

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN GESTANTES
ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE ALTO RIESGO
OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL NACIONAL
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

AUTORA: BRENDA JOHANA GONZALES ESPEJO

NOMBRE DEL DIRECTOR DE LA TESIS:

DR. JHONY A. DE LA CRUZ VARGAS

NOMBRE DEL ASESOR DE LA TESIS:

Mg. CECILIA SALINAS SALAS

LIMA – PERÚ

2016

Agradecimientos a:

A Dios y a la Virgen de Guadalupe por haberme dado la fortaleza para poder concluir satisfactoriamente mi carrera, por sostenerme cuando me sentía decaída y por guiarme por el camino correcto.

Gracias Papá por haber hecho hasta lo imposible para que pueda culminar mi carrera, por tu gran corazón, por ser una persona llena de virtudes y un ejemplo a seguir.

Gracias Mamá por darme las fuerzas para continuar, por tus oraciones para que todo me vaya bien y por siempre estar a mi lado cuando más te necesitaba

Dedicatoria:

A mi padres por su gran amor, por haberme ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles, por apoyarme incondicionalmente y darme fuerzas para no decaer, si bien estudiar medicina no fue fácil, ellos fueron mi inspiración y motivo para poder lograrlo.

A mis abuelitas, a mi hermano a quien quiero mucho, y a un angelito llamado Osquitar quien alegro mis días con su ternura, su paz y me enseñó que ser feliz no es tener una vida perfecta. Ser feliz es reconocer que la vida vale la pena vivirla, a pesar de todas las dificultades.

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Signos y Síntomas de alarma en gestantes atendidas en la unidad de alto riesgo obstétrico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre Conocimientos y Actitudes frente a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo en gestantes hospitalizadas en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

Metodología: Estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, comparativo – correlacional. Desarrollado bajo los lineamientos del diseño no experimental de corte transversal. Se desarrolló en 156 gestantes hospitalizadas en la unidad de alto riesgo obstétrico. Se empleó un instrumento estructurado en tres partes: Conocimientos, Actitudes y Prácticas.

Resultados: Según la valoración de probabilidad de la prueba Chi cuadrado, existe dependencia significativa entre los niveles de Conocimientos y Actitudes frente a las señales de alarma durante el embarazo en general ($X^2=69.720$; $gl=4$; $p=0.000$) y según signos ($X^2=27.946$; $gl=4$; $p=0.000$) y síntomas ($X^2=30.605$; $gl=4$; $p=0.000$); el nivel alto de conocimiento se asocia con una actitud favorable, el nivel medio de conocimiento se asocia con una actitud de indiferencia, y el nivel bajo de conocimiento se asocia con una actitud desfavorable frente a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo-

Conclusiones: En líneas generales, las gestantes que tiene mayor conocimiento sobre las señales de alarma (en general y según: signos y síntomas), tienen actitudes favorables, comparadas con las que tienen alguna idea sobre los signos y síntomas lo cual las lleva a ser indiferentes frente a los mismos, y consecuentemente, las que desconocen, no tiene actitudes alentadoras frente a los signos y síntomas que puedan presentar.

Palabras claves: Signos y síntomas, embarazo

Knowledge, Attitudes and Practices on Signs and Symptoms of alarm in pregnant women at the high risk obstetric unit of the National Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

ABSTRACT

To determine the relationship between Knowledge and Attitudes towards the signs and symptoms of alarm for the embrazo in pregnant hospitalized in the high risk obstetric Unit of Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital.

Methodology: The study of quantitative approach, descriptive, comparative type - correlational. Developed under the guidelines of no experimental cross-sectional design. It was developed in 156 pregnant women hospitalized at high risk obstetric unit. Knowledge, Attitudes and Practices: A structured three-part instrument was used.

Results: According to the assessment of probability of Chi-square test, there is significant dependence between levels of Knowledge and Attitudes towards the warning signs during pregnancy in general ($X^2 = 69,720$, $df = 4$, $p = 0.000$) and as signs ($X^2 = 27,946$, $df = 4$, $p = 0.000$) and symptoms ($X^2 = 30,605$, $df = 4$, $p = 0.000$); the high level of knowledge is associated with a favorable attitude than the average level of knowledge is associated with an attitude of indifference, and that the low level of knowledge is associated with an unfavorable attitude towards signs and warning signs during pregnancy

Conclusions: In general, pregnant women who have more knowledge about the warning signs (in general and as: signs and symptoms), have favorable attitudes, compared with those who have any idea about the signs and symptoms which leads them to be indifferent to them, and consequently, unaware, not encouraging attitudes to the signs and symptoms that may arise.

Keywords: Signs and symptoms, pregnancy

INTRODUCCIÓN

El embarazo es la etapa que marca la vida de una mujer, representa una experiencia vital y en cierta medida su realización plena como tal; durante el transcurso del embarazo pueden presentarse algunas complicaciones o señales que pueden servir de alarma para identificar alguna anomalía en el transcurso del mismo. La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar los signos y síntomas de alarma de aquellas patologías que constituyen una complicación obstétrica que la obliguen a concurrir oportunamente al servicio obstétrico.

Es por ello que el presente estudio de investigación buscó determinar la relación entre conocimientos y actitudes frente a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo en las gestantes hospitalizadas en la unidad de alto riesgo obstétrico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, así como también busco describir los niveles de conocimientos, de actitudes y las principales prácticas que tuvieron estas gestantes frente a los signos y síntomas de alarma que presentaron durante su actual embarazo.

Si bien es cierto existen escasos estudios sobre el tema, tanto a nivel mundial como nacional, es importante conocer lo antes dicho ya que muchas mujeres en estado gestacional mueren debido a la poca orientación e información que se les proporciona sobre el tema, ya que al momento de presentarlos no saben qué actitud tomar frente a ello, lo que ocasiona que las complicaciones se agraven debido al tiempo transcurrido desde el momento que aparecen las primeras señales de alarma hasta que deciden acudir al médico ; esto ocasiona que se reduzca drásticamente las posibilidades de que estas salven tanto sus vidas como la vida de sus bebés.

El presente informe de investigación está estructurado en seis capítulos el primero contempla aspectos relacionados con la realidad problemática tanto a nivel mundial, latinoamericano y nacional; en el segundo capítulo se da a conocer los antecedentes y las bases teóricas de la investigación. El tercer capítulo plantea las hipótesis del estudio. En el cuarto capítulo se detalla la

metodología de la investigación. En el quinto y sexto capítulo se da a conocer los resultados, las conclusiones y recomendaciones a las que se llegaron con la presente investigación.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.1. Planteamiento del problema.....	9
1.2. Formulación del problema	12
1.3. Justificación de la investigación	13
1.4. Delimitación del problema	16
1.5. Objetivos de la investigación.....	16
1.5.1. Objetivo General	16
1.5.2. Objetivos específicos.....	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	18
2.1. Antecedentes de investigación	18
2.2. Bases teóricas.....	27
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	44
3.1. Hipótesis.....	44
3.2. Variables: indicadores	45
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	46
4.1. Tipo de investigación.....	46
4.2. Método de investigación.....	46
4.3. Población y muestra.....	46
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	47
4.5. Recolección de datos.....	48
4.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	49
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	50
5.1. Resultados	50
5.2. Discusión de resultados.....	73
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	83
Conclusiones	83
Recomendaciones	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
ANEXOS	93

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

A largo de todos éstos años ha existido, y aún persiste, un problema de salud pública que afecta, no solo al Perú, sino también al mundo entero, que es la mortalidad materna. Cada año aproximadamente 287,000 mujeres mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto; y de estas el 99% ocurren en países en desarrollo, lo cual sigue siendo inaceptablemente alto. ⁽¹⁾

La mortalidad materna ha demostrado tener grandes discrepancias entre los países desarrollados y en desarrollo. La tasa de mortalidad materna (TMM) en las regiones en desarrollo es de 15 veces (240 / 100.000 nacidos vivos) más altas que en las regiones desarrolladas (16 / 100,000 nacidos vivos). ⁽¹⁾

En América Latina y el Caribe, la mortalidad materna se redujo un 40% entre 1990 y 2013, lo cual está por debajo de la meta del 75% fijada por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En tanto, cabe resaltar que cinco países de las Américas pasaron a la categoría de "baja" mortalidad materna es decir menos de 100 muertes por 100.000 nacidos vivos entre los años 1990 y 2013. Los cuales son: Barbados (de 120 a 52), Brasil (120 a 69), Ecuador (160 a 87), El Salvador (110 a 69) y Perú (250 a 89). ⁽²⁾

En el Perú se estimó que la MM (mortalidad materna) disminuyó en un 64.9% entre los periodos de 1990 -1996 y 2004-2010, al pasar de 265 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos. Entre los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas , el quinto ODM, se relaciona a la salud materna, que es la reducción de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, para ello el Perú debe alcanzar para el presente año una tasa de 66,3 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos. De acuerdo

con la encuesta demográfica y de salud ENDES 2011 ello significaría una reducción adicional de 29%. ⁽³⁾

Para analizar la mortalidad materna por departamentos, se han identificado las tendencias de los últimos 10 años según datos del Ministerio de Salud. Estas muestran que el descenso de la mortalidad materna observado a nivel nacional no ha ocurrido en todos los departamentos. Hay varios casos exitosos que empezaron la década con niveles altos de mortalidad materna y que lograron descensos notables, como Cusco y Huánuco, y descensos más moderados, como Ancash, Apurímac, Ayacucho, Huancavelica y Puno. Amazonas y Cajamarca mantienen niveles altos de mortalidad materna, y con muy poco progreso. En una situación más precaria están Ucayali, Madre de Dios, San Martín y Loreto, con niveles aún altos de mortalidad materna y sin avances significativos. ⁽³⁾

Según la DGE la mortalidad materna en el Perú pasó de 457 defunciones en el año 2010 a 411 en el 2014, lo que representa un descenso de 10% en éste índice. Entre las muertes por causa directa, en el 2014 el 43% de las muertes ocurrieron por hemorragias, 34% por hipertensión inducida por el embarazo (HIE), 21% por sepsis y 2% por otras causas. ⁽⁵⁾

También informa que seis regiones han concentrado el mayor número de fallecimientos relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio entre el 2000 y el 2013: Lima con 718 muertes maternas, Cajamarca con 712, Puno con 662, Piura con 532, La Libertad con 527 y Loreto con 447. ⁽⁴⁾ En el año 2014 Lima presentó 42 MM, seguido de Cajamarca y Loreto con 36 y 32 MM respectivamente. ⁽⁵⁾

En nuestro país son relevantes las 4 demoras o retrasos en la atención de salud que se producen en la atención prenatal cuando existe un signo de alarma, las cuales son: 1) falta de reconocimiento del problema (desconocimiento de información sobre complicaciones del embarazo y señales de peligro), 2) falta de oportunidad de decisión y acción (demora en las decisiones para procurar atención y por barreras para acceder a ella), 3) falta de acceso a la atención y logística de referencia (demora en selección de institución de salud que ofrezca la atención necesaria y de llegar a la misma) y 4) falla en la calidad de atención (demora para recibir un tratamiento adecuado y apropiado). Los esfuerzos por prevenir estas demoras son esenciales para salvar las vidas de las madres y sus recién nacidos. ⁽⁷⁾

Dentro del Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal (2009 – 2015) se plantean tres niveles de acción; reducir las posibilidades de embarazos, reducir las posibilidades de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y reducir las posibilidades de muerte entre mujeres que experimentan complicaciones. El segundo punto mencionado involucra la identificación de los signos de alarma, así como el parto institucional y el manejo activo del alumbramiento. ⁽⁶⁾

La mayoría de las mujeres embarazadas y sus familias no saben cómo reconocer los signos y señales de alarma. Cuando se producen complicaciones, la familia sin preparación desperdicia gran cantidad de tiempo en reconocer el problema, organizarse, obtener dinero, buscar transporte y llegar al centro de atención apropiado.

