PRAXIS
Revista Dominicana de Investigación en Salud
Vol. 1 · Núm. 1
e-ISSN 3117-2857

ENSAYO CIENTÍFICO · Clínica y Atención Integral

Del reconocimiento de signos de alarma a la atención oportuna durante el puerperio

From recognizing postpartum warning signs to receiving timely care

Yolieny Rosaury de la Cruz Paulino[1], Boris James Garabito Suero[1] y Víctor Amado Jiménez Rivas[1]

[1] Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), República Dominicana

DOI
https://doi.org/10.68876/praxis.00012

ORCID
Yolieny Rosaury de la Cruz Paulino
0009-0000-6237-8592
Boris James Garabito Suero
0009-0003-3667-0655
Víctor Amado Jiménez Rivas
0009-0006-0203-3940

Palabras clave (DeCS)
Periodo Posparto
Salud Materna
Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud
Educación en Salud
Accesibilidad a los Servicios de Salud

Keywords (MeSH)
Postpartum Period
Maternal Health
Health Knowledge, Attitudes, Practice
Health Education
Health Services Accessibility

Responsable de correspondencia
Yolieny Rosaury de la Cruz Paulino
yolienydelacruz@gmail.com

Historia editorial

Recepción
20/08/2026

Aceptación
30/09/2026

Publicación
04/11/2026

Resumen

Este ensayo analiza críticamente la evidencia sobre el reconocimiento de signos de alarma durante el puerperio y su relación con la búsqueda oportuna de atención, distinguiendo los cambios en conocimiento de los desenlaces de utilización de servicios. Se contrastaron guías y estudios seleccionados según su pertinencia, separando la evidencia posparto de la obtenida durante la gestación. En un ensayo posparto, el 64,5 % de las participantes que recibieron educación audiovisual mejoró su puntuación, frente al 50,0 % con las indicaciones habituales (p = 0,09). Aunque la puntuación posterior fue mayor con el video, ambos resultados describen el desempeño en un cuestionario. El contraste con estudios realizados durante la gestación y con investigaciones sobre barreras de acceso muestra que aprender a reconocer un signo y recibir atención oportuna son desenlaces distintos. La evidencia examinada permite valorar el aprendizaje, pero no establece que la educación reduzca el tiempo hasta la atención. En la República Dominicana, esa relación podría examinarse midiendo por separado el reconocimiento de síntomas, la decisión de consultar, la llegada al servicio y la valoración clínica.

Abstract

This essay critically examines evidence on the recognition of postpartum warning signs and its relationship with timely care-seeking, distinguishing changes in knowledge from service-use outcomes. Selected guidelines and studies were compared according to their relevance, with postpartum evidence considered separately from evidence obtained during pregnancy. In one postpartum trial, 64.5% of participants who received video education improved their scores, compared with 50.0% of those who received routine instructions (p = 0.09). Although posteducation scores were higher in the video group, both outcomes describe questionnaire performance. Comparing these findings with studies conducted during pregnancy and with research on access barriers shows that learning to recognize a warning sign and receiving timely care are distinct outcomes. The evidence examined helps assess learning but does not establish that education reduces the time to care. In the Dominican Republic, this relationship could be examined by measuring symptom recognition, the decision to seek care, arrival at a facility, and clinical assessment separately.

Cómo citar: De la Cruz Paulino YR, Garabito Suero BJ, Jiménez Rivas VA. Del reconocimiento de signos de alarma a la atención oportuna durante el puerperio. PRAXIS · Rev. Dom. Investig. Salud. 2026;1(1):12. DOI: https://doi.org/10.68876/praxis.00012.

CC BY-NC 4.0

Introducción

En las primeras semanas después del parto, una mujer debe interpretar síntomas nuevos en medio de los cambios propios de la recuperación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa la información comprensible y el acceso a servicios de calidad dentro de una atención posnatal continua.[1] Una indicación al alta puede ayudar a reconocer un síntoma, pero su utilidad también depende de que la paciente sepa dónde acudir y de que el servicio pueda evaluarla.

