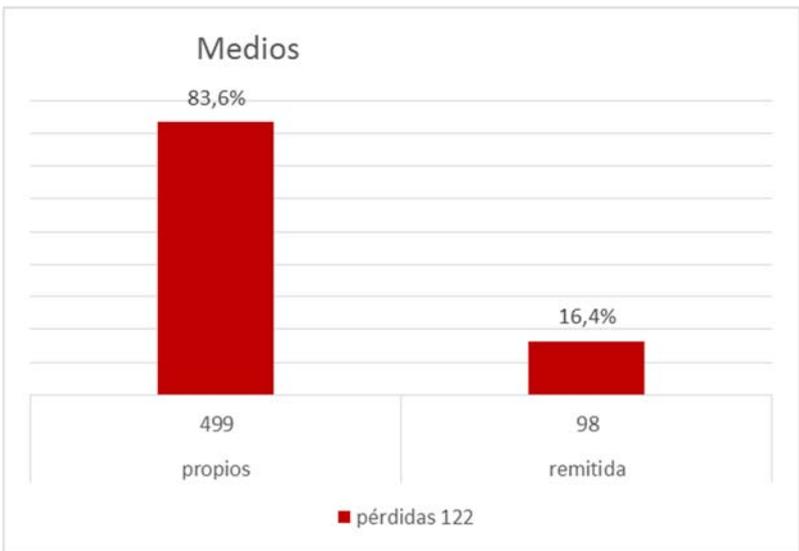
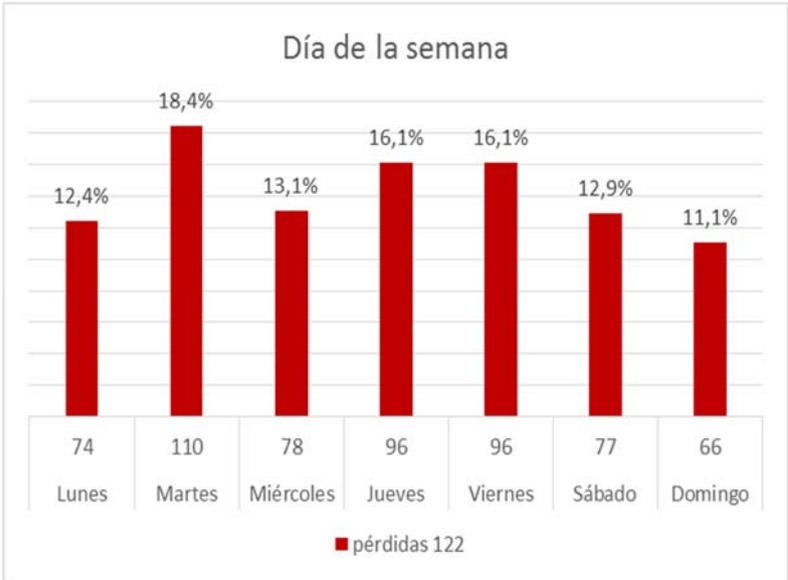


Figura 17 : Variables cualitativas: día de la semana, medios.

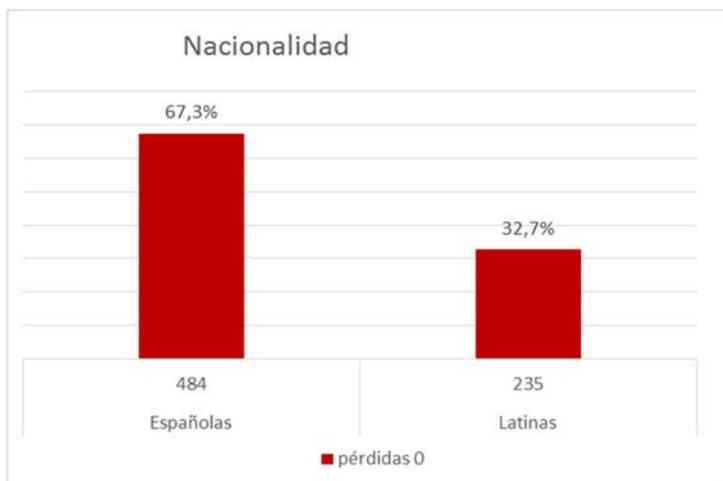


Figura 18 : Variables cualitativas: nacionalidad

	media	mínimo	máximo	desv.tip
Horas en urgencias	2,3	0	28,1	3,2
ph arterial	7,2	6,97	7,42	0,073
peso al nacer (kg)	3,2394	1,185	4,8	0,56796
Apgar (media 1 y 5 minuto)	9,35	5	10	0,62
edad (años)	31,87	16,27	46,34	5,9

Tabla 26: Variables continuas: horas en urgencias, ph arterial, peso al nacer, Apgar, edad.

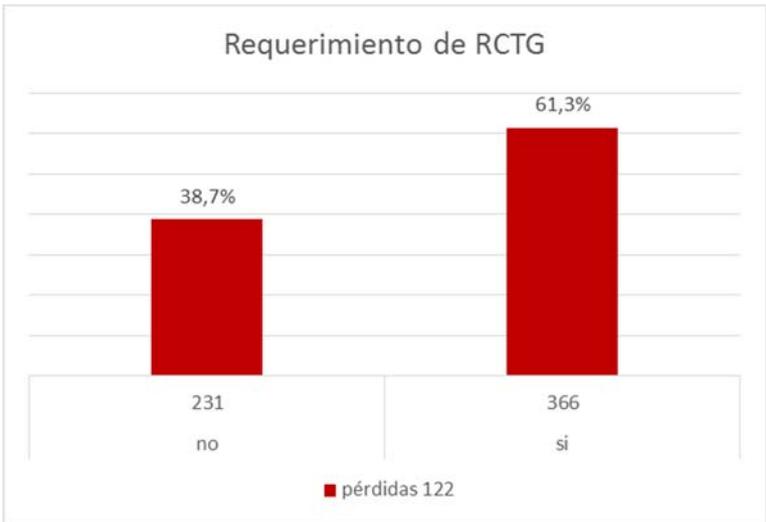
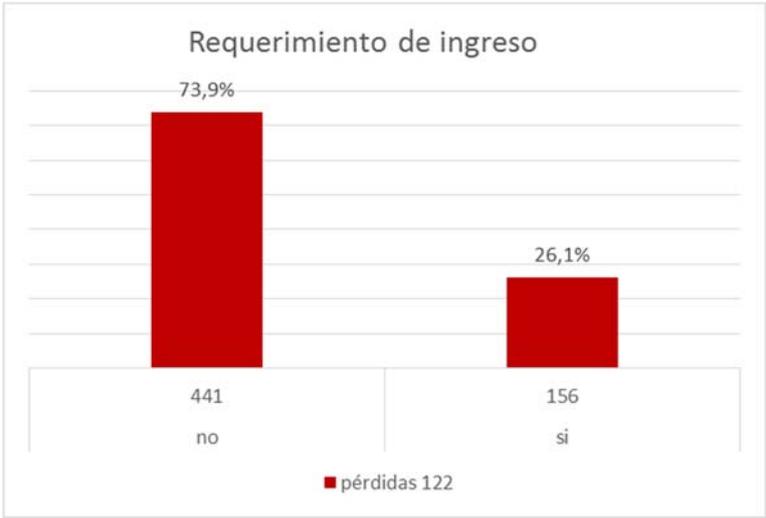


Figura 19 : Variables control de la adecuación objetivo: requerimiento de ingreso, RCTG (registro cardiocardiográfico).



Figura 20 : Variables control de la adecuación objetivo: ecografía, sedimento, analítica.

Motivos de consulta más frecuentes:	N	%
Dinámica uterina	184	30,9
Dolor abdominal	101	16,9
Hidrorrea	65	10,9
Sangrado	49	8,2
HTA	29	4,9
Disminución de movimientos fetales	14	2,3
Control	11	1,84
Síndrome miccional	10	1,7
Prurito genital	8	1,3

Tabla 27: Principales motivos de consulta

Principales diagnósticos	N	%
Vulvovaginitis	10	1,7
RPM	40	6,7
Pródromo	73	12,2
Parto	89	14,9
ITU	42	7
Inducción	12	2
Gestación normoevolutiva	120	20,1
Cólico nefrítico	11	1,8
Bacteriuria	20	3,4

Tabla 28: Principales diagnósticos

3-Resultados principales:

3.1-Nivel adecuación subjetivo:

No se encontraron diferencias significativas en los niveles de adecuación subjetivos (basados en las tablas de consenso) entre ambos grupos, casos y controles. De los que podemos sustraer que la intervención educativa no demostró efecto a largo plazo en el nivel de adecuación de las visitas, tampoco en la frecuentación a urgencias, como se demuestra en el apartado anterior.

Adecuación			control	caso	p
	adecuadas	N	197	146	
%		58,3	56,4		
inadecuadas	N	31	30		
	%	9,2	11,6		
medianamente adecuada	N	110	83		
	%	32,5	32		
Total		338	259		

Tabla 29: Nivel de adecuación

3.2-Control objetivo de la adecuación:

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los requerimientos de ingreso, analítica, sedimento o registro cardiotocográfico.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la variable necesidad de ecografía, las visitas generadas por el grupo de casos requirieron con mayor frecuencia una ecografía.

			control	caso	p
Requerimiento ingreso	no	N	247	194	0,615
		%	73,1	74,9	
	si	N	91	65	
		%	26,9	25,1	
Total			338	259	
Requerimiento analítica	no	N	277	219	0,4
		%	82	84,6	
	si	N	61	40	
		%	18	15,4	
Total			338	259	
Requerimiento sedimento	no	N	236	167	0,167
		%	69,8	64,5	
	si	N	102	92	
		%	30,2	35,5	
Total			338	259	
Requerimiento ecografía	no	N	166	105	0,037
		%	49,1	40,5	
	si	N	172	154	
		%	50,9	59,5	
Total			338	259	
Requerimiento RCTG	no	N	130	101	0,894
		%	38,5	39	
	si	N	208	158	
		%	61,5	61	
Total			338	259	

Tabla 30: Variables de control objetivo del nivel de adecuación. RCTG registro cardiotocográfico

4-Efecto a corto plazo de la intervención educativa:

4.1-Nivel adecuación subjetivo:

No se encontraron diferencias significativas en los niveles de adecuación subjetivos (basados en las tablas de consenso) entre ambos grupos, casos y controles, a corto plazo. De los que podemos sustraer que la intervención educativa no demostró efecto a corto plazo en el nivel de adecuación de las visitas.

Adecuación			control	caso	p	
Adecuación	adecuadas	N	23	24	0,625	
		%	32,9	40,7		
	inadecuadas	N	16	14		
		%	22,9	23,7		
	medianamente adecuada	N	31	21		
		%	44,3	35,6		
	Total		70	59		

Tabla 31: Nivel de adecuación a corto plazo

4.2-Control objetivo de la adecuación:

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los requerimientos de ingreso, ecografía, sedimento o registro cardiotocográfico.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la variable necesidad de analítica, las visitas generadas por el grupo de control requirieron con mayor frecuencia una analítica.

			control	caso	p
Requerimiento ingreso	no	N	67	56	0,83
		%	95,7	94,9	
	si	N	3	3	
		%	4,3	5,1	
Total			70	59	
Requerimiento analítica	no	N	52	53	0,024
		%	74,3	89,8	
	si	N	18	6	
		%	25,7	10,2	
Total			70	59	
Requerimiento sedimento	no	N	38	31	0,843
		%	54,3	52,5	
	si	N	32	28	
		%	45,7	47,5	
Total			70	59	
Requerimiento ecografía	no	N	1	4	0,117
		%	1,4	6,8	
	si	N	69	55	
		%	98,6	93,2	
Total			70	59	
Requerimiento RCTG	no	N	65	53	0,54
		%	92,9	89,8	
	si	N	5	6	
		%	7,1	10,2	
Total			338	259	

Tabla 32: Variables de control objetivo del nivel de adecuación a corto plazo. RCTG registro cardiotocográfico

5-Estudio de la homogeneidad entre grupo control y casos

5.1-VARIABLES CUANTITATIVAS DISCRETAS:

No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos, casos y controles, respecto al número de embarazos a término, pre-término, abortos ni hijos vivos

			control	caso	p
Embarazos a término	0	N	84	102	0,653
		%	53,5	58	
	1	N	54	57	
		%	34,4	32,4	
	>1	N	19	17	
%		12,1	9,7		
Total			157	206	
Embarazos pre-término	0	N	152	174	0,355
		%	96,8	98,9	
	1	N	4	2	
		%	2,5	1,1	
	>1	N	1	0	
%		0,6	0		
Total			193	175	
Abortos	0	N	98	109	0,877
		%	62,4	62	
	1	N	38	46	
		%	24,2	25,4	
	>1	N	21	21	
%		13,4	12,7		
Total			157	176	
Hijos vivos	0	N	80	102	0,361
		%	51	58	
	1	N	57	58	
		%	36,3	33	
	>1	N	20	16	
%		12,7	9,1		
Total			157	176	

Tabla 33: Estudio de homogeneidad, variables cuantitativas discretas: embarazos a término, pretérmino, abortos, hijos vivos

5.2-VARIABLES CUALITATIVAS:

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con respecto a las siguientes variables: ocupación, tipo de parto, riesgo del embarazo, momento del día en el que tuvo lugar la visita, nivel de riesgo del embarazo, edad gestacional agrupada en tres tramos (entre la ecografía de inclusión y las 20 semanas de gestación, entre las 20 semanas y el parto, tres meses posteriores al parto), día de la semana en el que tuvo lugar la visita ni medios por los que llegó la paciente a urgencias.

Sin embargo sí que se detectaron diferencias en el centro del parto, siendo más frecuente el parto en nuestro centro en el grupo de los controles.