La elevada morbimortalidad materna podría prevenirse significativamente si las gestantes y sus familias logran reconocer adecuadamente los signos y síntomas de peligro obstétricos y busquen rápidamente atención médica. La evidencia sugiere que la sensibilización de las mujeres acerca de los signos

de peligro obstétricos mejoraría la detección temprana de complicaciones durante la gestación y asimismo reduciría la demora en la decisión de buscar atención obstétrica. ⁽⁸⁾

Por todo ello es relevante evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de las gestantes sobre signos y señales de alarma durante el embarazo y así poder informar, orientar y sensibilizar a las gestantes para que lleven una maternidad segura al lograr que identifiquen oportunamente estos y acudan de inmediato a un establecimiento de salud logrando evitar de manera temprana mayores complicaciones que conlleven al aumento de la morbilidad materna.

1.2. Formulación del problema

General

¿Cuál es relación entre Conocimientos y Actitudes frente a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo en gestantes hospitalizadas en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, 2015?

Específicos.

- 1) ¿Cuál es el estado del conocimiento que tienen las gestantes sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo?
- 2) ¿Cuáles son las actitudes que tienen las gestantes frente a signos y síntomas de alarma durante el embarazo?
- 3) ¿Cuáles son las principales prácticas que tienen las gestantes frente a signos y síntomas de alarma durante el embarazo?
- 4) ¿Se verá diferenciado el nivel de conocimiento que tienen las gestantes sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo, según las

variables personales como edad, número de gestación, distrito de residencia, nivel educativo, ocupación actual, ingreso económico familiar?

- 5) ¿Se verán diferenciadas las actitudes que tienen las gestantes frente a signos y síntomas de alarma durante el embarazo, según las variables personales como edad, número de gestación, distrito de residencia, nivel educativo, ocupación actual, ingreso económico familiar?

1.3. Justificación de la investigación

Mejorar la salud materna es fundamental para tratar algunas causas subyacentes de la mortalidad materna; la cual a nivel mundial constituye un problema de salud pública, pues representa un importante indicador de desarrollo humano para los países. En esta perspectiva el reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes es uno de los principales ODM, debido a la incidencia de muertes maternas ocasionadas por complicaciones del embarazo o parto, se considera que esto podría lograrse mediante el efecto sinérgico de intervenciones combinadas en un marco político de promoción, prevención sanitaria y en mejorar el sistema de salud. ⁽⁴⁾

La MM es un indicador de las condiciones y calidad de la atención de los servicios de salud. Tiene ciertas características específicas, la mayoría de las veces se vincula con una deficiente educación para el uso de los servicios médicos porque en las gestantes existe una incapacidad o dificultad para reconocer los principales signos de alarmas y las complicaciones obstétricas que la lleven a acudir oportunamente a la atención hospitalaria. ⁽⁷⁾

En el año 2013, la atención prenatal superó el 94,0% de cobertura, en la mayoría de regiones naturales, Lima Metropolitana y Resto Costa (99,5% en ambos casos), y Sierra (94,2%); con excepción de la Selva que obtuvo el 87,3%, a pesar de haber presentado importantes avances en los últimos años.

⁽⁴⁾

En la atención prenatal se ha logrado disminuir las brechas por ruralidad y pobreza: 88% de gestantes rurales acceden al control prenatal y 84% de las gestantes del primer quintil de pobreza. Ambos valores están muy cerca de la cobertura universal. Sin embargo, las brechas de oportunidad y calidad en la atención prenatal aún subsisten. ⁽³⁾

Una atención prenatal de calidad implica que los profesionales de la salud informen a las mujeres gestantes sobre los signos de alarma durante y después del embarazo. Pese a esto, la Defensoría del Pueblo (2008) halló que a menos del 75% de mujeres gestantes se le brindó dicha información.

En países en desarrollo como el Perú, la mayoría de las muertes maternas son evitables, ello depende de la detección precoz de los signos de alarma y de la instalación del tratamiento oportuno. Un problema en el embarazo, parto o postparto se agrava o alivia en función al mayor o menor acceso a los servicios de salud y a la capacidad resolutoria para cada caso. Como puede colegirse, una conducta clínica apropiada y el tratamiento a tiempo pueden significar la diferencia entre la vida y la muerte. ⁽⁹⁾

En lo que respecta al funcionamiento de los servicios de salud, los estudios de la Defensoría del Pueblo evidencian que aún es necesario reforzar las labores de información a las gestantes. Por ejemplo, se les debe informar sobre el derecho a recibir atención gratuita cuando corresponda, a ingresar con su pareja, partera o familiar durante las consultas y a alojarse en una casa de espera materna durante los últimos meses del embarazo. Deben también conocer los cuidados especiales durante el embarazo y la identificación de los signos de alarma. Además, es sumamente importante garantizar el trato amable, respetuoso y confidencial a las usuarias, a fin de acercarlas a los servicios de salud y promover su permanencia. ⁽³⁾

Cabe resaltar que durante el año 2014, en el Seguro Social se reportaron 49 muertes maternas, representando un 11% de las muertes maternas del país.

La Red Asistencial Rebagliati registró la mayor frecuencia de muertes maternas a nivel nacional, seguido de la Red Asistencial Sabogal. La principal causa de muerte materna fue por trastornos de hipertensión durante el embarazo, parto y puerperio. La mayoría de las causas directas fueron por complicaciones obstétricas evitables mediante intervenciones eficaces y oportunas. ⁽¹⁰⁾

Debido a que Lima es una de las regiones que mayor número de muertes maternas concentra y por las estadísticas del seguro social, es relevante en este trabajo de investigación evaluar el conocimiento que tienen las gestantes del Hospital Guillermo Almenara con respecto a los signos y síntomas de alarma durante la gestación y que actitudes y prácticas toman frente a ellos, ya que muchas mujeres en estado gestacional mueren debido a la poca orientación e información que se les proporciona sobre el tema, lo que ocasiona que las complicaciones se agraven y reduzcan drásticamente las posibilidades de que estas salven sus vidas.

En la prevención de las muertes maternas juega un papel definitivo el tiempo transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas de alarma y su debida atención. Por ello es muy importante analizar este aspecto, para impulsar mejoras en las campañas educativas por parte del personal de salud ya que podrían de una manera sencilla informar a las gestantes los signos de alarma por los cuales debería buscar ayuda, por ejemplo por parte del médico que hace el control prenatal, no debe quedarse solo en evaluar puntualmente a la paciente que asiste; tendría que tomarse unos minutos para transmitir dicha información reforzando el conocimiento de señales de alarma que las gestantes no reconozcan o no tengan claro y explicándole la importancia del porqué acudir de inmediato a un centro de salud u hospital .

Por otro lado, los medios de comunicación social podrían también ser de gran ayuda al difundir dicha información para que las gestantes se sensibilicen y

sepan reconocer a tiempo estas señales de alarma y así contribuir con la reducción de la morbilidad materna.

1.4. Delimitación del problema

El Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen está dividido en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico y el servicio de Ginecología y Reproducción Humana. A su vez el servicio de alto riesgo obstétrico se divide en tres: La Unidad de Cuidados Especiales Perinatales, la Unidad de Patología y la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico.

El presente estudio evaluara los conocimientos, actitudes y prácticas respecto a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo en las gestantes atendidas en la unidad de alto riesgo obstétrico del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el mes de noviembre del 2015.

1.5. Objetivos de la investigación

1.5.1. Objetivo General

Determinar la relación entre Conocimientos y Actitudes frente a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo en gestantes hospitalizadas en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

1.5.2. Objetivos específicos

- 1) Describir los niveles de conocimientos que tienen las gestantes sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo.
- 2) Describir los niveles de actitudes que tienen las gestantes frente a signos y síntomas de alarma durante el embarazo.

- 3) Describir las principales prácticas que tienen las gestantes frente a signos y síntomas de alarma durante el embarazo
- 4) Comparar el conocimiento que tienen las gestantes sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo, según las variables personales como edad, número de gestación, distrito de residencia, nivel educativo, ocupación actual, ingreso económico familiar.
- 5) Comparar las actitudes que tienen las gestantes frente a signos y síntomas de alarma durante el embarazo, según las variables personales como edad, número de gestación, distrito de residencia, nivel educativo, ocupación actual, ingreso económico familiar.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

-Ticona Rebagliati, Torres Bravo et al, publicaron en la revista peruana de Ginecología y Obstetricia un artículo cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos y prácticas sobre signos de alarma en gestantes. El diseño del estudio fue descriptivo transversal en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, Perú. Las Pacientes Gestantes en hospitalización y consulta externa, durante junio del 2013. Dentro de los resultados Conocimientos: 93% de las gestantes consideró los signos de alarma como indicadores de peligro para la madre y el feto; Los signos con mayor reconocimiento como 'no normales' durante la gestación fueron 'sangrado vaginal' (87,3%), 'alteración de movimientos fetales' (86,6%) y 'fiebre' (86%). El 100% sabía que debe acudir a un centro de salud de inmediato. Prácticas: Los signos por los cuales la mayor proporción de gestantes acudió a emergencia fueron convulsiones (100%), no crecimiento de barriga conforme a la gestación (100%), ardor al orinar (86,1%), sangrado vaginal (84,4%) y fiebre (84,2%). Conclusiones: La mayoría de pacientes consideró a los signos de alarma como peligro; de presentarse algunos de estos signos, todas conocían que deben acudir a un centro de salud inmediatamente y siempre acudirían. ⁽¹¹⁾

-Flores Bazán e Ylatoma Meléndez en el año 2012 su estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y sus actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales, Junio- septiembre 2012. Se realizó el estudio descriptivo de corte transversal, de diseño de investigación correlacional. La muestra estuvo conformada por 31 gestantes. Los resultados

encontrados fueron: El 54.8% se encuentran en el grupo etario de 20 a 34 años de edad; el 74.2% refiere haber recibido información sobre el tema; el 71% recibió dicha información por parte de un profesional de salud. El 51.6% tienen un conocimiento alto del tema. Se encontró que el 41.9% de la muestra estudiada identifica al sangrado vaginal, fiebre y pérdida de líquido amniótico como los signos y síntomas reconocidos por ellas. Así mismo se encontró que el 96.8% tiene una actitud favorable con respecto a los signos y síntomas de alarma del embarazo. Existe correlación entre las variables de estudio (Pearson 0.189), por lo que a mayor nivel de conocimiento mayor actitud favorable para actuar frente a los signos y síntomas de alarma. ⁽¹²⁾