Una revisión exploratoria con consenso internacional identificó signos y síntomas prioritarios para la autoevaluación en el posparto inmediato.[2] Ese consenso orienta el contenido de los mensajes educativos. Su efecto sobre la búsqueda de atención requiere otra clase de evidencia. Recordar un signo en un cuestionario, reconocerlo cuando aparece y llegar a un servicio a tiempo son desenlaces distintos.

La tesis de este ensayo es que reconocer un signo de alarma es necesario para actuar ante él, pero una mejora del conocimiento no basta para inferir que se acorta el tiempo hasta recibir atención. Esa inferencia exige medir también la decisión de consultar, el acceso y la valoración clínica.

El objetivo de este ensayo es analizar críticamente la evidencia sobre el reconocimiento de signos de alarma durante el puerperio y su relación con la búsqueda oportuna de atención, distinguiendo los cambios en conocimiento de los desenlaces de utilización de servicios.

Fuentes y perspectiva de análisis

Se seleccionaron fuentes para un análisis crítico sobre el reconocimiento de signos de alarma y la búsqueda de atención durante el puerperio. La selección se apoyó en consultas dirigidas a PubMed y PubMed Central con términos sobre puerperio, signos de alarma, conocimiento, educación y búsqueda de atención. Se consideraron guías y estudios que permitieran examinar estos aspectos. Se priorizaron los estudios realizados en puérperas y se examinó por separado la evidencia obtenida durante la gestación o en poblaciones mixtas.

Para cada estudio se distinguieron la población, el momento de medición, el diseño, el comparador y el desenlace. La interpretación consideró si cada resultado permitía describir conocimiento, estimar un efecto educativo o documentar el uso de servicios. Las estimaciones se conservaron en sus escalas originales y se sintetizaron de forma narrativa. La tabla 1 recoge los estudios cuantitativos centrales y la tabla 2 vincula cada etapa del proceso asistencial con un indicador evaluable.

Desarrollo y análisis crítico

La medición del conocimiento materno

En Ibadan, Nigeria, 155 de 450 participantes (34,4 %) cumplieron el criterio de conocimiento adecuado de complicaciones posparto en un estudio transversal.[3] El porcentaje describe el desempeño según el cuestionario y el umbral de ese estudio. Para comparar poblaciones importa si el instrumento pide recordar signos espontáneamente, identificarlos entre opciones o decidir qué hacer ante un escenario clínico.

La encuesta de Fagan y colaboradores incluyó residentes adultos de Georgia, Estados Unidos, y abordó signos urgentes hasta un año después del parto.[4] Su población y horizonte temporal difieren de los de una muestra de puérperas evaluadas en un establecimiento. Una comparación de porcentajes entre ambos estudios confundiría diferencias de población y medición con diferencias reales de conocimiento.

Qué muestran las intervenciones educativas

En Estados Unidos, de los Reyes y colaboradores observaron un 60 % de respuestas correctas tras implementar educación estructurada al alta, frente al 30 % con el alta habitual en la fase previa.[5] El diseño antes y después permite describir el cambio tras la implementación, pero las diferencias entre las cohortes y en la elegibilidad para la encuesta pueden influir en la comparación.

White y colaboradores asignaron al azar a 200 participantes después del parto. Mejoró su puntuación el 64,5 % en el grupo con video frente al 50,0 % con las indicaciones habituales (p = 0,09). La mediana posterior fue de 14 frente a 13 puntos (p = 0,003).[6] La primera comparación evalúa cuántas participantes mejoraron y la segunda compara el nivel final. La primera deja incertidumbre sobre la ventaja del video y la segunda aporta evidencia sobre el cuestionario, sin medir el tiempo hasta la consulta.