			Controles	Casos	p
Ocupación	Alta cualificación	N	36	22	0,361
		%	35,3	28,2	
	Baja cualificación	N	48	36	
		%	47,1	46,2	
	Paradas	N	18	20	
		%	17,6	25,6	
Total			102	78	

			Controles	Casos	p		
Tipo de parto	Eutócico	N	111	98	0,494		
		%	58,4	62			
	Distócico	N	79	60			
		%	41,6	38			
	Total			90		158	

Tabla 34: Estudio de homogeneidad, variables cualitativas: ocupación, tipo de parto.

			Controles	Casos	p
Centro del parto	Hospital del Mar	N	144	101	0,016
		%	73,5	61,6	
	Otro	N	52	63	
		%	26,5	38,4	
	Total			196	

			Controles	Casos	p
Riesgo del embarazo	0	N	59	55	0,891
		%	29,6	31,2	
	1	N	78	66	
		%	39,2	37,5	
	2	N	50	47	
		%	25,1	26,7	
	3	N	12	8	
		%	6	4,5	
Total			199	176	

			Controles	Casos	p
Momento de la visita	Mañana	N	156	102	0,204
		%	46,2	39,4	
	Tarde	N	125	113	
		%	37	43,6	
	Noche	N	57	44	
		%	16,9	17	
	Total			338	

			Controles	Casos	p	
Edad gestacional agrupada	eco-20sg	N	49	39	0,784	
		%	14,5	15,1		
	20sg-parto	N	271	210		
		%	80,4	81,1		
	puerperio	N	17	10		
		%	5	3,9		
	Total			337		259

Tabla 35: Estudio de homogeneidad, variables cualitativas: centro, Del parto, riesgo del embarazo, momento de la visita, edad gestacional agrupada.

			Controles	Casos	p
Día de la semana	Lunes	N	38	36	0,377
		%	11,2	13,9	
	Martes	N	65	45	
		%	19,2	17,4	
	Miércoles	N	45	33	
		%	13,3	12,7	
	Jueves	N	61	35	
		%	18	13,5	
	Viernes	N	46	50	
		%	13,6	19,3	
	Sábado	N	43	34	
		%	12,7	13,1	
	Domingo	N	40	26	
		%	11,8	10	
Total			338	259	

			Controles	Casos	p
Medios	Remitidas	N	66	32	0,19
		%	19,5	12,4	
	Propios	N	272	227	
		%	80,5	87,6	
Total			338	259	

Tabla 36: Estudio de homogeneidad, variables cualitativas: día de la semana, medios

5.3- Variables cuantitativas continuas:

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de casos y controles respecto a las variables: peso al nacimiento, ph arterial de cordón, edad gestacional el día de la urgencia, edad gestacional el día del parto y tiempo de estancia en el servicio de urgencias.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la edad de la paciente el día de la urgencia, siendo mayores en el grupo control; así como en la media del test de

Apgar al minuto y cinco minutos del nacimiento, obteniéndose mejores resultados en el grupo de casos.

		<i>Controles</i>	<i>Casos</i>	<i>P SCHEFFÉ</i>
Peso	N	189	150	0,266
	Media	3227,52	3254,41	
ph arterial cordón	N	146	108	0,229
	Media	7,18	7,22	
media Apgar (1y 5 min)	N	143	142	0,008
	Media	9,31	9,39	
Edad el día de la urgencia	N	338	259	0,0001
	Media	32,67	32,19	
Edad gestacional en la urgencia	N	396	323	0,184
	Media	31,53	30,4	
Edad gestacional en el parto	N	193	164	0,842
	Media	38,82	39,05	
Tiempo en la urgencia	N	338	259	0,796
	Media	2,58	2,51	

Tabla 37: Estudio de homogeneidad, variables cuantitativas: peso del recién nacido, ph arterial de cordón, media Apgar, edad el día de la urgencia, edad gestacional el día de la urgencia, edad gestacional en el parto, tiempo en la urgencia.

6- Análisis bivariado entre Nivel de adecuación y las variables de adecuación objetivas:

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de adecuación y los requerimientos de ingreso, concentrándose un mayor requerimiento de ingreso entre las vistas adecuadas y medianamente adecuadas, aun mayor para el primer grupo; mientras que ninguna vista inadecuada requirió ingreso.

Las visitas adecuadas requirieron con mayor frecuencia la realización de analíticas con respecto a las medianamente adecuadas y estas mayor con respecto a las inadecuadas, aunque esta última diferencia fue menor.

Las diferencias halladas en los tres niveles de adecuación y el requerimiento de sedimento fueron en sentido inverso, existió mayor requerimiento en las visitas medianamente adecuadas, seguidas a muy poca distancia por las inadecuadas, y fue mucho menor en las visitas adecuadas.

Un comportamiento similar se observó con el requerimiento de ecografía, fue mayor en las vistas inadecuadas, seguido de las medianamente adecuadas y las adecuadas.

En cuanto al requerimiento de registro cardiotocográfico, se observa con una mayor frecuencia entre las visitas adecuadas, seguido de las medianamente adecuadas y por último las visitas inadecuadas.

			Adecuado	Medianamente adecuado	Inadecuado	p
Requerimiento ingreso	no	N	199	181	61	0,0001
		%	58	93,8	100	
	si	N	144	12	0	
		%	42	6,2	0	
	Total	343	193	61		
Requerimiento analítica	no	N	264	177	55	0,0001
		%	77	90,2	91,7	
	si	N	79	16	6	
		%	23	9,8	8,3	
	Total	343	193	61		
Requerimiento sedimento	no	N	253	112	38	0,001
		%	73,8	58	62,3	
	si	N	90	81	23	
		%	26,2	42	37,7	
	Total	343	193	61		
Requerimiento ecografía	no	N	186	69	16	0,0001
		%	54,2	35,8	26,2	
	si	N	157	124	45	
		%	45,8	64,2	73,8	
	Total	343	193	61		
Requerimiento RCTG	no	N	126	66	39	0,0001
		%	36,7	34,2	63,9	
	si	N	217	127	22	
		%	63,3	65,8	36,1	
	Total	343	193	61		

Tabla 38: Análisis bivariado entre Nivel de adecuación y las variables de adecuación Objetivas: requerimiento de ingreso, analítica, sedimento, ecografía, RCTG (registro cardiocográfico)

7- Análisis bivariado entre adecuación y el resto de las variables:

7.1-VARIABLES CUANTITATIVAS DISCRETAS:

No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos, casos y controles, respecto al número de embarazos a término, pre-término, abortos ni hijos vivos.

			Adecuado	Medianamente adecuado	Inadecuado	p
Embarazos a término	0	N	90	25	13	0,316
		%	57,3	50	76,5	
	1	N	52	18	4	
		%	33,1	36	23,5	
	>1	N	15	7	0	
%		9,6	14	0		
Total						
Embarazos Pre-término	0	N	154	46	17	0,165
		%	98,1	92	100	
	1	N	3	3	0	
		%	1,9	6	0	
	>1	N	0	1	0	
%		0	2	0		
Total						
Abortos	0	N	99	26	9	0,342
		%	63,1	52	52,9	
	1	N	37	18	4	
		%	23,6	36	23,5	
	>1	N	21	6	4	
%		13,4	12	23,5		
Total						
Hijos vivos	0	N	89	22	13	0,161
		%	56,7	44	76,5	
	1	N	53	21	4	
		%	33,8	42	23,5	
	>1	N	15	7	0	
%		9,6	14	0		
Total						

Tabla 39: Análisis bivariado entre adecuación y el resto de las variables. Variables cuantitativas discretas: embarazos a término, pretérmino, abortos, hijos vivos.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre nivel de adecuación y las variables: ocupación, tipo de parto, nivel de riesgo del embarazo y día de la semana en el que tuvo lugar la urgencia.

Por el contrario se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de adecuación y el centro del parto: se observó una tendencia a parir en el Hospital del Mar entre aquellas pacientes que habían sido sujeto de una vista adecuada o medianamente adecuada.

De igual manera se observó que las visitas adecuadas tendían con mayor frecuencia a presentarse en horario de mañana y noche, mientras que las medianamente adecuadas e inadecuadas eran por la tarde con mayor frecuencia.

Se advirtió también que las pacientes con edad gestacional en el tramo entre las 20 semanas de gestación y el parto realizaban consultas más adecuadas y medianamente adecuadas, mientras que entre las vistas inadecuadas la edad gestacional se dividía casi equitativamente entre el tramo comprendido entre la ecografía y las 20 semanas de gestación y el tramo comprendido entre las 20 semanas de gestación y el parto.

7.2-VARIABLES CUALITATIVAS

			Adecuado	Medianamente adecuado	Inadecuado	p
Ocupación	Alta cualificación	N	33	10	1	0,068
		%	30,3	27,8	10	
	Baja cualificación	N	55	17	3	
		%	50,5	47,2	30	
	Desempleadas	N	21	9	6	
		%	19,3	25	60	
	Total		109	36	10	

Tabla 40: Análisis bivariado entre adecuación y el resto de las variables. Variables cualitativas: ocupación

			Adecuado	Medianamente adecuado	Inadecuado	p
Tipo de parto	Eutócico	N	113	30	11	0,156
		%	65,3	51,7	68,8	
	Distócico	N	60	28	5	
		%	34,7	48,3	31,2	
	Total		173	58	16	

			Adecuado	Medianamente adecuado	Inadecuado	p
Centro del parto	Hospital del Mar	N	159	47	4	0,0001
		%	89,8	79,7	25	
	Otro	N	18	12	12	
		%	10,2	20,3	75	
	Total		177	59	16	

			Adecuado	Medianamente adecuado	Inadecuado	p
Riesgo del embarazo	0	N	48	23	6	0,486
		%	26,8	37,7	35,3	
	1	N	76	17	7	
		%	42,5	27,9	41,2	
	2	N	44	18	3	
		%	24,6	29,5	17,6	
	3	N	11	3	1	
		%	6,1	4,9	5,9	
	Total		179	61	17	

			Adecuado	Medianamente adecuado	Inadecuado	p
Momento de la visita	Mañana	N	166	68	24	0,004
		%	48,4	35,2	39,3	
	Tarde	N	114	94	30	
		%	33,2	48,7	49,2	
	Noche	N	63	31	7	
		%	18,4	16,1	11,5	
	Total		343	193	61	

Tabla 41: Análisis bivariado entre adecuación y el resto de las variables. Variables cualitativas: tipo de parto, centro de parto, riesgo del embarazo, momento de la visita.

			Adecuado	Medianamente adecuado	Inadecuado	p
Edad gestacional agrupada	eco-20sg	N	25	39	24	0,0001
		%	7,3	20,2	39,3	
	20sg-parto	N	300	146	35	
		%	87,7	75,6	57,4	
	puerperio	N	17	8	2	
		%	5	4,1	3,3	
Total			342	193	61	

			Adecuado	Medianamente adecuado	Inadecuado	p	
Día de la semana	Lunes	N	41	29	4	0,516	
		%	12	15	6,6		
	Martes	N	66	34	10		
		%	19,2	17,6	16,4		
	Miércoles	N	46	20	12		
		%	13,4	10,4	19,7		
	Jueves	N	61	24	11		
		%	17,8	12,4	18		
	Viernes	N	53	35	8		
		%	15,5	18,1	13,1		
	Sábado	N	43	26	8		
		%	12,5	13,5	13,1		
	Domingo	N	33	25	8		
		%	9,6	13	13,1		
	Total			342	193		61

Tabla 42: Análisis bivariado entre adecuación y el resto de las variables. Variables cualitativas: edad gestacional agrupada, día de la semana

7.3-VARIABLES CUANTITATIVAS CONTINUAS:

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de adecuación y las variables: peso al nacimiento, ph arterial de cordón, media del Apgar al minuto y cinco minutos del nacimiento, edad de la paciente en el momento de la urgencia, edad gestacional el día de la urgencia, edad gestacional el día del parto y tiempo de estancia en el servicio de urgencias.

		Adecuado	Medianamente adecuado	Inadecuado	p SCHEFFÉ
Peso	N	170	58	14	0,051
	Media	3183,04	3361,91	3014,71	
Ph arterial	N	148	47	9	0,837
	Media	7,23	7,23	7,24	
Media Apgar	N	146	47	15	0,449
	Media	9,44	7,23	9,43	
Edad el día de la urgencia	N	343	193	61	0,728
	Media	30,42	90,88	31,04	
Edad gestacional en la urgencia	N	343	193	61	0,739
	Media	34,52	30,94	25,69	
Edad gestacional en el parto	N	175	58	16	0,514
	Media	38,82	38,97	38,38	
Tiempo en la urgencia	N	343	193	61	0,836
	Media	2,46	2,68	2,64	

Tabla 43: Análisis bivariado entre adecuación y el resto de las variables. Variables cuantitativas: ph arterial, media Apgar, edad el día de la urgencia, edad gestacional en la urgencia, edad gestacional en el parto, tiempo en la urgencia.

8-Análisis multivariado:

Como se desprende del aparatado anterior las variables que principalmente se tuvieron en cuenta para éste fueron aquellas en las que se había encontrado diferencias estadísticamente significativas: centro del parto, momento de la visita y edad gestacional.

Tras el análisis multivariante concluimos que:

-Si la vista es por la tarde existen 1,88 más riesgo de que la vistas sea inadecuada o medianamente adecuada (p =0,0010)

- Si la vista tiene lugar entre el momento de la inclusión en el estudio (12 semanas de gestación aproximadamente) y las 20 semanas de gestación existe 8 veces más posibilidades de que la visitas sea inadecuada o medianamente adecuada (p=0,0001).

Por lo tanto quedará una ecuación de regresión logística compuesta por estas dos variables: OR 1,882 IC 95% (1,319-2,684) para las visitas por la tarde y OR 8,038 IC 95% (3,441-18,773) para las visitas en la primera mitad de la gestación. Representada por la curva ROC de área 0,663, cuya sensibilidad es del 62% y especificidad es del 70%.