-Castillo, F. y *et al.* (Argentina 2010): En su tesis “Conocimiento sobre signos y síntomas de alarma y las complicaciones en el embarazo por parte de las usuarias en estado gestacional que asisten a la unidad de salud Dr. Mauricio Sol Nerio, en el barrio San Jacinto, departamento de San Salvador, de Abril a Junio de 2010”; de tipo descriptivo, correlacional, transversal con una muestra de 116 gestantes a las cuales se aplicó un cuestionario, se llegó a las siguientes conclusiones: El 63.8% refirió que ha recibido educación sobre los signos y síntomas de alarma del embarazo por el personal de salud que se proporcionó durante la atención prenatal. El 24.1%, refirieron que han presentado complicaciones durante su embarazo. Al explorar la variable sobre el conocimiento que poseen las mujeres embarazadas de los signos y síntomas de alarma, se identificó que un 74.1% poseen conocimiento sobre la temática en estudio alcanzando un alto porcentaje que determinó que las mujeres gestantes pueden identificar una anormalidad en su embarazo, ya que solo el 25.9% refirió no conocer sobre los signos y síntomas de alarma del embarazo. De los resultados obtenidos el 41.9% de las gestantes encuestadas identifica al sangrado vaginal, fiebre y pérdida de líquido amniótico como los signos y síntomas más reconocidos, el 19.4% reconoce las convulsiones, dolor de cabeza y las contracciones uterinas antes de las 37 semanas. De las 116 embarazadas encuestadas el 97.4%, tiene una actitud

positiva de tomar la decisión de asistir al Centro de Salud al detectar una complicación en su embarazo, y solo el 2.6% no considera importante tomar la decisión de asistir el médico al detectar una complicación en su embarazo.
(13)

-Colachahua Baldoceada en el año 2015 tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de las señales de alarma y conducta de la paciente con Morbilidad Materna Extrema atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Durante Enero-Febrero 2015. El diseño de estudio fue observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Se estudió a 60 pacientes que presentaron Morbilidad Materna Extrema atendidas en el INMP. Las causas de morbilidad materna extrema que motivaron el ingreso de la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos Maternos (UCIM) fueron: Preeclampsia - Síndrome de Hellp (45%), Sepsis (21,6%), Hemorragia (15%). Las principales señales de alarma que identificaron y presentaron las pacientes fueron: Cefalea (56,7%), seguido de la edema de manos, pies y/o cara (45,0%), sangrado vaginal (35,0%) y pérdida de líquido amniótico (31,7%), menos frecuente fueron los pacientes que presentaron molestias urinarias (10,0%). El nivel de conocimiento de las señales de alarma en la mayoría de las pacientes con morbilidad materna extrema fue regular (66,7%), la tercera parte tenía un bajo nivel de conocimiento (33,0%) y solo 2 pacientes tuvieron un alto nivel de conocimiento (3,3%). En relación a la conducta frente a las señales de alarma en las pacientes que presentaron morbilidad materna extrema se observó que ésta fue la adecuada en un 76,7%, éste resultado que presentaron es debido a que las pacientes respondieron apropiadamente la conducta a seguir según la información brindada por el personal de salud en la atención prenatal, como es el de acudir inmediatamente al centro de salud más cercano, una vez identificado alguna señal de alarma. ⁽¹⁴⁾

-Bogale D. Y Marcos D. en el 2015 realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar el conocimiento señales obstétricas de peligro en las madres que habían dado a luz en los últimos 12 meses en el distrito de Goba, Etiopía. Un

estudio transversal basado en la comunidad. El estudio incluyó a 562 mujeres que recién habían dado a luz. 179 (31,9%), 152 (27%) y 124 (22,1%) de los participantes del estudio sabían al menos tres señales de peligro durante el embarazo, el parto y después del parto, respectivamente. Dentro de los signos y síntomas de alarma durante el embarazo más conocidos fueron sangrado vaginal (71.3%), cefalea intensa (53.7%), hinchazón de manos y cara (45.9%) y debilidad severa (44.4%). En comparación con las mujeres que no asistieron a los controles prenatales durante el embarazo, las que asistieron a los controles prenatales tenían 2,56 veces y 2,54 veces más probabilidades de conocer los signos de peligro obstétricas durante el embarazo y el parto respectivamente. Este estudio mostró bajo nivel de conocimiento de señales de peligro obstétrico durante el embarazo, parto y puerperio en las mujeres en el distrito de Goba. El control prenatal fue un factor importante para el conocimiento de los signos de peligro obstétricos que ocurren durante el embarazo y el parto. ⁽¹⁵⁾

- Hailu D. Y Berhe H. En el año 2013 tuvieron como objetivo de estudio evaluar el estado de conocimiento de los signos de peligro durante el embarazo y el parto en las madres, en el estado regional de Tigray, Etiopía. Fue un estudio transversal basado en la comunidad se llevó a cabo desde 20 noviembre 2012 a 30 junio 2013 en una muestra seleccionada al azar de 485 mujeres que habían tenido al menos un parto en los últimos dos años. Cuando se pidió a las participantes que mencionen los signos de peligro durante el embarazo, los más frecuentes fueron sangrado vaginal por 238 (49,1%), hinchazón de las piernas o la cara por 202 (41,6%), y la ausencia de movimientos fetales por 159 (32,8%). De las encuestadas 285 (58.8%) mencionaron al menos dos signos de peligro durante el embarazo y 170 (35.1%) no sabía cualquier signo de peligro durante el embarazo. Como conclusión el sangrado vaginal era la señal de peligro más comúnmente mencionada durante el embarazo (49,1%) y el parto (52,8%). El nivel educativo de la madre se asoció

independientemente con el conocimiento acerca de las señales de peligro durante el embarazo y el parto ⁽¹⁾

- García Regalado JF y Montañez Vargas M. en el año 2012 su estudio tuvo como objetivo determinar el conocimiento acerca de los signos y síntomas de las pacientes embarazadas y no embarazadas consideradas como datos de emergencias obstétricas durante el embarazo, el parto y el puerperio. De las mujeres embarazadas el 92.9% identificó signos y síntomas de alarma durante el embarazo dentro de ellos los más frecuentes fueron sangrado transvaginal 22.9%, cefalea 18.7%, tinnitus 11% y ruptura de amnios en un 10.8%. Hubo una asociación entre embarazo anterior, el número de consultas recibidas y conocer los signos y síntomas de alarma. ⁽¹⁷⁾

- Kabakyenga JK, Östergren y *et al* en el año 2011 tuvieron como objetivo de estudio explorar la asociación entre el conocimiento de los signos de peligro obstétricas y la preparación para el parto entre las mujeres que recientemente han dado a luz en el suroeste de Uganda. El estudio incluyó a 764 mujeres de 112 aldeas en el distrito de Mbarara. Dentro de los resultados 52% de las mujeres sabía al menos un signo clave de peligro durante el embarazo, el 72% durante el parto y el 72% durante el puerperio. De los conocimientos sobre los signos de peligro del embarazo los más frecuentes fueron sangrado vaginal severo 49.2%, hinchazón de cara y manos 8.7%, visión borrosa 1.6%. De las prácticas de preparación para dar a luz; 91% había ahorrado dinero, el 71% había comprado materiales para el nacimiento, el 61% identifica a un profesional de salud y el 61% identifica un medio de transporte. En general, 35% de los encuestados se prepararon nacimiento. La juventud y los altos niveles de educación tenían efecto sinérgico sobre la relación entre el conocimiento y la preparación para el parto. ⁽¹⁸⁾

-En el 2014 Mbalinda SN, Nakimuli A. *et al*/publicaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre el conocimiento de los signos de peligro y la preparación para el parto entre las mujeres admitidas con complicaciones en

el embarazo. El estudio incluyó a 810 mujeres que ingresaron en el período preparto en el hospital Mulago, Uganda. Las mujeres con antecedentes de problemas obstétricos durante el embarazo anterior tenían más probabilidades de estar bien informadas sobre los signos de peligro en comparación con los que no tuvo complicaciones en el embarazo anterior. Sangrado vaginal 67.4%, hinchazón de cara y/o manos 46.7% y dolor abdominal 7.7% fueron identificados con mayor frecuencia como signos de alarma en el embarazo. Aunque el conocimiento sobre los signos de peligro fue bajo; se asoció con conocimiento de preparación para el parto. ⁽¹⁹⁾

-Okour A. Y Alkhateeb M. en el año 2012 publicaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar el nivel y los factores determinantes de la conciencia sobre las señales de peligro de complicación del embarazo entre las mujeres jordanas embarazadas mayores de 15 años y más. Se realizó un estudio descriptivo transversal de 350 mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal. Se definió como la conciencia "conocer al menos 4 señales de peligro y síntomas". En general, el 84,8% de las mujeres entrevistadas no estaban al tanto de las señales de peligro de complicación del embarazo. Factores - incluyendo sociodemográficos, nivel educativo y el empleo actual; nivel educativo de la pareja; tamaño de la familia; y si a las mujeres se les dio información sobre las señales de peligro se asociaron con la conciencia en un análisis binario. Análisis de regresión logística multivariado reveló que el nivel educativo de las participantes en el estudio, el nivel de educación de sus parejas, y recibir información acerca de los signos de peligro se asociaron con la conciencia ($P = 0,02$ para todas las asociaciones). Como conclusión el conocimiento de los signos de peligro y síntomas de complicación del embarazo entre las mujeres en Jordania es baja. ⁽²⁰⁾

- Pembe AB, Urassa DP y *et al.* En el año 2009 tuvieron como objetivo evaluar la conciencia de las mujeres sobre los signos de peligro de complicaciones

obstétricas para identificar los factores asociados, en una zona rural de Tanzania. Se entrevistó a un total de 118 mujeres que habían estado embarazadas en los últimos dos años. Más del 98% de las mujeres atendidas tuvieron control prenatal al menos una vez. La mitad de las mujeres sabía al menos una señal de peligro obstétrica. El porcentaje de mujeres que conocía al menos una señal de peligro durante el embarazo fue del 26%, durante el parto 23% y en el puerperio 40%. El sangrado vaginal durante el embarazo (9,6%) y el parto (13%) fue mencionado como principal señal de peligro. Otros signos de peligro conocidas fueron la anemia y convulsiones durante el embarazo. Según el análisis de regresión logística multivariado con educación secundaria o más aumentó la probabilidad de la conciencia sobre señales de peligro obstétrico en seis veces (OR = 5,8; IC del 95%: 1,8 a 19) en comparación con ninguna educación en absoluto. La probabilidad de tener más conciencia aumentó significativamente al aumentar la edad de la madre, número de partos, número de controles prenatales, si el parto se llevó a cabo en una institución de salud y si la madre fue informada de tener riesgos / complicaciones durante la atención prenatal. Como conclusión las mujeres tenían poca conciencia del peligro signos de complicaciones obstétricas. ⁽²¹⁾

-Hailu M y Gebremariam A, publicaron un estudio en el 2010 cuyo objetivo fue evaluar el conocimiento de las mujeres embarazadas sobre los signos de peligro obstétricas en el distrito Aleta Wondo, Etiopía del sur. Se realizó un estudio transversal del 18 de enero al 20 de febrero del 2007 sobre una muestra de 812 mujeres embarazadas. De las 743 mujeres embarazadas que participaron en este estudio 226 (30.4%), 305 (41,3%) y 279 (37,7%) conocían al menos dos signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio, respectivamente. Cuando se les preguntó mencionar los signos y síntomas de alarma durante el embarazo los más comunes fueron sangrado vaginal por 341 (45,9%), dificultad de respiración por 105 (14,1%) y pérdida de la conciencia por 94 (12,7%). Otros signos mencionados incluyen fiebre por 68 (9,2%), dolor de cabeza severo por 55 (7,4%) y dolor abdominal severo por