En Ghana, un ensayo asignó aleatoriamente a 192 puérperas a un modelo grupal o a la atención habitual. El modelo combinó evaluación clínica, educación y apoyo entre pares y mostró ventajas en el conocimiento de signos de alarma durante el seguimiento.[7] La comparación evalúa el conjunto de componentes. Los resultados clínicos descritos en el brazo intervenido requieren una lectura separada del contraste entre grupos sobre conocimiento.

La evidencia prenatal permite examinar si la educación modifica el conocimiento antes del parto. En Nepal, una intervención mediante redes sociales produjo un aumento adicional de 8,07 puntos en una escala de conocimiento sobre cuidados posnatales maternos y neonatales (IC del 95 %: 2,35 a 13,80).[8] En Etiopía, un ensayo por conglomerados en gestantes registró conocimiento adecuado de signos obstétricos en el 68,7 % frente al 36,2 % (razón de riesgos ajustada: 1,71, IC del 99 %: 1,14 a 2,57).[9] Las diferencias de población y contenido impiden usar estas estimaciones como medidas del efecto sobre la consulta durante el puerperio.

Conocimiento, decisión y acceso efectivo

El modelo de las tres demoras distingue el tiempo hasta la decisión de buscar atención, el traslado y la recepción de atención adecuada.[10] Aplicado a este ensayo, el reconocimiento del síntoma informa sobre el inicio de la primera etapa. Un estudio cualitativo en Ghana documentó dificultades de acceso y necesidades de información posnatal desde la perspectiva de las mujeres.[11] Estos hallazgos ayudan a formular hipótesis sobre las barreras, pero su frecuencia e importancia relativa deben estudiarse en cada contexto.

CC BY-NC 4.0

Tabla 1. Alcance de la evidencia cuantitativa sobre conocimiento y educación

Estudio y contexto	Diseño y población	Desenlace observado	Alcance de la inferencia
Oni et al. [3] · Nigeria	Transversal en puérperas	155/450 (34,4 %) con conocimiento adecuado	Proporción según el instrumento y el umbral del estudio.
de los Reyes et al. [5] · EE. UU.	Mejora de calidad al alta	60 % frente a 30 % de respuestas correctas	Comparación de cohortes antes y después.
White et al. [6] · EE. UU.	Ensayo posparto, 200 asignadas	Mejoró el 64,5 % frente al 50,0 % (p = 0,09)	Incertidumbre sobre la diferencia en la proporción que mejora.
Adams et al. [7] · Ghana	Ensayo posparto, 192 asignadas	Mayor conocimiento de signos en el seguimiento	Efecto del modelo grupal combinado.
Chaudhary et al. [8] · Nepal	Ensayo en gestantes	Aumento adicional de 8,07 puntos (IC 95 %: 2,35 a 13,80)	Escala prenatal sobre cuidados maternos y neonatales.
Yoseph et al. [9] · Etiopía	Ensayo por conglomerados en gestantes	68,7 % frente a 36,2 %. Razón de riesgos ajustada de 1,71 (IC 99 %: 1,14 a 2,57)	Conocimiento de signos obstétricos medido durante la gestación.

Nota. IC: intervalo de confianza. Los resultados corresponden a los instrumentos, comparadores y poblaciones de cada estudio.

Una ruta de consulta puede evaluarse con indicadores separados: reconocimiento del síntoma, decisión de buscar ayuda, primer contacto, llegada y valoración clínica. Registrar los intervalos entre estas etapas permitiría examinar si la demora ocurre antes de decidir, durante el traslado o dentro del servicio. Esta distinción también evita clasificar toda consulta como oportuna solo porque llegó a producirse.