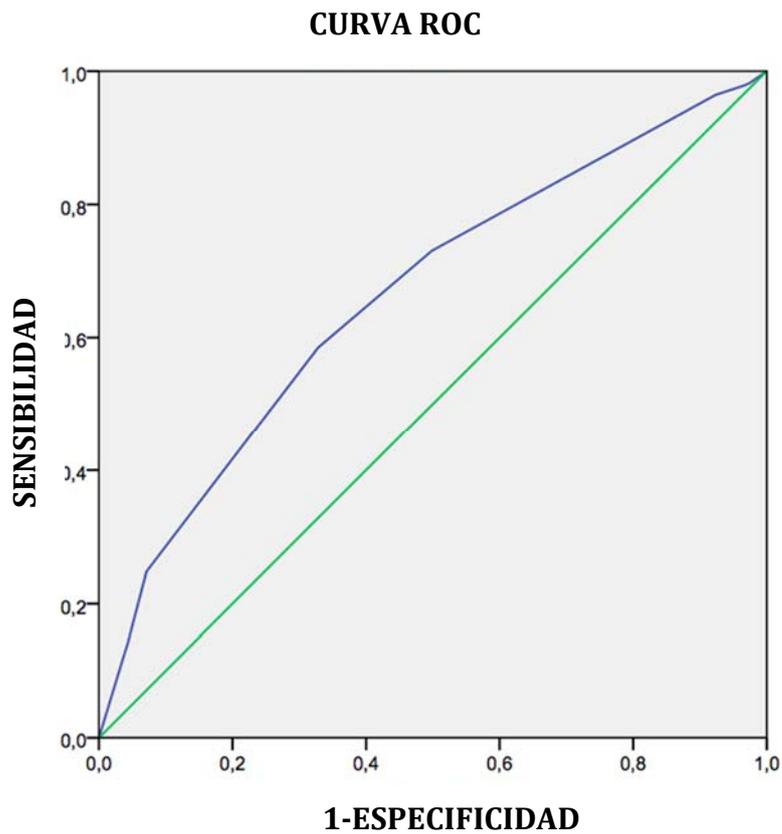


Figura 21: curva ROC

6-Discusión

5-Discusión

Fase 1: Determinar la frecuentación y adecuación de las visitas a urgencias de obstetricia de nuestro centro.

1-Nivel de adecuación:

Las 668 gestantes estudiadas acudieron una media de 2,61 veces a urgencias durante el transcurso de su embarazo y puerperio inmediato. Lo que generó un total de 1743 visitas a urgencias de ginecología y obstetricia.

Consideramos que los motivos de consulta eran adecuados en el 38,9 %, medianamente adecuados en el 46,7 % y totalmente inadecuadas en el 14,4 %.

Lo que demuestra que mediante diferentes intervenciones es factible reducir en número de vistas inadecuadas o medianamente adecuadas, a urgencias, hasta un 61%, reduciendo del mismo modo el gasto sanitario de las urgencias.

Comparar nuestros hallazgos a los de la bibliografía consultada es un trabajo difícil. Como ya hemos mencionado ninguno de los estudios sobre el tema versa específicamente sobre pacientes obstétricas, sólo unos pocos consideran los síntomas o diagnósticos gineco-obstétricos, que además no distinguen del resto(19,20,29). Otros los extraen de sus estudios de forma deliberada (18,21) probablemente por la división logística y muchas veces incluso física, de estas urgencias con respecto las generales.

No obstante, las tasas encontradas en estos estudios son muy dispares entre si y con respecto a nuestro trabajo, comprendidas entre un 19% (16) y un 66% (25), esto probablemente sea debido a dos motivos principales:

1-La clasificación de las visitas en inadecuadas o adecuadas es diferente, en algunos casos clasifican teniendo en cuenta un sistema validado, probablemente de mayor valor que el nuestro (11-13,17,18,28), pero que en la mayoría de los casos tiene en cuenta el diagnóstico (11-13) o pruebas diagnósticas que se hacen una vez ya se ha visitado al paciente (12,13). Otros utilizan un sistema más similar al nuestro por consenso entre expertos (12,14,16,27) o sólo fijándose en el motivo de consulta (32).

2-La subdivisión de las visitas, no es triple como la nuestra, sino que es en dos tipos (19,23,29), o en más de tres (16,17).

Lo que podemos concluir ya sea tomando como referencia las visitas inadecuadas o añadiendo a estas las medianamente adecuadas, es que existe un gran porcentaje de visitas que podían ser visitadas en atención primaria y suponer un ahorro sanitario, de acuerdo a toda la bibliografía consultada.

2-Factores de riesgo y protectores:

Las pacientes con antecedentes de algún hijo fallecido o con un riesgo gestacional más elevado tendían a distribuir sus motivos en los grupos de medianamente adecuado e inadecuado, aunque solo resulto ser marginalmente significativo.

Pensamos que una posible explicación posible para la asociación con el antecedente de hijos fallecidos sea que esta desagradable experiencia genere ansiedad en la madre y la mantenga alerta sobre síntomas que no son realmente importantes, haciendo que acuda a urgencias ante la más mínima duda. Esto es razonable, y además dada la baja incidencia de este tipo de antecedente no generaría un gran exceso de visitas. Podría equipararse a la asociación hallada en otros trabajos con la comorbilidad (16,17,19,21,23,29), aunque pensamos que en nuestro caso pesa más el componente psicológico.

En cuanto a riesgo gestacional elevado, lo equiparamos a la asociación hallada por otros autores a comorbilidades o patologías crónicas (16,17,19,21,23,29). No obstante, podría existir un componente subjetivo similar al del antecedente de hijo fallecido, ya que las pacientes con riesgo gestacional elevado son visitadas en un medio hospitalario y conocen perfectamente su estatus de “gestación de riesgo”.

Encontramos una tendencia a presentar motivos de consulta más adecuados en gestaciones más evolucionadas y menos adecuados en aquellas más tempranas. Posiblemente esto se deba a dos factores:

1-Que la inclusión de las pacientes en el estudio se hace prácticamente en el segundo trimestre de manera que queda poco tiempo de seguimiento; mientras que se sigue toda la segunda mitad del embarazo

2- La diferencia de frecuencias halladas entre los diferentes motivos de consulta. Es decir, muchos de los síntomas descritos para la primera mitad del embarazo ya han sido superados por la gestante al llegar a la ecografía de primer trimestre, momento en el cual se incluía en el estudio. Es el caso del sangrado abundante o dolor hipogástrico intenso, ambos clasificados como adecuados, y que normalmente son signos sugestivos de una gestación interrumpida o accidentada, que por otra parte es mucho más frecuente antes de las 12 semanas de gestación. Por otro lado, el motivo de consulta más frecuente, la dinámica uterina, estará presente en la práctica totalidad de las gestantes en algún momento y será al menos en una de las consultas adecuado, mientras que no todas van a acudir a urgencias por una falsa alarma de parto, por lo tanto esto inclinará la balanza hacia la adecuación en gestaciones más evolucionadas. En conclusión, creemos que esta asociación se ha de considerar teniendo en cuenta este fenómeno.

En los escasos estudios que tuvieron en cuenta las pacientes obstétricas no las separaron de las visitas ginecológicas y no consideraron la edad gestacional (19,20,29).

No se observó una tendencia presentar motivos más adecuado a mayor edad de la paciente como se hallaba de forma repetida en el resto de estudios (13-19,21-23,26-29). Esto es debido a que nuestra población tiene un estrecho rango de edad (ya que son todas en edad fértil) y sería difícil encontrar diferencias; además son pacientes jóvenes, característica que el resto de autores consideran como subsidiarias de generar unas visitas inadecuadas con más frecuencia.

Las variables país de origen de la paciente, número de hijos a término, pretérmino o abortos no modificaban de una manera estadísticamente significativa el nivel de adecuación.

Esperábamos que la nuliparidad hubiera sido un factor de riesgo, bajo la hipótesis de que la falta de experiencia hiciera que estas pacientes acudieran más a urgencias por motivos inadecuados. En el mismo sentido el antecedente de hijos pretérmino o abortos podrían ser motivos de angustia que las hiciera acudir más de manera inadecuada, pero no hemos hallado esta asociación.

Algunos estudios marcaron la etnia (11,28) o el hecho de ser extranjeros(15,22), equiparable en nuestro caso al país de origen, como factor de riesgo, hallazgo que no evidenciamos. Nuestra tasa de extranjeros fue de un 60%, mucho mayor que la del único estudio que la referencia (17) que es del 24 al 30%. Probablemente se deba a que las realidades socioeconómicas de las pacientes son más complejas y no reductibles a su país de origen.

3-Pacientes remitidas:

El 11,6% fueron remitidas por otros profesionales y por acuerdo se eliminaron del análisis pues se consideraron adecuadas, si bien podíamos haberlas analizado, pues en otros estudios encuentran niveles de inadecuación elevados entre estas visitas (18). También como otros autores (19,29), consideramos que si un profesional sanitario remitía a la paciente debemos dar por sentado que consideró su motivo de consulta adecuado, aunque en ciertos casos no estemos de acuerdo. Otros autores encontraron el hecho de ser remitido un factor protector para las visitas inadecuadas, lo que pensamos que apoya nuestra manera de actuar (21).

4-Motivos de consulta:

Cuatro diagnósticos principales al alta suponen el 64,2% de los diagnósticos, y son: trabajo de parto, gestación normoevolutiva, infección del tracto urinario inferior y pródromos de parto.

Seis motivos de consulta principales suponen el 69,7% de los motivos, y son: dinámica uterina, metrorragia, hidrorrea, dolor en hipogastrio, dolor abdominal y síndrome miccional.

Cabe hacer mención especial al motivo de consulta "dinámica uterina" y diagnósticos más habitualmente asociados a éste: trabajo de parto y pródromos de parto, pues discernir entre ellos utilizando sólo los criterios subjetivos acordados entre investigadores, observando si la paciente refería la dinámica como intensa o regular nos fue imposible, así que en este caso utilizamos una de las pruebas diagnósticas, el registro cardiotocográfico, tal y como hacen otros autores (11,14,17,18,21), atentando de este modo sobre nuestro propio principio de intentar clasificar la adecuación de los

motivos de consulta a priori sin tener en cuenta la visita en si, como hacen otros muchos autores(16,27,32).

Pensamos que dado el grueso de estos motivos de consulta serían una excelente población diana para la realización de una intervención, ya que además suelen ser motivos repetidos en una misma paciente, hasta que realmente ésta se encuentra en trabajo de parto. Sería interesante generar una herramienta para reducir este tipo de visitas.

5-Puérperas:

El 5% de las vistas fueron generadas por puérperas. De ellas se consideraron adecuadas el 33,8%, medianamente adecuadas el 41,6% e inadecuadas el 24,7%, de modo que al menos el 66,3% de las visitas generadas por estas pacientes son subsidiarias de ser atendidas en atención primaria. Pueden ser también diana de intervenciones que descarguen los servicios de urgencias y generen un ahorro económico. No obstante, estamos hablando de sólo el 5% de las visitas, que en números absolutos supondrían sólo 87 visitas.

Consideramos que, aun así era importante estudiarlas, ya que toda paciente gestante acabará siendo una puérpera, y por otro lado es más seguro incidir sobre esta subpoblación ya que se ha dejado de considerar gestante y no hemos de preocuparnos por la salud del feto.

No se halló ninguna asociación estadísticamente significativa entre el nivel de adecuación de las visitas puerperales y el resto de variables, muy probablemente porque el tamaño muestral considerado es muy bajo.

6-Limitaciones

6.1-Tamaño muestral y población diana:

Ciertamente para esta parte del trabajo no se calculó el tamaño muestral, al tratarse de un trabajo retrospectivo en el que las historias clínicas debían ser revisadas a mano y que estaba englobado dentro de un proyecto de tesis doctoral con un plazo máximo de finalización, decidimos acotar el tamaño muestral por el periodo de seguimiento que sería de un año. De esta manera obtuvimos información de 668 pacientes que generaron un total de 1743 vistas.

Este número es mucho menor que el que se considera en otros trabajos (11,12,18,26) pero similar también al utilizado por otros autores (16,20,23). Creemos que para hacernos una idea general de la frecuentación y adecuación de las visitas a urgencias el tamaño era suficiente. Sobre todo si consideramos que se trata de un estudio de un subgrupo de urgencias, y no de urgencias generales; y que no contamos con una base de datos automatizada.

Cabría realizar ciertas consideraciones sobre la población diana: hubiera sido ideal recopilar información de todo el primer trimestre, pero queríamos tener una muestra equiparable a la que luego generaríamos en la fase tres.

Por otra parte excluimos a las pacientes de los centros de atención primaria de Villa Olímpica y Barceloneta, somos conscientes que podemos con ello incurrir en algún sesgo, pero por el mismo motivo, nuestro propósito es que la información obtenida en esta muestra fuera lo más similar a la muestra de la fase tres. Por ello utilizamos la ecografía de primer trimestre para incluir las pacientes, como haríamos en la fase tres.

6.2-Codificación de los diagnósticos:

Como ya se ha mencionado no poseemos una base de datos automatizada, los diagnósticos y motivos de consulta están introducidos como variable texto, no obstante el servicio de documentación del centro hace el esfuerzo por codificar algunos de ellos, se hizo un intento de análisis automatizado pero la codificación no era suficiente ni se adaptaba a nuestras necesidades. Para el futuro sería de gran utilidad contar con una herramienta similar como han podido usar otros autores(25).

6.3-Tipo de estudio:

Se trata de un estudio retrospectivo, siendo conscientes de la pérdida de calidad de la información, pero no nos era factible hacerlo prospectivo como otros autores (14,16,19,20,29,32), por motivos de tiempo, tampoco creemos que sin ser nuestro objetivo principal fuera rentable el esfuerzo. Otros muchos autores optaron igualmente por un estudio retrospectivo (11-13).