52 (7,0%). 226(30.4%) mencionaron al menos dos signos de peligro durante el embarazo. El ser residente urbano está fuertemente asociado con mencionar al menos dos signos de peligro de embarazo (OR = 4,1; IC del 95%: 2,4, 7,0). Resultados: este estudio indicó que el nivel de conocimiento de las mujeres embarazadas sobre los signos de peligro obstétricas (durante el embarazo, parto y puerperio) fue baja y afectadas por el área residencial. ⁽⁸⁾

- Amaya T, Lannacone J. (2009, Lima) “Factores socioculturales, conocimientos y actitudes de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo en el Hospital José Agurto Tello Chosica, Lima, Perú, 2009”. En su estudio concluyeron que las primigestas adolescentes tienen un nivel de conocimientos deficientes sobre el embarazo y signos de alarma, mientras que las gestantes no adolescentes presentan un nivel de conocimiento regular. Las adolescentes primigestas presentaron una actitud negativa frente al embarazo. ⁽⁴⁹⁾

- Conejo, M. (Ecuador 2006): En la evaluación final de su investigación “Proyecto Supervivencia Materna”, de tipo descriptivo prospectivo y comparativo con una muestra de 23 mujeres embarazadas que representan el 88% del total de las mujeres de cinco comunidades nativas. Las señales de peligro más identificadas por las mujeres embarazadas fueron: sangrado vaginal (87%), dolor de cabeza (78%) y visión borrosa/desmayos (70%). Se apreció que 19 mujeres que representan el 83% acudirían al Hospital en caso de presentar alguna señal de peligro, 4 embarazadas que representa el 17% acudiría a la partera. ⁽²²⁾

-Cruz M y Romero M, en el 2005 en su estudio de tipo descriptivo cualitativo de corte transversal, la muestra para este estudio fue del 10% de las embarazadas del barrio Teodoro López, Nicaragua. De las 24 entrevistadas, un 95.8% están entre las edades de 19 – 35 años, el 4.2% están entre 15-18 años. En cuanto a la escolaridad el 45.8% tienen educación secundaria

completa, el 37.5% con educación secundaria incompleta y un 8.3% primaria incompleta. Sobre los signos y síntomas de alarma del embarazo un 16.7% respondieron hemorragia y aborto, un 8.3% cefalea, salida de líquido, parto prematuro, aborto. El 4.2% refirieron anorexia, desnutrición, dolor lumbar, presión baja. Un buen porcentaje de ellas no tienen idea de lo que son los factores de riesgo que les puede ocurrir durante el embarazo, solamente algunas mencionaron cuales serían estos posibles riesgos. El 100% de ellas han recibido información de los signos de peligro, en la radio el 50%, en la TV (20.8%) y unidad de salud (4.2%). Todas han asistido alguna vez a la unidad de salud y han recibido consejería por parte del personal de salud que la atiende; pero en su mayoría no tienen el conocimiento exacto de la importancia de conocer los síntomas y signos de alarma del embarazo. ⁽²³⁾

-Dávila, M y et al. (Perú 2003): En su estudio de “Análisis de una Intervención de Salud Pública en comunidades campesinas del Departamento de Huancavelica Enero- mayo 2003”, de tipo descriptivo transversal, realizada al 75% de las mujeres de la población. El 21.5% de gestantes, no recibió Atención Prenatal. El 27.3% no recibió explicaciones sobre síntomas y complicaciones durante el embarazo. En relación al reconocimiento de signos de alarma durante la gestación; una de cada 5 madres no podía mencionar ni un solo signo de peligro, y los signos más frecuentemente mencionados fueron “dolor de cabeza” 42.9%, “vómitos excesivos” 39.3%, “hinchazón del cuerpo” 29.8% y “hemorragia” 26.2%, “bebé no se mueve y pérdida de líquido” lograron 6% y 4.8% respectivamente. ⁽²⁴⁾

2.2. Bases teóricas

MORTALIDAD MATERNA

Según la décima clasificación internacional de enfermedades (CID-10) la muerte materna se define, como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales ni incidentales.

La defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo. ⁽²⁵⁾

Según la causa médica, las muertes maternas se subdividen en dos grupos: obstétricas y no clasificables. Las causas obstétricas se subdividen en directas e indirectas, todas ellas se pueden a su vez clasificar como evitables o no.

Muerte materna obstétrica directa: de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, de la OMS (CIE-10) (10), se refiere a las muertes maternas que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. ⁽²⁵⁾ Las muertes maternas directas se agrupan de acuerdo a sus causas básicas en: Hemorragias del embarazo, parto o puerperio; Infecciones que pueden ser del contenido uterino, del útero y anexos, cavidad pélvica y mamas; o de la diseminación de estas infecciones durante el embarazo, parto o durante el puerperio; hipertensión Inducida por el embarazo que comprende la pre-eclampsia, la eclampsia con o sin síndrome Hellp y a la hipertensión crónica con o sin pre-eclampsia o eclampsia

sobreimpuesta; parto obstruido se refiere a cuando, una vez iniciado el parto, éste no progresa debido a incompatibilidad pélvico-fetal; entre otras.⁽⁹⁾

Muerte materna obstétrica indirecta: se refiere a las muertes maternas que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas pero si agravadas por los efectos fisiológicos propios del embarazo.
(25)

No existe una agrupación consensuada para las causas indirectas de muerte materna, pero por la frecuencia de determinadas patologías se pueden agrupar en: Enfermedades infecciosas: tuberculosis pulmonar o de otro órgano, neumonía/bronconeumonía, apendicitis aguda, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, hepatitis viral. Enfermedades metabólicas y endocrinas como diabetes mellitus, hipertiroidismo. Procesos tumorales. Otras patologías como enfermedad renal crónica, rotura de aneurisma cerebral. ⁽⁹⁾

Muerte materna no clasificables, o sin relación con la gestación: son aquellas debidas a una causa accidental o incidental no relacionada con el embarazo o su atención. Esta forma de muerte materna no es considerada al momento de estimar la razón o tasa de la mortalidad materna.

Muerte materna evitable: se define como la que se pudo haber prevenido con la aplicación de la tecnología disponible, calidad de la atención y el patrón de uso de los servicios. Se utiliza el concepto de mortalidad evitable, por la posibilidad de su disminución mediante el empleo oportuno de medidas correctivas a corto plazo. ⁽⁷⁾

Razón de Mortalidad Materna

La Razón de Mortalidad Materna (RMM) es una forma de cuantificar la muerte materna en la población. Se calcula midiendo el número de muertes maternas durante un período de tiempo determinado por cada 100 000 nacidos vivos durante el mismo período de tiempo. ⁽²⁾

La principal objeción que se hace a este indicador es que sobre estimaría la incidencia de la muerte materna, pues el denominador no incluye los embarazos terminados en aborto o con nacidos muertos. ⁽⁹⁾

Tasa de Mortalidad Materna

La Tasa de Mortalidad Materna (TMM), se calcula midiendo el número de muertes maternas en un período determinado por cada 1000 mujeres en edad reproductiva durante el mismo período de tiempo. ⁽²⁾

Es de advertir que este denominador puede generar una subestimación de la mortalidad materna desde que no todas las mujeres en edad fértil o reproductiva están expuestas al riesgo de embarazo y muerte materna, ya sea por no tener relaciones sexuales, ser infértiles o por estar usando métodos anticonceptivos. Además, no es posible considerar los riesgos mayores por el incremento de las gestaciones y la paridad, ni las diferencias por la estructura de edad de las mujeres en edad fértil (MEF). ⁽⁹⁾

Razón de mortalidad materna:

$$RMM = \frac{\text{Muertes maternas (directas e indirectas)}}{\text{Nº de nacidos vivos}} \times 100\,000 \text{ hab.}$$

Tasa de mortalidad materna:

$$TMM = \frac{\text{Muertes maternas (directas e indirectas)}}{\text{Nº de mujeres en edad fértil (15 a 49 años)}} \times 100\,000 \text{ hab.}$$

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL EMBARAZO

El embarazo es la etapa que marca la vida de una mujer, representa una experiencia vital y en cierta medida su realización plena como tal, se trata de una manifestación de cambios que toda mujer debe comprender y asimilar desde el momento en que su test de embarazo le indica positivamente su condición; es allí donde comienza un camino de expectativas, dudas y un sinfín de emociones, por las que deberá atravesar, siendo los cambios fisiológicos y psicológicos los que despertarán mayor inquietud. Para sobrellevarlos con la mayor fortaleza, lo mejor es conocerlos, para esperarlos con la seguridad del que sabe bien a qué atenerse.

Durante el transcurso del embarazo pueden presentarse algunas complicaciones o signos que pueden servir de alarma para identificar alguna anomalía en el transcurso del mismo. La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar los signos y síntomas de alarma de aquellas que constituyen una complicación que la obliguen a concurrir oportunamente al servicio obstétrico.

Para garantizar el nacimiento de un recién nacido sano con un riesgo mínimo para la madre se hace uso del control prenatal, el cual se dirige a la evaluación continua del estado de salud de la madre y el feto, la anticipación de los problemas mediante el seguimiento de la gestante y la enseñanza de los síntomas y signos de alarma. ⁽¹¹⁾

Los signos y síntomas de alarma por los que una gestante, en caso de presentarlos, debe acudir inmediatamente a un hospital o centro de salud más cercano son los siguientes: fuerte dolor de cabeza o zumbido en el oído, visión borrosa con puntos de lucecitas, náuseas y vómitos frecuentes, disminución o ausencia de movimientos del feto, palidez marcada, hinchazón de pies, manos o cara, pérdida de líquido o sangre por la vagina o genitales o aumentar más de dos kilos por semana, entre otros, como fiebre y las contracciones uterinas de 3 a 5 minutos de duración antes de las 37 semanas. ⁽¹⁶⁾

DEFINICIÓN SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los **signos clínicos** son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica. La Semiología clínica es la disciplina de la que se vale el médico para indagar, mediante el examen psicofísico del paciente, sobre los diferentes signos que puede presentar.

En el ámbito de la medicina, el **síntoma** es la referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad.

DEFINICIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL EMBARAZO

Según la Organización Mundial de la Salud, los signos y síntomas de alarma del embarazo son aquellos que indican que la salud de la gestante y del producto de la concepción está en peligro. ⁽¹²⁾

Los signos y síntomas de alarma por los que una gestante, en caso de presentarlos, debe acudir inmediatamente a un hospital o centro de salud más cercano son los siguientes:

- FIEBRE

Se define como una elevación de la temperatura corporal por encima de variación diaria normal. El umbral para la fiebre durante el parto se considera generalmente que es la temperatura materna ≥ 38 grados C por vía oral. La mujer embarazada es susceptible a muchas infecciones y enfermedades infecciosas. Algunos de estos pueden ser muy graves y potencialmente mortales para la madre, mientras que otros tienen un gran impacto sobre el pronóstico neonatal debido a la probabilidad elevada de infección fetal.

Una historia cuidadosa y un examen físico se debe realizar para buscar las causas posibles, tanto obstétricas y no obstétricas, de fiebre. La frecuencia

cardíaca fetal debe ser evaluada ya que la taquicardia fetal puede ocurrir en respuesta a la infección materna o infección intrauterina.

Dentro de las causas de fiebre materna se deben enfocar principalmente las infecciones urinarias, gastrointestinales o respiratorias y la infección intraamniótica.