Tabla 2. Indicadores propuestos para evaluar la trayectoria asistencial

Etapa	Indicador	Registro propuesto
Reconocimiento	Identifica el signo y su posible urgencia	Respuesta a un escenario clínico predefinido.
Decisión de consultar	Decide buscar ayuda y elige dónde acudir	Hora aproximada de la decisión y ruta elegida.
Primer contacto	Consigue comunicarse con un servicio	Hora, canal y respuesta del primer contacto.
Llegada al servicio	Llega al establecimiento elegido o referido	Hora de llegada y barreras de traslado.
Valoración clínica	Recibe una evaluación acorde con la urgencia	Hora de valoración y datos verificables del contacto.

Nota. Propuesta de evaluación derivada del análisis. El criterio de oportunidad debe definirse según el signo y la urgencia clínica.

Discusión

Los estudios educativos evaluaron principalmente el aprendizaje mediante cuestionarios. La magnitud depende de la población, el instrumento y la forma de definir mejoría. El ensayo audiovisual ilustra ese punto: una puntuación posterior más alta puede coexistir con una diferencia incierta en la proporción de participantes que mejoran.[6] Ninguna de esas mediciones permite estimar por sí sola el tiempo hasta la consulta.

El paso del conocimiento a la atención requiere comprobar si la mujer reconoce el síntoma cuando aparece, identifica una ruta practicable y recibe una evaluación. Los ensayos prenatales aportan evidencia de aprendizaje en sus contextos,[8,9] mientras que el estudio cualitativo ayuda a explicar por qué el acceso puede seguir siendo difícil.[11] Estos resultados son complementarios y no estiman un efecto conjunto sobre la atención o la mortalidad.

La aparente diferencia entre los estudios educativos se entiende mejor al comparar sus desenlaces. La evaluación antes y después del alta observó más respuestas correctas, pero su diseño deja abierta la influencia de otros cambios entre las dos mediciones.[5] El ensayo audiovisual comparó una intervención específica con las indicaciones habituales, mientras que el estudio de Ghana evaluó un modelo que combinaba educación, seguimiento y apoyo entre pares.[6,7] Por tanto, los resultados se refieren a intervenciones y comparaciones distintas. En particular, el efecto del modelo grupal no puede atribuirse solo a la educación.

Este ensayo se basa en una selección dirigida y prioriza fuentes con resultados accesibles. Esa selección puede haber dejado fuera evidencia pertinente y no permite estimar el efecto del sesgo de publicación. Los estudios examinados emplean instrumentos, periodos y comparadores diferentes. Por ello, las estimaciones se interpretan dentro de cada estudio y su transferencia a la atención dominicana requiere validación local.

En el contexto dominicano, la tesis sobre conocimiento y actitudes ante signos de alarma en usuarias de la Maternidad Doña Renée Klang Viuda Guzmán aporta un antecedente local para formular preguntas sobre educación y búsqueda de atención durante el puerperio.[12]

CC BY-NC 4.0

Las alertas públicas, como las de la campaña Hear Her, orientan sobre cuándo buscar atención.[13] La expansión estatal de EMPOWER Moms documentó que la educación sobre signos de alarma puede llevarse a entornos domiciliarios y comunitarios.[14] El alcance del programa informa sobre su implementación. Para saber si las personas fueron valoradas con mayor rapidez se necesitan datos sobre la aparición del signo y la atención recibida.

Los relatos de personas que buscaron atención aguda después del parto muestran que la decisión puede incluir incertidumbre sobre el síntoma y consultas previas con profesionales.[15] En comunidades rurales de Arizona, las entrevistas también identificaron transporte, cuidado infantil y costos como barreras.[16] Estos estudios ayudan a explicar por qué dos personas que reconocen el mismo signo pueden seguir trayectorias distintas. Sus hallazgos cualitativos no permiten estimar la frecuencia de esas barreras en la República Dominicana.