Esto nos obliga a realizar un estudio sin contar con el consentimiento informado de las pacientes, en contra posición a otros autores(17), no obstante muchos otros no lo mencionan y han aprobado el respectivo comité ético, al igual que nuestro trabajo.

6.4-VARIABLES

Hemos utilizado variables comunes al resto de la literatura y que considerábamos importantes como la comorbilidad (en forma de antecedentes obstétricos y riesgo del embarazo en nuestro caso) (17,21,26), edad, duración de los síntomas (26), etnia (11,15,22,28), derivación (16-18,21).

Pero hemos prescindido de otras variables muy interesantes que si han utilizado otros autores, pero que por ser el trabajo retrospectivo no han podido utilizarse: turno(17,21,22,26), o nivel socioeconómico, tipo de trabajo (14,15,22,23,26-28), tiempo de espera (26), soporte social (17,22,26), nivel educativo (26,27) acceso deficiente (13), día de la semana (13). Muchas de estas variables en la medida de lo posible fueron incluidas en el estudio de la fase tres.

Otros autores han utilizado ciertas variables que carecen de interés para nuestro estudio como la temporalidad (18) o el tipo de seguro médico(11,15,18,28).

Otra posible mejora, es que no hicimos un análisis de costes como otros autores (11-14,26-28) o un análisis de los motivos para acudir a urgencias dados por las pacientes (14,26,27). Pero ciertamente se extralimita de los objetivos del estudio.

Fase 2: Elaboración y validación de un tríptico informativo sobre los posibles síntomas del embarazo y el tipo de consulta que requieren cada uno.

1-Diseño

Tras varias fases en la elaboración y validación del tríptico obtuvimos un ejemplar definitivo que nos sirvió para la intervención educativa de la fase tres del trabajo:

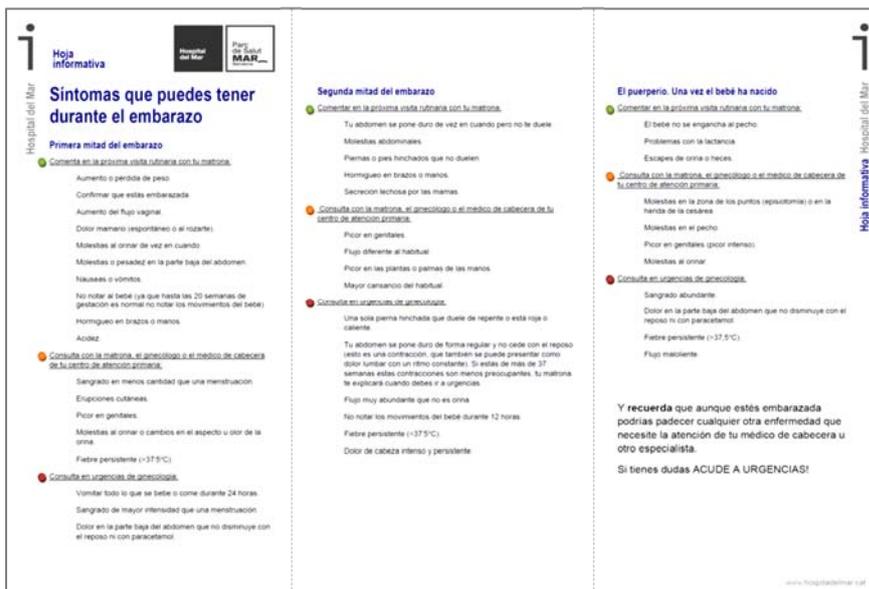


Figura 22: Tríptico definitivo

Los pasos seguidos fueron:

- Revisión de material existente publicado sobre el tema.
- Diseño y elaboración del tríptico por tres profesionales especialistas en Obstetricia y Ginecología y con experiencia en el campo.
- Revisión por cuatro expertos con sobrada experiencia en el campo de la Obstetricia
- Revisión por parte de una muestra de embarazadas y púerperas de nuestra área
- Diseño y maquetación bajo las directrices del Departamento de Comunicación de nuestro centro.

Se tuvieron en cuenta la práctica totalidad de las sugerencias realizadas tanto por los expertos en Obstetricia como por las pacientes voluntarias, algunas de ellas decidimos no considerarlas como han decidido otros autores (47).

No se tuvieron en consideración los siguientes comentarios de los expertos:

-El escape de orina o heces debería consultarse al ginecólogo, no tuvimos en consideración este comentario ya que consideramos que si esta sintomatología aparecía y era consultada a la matrona, está derivaría a la paciente al ginecólogo, sin detrimento de la salud de la paciente, y queríamos incidir en la idea de que no se trata de una sintomatología urgente sino que es algo normal durante los primeros meses tras el parto. Sólo uno de los consultores nos hizo esta recomendación.

- Se nos sugirió cambiar el concepto “el bebe no se engancha al pecho” por el de “no mama”, consultamos este término con alguna de las gestantes que revisaron el tríptico posteriormente, ya que el término “engancharse al pecho “ es ampliamente utilizado y creemos que hace referencia al inicio de la lactancia, mientras que mamar abarca otras problemáticas diferentes. Decidimos finalmente dejar el término original.

A las pacientes voluntarias se les preguntó qué les parecía la idea, qué les parecía el lenguaje y qué consideraciones generales querían hacer. En términos generales les gustaba la idea, y pensaban que les sería de utilidad. Más tarde se les instó a leer punto por punto para que hicieran sugerencias de los que consideraran pertinentes. Muchos de sus comentarios fueron dirigidos a la eliminación de vocabulario técnico, cuestión ampliamente señalada en la literatura revisada(44). Otras añadieron algún síntoma que fue también considerado.

Con respecto a los aspectos de diseño y maquetación no contamos con expertos en la materia entre los validadores a los que consultamos, como sugieren otros autores (50), pero si contábamos con estrictas directrices por parte del Departamento de Comunicación del centro que actuó como asesor en comunicación.

La literatura recomienda formato A5 (44) pero nos vimos obligados a substituir por A3, aunque realmente la cantidad de información que debíamos incluir no hubiera cabido en este formato.

La fuente utilizada fue tamaño 12, tal y como recomiendan la mayoría de autores. (37,49)

Utilizamos mínimos toques de color como está recomendado (49), aunque nos hubiera gustado incluir fotos o ilustraciones, como también se recomienda (35,49), pero no pudo ser por cuestión económica y de espacio.

Por razones similares no pudimos incluir tablas ni frases en forma de pregunta /respuesta como se recomienda (42,49).

Muchos autores utilizaban el método " *fog*" que recomienda frases cortas, palabras cortas y pocas frases (46) pero dada la información que debíamos incluir lo único que intentamos es darle la máxima sencillez a los conceptos.

Remarcaremos también que como se recomienda, nuestro material fue acompañado de una breve explicación oral, y nunca pretendió sustituir a la información que daban los profesionales que atienden a las gestantes(44).

Si revisamos el interesante *checklist* que nos sugiere Coultar et al (39) para la validación de material escrito, pensamos que podemos estar satisfechos: hemos incluido a los pacientes en el proceso, conocemos la población diana a la que irá dirigido, hemos involucrado a los expertos, sustituimos la revisión de la literatura por un material ya oficializado, hemos considerado los gastos, y hemos considerado como se iba a divulgar.

Del mismo modo cumplimos cada punto a tener en cuenta, tal y como sugiere el método de Bernier et al (35).

- Tenemos un propósito, una meta, conocemos a nuestra audiencia, y nuestro objetivo
- En la fase de diseño hemos cuidado el contenido, hemos intentado organizarlo con frases cortas, títulos, organizadores, colores, etc; se ha escrito en primera persona, (no se ha podido usar el sistema pregunta/respuesta ni se han podido dar ejemplos), las frases y las palabras se han intentado acortar, y se ha cuidado la parte gráfica con las consideraciones dadas por el Departamento de Comunicación.
- Se ha obtenido el *feed back* de un grupo pequeño de pacientes.
- Se ha estudiado la vía de distribución.

2-Lengua:

Se escribió el texto en las dos lenguas oficiales de nuestro medio: el catalán y el castellano, el bilingüismo lo marcan las normas del centro.

Cabría explicar por qué no se tradujo a diversos idiomas, en vista de las numerosas nacionalidades detectadas en la fase uno del estudio, en la que se halló que aproximadamente el 60% de nuestras pacientes son extranjeras, y que sólo el 55% son de habla hispana. El motivo fundamental fue económico, ya que cada lengua requeriría un traductor, una validación por pacientes hablantes de la lengua en cuestión y una nueva impresión. No obstante en la bibliografía consultada se observan numerosos autores que lo hacen del mismo modo (40,49).

3-Población diana:

Se utilizaron sólo embarazadas y puérperas ya que diversos autores han demostrado que, cuando la información es trascendente para el validador, este da resultados más positivos y presta más atención (40,49), y además se mejora la efectividad del objetivo de la información médica escrita (39).

4-Método de elaboración/validación:

4.1-Investigador principal:

Hemos observado como en algunos estudios la validación la lleva a cabo un investigador diferente del que luego realizará la intervención con el material didáctico; de este modo consiguen reducir sesgos (58). En nuestro caso no pudo ser así, aunque la intervención propiamente dicha fue realizada por varios investigadores, pero entre ellos se encontraba el investigador que había participado en la validación, y más tarde el seguimiento del efecto de la intervención lo hizo el mismo investigador.

4.2-Elección del método de validación:

No se han encontrado en la literatura ejemplos lo suficientemente similares al nuestro, así que generamos un método propio de validación. Unos trataban de validar panfletos sobre fármacos (40,42), otros sobre diversas patologías (37,38,44,49), sólo uno de

ellos estaba dirigido una usuaria similar a la nuestra y probablemente incluía información similar (50).

Hemos de mencionar la sencillez en muchos aspectos de nuestro método, elegido así por cuestiones logísticas y económicas. Este trabajo estaba englobado en un proyecto de tesis doctoral con una limitación temporal, además de que la elaboración y validación del tríptico no era el objetivo principal, sino un secundario. Algunos autores han utilizado métodos muy similares (50).

Por otra parte, encontramos grupos que no ven necesaria la validación de material (57) y utilizaban alguno similar.

4.3-Método abierto vs preguntas cerradas:

En cuanto a la validación con pacientes sabemos que existen otros métodos de validación probablemente más objetivos y pormenorizados, como aquellos que utilizan cuestionarios (35,40,47,49), estos son más dirigidos y caen menos en la subjetividad, no obstante, otros autores presentan trabajos de calidad utilizando métodos más abiertos y similares al nuestro (44,50).

Algunos envían estos cuestionarios por correo (38), ganando la objetividad que dan las preguntas dirigidas pero perdiendo participación.

Otros, presentan modificaciones más sencillas de farragosos métodos basados en largos cuestionarios(42).

Optamos por un método más sencillo y de tú a tú, porque lo consideramos menos complejo rápido y económico.

4.4-Contenido del material /expertos:

En algunos trabajos se remarca el interés de realizar una revisión sistemática de la literatura sobre el tema que versa el material didáctico (39), nosotros consideramos que debíamos utilizar un material didáctico similar al ya oficializado en nuestro medio, y que está basado en una correcta revisión de la literatura.

En la descripción de algunos métodos se opta por la elaboración por parte de un solo grupo de expertos en el material, nosotros optamos por una doble validación, tal y como lo han hecho otros autores (47), por parte de los investigadores especialistas en obstetricia y por unos validadores externos con más experiencia.

4.5-Número de participantes:

Ciertos autores han utilizado el método de validación múltiple por pacientes, entregando a varios grupos versiones sucesivas de la información escrita (47,49).

Para otros grupos el tamaño de la población a la que se les pedía participar era mucho mayor (38,40), otros era más similar a la nuestra(50).

Nuestra motivación fue de naturaleza económica abalada por la literatura.

4.6-Valoración económica:

Algunos autores apuntan esta consideración económica como de vital importancia a la hora de tomar decisiones en la elaboración, maquetación o distribución de la información médica escrita (39). No hicimos la remuneración a los participantes que pueden permitirse otros autores(49). Como ya hemos explicado era un punto importante en nuestro trabajo.

5-Limitaciones

El tríptico que generamos ha sido utilizado únicamente como herramienta para la intervención educativa que queríamos hacer. Fue validado por expertos y pacientes para este fin. Pero efectivamente revisando la literatura sobre el tema podríamos haber estudiado aspectos muy interesantes que dejamos de lado como son: la comprensión de la información, pasando test antes y después sobre los conocimientos aportados por el tríptico, o la memoria a largo plazo, haciendo estos mismo test en otro momento(35,36).

Otros estudiaron la ansiedad que genera la información recibida, hipotéticamente podríamos pensar que el tríptico genera un estado de alerta en la gestante que podría tener un resultado contraproducente en el número de visitas, algunos autores han estudiado este efecto llegando a la conclusión que por el contrario poseer información sobre un acontecimiento antes de que este suceda reduce la ansiedad sobre el mismo (38,47).

Estos podría ser motivo de otros trabajos, pero actualmente consideramos que se extralimita del objetivo de nuestro proyecto.

Fase 3: Determinar el efecto de una intervención educativa sobre la frecuentación a urgencias de las embarazadas de nuestra área

1-Resultados principales:

Se incluyeron finalmente en el grupo de controles 200 pacientes y en el de casos 176, de las que se analizaron respectivamente 396 y 323 visitas, esto supuso una media de 1,98 visitas por paciente en el grupo de los controles y 1,84 visitas por paciente en el de los casos.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el requerimiento de ecografía: requirieron más ecografías los casos. De estos resultados podemos inferir que entre los casos las visitas son más adecuadas objetivamente, aunque como ya se ha comentado esta prueba diagnóstica es ampliamente utilizada en un servicio de urgencias de Ginecología y su poder como herramienta de medición de la adecuación podría quedar en entredicho. No obstante, este efecto de “abuso” de la prueba complementaria se dará por igual en casos y controles.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el nivel subjetivo de adecuación, la necesidad de ingreso, de sedimento urinario, analítica, ni de registro cardiotocográfico.