Infecciones del tracto urinario (ITU) son comunes en las mujeres embarazadas. La IU afecta el tracto inferior (cistitis aguda) o en el tracto superior (pielonefritis aguda). La cistitis aguda debe sospecharse en mujeres embarazadas que se quejan de nueva aparición disuria, polaquiuria o urgencia miccional. El diagnóstico se realiza mediante un examen de orina y la búsqueda del crecimiento bacteriano en el cultivo de orina en este entorno. La pielonefritis aguda durante el embarazo es sugerido por la presencia de dolor en flancos, náuseas / vómitos, fiebre ($> 38^{\circ} \text{C}$), y / o sensibilidad en ángulo costo vertebral, con o sin los síntomas típicos de la cistitis, y se confirma por el hallazgo de bacteriuria. Es importante diagnosticarlo para brindar un tratamiento oportuno; ya que la pielonefritis se ha asociado con resultados adversos del embarazo como aumento del parto prematuro, sepsis materna.

Infección del tracto respiratorio es común en las mujeres embarazadas, sobre todo en el invierno, cuando es probable la etiología viral. Las manifestaciones clínicas de la fiebre de bajo grado, la congestión, rinorrea y tos son útiles en el diagnóstico. Se indica tratamiento de soporte, se sugiere paracetamol para la fiebre, el dolor de garganta y de cabeza.

Las mujeres embarazadas son propensas a la neumonía por aspiración debido a la disminución del tono del esfínter esofágico inferior y el aumento de la presión intraabdominal asociada con el estado grávido. Los síntomas clásicos de la neumonía son la aparición repentina de fiebre, dolor pleurítico, disnea y tos productiva de esputo purulento; Sin embargo, la mayoría de los pacientes no presentan síntomas clásicos. Las mujeres embarazadas con neumonía son propensas al parto prematuro, así como edema pulmonar. Si

bien no parece ser un aumento de la mortalidad perinatal, la frecuencia de bajo peso al nacer nacidos de madres con neumonía es mayor que entre los controles sin la neumonía.

La infección intraamniótica se refiere a la infección del líquido amniótico, membranas, placenta y/o decidua. Clínicamente, el criterio esencial para el diagnóstico de IIA es la fiebre materna. Para la investigación clínica, el diagnóstico se basa generalmente en la presencia de fiebre materna de ≥ 38 grados C por vía oral y al menos dos de las siguientes condiciones: taquicardia materna mayor de 100 latidos/minuto; taquicardia fetal mayor de 160 latidos/minuto, irritabilidad uterina, mal olor del líquido amniótico, leucocitosis materna mayor de 15 mil células/ milímetro cúbico. El tratamiento oportuno con antibióticos de amplio espectro con cobertura para estreptococos del grupo B reduce la morbilidad materna y neonatal. Para la infección intraamniótica (corioamnionitis), los resultados adversos a corto plazo incluyen la sepsis neonatal, la meningitis y la neumonía; posibles resultados a largo plazo incluyen retraso del desarrollo neurológico y parálisis cerebral. ⁽²⁶⁾

-EDEMAS

En algún momento durante el embarazo 8 de cada 10 mujeres tienen edema clínico demostrable, el cual es de inicio gradual, progresivo, leve, localizado en los tobillos, los pies, de predominio vespertino, blando, blanco, indoloro, aumenta al estar de pie y en embarazos múltiples, disminuye en posición de decúbito lateral izquierdo y al elevar los miembros pélvicos a 30° , es más frecuente en el segundo trimestre, permanece incluso 10 días después del parto. ⁽²⁷⁾

El edema clínicamente significativo de la cara y manos ocurre en aproximadamente el 50% de las mujeres embarazadas, mientras que el edema de los miembros inferiores no asociado a hipertensión ocurre en el

80% de las embarazadas.⁽¹²⁾ Estos están propiciados por los cambios electrolíticos (sodio y potasio), aumento de retención hídrica y por el aumento de la presión venosa en los miembros inferiores, debida principalmente a la dificultad del retorno venoso por la compresión que el útero ejerce sobre las venas cava inferior e iliacas.

Cuando los edemas son generalizados (incluyendo cara y manos), no ceden con el reposo y se acompañan de proteinuria e hipertensión arterial, deberemos ponernos en situación de alerta al ser esta la tríada clásica. En la preeclampsia el edema es de inicio súbito después de la semana 20 de embarazo (>900 g/ semana), se localiza en la cara, las manos y los miembros pélvicos, es blando, blanco, indoloro, aumenta con la posición de pie, disminuye –pero no desaparece– en decúbito lateral izquierdo, con los miembros pélvicos elevados a 30°, junto con ello puede haber cefalea, dolor en el epigastrio, trastornos visuales e hipertensión ⁽²⁷⁾, los cuales son señales de alarma por los cuales la gestante debe acudir a un establecimiento de salud.

-SANGRADO VAGINAL:

El sangrado vaginal es común en el primer trimestre, se producen en un 20 a 40 % de las mujeres embarazadas, Sangrado relacionado al aborto es la causa no traumática más común de sangrado del primer trimestre con una prevalencia de 15 a 20 % de los embarazos. Por lo tanto, el primer paso en la evaluación es el ultrasonido, para buscar la causa del sangrado. Los estudios muestran consistentemente una asociación entre hemorragia del primer trimestre y resultados adversos (por ejemplo, aborto involuntario, parto prematuro, ruptura prematura de membranas, la restricción del crecimiento fetal) más tarde en el embarazo. ⁽²⁸⁾

Sangrado es menos común en el segundo y tercer trimestre. Las principales causas de sangrado en estos momentos son: placenta previa,

desprendimiento de placenta, ruptura uterina y vasa previa. El primer paso en la evaluación es determinar la extensión de la hemorragia y si el sangrado se acompaña de dolor. La ecografía transvaginal es la piedra angular en la evaluación de sangrado en el segundo trimestre, los objetivos principales son determinar si la placenta está cubriendo el orificio cervical (placenta previa), si existe evidencia de hemorragia decidual causando la separación de la placenta (es decir, desprendimiento prematuro de la placenta), el diagnóstico es de exclusión ya que la separación de la placenta por lo general no se puede visualizar en la ecografía; solo un 2% se visualiza. ⁽²⁸⁾

Placenta previa debe sospecharse en cualquier mujer que se presenta con sangrado vaginal en la segunda mitad del embarazo. Clásicamente, la ausencia de dolor y de contracciones uterinas se considera la característica clínica que distingue entre placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta. La placenta previa aumenta el riesgo de hemorragia preparto (RR 9,8), durante el parto (RR 2,5) y post parto (RR 1,9). El riesgo es más alto en pacientes con acretismo placentario. La hemorragia puede conducir a la inestabilidad hemodinámica, disminución de la perfusión tisular, la hipoxia celular, daño de órganos y la muerte. La tasa de mortalidad materna asociada a la placenta previa es menos del 1 por ciento en los países ricos en recursos, pero sigue siendo alta en los países de escasos recursos, donde la anemia materna y la falta de recursos médicos son comunes. ⁽²⁹⁾

Clínicamente, DPP se presenta con sangrado vaginal (80 %), dolor uterino (70%) y las contracciones uterinas (35%), con o sin riesgo de pérdida del bienestar fetal. Riesgos para la madre son pérdida excesiva de sangre que pueden llevar a un shock hipovolémico, insuficiencia renal, síndrome de dificultad respiratoria del adulto, insuficiencia multiorgánica, la histerectomía periparto y muerte. ⁽³⁰⁾

Al igual que con la hemorragia del primer trimestre, episodios de sangrado en el segundo y tercer trimestre también se asocia con resultados adversos del embarazo, principalmente el nacimiento prematuro. ⁽²⁸⁾

-PÉRDIDA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO:

Consideramos el líquido amniótico (LA) como un medio hídrico que va a proteger al embrión y al feto de influencias externas adversas, favoreciendo con su elasticidad la estática fetal.

La ruptura prematura de membranas (RPM) se produce en el 3 % de los embarazos y es responsable de aproximadamente un tercio de los nacimientos prematuros. RPM se refiere a la ruptura de la membrana antes de la aparición de las contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación.

La presentación clínica clásica es una pérdida repentina de líquido amarillo claro o pálido de la vagina. Sin embargo, muchas mujeres describen fuga intermitente o constante de pequeñas cantidades de líquido o sólo una sensación de humedad dentro de la vagina o en el perineo. El diagnóstico se basa en una historia característica y el examen físico visualización directa de líquido que fluye desde el conducto cervical, complementando con pruebas de laboratorio estándar (nitrazina, helecho) en los casos de incertidumbre diagnóstica.

Aproximadamente un tercio de las mujeres con rotura prematura de membranas desarrollan infecciones potencialmente graves como la infección intraamniótica (corioamnionitis y funisitis), endometritis y septicemia, lo cual contribuye al aumento de morbilidad materna. El feto y el recién nacido se encuentran con mayor riesgo de morbilidad y está relacionada con la prematuridad la cual depende de la edad gestacional y es mayor cuando se presenta corioamnionitis. ⁽³¹⁾

NÁUSEAS Y VÓMITOS EXCESIVOS:

Náuseas con o sin vómitos es tan común en el embarazo temprano que los síntomas leves pueden ser considerados parte de la fisiología normal del primer trimestre. Sin embargo, estos síntomas pueden afectar significativamente la calidad de vida de la mujer embarazada, sobre todo cuando se vuelven persistentes y severos. Algún grado de náuseas con o sin vómitos se produce en el 50 a 90 % de los embarazos, con inicio a la 5ta o 6ta semana de gestación, alcanzando un máximo de nueve semanas, y por lo general suelen disminuir entre las 16 a 20 semanas de gestación; sin embargo, los síntomas pueden continuar hasta el tercer trimestre en el 15 a 20 % de las mujeres y hasta el parto en un 5 %.

La incidencia de las mujeres con síntomas graves no está bien documentada; informes varían de 0,3 a 3 por ciento de los embarazos. El diagnóstico de la hiperémesis gravídica se hace clínicamente en una mujer con la aparición de vómitos persistentes acompañados de pérdida de peso superior al 5 % y cetonuria en el primer trimestre, sin relación con otras causas, que pueden evolucionar de manera severa y producir hipotensión ortostática, deshidratación y desequilibrio metabólico - electrolítico que requieren hospitalización para estabilización de la gestante.

La patogénesis tiene que ver con las concentraciones pico séricas de gonadotropina coriónica humana (hCG) durante el primer trimestre, momento en que la hiperémesis gravídica es vista normalmente. Se ha observado de que la concentración sérica de hCG es mayor en las mujeres con hiperémesis que en otras mujeres embarazadas y que las náuseas y los vómitos son peores en las mujeres con gestaciones múltiples y mola hidatidiforme, condiciones asociadas con altos niveles de hCG, también apoyan un posible papel etiológico de esta hormona. ⁽³²⁾

HIPERTENSIÓN -CEFALEA, TRANSTORNOS VISUALES Y AUDITIVOS:

-Hipertensión es generalmente el hallazgo clínico más temprano de la preeclampsia y es el indicio clínico más común a la presencia de la enfermedad. La presión arterial normalmente se eleva gradualmente, alcanzando el rango hipertensivo ($\geq 140 / 90$ mmHg) en algún momento del tercer trimestre, a menudo después de la semana 37 de la gestación. Sin embargo, en algunas mujeres, la hipertensión se desarrolla rápidamente o antes de las 34 semanas de gestación.