El seguimiento de la hipertensión ofrece un ejemplo de cómo medir una etapa asistencial. Dos ensayos encontraron que el monitoreo remoto aumentó la proporción de pacientes con una medición de presión arterial documentada en el posparto temprano.[17,18] Ese desenlace registra una acción verificable, aunque su alcance se limita al control de presión en la población estudiada. La asistencia a la consulta programada es otra medida distinta. En un estudio observacional, la navegación posparto se asoció con mayor asistencia, con la incertidumbre que introduce la comparación con un grupo histórico.[19]

Una cohorte de pacientes que acudieron a urgencias dentro de los 42 días del parto distinguió las consultas de los reingresos.[20] Los registros de urgencias permiten estudiar qué ocurre tras la llegada, pero dejan fuera a quienes presentaron un signo y no llegaron al servicio. Por eso, para evaluar la oportunidad de la atención, conviene medir cada intervalo y especificar a qué población corresponde el denominador.

Conclusiones

Algunas intervenciones educativas mejoraron medidas de conocimiento, aunque la magnitud del cambio dependió de cómo se definió y midió el desenlace. La evidencia examinada no establece si esas mejoras acortan el tiempo hasta la atención. Para evaluar ese efecto se requieren indicadores que distingan reconocimiento, decisión de consultar, acceso y valoración clínica.

Para la práctica, conviene evaluar por separado si la orientación al alta mejora el reconocimiento del signo, si facilita la decisión de consultar y si acorta el tiempo hasta la valoración. Una evaluación local puede registrar estos momentos y las barreras que aparecen entre ellos, con criterios de oportunidad acordes con la urgencia del síntoma.

Consideraciones éticas

El ensayo analiza guías y resultados de investigaciones publicadas. No incluyó reclutamiento, intervenciones con participantes ni tratamiento de datos individuales.

Declaraciones

Financiación: Este trabajo no recibió financiación.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Contribuciones de autoría (CRediT): Yolieny Rosaury de la Cruz Paulino, conceptualización y redacción del borrador original. Boris James Garabito Suero, metodología y revisión y edición. Víctor Amado Jiménez Rivas, investigación y revisión y edición.

Disponibilidad de datos. El ensayo no generó datos primarios. Las publicaciones de las que proceden las estimaciones se identifican en las referencias y en la tabla 1.

Uso de inteligencia artificial: Los autores declaran que no utilizaron asistencia de inteligencia artificial en la elaboración original del manuscrito.

Referencias

1. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience [Internet]. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989
2. Dey T, Bassiony N, Hancock A, Benova L, Mathai M, Langlois EV, et al. Critical signs and symptoms for self-assessment in the immediate postnatal period: an international systematic scoping review and Delphi consensus study. BMC Pregnancy Childbirth. 2025;25:364. https://doi.org/10.1186/s12884-025-07472-9
3. Oni OO, Bello OO, Ajayi AA. Determinants of adequate knowledge of postpartum warning signs and complications among parturients in Ibadan, Nigeria: a cross sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2025;25:894. https://doi.org/10.1186/s12884-025-08058-1
4. Fagan EF, Palacios AM, Bland HW, Alston AA, Nazaruk D. Knowledge of pregnancy care behaviors, complications, and urgent maternal warning signs up to one year postpartum among Georgia residents. BMC Public Health. 2024;24:2598. https://doi.org/10.1186/s12889-024-19931-7
5. de los Reyes S, Al-Khaled D, Brito K, Kholmatov M, Farley B, Kuriloff M, et al. AWHONN postpartum discharge education: patient knowledge and sustainability. BMJ Open Qual. 2022;11:e001528. https://doi.org/10.1136/bmjoq-2021-001528
6. White KJ, Tortal D, Callahan K, Eng K, Hyland M, Underwood E, et al. Using a patient educational video to improve knowledge of maternal mortality warning signs: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2023;142(5):1139-1147. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005368
7. Adams YJ, Agbenyo JS, Lau E, Young J, Haas D. Randomized trial of group postpartum care model improves knowledge and clinical outcomes. Nurs Res. 2025;74(3):171-178. https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000814
8. Chaudhary K, Nepal J, Shrestha K, Karmacharya M, Khadka D, Shrestha A, et al. Effect of a social media-based health education program on postnatal care (PNC) knowledge among pregnant women using smartphones in Dhulikhel hospital: a randomized controlled trial. PLoS One. 2023;18:e0280622. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280622
9. Yoseph A, Teklesilasie W, Guillen-Grima F, Astatkie A. Effect of community health education on mothers' knowledge of obstetric danger signs and birth preparedness and complication readiness practices in southern Ethiopia: a cluster randomized controlled trial. PLoS One. 2024;19:e0312267. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0312267