En el análisis a corto plazo se observaron diferencias estadísticamente significativas en el requerimiento de analítica, siendo más solicitada en el grupo de control, para lo que no encontramos ninguna explicación, posiblemente y dado el tamaño de la muestra podría deberse a una casualidad estadística. No se hallaron diferencias en cuanto al nivel de adecuación, o requerimiento de ingreso, sedimento, registro cardiotocográfico o ecografía. Para estos últimos análisis la muestra se redujo en aproximadamente un tercio, probablemente el tamaño muestral en este caso no es suficiente.

Se realizó este análisis a corto plazo teniendo en cuenta las visitas generadas dentro de los primeros 90 días de haberse entregado el tríptico, pues en la literatura revisada se demuestra un efecto olvido de este tipo de intervenciones educativas (33,54,59-61),

pero sabemos que esto hace que la población se reduzca y perdamos potencia estadística.

Aunque realizamos un mínimo análisis de la frecuentación de nuestras pacientes a urgencias, nuestro principal análisis se basa en la adecuación de las visitas, pensamos que es un punto a potenciar de nuestro trabajo, puesto que la adecuación aporta una información de la calidad de las visitas que no nos da la frecuentación, si bien es cierto que en muchos estudios equiparan la alta frecuentación o la reconsulta a la inadecuación (33,53), esto podría ser una aproximación al problema, pero creemos que haciendo un análisis en profundidad de la adecuación nos acercamos más a la realidad del mismo.

Bajo la hipótesis de que educar a nuestras gestantes sobre cómo actuar ante los síntomas de su embarazo puede reducir las visitas a urgencias no adecuadas, se diseñó una intervención que consistía en entregarles un tríptico donde se les informaba de qué hacer en caso de padecer algún síntoma durante este estado.

Hemos determinado cual ha sido el impacto que tenía esta sencilla intervención educativa, que era nuestro objetivo principal, con resultados no significativos. Ya conocemos la eficacia de la intervención que ha sido aparentemente nula en cuanto a número de visitas o nivel de adecuación de las mismas. No han aumentado el número de visitas adecuadas ni han disminuido el de inadecuadas.

Como ya revisamos en el apartado de introducción existen numerosas estrategias que tienen como fin la reducción de las vistas inadecuadas, muchas de ellas de una gran complejidad y gasto económico subyacente (33,59-61).

Existen también numerosas estrategias de mejora de la salud que tienen como base alguna intervención educativa. Algunas sólo evalúan los conocimientos adquiridos (59-61,65,66) lo que resulta obviamente eficaz. Otras tiene una gran complejidad (62).

De entre los tipos de intervención educativa destacan las intervenciones grupales, más baratas pero menos eficaces (55,67,68) y las individuales, más caras pero que generan mejor relación médico paciente y mayor satisfacción. Éstas pueden ser aisladas (70) o unidas a una explicación oral cara a cara (33,54,55,57,58,62,65,66)

Algunas pretenden reducir las visitas inadecuadas, como nuestro trabajo, aunque con estrategias más complejas y costosas (63,70).

Muy pocas tiene como población diana a la mujer (65-68) y menos a la mujer embarazada (69).

Ninguno ha utilizado una intervención sencilla y económica con el objetivo de mejorar la adecuación de las urgencias generadas por las embarazadas.

Así pues, pensamos que nuestro estudio posee varias ventajas respecto a los que han evaluado otras estrategias:

- Posible rentabilidad, ya que el sujeto es la mujer embarazada, como han apuntado algunos autores (69) se trata de un momento idóneo en el que la mujer va a tener varios contactos con profesionales sanitarios y va a estar interesada más que nunca por su salud.
- Se trata de una intervención barata comparada con otras estrategias más caras, como aquellas que utilizaban promotores de salud con múltiples funciones (54,55) y segura para la salud de la paciente, como demuestran otros estudios y el nuestro propio (57,67), además de satisfactorio para los pacientes (59-61) que se sienten mejor informados y atendidos.
- Intervención individual que ha demostrado mejora en la relación médico paciente unida a una explicación oral, tal y como está recomendado(44).

Pero como ya hemos dicho no conseguimos el impacto deseado. En la literatura encontramos varios trabajos que sí demostraron eficacia, por ejemplo los que evaluaban los conocimientos antes y después de una intervención educativa. En este caso pensamos que la variable objetivo era relativamente fácil de conseguir, como son los trabajos de Smith et al o Witaker et al , que demuestran un aumento de los conocimientos sobre métodos anticonceptivos en pacientes sometidas a un aborto, pero no evalúan si estos conocimientos tiene una repercusión real reduciendo las interrupciones del embarazo o en el aumento del uso del DIU respectivamente; o el trabajo Gibbs, que demuestra como los pacientes saben más sobre los fármacos evaluados, sin embargo no consigue demostrar que aumente la cumplimentación (59-61,65,66).

Ciertamente, nuestro trabajo podría haberse enriquecido de un estudio sobre los conocimientos de nuestras pacientes antes y después, pero consideramos que nuestro objetivo tiene mayor repercusión en la clínica diaria.

Algo similar ocurre con el trabajo desarrollado por Jackson en gestantes, en el que sí demuestra eficacia en el incremento de hábitos saludables, pero no consigue una reducción del incremento de peso durante el embarazo, concluyendo que probablemente existan muchos factores que influyan en éste, de forma similar ocurriría con nuestro trabajo, donde muchos otros factores han estado influyendo en la adecuación de las visitas, y la intervención educativa no ha tenido repercusión en ellos (69).

Otros estudios han fallado, igual que el nuestro. Es el caso del estudio de Ryding, que trabajaba también con puérperas (67); o han demostrado una eficacia sólo parcial en la mejora de la intencionalidad de dejar el alcohol, pero no en una reducción real (58).

Otros con intervenciones muy sencillas como la nuestra han conseguido buenos resultados, quizás con objetivos más modestos, como disminuir el uso de antibióticos para la bronquitis (57).

En cuanto al intento de reducción de las visitas inadecuadas los resultados se dividen en positivos (55,62) y negativos (33,70), pero con estrategias mucho más complejas y costosas.

De haber demostrado eficacia, poseeríamos una herramienta válida, eficaz y barata. Por otra parte, el hecho de no haber conseguido nuestro propósito al menos no ha resultado económicamente importante.

2-Estudio de homogeneidad:

En cuanto al estudio de homogeneidad, objetivó que las variables que habían demostrado influir en el nivel de adecuación en la fase uno del estudio fueron: los antecedentes de hijos fallecidos, el nivel de riesgo y la edad gestacional, mostrándose equiparables en ambas ramas.

Se encontraron desequilibrios en el centro del parto, la edad de la paciente y el Apgar. Estas dos últimas carecían de relevancia clínica dada la escasa diferencia.

El centro de parto, podría haber representado un problema ya que podíamos pensar que aquellas pacientes que eligen parir fuera de su centro de referencia, podrían elegir ser visitadas de urgencia en otros centros. En el análisis multivariante esta variable desaparece, por lo que el sesgo queda controlado.

3-Estudio bivariado nivel de adecuación subjetivo vs objetivo:

Se observa una asociación directamente proporcional entre la necesidad de ingreso, el requerimiento de analítica y el de registro cardiotocográfico, lo que demostraría que estas variables son un buen predictor de la adecuación de las visitas, aunque con una relevancia práctica relativa, puesto que es información que conocemos tras la visita. Si buscamos una estrategia para reducir estas visitas inadecuadas nos será de mayor utilidad conocer la adecuación de la visita previamente a realizarla, con el motivo de consulta.

El requerimiento de la ecografía demostró una asociación inversa, es decir mayor requerimiento en las visitas medianamente adecuadas e inadecuadas, que en las adecuadas. Esto probablemente se explique, como ya comentamos, porque existe un abuso de la ecografía en las urgencias de ginecología, ya que se realiza a la práctica totalidad de las pacientes embarazadas, y quizás no lo precisen.

En el caso del sedimento urinario, en muchas ocasiones se les solicita tomar una muestra sin haberles historiado previamente, si la enfermera prevé que será necesario o que el periodo de espera de la visita se presuma largo, es decir que en un porcentaje

que desconocemos podría prescindirse de esta prueba. Podemos concluir que ninguna de las dos variables son buenas predictoras de la adecuación de las visitas.

4-Multivariante:

En el análisis bivariado preliminar se hallaron diferencias estadísticamente significativas en:

- Centro del parto: parían más en el hospital del Mar aquellas pacientes que habían realizado visitas adecuadas o medianamente adecuadas, la experiencia de una visita adecuada podría fidelizar a la paciente que luego elegía parir en el centro.
- Las visitas adecuadas tenían lugar con más frecuencia por la mañana y por la noche, de acuerdo con la literatura (17,21,23,26), probablemente por efecto del horario matutino o matutino/vespertino de los centros de salud y/o por que los pacientes no desean perder horas de trabajo ni sueño por visitas que no son realmente urgentes.
- Como en la fase uno del estudio, a mayor edad gestacional existía una tendencia a las visitas más adecuadas.

Tras realizar el análisis multivariado, sólo el momento de la visita y la edad gestacional demostraron ser factores de riesgo.

Tras el análisis de homogeneidad y el multivalente quedan controlados los posibles sesgos del estudio, como hacen los otros estudios analizados, y mejorando la calidad de uno de los estudios más similar al nuestro que no realizaba análisis multivalente (70).

5-Estudio prospectivo aleatorizado, caso-control:

En las revisiones consultadas sobre el tema: estrategias para la reducción de las visitas a urgencias (30,45); se concluye que falta acuerdo en cuanto a la terminología y sobre todo en que existen escasos estudios de calidad. Creemos que nuestro proyecto al ser prospectivo y aleatorizado adquiere esta calidad necesaria para llegar a conclusiones de alto nivel de evidencia científica, siempre teniendo en cuenta ciertas limitaciones que seguidamente discutiremos.

Por otra parte, nuestro trabajo mide la posible eficacia de una estrategia única y sencilla, un tríptico informativo, sobre un grupo acotado de población: gestantes y puérperas de nuestra área de salud. Pensamos que el hecho de reducir la variabilidad, tanto de la intervención como de la población diana, nos permite extraer conclusiones sin tener en cuenta la gran cantidad de variables que han de controlar otros trabajos, reduciendo de esta manera los posibles sesgos (33,54,55). Sabemos por el contrario que la sencillez de este tipo de intervención reduce las posibilidades de éxito de la misma.

Nuestro proyecto es más completo que muchos de los revisados, puesto que realizamos un análisis pormenorizado basal de la frecuentación y adecuación de las visitas de nuestra área y nos encargamos personalmente de la validación del material didáctico que vamos a utilizar, sólo equiparable al trabajo que realizó García-Talavera et al (62).

En cuanto al método de aleatorización que hemos utilizado, podría parecer poco ortodoxo, pero pensamos que estamos igualmente asegurando la aleatorización al azar, puesto que la secretaria que distribuye las visitas en las diferentes salas no sigue ninguna norma y lo hace de forma azarosa. Otros trabajos utilizan métodos no computarizados como el nuestro, pero que al igual que él garantizan la aleatorización, como elegir entre pares o impares (58) y otros no eligen el grupo al azar, perdiendo de esta manera potencia estadística o incluso incurriendo en un posible sesgo: eligiendo controles entre los que no respondían al teléfono cuando la entrevista de seguimiento era telefónica (55); en un horario determinado en el que no estaba el investigador principal (20) o eligiendo los controles entre aquellos pacientes que no deseaban participar en el estudio (53). Otros simplemente no utilizaban grupo control (54).

6-Pérdidas:

En nuestro trabajo no contamos más que con una pérdida, en contraposición a otros trabajos (53,55,66), probablemente porque la colaboración que se solicitaba a las pacientes era muy sencilla y no les suponía ningún esfuerzo. Esto aumenta la calidad de nuestras conclusiones.

7-Investigador principal único:

Como punto fuerte del proyecto queremos apuntar que en esta última fase, para mejorar la calidad del estudio, el investigador principal fue único, en contraposición a la fase uno, en la que incluimos dos investigadores más, puesto que el volumen de visitas a analizar era mayor.

8-VARIABLES, MEJORÍAS CON RESPECTO A LA FASE UNO DEL ESTUDIO.

Al tratarse esta fase de un estudio prospectivo, pudimos analizar las carencias de la fase uno y subsanarlas añadiendo variables como: tipo de trabajo, estado civil, momento de la visita, día de la semana y tiempo que requirió la visita.

Igualmente, tras el análisis preliminar de las 100 primeras pacientes incluidas, añadimos otras variables:

- De seguridad para el control de los resultados perinatales: tipo de parto, lugar del parto, ph de cordón, Apgar y peso de recién nacido.
- Variables para el control de la adecuación más objetivas como la necesidad de pruebas complementarias o de ingreso. A imagen de otros estudios (11-14,17,18,21), y considerando que en nuestro caso algunas de las pruebas complementarias carecían de valor, puesto que se realizaban a casi todas las gestantes, como la ecografía, o se realizaban de manera preventiva, en aquellos momentos en los que se preveían esperas prolongadas.

6-Limitaciones:

6.1-Tamaño muestral:

Como ya se comentó en el apartado de material y método el tamaño muestral vino marcado por la acotación del tiempo para la realización del trabajo, teniendo en cuenta que éste constaba de tres fases y formaba parte del proyecto de tesis doctoral a entregar en una fecha determinada, aunque siempre cerciorándonos de que el tamaño era avalado por la literatura.

De esta manera calculamos el tamaño muestral con respecto a las pacientes que podían ser incluidas por la unidad de ecografía en unos seis meses, para luego poder completar el seguimiento de cada una durante nueve meses. En principio precisábamos un tamaño entre 170 y 230 pacientes, que coincidía con otros trabajos revisados (53,58) y teniendo en consideración que nuestro estudio estaba mucho más acotado en número de variables a controlar.