La preeclampsia se refiere a la nueva aparición de la hipertensión y proteinuria o disfunción de órganos diana después de 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa y se define como presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg, medida en dos ocasiones por lo menos con seis horas de diferencia y proteinuria $> 0,3$ g/día. Una presión arterial sistólica de ≥ 160 mm Hg o presión arterial diastólica de ≥ 110 mm Hg en dos ocasiones por lo menos cuatro horas de diferencia es una característica de preeclampsia severa. La preeclampsia se estima que ocurre en 4.6 % de los embarazos en todo el mundo. ⁽³³⁾

Manifestaciones del sistema nervioso central de la preeclampsia incluyen dolor de cabeza, síntomas visuales y auditivos, e hiperreflexia generalizada. ⁽³³⁾

-Dolor de cabeza en la preeclampsia puede ser temporal, frontal, occipital, o difusa. Por lo general es un palpitante / fuerte dolor, pero puede un dolor penetrante. Aunque no es patognomónico, una característica que sugiere dolor de cabeza relacionados con la preeclampsia en lugar de otro tipo de dolor de cabeza es que persiste a pesar de la administración de un exceso de analgésicos y puede llegar a ser grave (es decir, incapacitante, "el peor dolor de cabeza de mi vida"). ⁽³⁵⁾

-Los síntomas visuales son causados, al menos en parte, por la retina espasmo arteriolar de la retina. Los síntomas incluyen visión borrosa, destellos de luz o chispas (fotopsia), y escotomas (zonas oscuras o lagunas

en el campo visual). También se pueden presentar diplopía o amaurosis fugaz (ceguera en un ojo). Ceguera cortical es rara y generalmente transitorias. ⁽³⁶⁾

-Tinnitus es el término médico para el hecho de "escuchar" ruidos en los oídos cuando no hay una fuente sonora externa. El sonido suele ser una pulsación, un silbido, o un zumbido profundo y prolongado. De manera aislada no tiene importancia; pero si se asocia a cefalea intensa, síntomas visuales es un síntoma de alarma indicador de preeclampsia.

-Las **convulsiones** en una mujer con preeclampsia significan un cambio en el diagnóstico de eclampsia, se caracteriza por ser de tipo tónico clónico generalizado. Uno de cada 400 preeclampsia leve y 1 en 50 mujeres con preeclampsia severa desarrollan convulsiones eclámpicas. ⁽³⁷⁾

Las complicaciones fetales incluyen bajo peso al nacer, parto prematuro, y muerte perinatal. El pronóstico fetal es particularmente malo en la preeclampsia que ocurre antes de las 34 semanas de gestación, en la eclampsia, y en el síndrome de HELLP: hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y recuento plaquetario bajo. Los estados hipertensivos en el embarazo constituyen una causa de riesgo de primer orden de prematuridad, bajo peso al nacimiento, retraso de crecimiento intrauterino y morbilidad perinatal. ⁽³⁸⁾

Las mujeres con preeclampsia tienen un mayor riesgo de eventos que amenazan la vida, incluyendo desprendimiento de la placenta, injuria renal aguda, hemorragia cerebral, insuficiencia o ruptura hepática, edema pulmonar, coagulación intravascular diseminada, y la progresión de la eclampsia. A nivel mundial, del 10 al 15 por ciento de las muertes maternas directas están asociados con la preeclampsia / eclampsia ⁽³⁹⁾, por ello es importante reconocer los signos y síntomas de alarma y acudir de inmediato a un establecimiento de salud para evitar mayores complicaciones.

DOLOR EPIGÁSTRICO

Dolor epigástrico es uno de los síntomas cardinales de la preeclampsia severa. Una revisión de este síntoma no específico reveló que se experimenta

normalmente como un constante dolor severo que comienza en la noche, por lo general en el epigastrio, pero puede irradiarse hacia el hipocondrio derecho o la espalda.⁽³⁴⁾ El dolor se piensa que es debido al estiramiento de la cápsula de Glisson debido a la hinchazón hepática o sangrado. Puede ser el único síntoma de presentación, por lo tanto si se presentara se debe tener un alto índice de sospecha para el diagnóstico de preeclampsia en lugar de reflujo gastroesofágico, que es común en las mujeres embarazadas, especialmente por la noche.

DISMINUCION DE LOS MOVIMIENTOS FETALES

La percepción materna del movimiento fetal es tranquilizador para las mujeres embarazadas, mientras que la disminución del movimiento fetal (DMF) es una razón común de preocupación.

La percepción materna del movimiento fetal suele comenzar en el segundo trimestre alrededor de las 16 a 20 semanas de gestación y se produce antes en las mujeres que tuvieron hijos que las mujeres nulíparas. La frecuencia de movimiento fetal en el embarazo normal es probablemente constante durante todo el tercer trimestre.

Al menos el 40 por ciento de las mujeres embarazadas se preocupan por percibir disminuidos los movimientos fetales una o más veces durante el embarazo ⁽⁴⁰⁾. La mayoría de los casos son transitorios. De 4 a 15 % de las mujeres embarazadas se pondrá en contacto con médico debido a la persistente DMF en el tercer trimestre. ⁽⁴¹⁾

La cantidad y calidad de los movimientos fetales y otros tipos de actividad biofísico fetal (movimientos de respiración, el tono) normal prácticamente asegura la integridad funcional de los sistemas reguladores fetales. Cuando estos sistemas reguladores son sometidos a la hipoxemia leve, disminuyen los movimientos fetales, se cree que representa una respuesta compensatoria de comportamiento fetal, análogo a la respuesta fisiológica compensatoria de

redistribución del flujo sanguíneo a los órganos esenciales. Si la hipoxemia se vuelve más grave y se prolonga, las respuestas compensatorias pueden fallar para proteger al feto, que finalmente llevan a la lesión fetal o muerte.

El reconocimiento temprano de la disminución de los movimientos fetales puede proporcionar una oportunidad para identificar los fetos que pueden ser comprometidos y podrían beneficiarse de una oportuna intervención, por lo general el parto, y de ese modo prevenir posible progresión a complicaciones fetales/ neonatales o la muerte.

Se les orienta de ponerse en contacto con su médico si perciben una reducción significativa y persistente en los movimientos fetales y nunca esperar más de dos horas si hay ausencia de movimientos fetales.

Se han propuesto varios métodos para definir un límite de alarma. Los siguientes son ejemplos de umbrales para la tranquilidad de bienestar fetal:

- Percepción de al menos 10 movimientos fetales durante un máximo de dos horas cuando la madre está en reposo y se centró en contar (método de "contar hasta 10")

- Percepción de al menos 4 movimientos fetales en una hora cuando la madre está en reposo y se centró en contar. ⁽⁴²⁾

CONTRACCIONES UTERINAS ANTES DE LAS 37 SEMANAS

Las contracciones irregulares leves son un hallazgo normal en todas las etapas del embarazo, existe un reto de distinguir el verdadero trabajo de parto (contracciones que resultan en cambio cervical) del falso trabajo de parto (contracciones que no resultan en cambio cervical, es decir, las contracciones de Braxton Hicks).

Es más probable un verdadero trabajo de parto cuando hay un aumento en la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones. Aunque muchos investigadores han intentado, nadie ha sido capaz de identificar una

frecuencia de contracción umbral que identifica de manera efectiva a las mujeres que progresarán al verdadero trabajo de parto. Cambios cervicales en el examen físico que preceden o acompañan verdadero trabajo incluyen la dilatación, borramiento, ablandamiento, y a una posición cervical más anterior. (44)

El parto prematuro, definido como aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, tiene una incidencia entre 7-10% y es la principal causa de morbimortalidad perinatal. (43) Criterios clínicos específicos que se han utilizado para la selección de los sujetos en entornos de investigación incluyen contracciones uterinas persistentes (4 cada 20 minutos o 8 cada 60 minutos) con cambio cervical documentado o cervical borramiento $\geq 80\%$ o cervical dilatación $> 3\text{cm}$. Se eligieron estos criterios porque las mujeres que no cumplan estos criterios a menudo son diagnosticadas en última instancia de amenaza de parto prematuro. (45)

El parto prematuro es la causa directa más importante de muerte neonatal (muerte en los primeros 28 días de vida), y es responsable de 27 por ciento de las muertes neonatales en todo el mundo (46)

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

CONOCIMIENTOS:

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección. El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. (47)

Es aquella información o saber que una persona posee y que es necesaria para llevar a cabo una actividad.

ACTITUDES:

Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. ⁽⁴⁷⁾

Actitud es el estado de disposición adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones. ⁽⁴⁸⁾

Actitud es lo que sienten las personas respecto a un tema en particular, así como ideas preconcebidas o creencias que puedan tener sobre ese tema. Es una predisposición a actuar

Una actitud es un predicado de un comportamiento futuro, por eso los esfuerzos deben estar destinados a inculcar o modificar actitudes.

PRACTICAS:

Prácticas son las acciones que realizan los individuos ante determinadas circunstancias o situaciones. ⁽⁴⁸⁾

Son las maneras en que las personas aplican sus conocimientos y actitudes con relación a un tema concreto por medio de sus acciones.

Es el nivel más complejo, porque implica conocer, tener voluntad y recursos para ejercitar ese conocimiento.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