CC BY-NC 4.0

10. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Soc Sci Med. 1994;38(8):1091-1110. https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90226-7

11. Adams YJ, Miller ML, Agbenyo JS, Ehla EE, Clinton GA. Postpartum care needs assessment: women's understanding of postpartum care, practices, barriers, and educational needs. BMC Pregnancy Childbirth. 2023;23:502. https://doi.org/10.1186/s12884-023-05813-0

12. De la Cruz Paulino YR, Garabito Suero BJ, Jiménez Rivas VA. Nivel de conocimiento y actitudes sobre signos y síntomas de alarma durante el puerperio en usuarias atendidas en la Maternidad Doña Renée Klang Viuda Guzmán, provincia Santiago de los Caballeros, abril-junio 2024 [tesis de grado]. Santiago de los Caballeros: Universidad Autónoma de Santo Domingo; 2024.

13. Centers for Disease Control and Prevention. Urgent maternal warning signs and symptoms [Internet]. Atlanta: CDC; 2024. Disponible en: https://www.cdc.gov/hearher/maternal-warning-signs/index.html

14. Stierman EK, Calhoun B, Mitra S, Pereira SK, Vance MR, Bruce TM, et al. Evaluating the statewide expansion of an educational intervention to address urgent maternal warning signs. Womens Health (Lond). 2026;22:17455057261425021. https://doi.org/10.1177/17455057261425021

15. Busse CE, Stuebe AM, Tumlinson K, Tucker C, Vladutiu CJ, Pence B, et al. Birthing parent postpartum acute care use: multilevel opportunities for strengthening healthcare. Birth. 2024;51(4):843-854. https://doi.org/10.1111/birt.12860

16. Okechukwu A, Magrath P, Alaofe H, Farland LV, Abraham I, Marrero DG, et al. Optimizing postpartum care in rural communities: insights from women in Arizona and implications for policy. Matern Child Health J. 2024;28(7):1148-1159. https://doi.org/10.1007/s10995-023-03889-w

17. Arkerson BJ, Finneran MM, Harris SR, Schnorr J, McElwee ER, Demosthenes L, et al. Remote monitoring compared with in-office surveillance of blood pressure in patients with pregnancy-related hypertension: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2023;142(4):855-861. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005327

18. Hirshberg A, Downes K, Srinivas S. Comparing standard office-based follow-up with text-based remote monitoring in the management of postpartum hypertension: a randomised clinical trial. BMJ Qual Saf. 2018;27(11):871-877. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-007837

19. Yee LM, Martinez NG, Nguyen AT, Hajjar N, Chen MJ, Simon MA. Using a patient navigator to improve postpartum care in an urban women's health clinic. Obstet Gynecol. 2017;129(5):925-933. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001977

20. Corry-Saavedra K, Murphy A, Mei JY. Clinical and demographic factors associated with increased risk of postpartum readmission among patients presenting to the emergency department by 6 weeks postpartum. J Matern Fetal Neonatal Med. 2025;38(1):2466210. https://doi.org/10.1080/14767058.2025.2466210

DERECHOS DE AUTOR

© 2026 Yolieny Rosaury de la Cruz Paulino, Boris James Garabito Suero y Víctor Amado Jiménez Rivas. La autoría conserva sus derechos y concede a Editorial PRAXIS el derecho no exclusivo de primera publicación. Este artículo se distribuye bajo la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0).