Como también se ha explicado, se realizó un análisis preliminar con las 100 primeras inclusiones y algunos meses de seguimiento, que arrojaba unos resultados muy prometedores; estos fueron utilizados por nuestro consultor estadístico para valorar nuevamente el tamaño muestral, siendo recalculado a 103 pacientes por rama, por lo tanto nuestro cálculo estaba sobrestimado.

Finalmente nuestros resultados no han demostrado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo caso y el grupo control. Probablemente incurrimos en el error de realizar un análisis preliminar con un porcentaje del seguimiento muy reducido, donde probablemente incluimos a alguna paciente muy frecuentadora en el grupo control que desniveló falsamente la balanza de resultados. Por lo tanto este cálculo del tamaño muestral es falsamente reducido, aunque finalmente incluimos casi el doble de pacientes calculadas sobre estos resultados, realizando un esfuerzo añadido tras darnos cuenta de que perdíamos demasiadas pacientes.

Siempre cabrá la crítica de que el tamaño muestral no era suficiente para sacar conclusiones pero pensamos que por lo sencillo de la intervención, lo específico de nuestra población diana y los esfuerzos que se hicieron para subsanar el error, la probabilidad de que esto fuera así era baja.

6.2-Enmascaramiento:

Otra limitación de nuestro trabajo es que no existe enmascaramiento como tal, es decir, que el investigador que realiza la intervención es el mismo que evalúa si las visitas son adecuadas o no. Esto no ha sido tampoco considerado en la literatura revisada. Podríamos estar incurriendo en un sesgo de observador, no obstante, eran cuatro los colaboradores que entregaban el tríptico y sólo uno de ellos evaluaba las visitas; la

evaluación se hacía siguiendo una guía. Por lo que pensamos que este posible sesgo quedaría diluido.

6.3 -Idioma/Comprensión:

En este trabajo, por motivos principalmente económicos y de tiempo, se ha utilizado una población exclusivamente hispanohablante, esto podría conllevar problemas éticos, además de que aparta los resultados de la población real de nuestra área sanitaria, en la que la población no hispanohablante es un porcentaje no despreciable.

Este recurso ha sido utilizado en múltiples estudios (58,67,69), en otros no lo han tenido en cuenta (53,70), destacando el caso de Rector et al, en el que pensamos que han incurrido en un posible sesgo al no considerarlo. Cuentan con una población desfavorecida en la que, probablemente, se hallen muchos hispanohablantes que pueden no entender el inglés, y entregan un libro informativo sobre el manejo en casa de las urgencias, si bien les envían también una carta dándoles la posibilidad de entregarlo en otro idioma, pero no reciben ninguna petición a pesar de trabajar con una población en gran parte extranjera.

Nosotros optamos por imprimir el tríptico sólo en los dos idiomas oficiales por falta de recursos, eliminando por lo tanto a toda la población que no pudiéramos asegurar que lo entendiesen.

Si bien es cierto que en un principio intentamos incluir aquellas pacientes no hispanohablantes pero que demostraban un conocimiento amplio de la lengua en la entrevista dentro del grupo control. Más tarde decidimos eliminarlas para hacer las dos ramas lo más homogéneas posible, no podíamos asegurar el conocimiento de la lengua en las pacientes control, y los grupos quedarían muy desequilibrados, sabiendo que con la población extranjera encontraríamos también diferencias de tipo cultural y no sólo lingüísticas, que no podíamos controlar.

En conclusión, asumimos al menos dos limitaciones: estamos perdiendo potencia para inferir nuestros resultados y habíamos hecho un gasto de recursos innecesario; pero aun así pensamos que era necesario tomar esta decisión, para controlar posibles sesgos y para ahorrar recursos.

Otra posible solución a este conflicto hubiera sido analizar la comprensión de la información, una vez entregada, como hacen otros autores(66), pero se apartaba de nuestro objetivo y hubiera requerido más recursos.

6.4-Deficiencias en el seguimiento:

Como otros trabajos (53) no hemos hecho un seguimiento de las visitas fuera de nuestro centro, ya que muchas pacientes realizaban el seguimiento y parto en centros privados, a los cuales no tenemos acceso. Optamos por no tener en cuenta ninguna visita a urgencias realizada fuera del Hospital del Mar. Por el contrario, hemos intentado hacer un seguimiento de los resultados perinatales, puesto que estos sí suelen constar en la Historia Clínica Compartida de Cataluña aunque el parto haya tenido lugar en un centro privado. Pensamos que esto no supone un problema ya que contamos con un grupo control con iguales características.

Muchos otros trabajos no mencionan estas particularidades.

6.5-Exclusión de los abortos:

Reconocemos en este apartado nuevamente una limitación en el diseño del estudio, esta exclusión debía haberse realizado en la fase de inclusión como hacen otros autores (69) y no tras haber realizado todo el seguimiento, para ahorrar recursos personales. Los investigadores excluían a aquellas pacientes de las salas donde se recogían los casos cuando eran diagnosticadas de un aborto, sin embargo no se excluían en el caso de los controles ya que la inclusión era más automatizada. Para que los grupos fueran homogéneos se hizo a posteriori.

6.6-Historias clínicas incompletas:

Reconocemos que en alguna ocasión hemos tenido problema para recopilar datos de las historias clínicas, sobre todo en el caso de información referente a la profesión de la gestante y a su estado civil.

Sin embargo, pensamos que pusimos los medios para subsanarlo, realizando múltiples llamadas de atención a los residentes que cumplimentaban estas historias clínicas. Aunque no fueron eficaces, y debido a esto, incluso llegamos a suprimir la variable

estado civil, por el elevado número de pérdidas. A pesar de que esta variable era un posible factor de riesgo en otros estudios(17,22).

6.7-Eliminación de áreas sanitarias:

Reconocemos que al eliminar las áreas de los centros de salud de Villa Olímpica y Barceloneta reducimos nuevamente la capacidad de inferencia de nuestros resultados, pero fue una decisión tomada nuevamente por cuestiones logísticas. No obstante, al ser un estudio comparativo entre casos y controles el problema reduce su magnitud con respecto a la primera fase.

6.8-Momento de la inclusión y periodo de seguimiento.

El hecho de elegir la ecografía de primer trimestre como momento de la intervención, nos obligó a perder el seguimiento de casi todo el primer trimestre de la gestación, y por lo tanto perdimos oportunidad de que la intervención demostrará eficacia. Esto se sopesó en el momento del diseño del estudio pero desechamos la idea, puesto que tener acceso a las pacientes antes de ese momento nos era prácticamente imposible.

6.9-Pacientes remitidas:

Como ya se ha explicado en la discusión de la fase uno se optó por eliminar las pacientes remitidas del análisis general, se dieron como visitas adecuadas per se cómo en otros de los estudios revisados (19,21,29).

7- Conclusiones

7- Conclusiones

1-La media de visitas a urgencias por gestante fue de 2,61 durante su embarazo y puerperio (mediana 2, rango (1-21)).

2-Cuatro diagnósticos al alta suponen el 64,2 % de los diagnósticos: trabajo de parto, gestación normoevolutiva, infección del tracto urinario inferior y pródromo de parto.

3-Seis motivos de consulta suponen el 69,7% de los motivos: Dinámica uterina, metrorragia, hidrorrea, dolor en hipogastrio, dolor abdominal y síndrome miccional.

4-Consideramos que los motivos de consulta eran adecuados en el 38,9%, medianamente adecuados en el 46,7% y totalmente inadecuados en el 14,4 %.

5-El 11,6% fueron remitidas por otros profesionales

6-El 5% de las vistas fueron generadas por puérperas.

7-De las visitas generadas por puérperas se consideraron adecuadas el 33,8%, medianamente adecuadas el 41,6% e inadecuadas el 24,7%.

8-Las pacientes con antecedentes de algún hijo fallecido o con un riesgo gestacional más elevado tendían a distribuir sus motivos en los grupos de medianamente adecuado e inadecuado, aunque sólo resulto ser marginalmente significativo.

9-Encontramos una tendencia a presentar motivos de consulta más adecuados en gestaciones más evolucionadas y menos adecuados en aquellas más tempranas. Esta asociación se ha de considerar teniendo en cuenta el fenómeno descrito en la discusión: menor seguimiento en la primera mitad de la gestación y diferencia entre diagnósticos.

10-Se elaboró y validó un tríptico informativo sobre los posibles síntomas que puede presentar una gestante y a donde deben acudir a consultarlos.

11-La eficacia de la intervención ha sido aparentemente nula en cuanto a número de visitas o nivel de adecuación de las mismas.

12-No han aumentado el número de visitas adecuadas ni han disminuido el de inadecuadas.

11- No se halló diferencias significativas en la frecuentación a urgencias entre ambos casos, siendo de 1.83 visitas de media para ambos grupos.

12 -Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el requerimiento de ecografía, requirieron más ecografías los casos.

13- No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el nivel subjetivo de adecuación, la necesidad de ingreso, de sedimento, analítica, ni de registro cardiotocográfico.

14- En el análisis a corto plazo se observaron diferencias estadísticamente significativas en el requerimiento de analítica en sentido inverso al esperado que no podemos explicar. En el análisis a corto plazo no se observaron más diferencias, la herramienta no parece ser efectiva tampoco a corto plazo.

15-Las visitas adecuadas tenían lugar con más frecuencia por la mañana y por la noche. A mayor edad gestacional existió una tendencia a las visitas más adecuadas.

8-Líneas de futuro

8-Líneas de futuro

Aunque no hemos podido demostrar que nuestra herramienta fuera efectiva, si hemos puesto de relevancia la importancia de estas visitas inadecuadas a urgencias. Quizás habría que poner en marcha otros proyectos más complejos para reducirlas. Ya sean de naturaleza educativa, aprovechando la receptividad de la paciente gestante, o de cualquier otra índole.

El tríptico que generamos ha sido utilizado únicamente como herramienta para la intervención educativa que queríamos hacer. Fue validado por expertos y pacientes para este fin. Pero revisando la literatura sobre el tema podríamos haber estudiado aspectos muy interesantes que dejamos de lado, como son: la comprensión de la información, pasando test antes y después sobre los conocimientos aportados por el tríptico, o la memoria a largo plazo, haciendo estos mismos test en otro momento. También hubiera sido importante explorar la satisfacción de las pacientes.

Una vez detectado el principal motivo de consulta: “dinámica uterina”, asociado a los diagnósticos más frecuentemente hallados: “trabajo de parto” y “pródromos” pensamos que serían una excelente objetivo para la realización de una intervención. Sería interesante generar una herramienta para reducir este tipo de visitas.

Como hemos explicado en múltiples ocasiones, en nuestra población encontramos un porcentaje nada despreciable de población extranjera a la que por motivos económicos decidimos excluir del trabajo, ellas podrían ser una buena población diana para futuros trabajos, tendríamos que considerar entonces la validación de una herramienta multilingüe y la ayuda de un mediador cultural.

Como ha quedado de manifiesto la codificación de los informes clínicos contribuiría a estudios de este tipo, ahorrando tiempo y dinero.

9-Bibliografía

1-Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad SS e I. Informe anual del sistema Nacional de Salud 2012 [Internet]. 2012. Available from: www.msssi.gob.es
2. Lillo Fernández Cuevas JM, Rodríguez Blas M del C. Principales Resultados. Estadística de Gasto Sanitario Público 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad y Cultura;
3. Sistema Nacional de Salud. Sistema nacional de salud Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Madrid; 2012. Available from: www.msssi.gob.es
4. Generalitat de Catalunya D de S i SS. Pla de Salut de Catalunya. Barcelona;
5. Mar P de S. Parc de Salut MAR Memoria. Barcelona: Parc de Salut MAR; 2010.
6. Parc de salut Mar. Memòria Parc de Salut MAR 2012. Barcelona: Parc de Salut MAR. 2013.
7. Fernández Bardón R. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. Protoc clínics – Catalunya. 618.2((467.1)).
8. D'Estadística D. Informes estadístics. Lapoblació estrangera a Barcelona. Gener 2014 [Internet]. 2014 [cited 2015 Aug 26]. Available from: <http://www.bcn.cat/estadistica/catala/dades/inf/pobest/pobest14/pobest14.pdf>
9. Solana M, Luken V de M, García DR, Sans ÀP de. Conocimiento de las lenguas oficiales entre inmigrantes extranjeros en Cataluña, e implicaciones sobre su integración social [Internet]. Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones. 2013 [cited 2015 Aug 10]. p. 103–38. Available from: <http://revistas.upcomillas.es/index.php/revistamigraciones/article/view/910>
10. Bezzina AJ, Smith PB, Cromwell D, Eagar K. Primary care patients in the emergency department: who are they? A review of the definition of the “primary care patient” in the emergency department. Emerg Med Australas. Illawarra Area Health, South Coast Mail Centre, University of Wollongong, Wollongong, New South Wales, Australia. bezzinaa@iahs.nsw.gov.au; 2005;17(5-6):472–9.
11. McWilliams A, Tapp H, Barker J, Dulin M. Cost analysis of the use of emergency departments for primary care services in Charlotte, North Carolina. N C Med J. School of Medicine, University of North Carolina-Chapel Hill, Chapel Hill, NC, USA.; 2011;72(4):265–71.