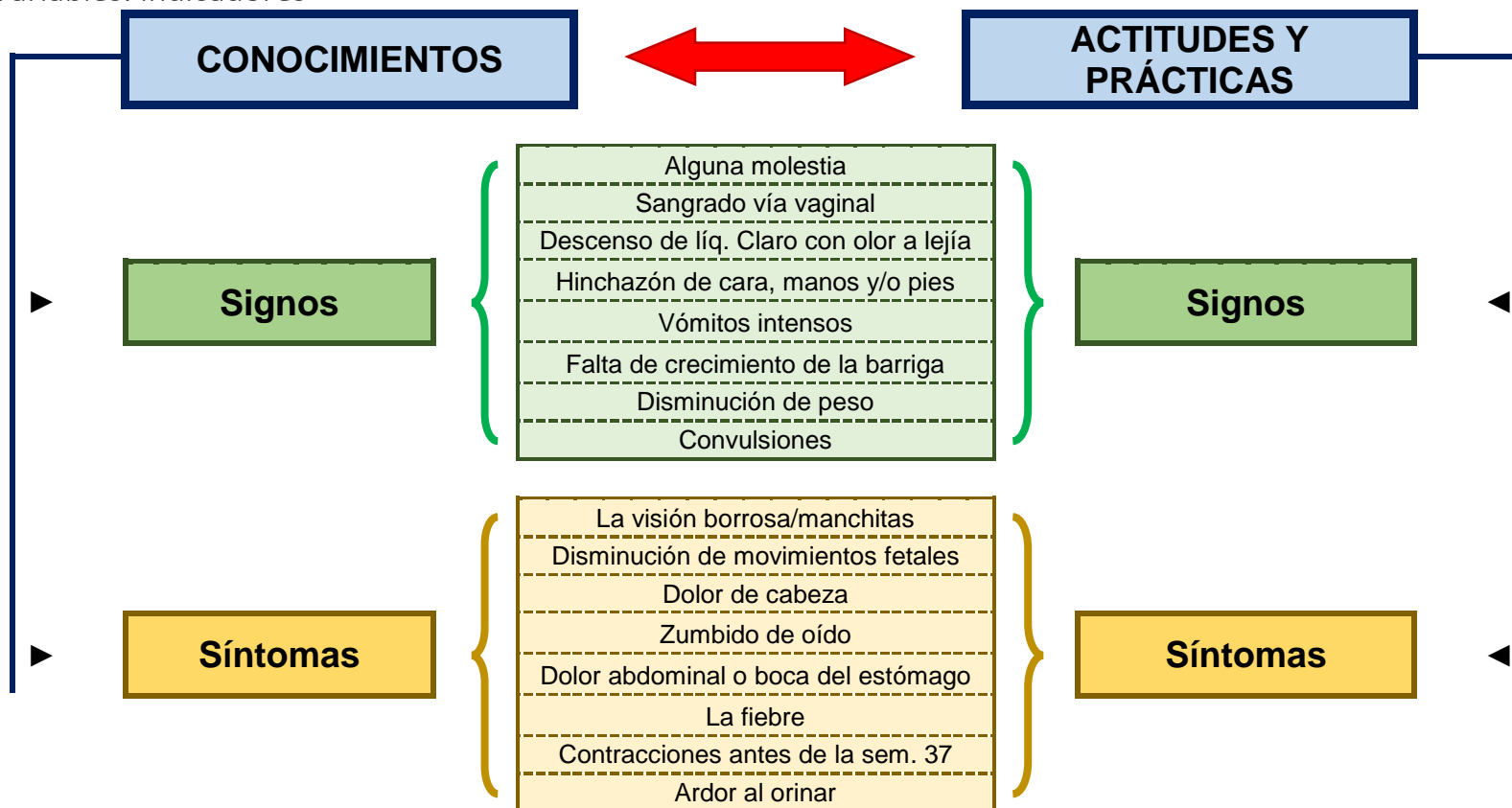
General

El conocimiento y las actitudes que tienen las gestantes están significativamente relacionadas; aquellas que conocen más sobre las señales de alarma durante el embarazo, tienden a tener actitudes más favorables frente a los signos y síntomas de alarma durante el periodo de gestación.

Específicas

- 1) Las gestantes, que tienen más edad, más número de gestaciones, las que tienen más estudios y las que tiene mayor ingreso familiar mensual, tienden a tener mayor nivel de conocimiento sobre señales de alarma (signos y síntomas) durante el embarazo.
- 2) Las gestantes que tienen menos edad, las que tienen de 1 a 2 gestaciones, las que tienen más estudios, y las que tienen mayor ingreso familiar mensual, tienden a tener actitudes favorables frente a las señales de alarma (signos y síntomas) durante el embarazo.

3.2. Variables: indicadores



CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Tipo de investigación

Es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, comparativo, correlacional.

4.2. Método de investigación

Se desarrolló bajo los lineamientos del diseño no experimental, de corte transversal.

4.3. Población y muestra

Población objetivo: 263 Gestantes hospitalizadas en la unidad de alto riesgo obstétrico del servicio del mismo nombre.

Muestra: El cálculo del tamaño mínimo necesario de la muestra fue calculada a través de la siguiente formula:

$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \Rightarrow \quad n_0 = \frac{Z^2}{4E^2}$			
n	= Tamaño de la muestra	n ₀	= Tamaño de la muestra sin ajustar
N	= Tamaño de Población	E	= Error (5%). 0.05
		Z	= Valor de la distribución normal 95 % ---- 1,96

$$n = \frac{\frac{Z^2}{4E^2}}{1 + \frac{4E^2}{N}} = \frac{\frac{1.96^2}{4(0.05)^2}}{1 + \frac{4(0.05)^2}{263}} = 156.358 \cong 156$$

Por tanto la muestra asciende a 156 gestantes hospitalizadas en la unidad de alto riesgo obstétrico. Elegidas mediante el muestreo probabilístico.

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada para la recolección de los datos será mediante la aplicación de una encuesta a las gestantes hospitalizadas en la unidad de alto riesgo obstétrico.

El instrumento de medición se encuentra validado fue tomado del estudio “Conocimientos y Practicas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre- Niño San Bartolomé Lima Perú”. (11)

El instrumento está estructurado para medir dos áreas, la primera, con 16 ítems para medir conocimientos sobre signos (8 ítems) y síntomas (8 ítems); la otra área están relacionadas con las actitudes (16 ítems [signos (8 ítems) y síntomas (8 ítems)]) y prácticas (16 ítems [signos (8 ítems) y síntomas (8 ítems)]) que tiene las gestantes frente a las señales de alarma durante el embarazo.

Las alternativas de respuesta respecto a los conocimientos y actitudes están estructuradas bajo el sistema Likert (totalmente de acuerdo, de acuerdo, indiferente, desacuerdo y totalmente en desacuerdo), mientras que la variable “Practicas”, las alternativas de respuesta están en un sistema dicotómico (Sí / No), con la intención de conocer si la gestante presenta o no alguna señal de alarma, y si acude al médico o no; así mismo, se registra el tiempo promedio en que la gestante tardó en ir al centro de salud/hospital.

Baremos:

Variable	Nivel	Signos	Síntomas	General
Conocimiento	Alto	hasta – 18.7	hasta – 18.7	Hasta 37.3
	Medio	18.8 – 29.4	18.8 – 29.4	37.4 – 58.6
	Bajo	29.5-a más	29.5-a más	58.7 a más
Actitudes	Favorable	hasta – 18.7	hasta – 18.7	Hasta 37.3

Indiferente	18.8 – 29.4	18.8 – 29.4	37.4 – 58.6
Desfavorable	29.5-a más	29.5-a más	58.7 a más

● **Validez**

La validez fue determinada a través del criterio de juicio de expertos, cuyas observaciones fueron evaluadas con la V de Aiken, resultados que fueron favorables al instrumento ya que se demostró su validez. (Ver anexo 03).

● **Fiabilidad**

Se desarrolló un estudio piloto en 25 personas con características similares a la muestra de estudio, cuya información fue sometida al análisis de consistencia interna con el alfa de Cronbach, obteniéndose así, una valoración de 0.896 para el instrumento que mide “Conocimiento” y una valoración de 0.752 para el instrumento que mide actitudes. Quedando así demostrada la fiabilidad del instrumento. (Ver anexo 04)

4.5. Recolección de datos

El instrumento fue administrado por medio de una entrevista en la cual se explicó los signos y síntomas que se indagaron.

Se solicitó la autorización del Comité de Investigación así como del Jefe del Departamento de Ginecoobstetricia y del servicio de Obstetricia de Alto Riesgo para la ejecución del proyecto.

Con el permiso correspondiente se aplicó la encuesta y previo a ello se solicitó el consentimiento informado de las pacientes luego de explicarles el objetivo del estudio, los procedimientos, la confidencialidad de los datos y la voluntariedad de la participación. Se siguió los principios éticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia.

4.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Los datos fueron procesados con el apoyo del software IBM SPSS 23, con la finalidad de aplicar los estadísticos que se ajustan a los requisitos y características de las variables, a fin de atender a los objetivos planteados en el estudio.

- **Prueba no paramétrica Chi cuadrado**

Es una prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas, no consideradas relaciones causales. La prueba Chi cuadrado se calcula por medio de una Tabla de contingencias o tabulación cruzada, que es una Tabla de dos dimensiones y cada dimensión contiene una variable. A su vez cada variable se subdivide en dos o más categorías. Puesto que en la distribución de los datos, algunos no se ajustarán a la normalidad, fue necesario aplicar esta prueba para conocer la independencia o no, entre las variables y conocer, si hubiera dependencia, las categorías identificadas.

$$X^2 = \sum \frac{(o - e)^2}{e}$$

$$\text{g.l.} = (T_f - 1) (T_c - 1)$$

Si $p \leq 0.05$ Rechazo H_0

H_0 = Independencia | H_1 =
Dependencia

Coeficientes Asociación

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Resultados

Luego de recoger la información a través de los instrumentos diseñados para medir y conocer las variables del estudio (Conocimiento, Actitudes y Prácticas frente a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo), los datos fueron procesados con el apoyo del software IBM SPSS para Windows, con la finalidad de emplear los estadísticos necesarios y así, dar respuesta al problema de investigación, general y específicos, formulados a manera de pregunta al inicio del estudio.

Con la finalidad de determinar si existe dependencia significativa entre los niveles de conocimientos y las actitudes frente a los signos y síntomas de alarma frente al embarazo, los datos fueron sometidos a la prueba no paramétrica Chi cuadrado para dependencia. El mismo estadístico de asociación se empleó para comparar las variables personales (Edad, número de gestaciones, distrito de residencia, nivel educativo, ocupación actual e, ingreso familiar mensual) según las variables centrales del estudio (Conocimiento y Actitudes); para la variable “Prácticas frente a los signos y síntomas” se empleó la estadística descriptiva.

Por otro lado, a fin de conocer el comportamiento de las variables centrales por separado, los datos fueron sometidos a la prueba chi cuadrado para una muestra, con el propósito de determinar si existen diferencias significativas entre las proporciones categóricas expresadas, para la variable Conocimiento en: “Alto, Medio y Bajo”, y para la variable Actitudes en: “Favorable, indiferente y Desfavorable”; de esta manera se pudo indicar la categoría con mayor predominio

Tabla 1.

Relación entre Conocimientos y Actitudes frente a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo.

		Conocimiento			Total	
		Alto	Medio	Bajo		
Actitudes	Favorable	f	23	22	7	52
		%fila	44.2%	42.3%	13.5%	100.0%
		%column	65.7%	28.9%	15.6%	33.3%
		Res. Est.	3.3	-7	-2.1	
	Indiferente	f	7	44	6	57
		%fila	12.3%	77.2%	10.5%	100.0%
		%column	20.0%	57.9%	13.3%	36.5%
		Res. Est.	-1.6	3.1	-2.6	
	Desfavorable	f	5	10	32	47
		%fila	10.6%	21.3%	68.1%	100.0%
		%column	14.3%	13.2%	71.1%	30.1%
		Res. Est.	-1.7	-2.7	5.0	
Total	f	35	76	45	156	
	%fila	22.4%	48.7%	28.8%	100.0%	
	%column	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

$X^2=69.720$; $gl=4$; $p=0.000$ // d de Somer= 0.460 ; $p=0.000$

Según la valoración de probabilidad de la prueba Chi cuadrado que se presenta en la tabla 1 ($p=0.000$), existe dependencia significativa entre los niveles de Conocimientos sobre las señales (signos y síntomas) de alarma durante el embarazo en general, y las Actitudes frente a los mismos. Los residuos tipificados, señalan que el nivel alto de conocimiento se asocia con una actitud favorable, que el nivel medio de conocimiento se asocia con una actitud de indiferencia, y que el nivel bajo de conocimiento se asocia con una actitud desfavorable frente a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo. Esta relación es confirmada por las valoraciones de la d de Somer, cuya probabilidad ($p=0.000$) señala que cuanto mayor sea el nivel de conocimiento, más favorable ha de ser la actitud que tome una gestante frente a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo.

Tabla 2.

Relación entre Conocimientos y Actitudes frente a los signos de alarma durante el embarazo.