12. Williams RM. The costs of visits to emergency departments. *N Engl J Med*. Department of Health Management and Policy, University of Michigan School of Public Health, Ann Arbor, MI, USA.; 1996 Mar 7;334(10):642–6.
13. Utah Office of Health Care Statistics. Primary Care Sensitive Emergency Department Visits in Utah, 2001. Salt Lake City, UT: Utah. Dep Heal http://health.utah.gov/hda/Reports/Primary_Care_ERvisits_Utah2001.pdf. 2004;
14. Oktay C, Cete Y, Eray O, Pekdemir M, Gunerli A. Appropriateness of emergency department visits in a Turkish university hospital. *Croat Med J*. Department of Emergency Medicine, Dokuz Eylul University School of Medicine, Izmir, Turkey. cemoktay@akdeniz.edu.tr; 2003 Oct;44(5):585–91.
15. Shah NM, Shah MA, Behbehani J. Predictors of non-urgent utilization of hospital emergency services in Kuwait. *Soc Sci Med*. Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Safat, Kuwait.; 1996 May;42(9):1313–23.
16. Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health*. Medical School, University of Catanzaro Magna Graecia, Via Tommaso Campanella, 88100 Catanzaro, Italy.; 2003 Jul;117(4):250–5.
17. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Leger R, Unger B, et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med*. Faculty of Medicine, McGill Univeristy, Montreal, Quebec, Canada.; 2004;11(12):1302–10.
18. Sempere-Selva T, Peiro S, Sendra-Pina P, Martinez-Espin C, Lopez-Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons--an approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med*. Servicio de Urgencias, Hospital General Universitario, Elche, Spain.; 2001 Jun;37(6):568–79.
19. Dale J, Green J, Reid F, Glucksman E. Primary care in the accident and emergency department: I. Prospective identification of patients. *BMJ*. Department of General Practice and Primary Care, King's College School of Medicine and Dentistry, London.; 1995;311(7002):423–6.
20. Hansagi H, Carlsson B, Olsson M, Edhag O. Trial of a method of reducing inappropriate demands on a hospital emergency department. *Public Health*. ENGLAND; 1987 Mar;101(2):99–105.
21. Oterino D, Peiro S, Calvo R, Sutil P, Fernandez O, Perez G, et al. Accident and emergency department inappropriate utilization. An evaluation with explicit criteria. *Gac Sanit*. Instituto de Investigacion en Servicios de Salud, Valencia, Espana. doterino@mx3.redestb.es; 1999;13(5):361–70.

22. Lang T, Davido A, Diakite B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Using the hospital emergency department as a regular source of care. *Eur J Epidemiol. Service de Biostatistique et Informatique Medicale, Groupe hospitalier Pitie-Salpetriere, Paris, France.* lang@biomath.jussieu.fr; 1997 Feb;13(2):223–8.
23. Pereira S, Oliveira e Silva A, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Ann Emerg Med. Servico de Medicina 2, Hospital de Sao Joao, Porto, Portugal.*; 2001 Jun;37(6):580–6.
24. Andersen NA, Gaudry PL. Patients attending an accident and emergency department for primary medical care. *Fam Pract [Internet].* 1984 Jun [cited 2014 Apr 14];1(2):79–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6530071>
25. Baker LC, Baker LS. Excess cost of emergency department visits for nonurgent care. *Health Aff (Millwood). Stanford University School of Medicine, CA.*; 1994;13(5):162–71.
26. Carret ML, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res. Department of Public Health, Catholic University of Pelotas, Pelotas, RS, Brazil.* mvcarret@hotmail.com; 2007;7:131.
27. Lee A, Lau FL, Hazlett CB, Kam CW, Wong P, Wong TW, et al. Factors associated with non-urgent utilization of Accident and Emergency services: a case-control study in Hong Kong. *Soc Sci Med. Department of Community and Family Medicine, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong.* alee@cuhk.edu.hk; 2000 Oct;51(7):1075–85.
28. DeLia D. Potentially Avoidable Use of Hospital Emergency Departments in New Jersey. Rutgers Cent State Heal Policy Web site [Internet]. 2008; Available from: <http://www.cshp.rutgers.edu/Downloads/6330.pdf>
29. Dale J, Green J, Reid F, Glucksman E, Higgs R. Primary care in the accident and emergency department: II. Comparison of general practitioners and hospital doctors. *BMJ. Department of General Practice and Primary Care, King's College School of Medicine and Dentistry, London.*; 1995;311(7002):427–30.
30. Flores-Mateo G, Violan-Fors C, Carrillo-Santistevé P, Peiro S, Argimon JM. Effectiveness of organizational interventions to reduce emergency department utilization: a systematic review. *PLoS One. Institut Universitari d'Investigacio en Atencio Primaria Jordi Gol, Barcelona, Spain.* gflores@idiapjgol.org; 2012;7(5):e35903.
31. Roberts E, Mays N. Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency (A & E)

- department? Health Policy. King's Fund, London, UK. iner@kehf.org.uk; 1998 Jun;44(3):191–214.
32. Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emerg Med J*. Medical Care Research Unit, School of Health and Related Research, University of Sheffield, Regent Court, 30 Regent Street, Sheffield S1 4DA, UK. P.Coleman@Sheffield.ac.uk; 2001 Nov;18(6):482–7.
 33. DeSalvo A, Rest SB, Nettleman M, Freer S, Knight T. Patient education and emergency room visits. *Clin Perform Qual Health Care* [Internet]. 2000 Jan [cited 2015 Jul 20];8(1):35–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11183966>
 34. Comas M, Català L, Sala M, Payà A, Sala A, Del Amo E, et al. Descriptive analysis of childbirth healthcare costs in an area with high levels of immigration in Spain. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2011 Jan [cited 2015 Jul 13];11:77. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3100245&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 35. Bernier MJ. Developing and evaluating printed education materials: a prescriptive model for quality. *Orthop Nurs* [Internet]. Jan [cited 2015 Jul 6];12(6):39–46. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8121709>
 36. Engel KG, Buckley BA, Forth VE, McCarthy DM, Ellison EP, Schmidt MJ, et al. Patient understanding of emergency department discharge instructions: where are knowledge deficits greatest? *Acad Emerg Med* [Internet]. 2012 Sep [cited 2015 Jul 28];19(9):E1035–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22978730>
 37. Fitzmaurice DA, Adams JL. A systematic review of patient information leaflets for hypertension. *J Hum Hypertens* [Internet]. 2000 Apr [cited 2015 Jul 13];14(4):259–62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10805051>
 38. Byrom J, Dunn PDJ, Hughes GM, Lockett J, Johnson A, Neale J, et al. Colposcopy information leaflets: what women want to know and when they want to receive this information. *J Med Screen* [Internet]. 2003 Jan [cited 2015 Jul 13];10(3):143–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14561267>
 39. Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ* [Internet]. 1999 Jan 30 [cited 2015 Jul 6];318(7179):318–22. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1114785&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

40. Koo MM, Krass I, Aslani P. Evaluation of written medicine information: validation of the Consumer Information Rating Form. *Ann Pharmacother* [Internet]. 2007 Jun [cited 2015 Jul 6];41(6):951–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17488832>
41. Medicines M and healthcare products. R agency C on S. Always read the leaflet. Getting the best information with every medicine. [Internet]. London; 2005. Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/391090/Always_Read_the_Leaflet__getting_the_best_information_with_every_medicine.pdf
42. Krass I, Svarstad BL, Bultman D. Using alternative methodologies for evaluating patient medication leaflets. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2002 May [cited 2015 Jul 6];47(1):29–35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12023098>
43. Clerehan R, Hirsh D, Buchbinder R. Medication information leaflets for patients: the further validation of an analytic linguistic framework. *Commun Med* [Internet]. 2009 Jan [cited 2014 Apr 1];6(2):117–27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20635549>
44. Hirsh D, Clerehan R, Staples M, Osborne RH, Buchbinder R. Patient assessment of medication information leaflets and validation of the Evaluative Linguistic Framework (ELF). *Patient Educ Couns* [Internet]. 2009 Nov [cited 2014 Apr 1];77(2):248–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19375267>
45. Raynor DK, Blenkinsopp A, Knapp P, Grime J, Nicolson DJ, Pollock K, et al. A systematic review of quantitative and qualitative research on the role and effectiveness of written information available to patients about individual medicines. *Health Technol Assess* [Internet]. 2007 Mar [cited 2015 May 31];11(5):iii, 1–160. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17280623>
46. Albert T, Chadwick S. How readable are practice leaflets? *BMJ* [Internet]. 1992 Nov 21 [cited 2015 Jul 13];305(6864):1266–8. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1883739&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
47. Heesen C, Schäffler N, Kasper J, Mühlhauser I, Köpke S. Suspected multiple sclerosis - what to do? Evaluation of a patient information leaflet. *Mult Scler* [Internet]. 2009 Sep [cited 2015 Jul 28];15(9):1103–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19625332>
48. Shepperd S, Charnock D, Cook A. A 5-star system for rating the quality of information based on DISCERN. *Health Info Libr J* [Internet]. 2002 Dec [cited

- 2014 Apr 1];19(4):201–5. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12485149>
49. Sudo N. Developing an alcohol education leaflet for pregnant women using qualitative and quantitative data. *Clin Med insights Women's Heal* [Internet]. 2011 Jan [cited 2015 Jul 30];4:17–33. Available from:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4032186&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 50. Magnoni Reberte L, Komura Hoga LA, Zanoboni Gomes AL. El proceso de construcción de material educativo para la promoción de la salud de la gestante. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012;20(1):20. Available from:
www.eep.usp.br/rlea
 51. Flores-Mateo G, Violan-Fors C, Carrillo-Santistevé P, Peiró S, Argimon J-M. Effectiveness of organizational interventions to reduce emergency department utilization: a systematic review. *PLoS One* [Internet]. 2012 Jan [cited 2015 Jun 11];7(5):e35903. Available from:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3342316&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 52. Okin RL, Boccellari A, Azocar F, Shumway M, O'Brien K, Gelb A, et al. The effects of clinical case management on hospital service use among ED frequent users. *Am J Emerg Med* [Internet]. 2000 Sep [cited 2015 Jun 25];18(5):603–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10999578>
 53. Bird SR, Kurowski W, Dickman GK, Kronborg I. Integrated care facilitation for older patients with complex health care needs reduces hospital demand. *Aust Health Rev* [Internet]. 2007 Aug [cited 2015 Aug 25];31(3):451–61; discussion 449–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17669069>
 54. Michelen W, Martinez J, Lee A, Wheeler DP. Reducing frequent flyer emergency department visits. *J Health Care Poor Underserved* [Internet]. 2006 Feb [cited 2015 Jul 20];17(1 Suppl):59–69. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16520511>
 55. Enard KR, Ganelin DM. Reducing preventable emergency department utilization and costs by using community health workers as patient navigators. *J Healthc Manag* [Internet]. Jan [cited 2015 Jul 6];58(6):412–27; discussion 428. Available from:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4142498&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 56. Stein AT, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues LC. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Fam Pract. Fundacao Faculdade Federal de Ciencias Medicas de Porto Alegre, Rua Sarmiento Leite 250, 90.035-002 Porto Alegre, RS, Brazil.*; 2002;19(2):207–10.

57. Macfarlane J, Holmes W, Gard P, Thornhill D, Macfarlane R, Hubbard R. Reducing antibiotic use for acute bronchitis in primary care: blinded, randomised controlled trial of patient information leaflet. *BMJ* [Internet]. 2002 Jan 12 [cited 2015 Jun 29];324(7329):91–4. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=64506&tool=pmc-entrez&rendertype=abstract>
58. Wang TC, Kyriacou DN, Wolf MS. Effects of an intervention brochure on emergency department patients' safe alcohol use and knowledge. *J Emerg Med* [Internet]. 2010 Nov [cited 2015 Jul 13];39(5):561–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18462911>
59. Gibbs S, Waters WE, George CF. The benefits of prescription information leaflets (1). *Br J Clin Pharmacol* [Internet]. 1989 Jun [cited 2015 Jul 13];27(6):723–39. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1379799&tool=pmc-entrez&rendertype=abstract>
60. Gibbs S, Waters WE, George CF. The benefits of prescription information leaflets (2). *Br J Clin Pharmacol* [Internet]. 1989 Sep [cited 2015 Jul 13];28(3):345–51. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1379954&tool=pmc-entrez&rendertype=abstract>
61. Gibbs S, Waters WE, George CF. Prescription information leaflets: a national survey. *J R Soc Med* [Internet]. 1990 May [cited 2015 Jul 13];83(5):292–7. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1292645&tool=pmc-entrez&rendertype=abstract>
62. García-Talavera Espín N V, López-Ruiz A, Nuñez Sánchez MÁ, Meoro Avilés A, Sánchez Cañizares C, Romero López-Reinoso H, et al. How to reduce avoidable admissions due to acute diabetes complications?: interrelation between primary and specialized attention in a diabetes unit. *Nutr Hosp* [Internet]. [cited 2015 Jul 13];27(6):2079–88. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23588460>
63. Morell F, Ojanguren I, Cordovilla R, Urrutia I, Agüero R, Guerra J, et al. Two short interventions to reduce health care requirements in asthma patients. A multicentre controlled study (ASTHMACAP II). *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2014 Apr 22 [cited 2015 Jul 13];142(8):348–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23932566>
64. Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Haywood P, et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2003 Jan [cited 2015 Jul 20];(1):CD001117. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12535399>

65. Whitaker AK, Terplan M, Gold MA, Johnson LM, Creinin MD, Harwood B. Effect of a brief educational intervention on the attitudes of young women toward the intrauterine device. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2010 Apr [cited 2015 Jul 28];23(2):116–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19896397>
66. Smith LF, Whitfield MJ. Women’s knowledge of taking oral contraceptive pills correctly and of emergency contraception: effect of providing information leaflets in general practice. *Br J Gen Pract* [Internet]. 1995 Aug [cited 2015 Jul 13];45(397):409–14. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1239334&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
67. Ryding EL, Wirén E, Johansson G, Ceder B, Dahlström A-M. Group counseling for mothers after emergency cesarean section: a randomized controlled trial of intervention. *Birth* [Internet]. 2004 Dec [cited 2015 Jul 16];31(4):247–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15566336>
68. Skouteris H, McCabe M, Milgrom J, Kent B, Bruce LJ, Mihalopoulos C, et al. Protocol for a randomized controlled trial of a specialized health coaching intervention to prevent excessive gestational weight gain and postpartum weight retention in women: the HIPPA study. *BMC Public Health* [Internet]. 2012 Jan [cited 2015 Jun 28];12:78. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3295699&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
69. Jackson RA, Stotland NE, Caughey AB, Gerbert B. Improving diet and exercise in pregnancy with Video Doctor counseling: a randomized trial. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2011 May [cited 2015 Jun 16];83(2):203–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21459255>
70. Rector TS, Venus PJ, Laine AJ. Impact of mailing information about nonurgent care on emergency department visits by Medicaid beneficiaries enrolled in managed care. *Am J Manag Care* [Internet]. 1999 Dec [cited 2015 Jul 20];5(12):1505–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11066617>
71. Salud G de CD de. Guia per a embarassades [Internet]. 2008 [cited 2015 Aug 26]. Available from: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/ciutadania/la_salut_de_la_a_la_z/e/embaras_part_i_postpart/documents/arxiu/guia_per_a_embarassades.pdf
72. Wagner EH, Grothaus LC, Sandhu N, Galvin MS, McGregor M, Artz K, et al. Chronic care clinics for diabetes in primary care: a system-wide randomized trial. *Diabetes Care* [Internet]. 2001 Apr [cited 2015 Jun 2];24(4):695–700. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11315833>

10-Anexos

10.1 Índice de Tablas

Tabla1: Población extranjera en <i>Ciutat Vella</i>	27
Tabla 2: Población extranjera en <i>Sant Martí</i>	28
Tabla 3: Distribución de las principales lenguas maternas de la población inmigrada residente en Cataluña	29
Tabla 4: Cuadro resumen factores de riesgo	35
Tabla 5: Cuadro resumen factores protectores	36
Tabla 6: Clasificación por país de origen	68
Tabla 7: Niveles de riesgo de la gestación.	69
Tabla 8: Cuadro resumen Niveles de Adecuación	70
Tabla 9: Cuadro resumen variable estado civil	80
Tabla 10 Principales motivos de consulta	91
Tabla 11 Principales diagnósticos	92
Tabla 12 Edad gestacional, edad de la paciente	93
Tabla 13 Origen	93
Tabla 14 Nivel de riesgo, antecedentes obstétricos	94
Tabla 15 Distribución del nivel de adecuación por origen	95
Tabla 16 Distribución del nivel de adecuación por nivel de riesgo del embarazo	96
Tabla 17 Distribución del nivel de adecuación por antecedentes de fetos a término	96
Tabla 18 Distribución del nivel de adecuación por antecedentes de fetos pretérmino	96
Tabla 19 Distribución del nivel de adecuación por antecedentes abortos	97
Tabla 20 Distribución del nivel de adecuación por antecedentes hijos fallecidos	97
Tabla21: Principales características de las pacientes entrevistadas. EG edad gestacional; T embarazosa término; P embarazos pre-término; A abortos; L hijos vivos; FP formación profesional	102
Tabla 22: Comentarios generales de las pacientes entrevistadas	103

Tabla 23: comentarios de las pacientes entrevistadas a la sección de la primera mitad del embarazo. SS subsección, V verde, A ámbar, R rojo	104
Tabla 24: comentarios de las pacientes entrevistadas a la sección de la primera mitad del embarazo. SS subsección, V verde, A ámbar, R rojo	104
Tabla 25: comentarios generales	105
Tabla 26: Variables continuas: horas en urgencias, ph arterial, peso al nacer, Apgar, edad	116
Tabla 27: Principales motivos de consulta	119
Tabla 28: Principales diagnósticos	119
Tabla 29: Nivel de adecuación	120
Tabla 30: Variables de control objetivo del nivel de adecuación. RCTG registro cardiotocográfico	121
Tabla 31: Nivel de adecuación a corto plazo	122
Tabla 32: Variables de control objetivo del nivel de adecuación a corto plazo. RCTG registro cardiotocográfico	123
Tabla 33: Estudio de homogeneidad, variables cuantitativas discretas: embarazos a término, pretérmino, abortos, hijos vivos	124
Tabla 34: Estudio de homogeneidad, variables cualitativas: ocupación, tipo de parto.	125
Tabla 35: Estudio de homogeneidad, variables cualitativas: centro, Del parto, riesgo del embarazo, momento de la visita, edad gestacional agrupada.	126
Tabla 36: Estudio de homogeneidad, variables cualitativas: día de la semana, medios	127
Tabla 37: Estudio de homogeneidad, variables cuantitativas: peso del recién nacido, ph arterial de cordón, media Apgar, edad el día de la urgencia, edad gestacional el día de la urgencia, edad gestacional en el parto, tiempo en la urgencia	128
Tabla 38: Análisis bivariado entre Nivel de adecuación y las variables de adecuación Objetivas: requerimiento de ingreso, analítica, sedimento, ecografía, RCTG (registro cardiotocográfico)	130

Tabla 39: Análisis bivariado entre adecuación y el resto de las variables.	131
Variables cuantitativas discretas: embarazos at término, pretérmino, abortos, hijos vivos.	
Tabla 40: Análisis bivariado entre adecuación y el resto de las variables.	132
Variables cualitativas: ocupación	
Tabla 41: Análisis bivariado entre adecuación y el resto de las variables.	133
Variables cualitativas: tipo de parto, centro de parto, riesgo del embarazo, momento de la visita.	
Tabla 42: Análisis bivariado entre adecuación y el resto de las variables.	134
Variables cualitativas: edad gestacional agrupada, día de la semana	
Tabla 43: Análisis bivariado entre adecuación y el resto de las variables.	135
Variables cuantitativas: ph arterial, media Apgar, edad el día de la urgencia, edad gestacional en la urgencia, edad gestacional en el parto, tiempo en la urgencia.	

10.2 Índice de Figuras

Figura 1: organización del servicio de Ginecología y Obstetricia	25
Figura 2: Nivel de conocimiento del Castellano y del Catalán de la población inmigrada en Cataluña; excluida la población que tiene como lengua madre Castellano o Catalán.	29
Figura 3: Hoja informativa y consentimiento informado fase 2	74
Figura 4: Hoja informativa y consentimiento informado fase 3	85
Figura 5: Nivel de adecuación en la población basal	90
Figura 6: diseño original del tríptico	98
Figura 7: segundo diseño tras asesoría de expertos	101
Figura 8: Tríptico definitivo en su anverso y reverso	105
Figura 9: texto definitivo del tríptico	106
Figura 10: análisis preliminar	107
Figura 11: diagrama de flujo de exclusión de pacientes	108
Figura 12: Variables cuantitativas discretas: abortos, hijos vivos	110
Figura 13: Variables cuantitativas discretas: embarazos a término, pretérmino.	111
Figura 14: Variables cualitativas: ocupación, tipo de parto.	112
Figura 15: Variables cualitativas: centro del parto, nivel de riesgo	113
Figura 16: Variables cualitativas: momento, edad gestacional agrupada.	114
Figura 17: Variables cualitativas: día de la semana, medios.	115
Figura 18: Variables cualitativas: nacionalidad	116
Figura 19: Variables control de la adecuación objetivo: requerimiento de ingreso, RCTG (registro cardiotocográfico).	117
Figura 20: Variables control de la adecuación objetivo: ecografía, sedimento, analítica.	118
Figura 21: curva ROC	136
Figura 22: Tríptico definitivo	146

10.3 Tríptico formato definitivo en DIN A 4



Full
Informatiu



Hospital del Mar

Síntomes que pots tenir durant l'embaràs

Primera meitat de l'embaràs

● Comenta-ho a la teva llevadora en la propera visita rutinària:

- Augment o pèrdua de pes.
- Confirmar que estàs embarassada.
- Augment del flux vaginal.
- Dolor mamari (espontani o al tacte).
- Molèsties a l'orinar de tant en tant.
- Molèsties o pesadesa a la part baixa de l'abdomen.
- Nàusees o vòmits.
- No notar el nadó (ja que fins les 20 setmanes de gestació és normal no notar els moviments fetals).
- Formigueig a braços o mans.
- Canvis d'humor.
- Acidosa.

● Comenta-ho a la llevadora, el ginecòleg o el metge de capçalera del teu centre d'atenció primària:

- Sagnat en menys quantitat que una menstruació.
- Erupcions cutànies.
- Picor als genitals.
- Molèsties a l'orinar o canvis en l'aspecte o l'olor de l'orina.
- Febre persistent (>37.5°C).

● Consulta-ho a urgències de ginecologia:

- Vomitar tot el que es beu o es menja durant 24 hores.
- Sagnat de major intensitat que una menstruació.
- Dolor a la part baixa de l'abdomen que no disminueix amb el repòs ni amb paracetamol.

Segona meitat de l'embaràs

● Comenta-ho a la teva llevadora en la propera visita rutinària:

- El teu abdomen es posa dur de tan en tant, però no et fa mal.
- Molèsties abdominals.
- Cames o peus inflats, que no fan mal.
- Formigueig a braços o mans.
- Secreció lletosa per les mames.

● Comenta-ho a la llevadora, el ginecòleg o el metge de capçalera del teu centre d'atenció primària:

- Picor als genitals.
- Flux diferent a l'habitual.
- Picor a les plantes o als palmells de les mans.
- Més cansament de l'habitual.

● Consulta-ho a urgències de ginecologia:

- Una única cama inflada que fa mal de sobte o està vermella o calenta.
- L'abdomen es posa dur de forma regular i fa mal (això és una contracció, que també es pot presentar com un dolor lumbar amb ritme constant). Si estàs de més de 37 setmanes aquestes contraccions són menys preocupants, la teva llevadora t'explicarà quan has d'anar a urgències.
- Flux molt abundant que no és orina.
- No notar els moviments del nadó durant 12 hores.
- Febre persistent (>37.5°C).
- Mal de cap intens i persistent.

El puerperi. Un cop el nadó ha nascut

● Comenta-ho a la teva llevadora en la propera visita rutinària:

- El nadó no s'enganxa al pit.
- Problemes amb la lactància.
- Fuites d'orina o femta.

● Comenta-ho a la llevadora, el ginecòleg o el metge de capçalera del teu centre d'atenció primària:

- Molèsties a la zona dels punts (episiotomia) o a la ferida de la cesària.
- Molèsties al pit.
- Picor als genitals.
- Molèsties a l'orinar.

● Consulta-ho a urgències de ginecologia:

- Sagnat abundant.
- Dolor a la part baixa de l'abdomen que no disminueix amb el repòs ni amb paracetamol.
- Febre persistent (>37.5°C).
- Flux amb mala olor.

I recorda que tot i estar embarassada podries patir qualsevol altra malaltia que necessiti l'atenció del teu metge de capçalera o un altre especialista.

Si tens dubtes VES A URGÈNCIES!



Full informatiu Hospital del Mar



Síntomas que puedes tener durante el embarazo

Primera mitad del embarazo

Comenta en la próxima visita rutinaria con tu matrona:

- Aumento o pérdida de peso.
- Confirmar que estás embarazada.
- Aumento del flujo vaginal.
- Dolor mamario (espontáneo o al rozarte).
- Molestias al orinar de vez en cuando.
- Molestias o pesadez en la parte baja del abdomen.
- Nauseas o vómitos.
- No notar al bebé (ya que hasta las 20 semanas de gestación es normal no notar los movimientos del bebé)
- Hormigueo en brazos o manos.
- Acidez.

Consulta con la matrona, el ginecólogo o el médico de cabecera de tu centro de atención primaria:

- Sangrado en menos cantidad que una menstruación.
- Erupciones cutáneas.
- Picor en genitales.
- Molestias al orinar o cambios en el aspecto u olor de la orina.
- Fiebre persistente (>37,5°C).

Consulta en urgencias de ginecología:

- Vomitir todo lo que se bebe o come durante 24 horas.
- Sangrado de mayor intensidad que una menstruación.
- Dolor en la parte baja del abdomen que no disminuye con el reposo ni con paracetamol.

Segunda mitad del embarazo

Comentar en la próxima visita rutinaria con tu matrona:

- Tu abdomen se pone duro de vez en cuando pero no te duele.
- Molestias abdominales.
- Piernas o pies hinchados que no duelen.
- Hormigueo en brazos o manos.
- Secreción lechosa por las mamas.

Consulta con la matrona, el ginecólogo o el médico de cabecera de tu centro de atención primaria:

- Picor en genitales.
- Flujo diferente al habitual.
- Picor en las plantas o palmas de las manos.
- Mayor cansancio del habitual.

Consulta en urgencias de ginecología:

- Una sola pierna hinchada que duele de repente o está roja o caliente.
- Tu abdomen se pone duro de forma regular y no cede con el reposo (esto es una contracción, que también se puede presentar como dolor lumbar con un ritmo constante). Si estás de más de 37 semanas estas contracciones son menos preocupantes, tu matrona te explicará cuando debes ir a urgencias.
- Flujo muy abundante que no es orina.
- No notar los movimientos del bebé durante 12 horas.
- Fiebre persistente (>37,5°C).
- Dolor de cabeza intenso y persistente.

El puerperio. Una vez el bebé ha nacido

Comentar en la próxima visita rutinaria con tu matrona:

- El bebé no se engancha al pecho.
- Problemas con la lactancia.
- Escapes de orina o heces.

Consulta con la matrona, el ginecólogo o el médico de cabecera de tu centro de atención primaria:

- Molestias en la zona de los puntos (episiotomía) o en la herida de la cesárea.
- Molestias en el pecho.
- Picor en genitales (picor intenso).
- Molestias al orinar.

Consulta en urgencias de ginecología:

- Sangrado abundante.
- Dolor en la parte baja del abdomen que no disminuye con el reposo ni con paracetamol.
- Fiebre persistente (>37,5°C).
- Flujo maloliente.

Y recuerda que aunque estés embarazada podrías padecer cualquier otra enfermedad que necesite la atención de tu médico de cabecera u otro especialista.

Si tienes dudas ACUDE A URGENCIAS!