		Conocimiento [Signos]			Total	
		Alto	Medio	Bajo		
Actitudes [Signos]	Favorable	f	13	40	2	55
		%fila	23.6%	72.7%	3.6%	100.0%
		%column	44.8%	37.7%	9.5%	35.3%
		Res. Est.	1.0	.4	-2.0	
	Indiferente	f	10	55	7	72
		%fila	13.9%	76.4%	9.7%	100.0%
		%column	34.5%	51.9%	33.3%	46.2%
		Res. Est.	-.9	1.0	-.9	
	Desfavorable	f	6	11	12	29
		%fila	20.7%	37.9%	41.4%	100.0%
		%column	20.7%	10.4%	57.1%	18.6%
		Res. Est.	.3	-2.0	4.1	
Total	f	29	106	21	156	
	%fila	18.6%	67.9%	13.5%	100.0%	
	%column	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

$$X^2=27.946; \text{gl}=4; p=0.000 // d \text{ de Somer}=0.222; p=0.007$$

En la tabla 2 se presenta la evaluación de dependencia entre los niveles de conocimientos sobre los signos de alarma durante el embarazo y las actitudes frente a dichos signos. Los indicadores de probabilidad indican que dicha dependencia es significativa ($p=0.000$) y los residuos tipificados señalan asociación entre los niveles altos de conocimiento con una actitud favorable, el conocimiento en nivel medio con la actitud indiferente y el conocimiento en nivel bajo con la actitud desfavorable. Esta relación es confirmada por la d de Somer ($p=0.000$), la cual señala que a mayor nivel de conocimiento mejor será la actitud frente a los signos de alarma durante el embarazo.

Tabla 3.

Relación entre Conocimientos y Actitudes frente a los síntomas de alarma durante el embarazo.

		Conocimiento [Síntomas]			Total	
		Alto	Medio	Bajo		
Actitudes [Síntomas]	Favorable	F	16	37	23	76
		%fila	21.1%	48.7%	30.3%	100.0%
		%column	69.6%	48.7%	40.4%	48.7%
		Res. Est.	1.4	.0	-.9	
	Indiferente	F	4	21	1	26
		%fila	15.4%	80.8%	3.8%	100.0%
		%column	17.4%	27.6%	1.8%	16.7%
		Res. Est.	.1	2.3	-2.8	
	Desfavorable	F	3	18	33	54
%fila		5.6%	33.3%	61.1%	100.0%	
%column		13.0%	23.7%	57.9%	34.6%	
	Res. Est.	-1.8	-1.6	3.0		
Total	F	23	76	57	156	
	%fila	14.7%	48.7%	36.5%	100.0%	
	%column	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

$$X^2=30.605; \text{gl}=4; p=0.000 // d \text{ de Somer}=0.258; p=0.000$$

Resultados similares se encuentran cuando evaluamos la dependencia entre los niveles de conocimientos sobre los síntomas de alarma y las actitudes frente a dichos síntomas durante el embarazo. Según la valoración de probabilidad ($p=0.000$), la dependencia evaluada es significativa y los residuos tipificados señalan asociación significativa entre los altos niveles de conocimiento con las actitudes favorables frente a los síntomas de alarma; asociación confirmada por la d de Somer ($p=0.000$) que indica que cuanto mayor es el nivel de conocimientos sobre los síntomas, más favorable es la actitud al respecto.

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo.

Nivel	Signos		Síntomas		General	
	f	%	f	%	f	%
Alto	29	18.6	23	14.7	35	22.4
Medio	106	67.9	76	48.7	76	48.7
Bajo	21	13.5	57	36.5	45	28.8
Total	156	100.0	156	100.0	156	100.0

$X^2=84.731$	$X^2=27.731$	$X^2=17.577$
gl=2	gl=2	gl=2
p=0.000	p=0.000	p=0.000

Las valoraciones de probabilidad señalan que las proporciones categóricas expresadas en niveles (alto, medio, bajo), son significativamente diferentes ($p=0.000$) tanto en el conocimiento general como en conocimientos sobre los signos y síntomas. En términos generales, predomina el nivel medio de conocimiento (Signos 67.9%; Síntomas, 48.7%; General, 48.7%), seguido del nivel Alto en conocimientos sobre “signos” (18.6%), nivel Bajo en conocimientos sobre síntomas (36.5%). Ver figura 1.

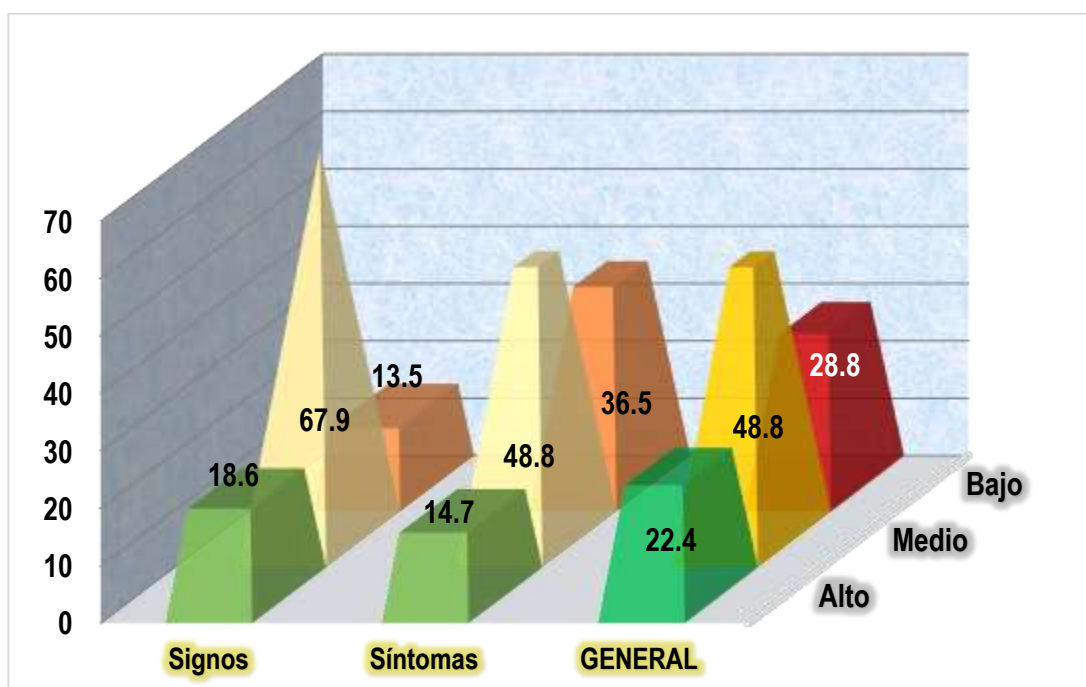


Figura 1. Representación gráfica de los Niveles de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo

Tabla 5. Actitudes frente a signos y síntomas de alarma durante el embarazo.

Nivel	Signos		Síntomas		General	
	f	%	f	%	f	%
Favorable	55	35.3	76	48.7	52	33.3
Indiferente	72	46.2	26	16.7	57	36.5
Desfavorable	29	18.5	54	34.6	47	30.2
Total	156	100.0	156	100.0	156	100.0

$X^2=18.038$	$X^2=24.154$	$X^2=0.962$
gl=2	gl=2	gl=2
p=0.000	p=0.000	p=0.618

En general, no existe una categoría (favorable, indiferente o desfavorable) que predomine, no obstante, los indicadores de probabilidad señala que las proporciones categóricas se muestran significativamente distintas, cuando se evalúa las Actitudes frente a los signos y síntomas por separado. Predomina la actitud indiferente frente a los signos (46.2%) seguida de la actitud Favorable (35.3%); predomina la actitud Favorable frente a los síntomas (48.7%) seguida de la actitud desfavorable (34.6%). Ver figura 2.

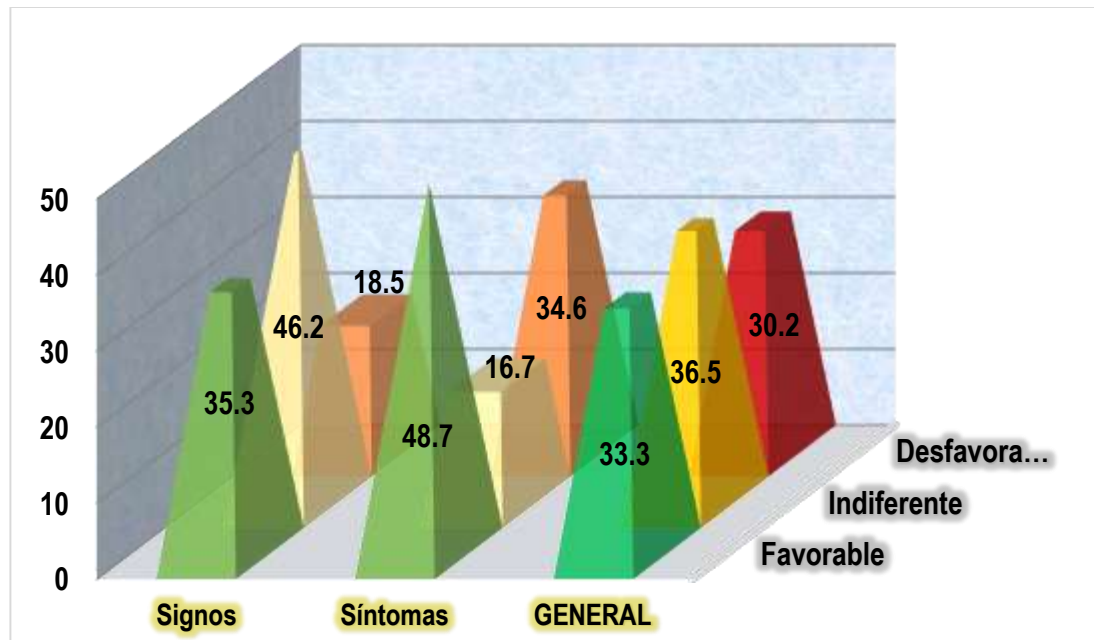


Figura 2. Representación gráfica de las actitudes frente sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo

Tabla 6.

Descripción de las prácticas frente a signos y síntomas de alarma durante el embarazo

Indicadores	Presencia				Acudió al médico				Tiempo promedio en ir al CS en horas
	Sí		No		Sí		No		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Desmayo o mareos	34	21.8	122	78.2	3	1.9	31	19.9	6 h
Sangrado vía vaginal	16	10.3	140	89.7	14	9.0	2	1.3	3 h y 30 min
Pérdida de líquido amniótico	76	48.7	80	51.3	56	35.9	20	12.8	6 h y 57 min
Hinchazón de cara, manos y pies	100	64.1	56	35.9	9	5.8	91	58.3	9 h y 53 min
Vómitos intensos o repetidos	122	78.2	34	21.8	18	11.5	104	66.7	9 h
No crecimiento de la barriga conforme la gestación	24	15.4	132	84.6	12	7.7	12	7.7	12 h y 55 min
Disminución o no ganancia de peso	16	10.3	140	89.7	1	.6	15	9.6	12 h
Convulsiones	3	1.9	153	98.1	3	1.9	0	0.0	6 min
Visión borrosa o moscas flotantes	55	35.3	101	64.7	53	34.0	2	1.3	7 h y 1 min
Disminución o ausencia de movimientos fetales	43	27.6	113	72.4	38	24.4	5	3.2	6 h
Dolor de cabeza intenso o permanente	83	53.2	73	46.8	53	34.0	30	19.2	5h y 15 min
Zumbido de oídos	43	27.6	113	72.4	39	25.0	4	2.6	8 h y 31 min
Dolor abdominal o en la boca del estómago	34	21.8	122	78.2	7	4.5	27	17.3	9 h
Fiebre	38	24.4	118	75.6	24	15.4	14	9.0	10h
Contracción uterina antes de las 37 semanas de gestación	59	37.8	97	62.2	38	24.4	21	13.5	8 h y 25 min
Ardor al orinar	95	60.9	61	39.1	40	25.6	55	35.3	9 h

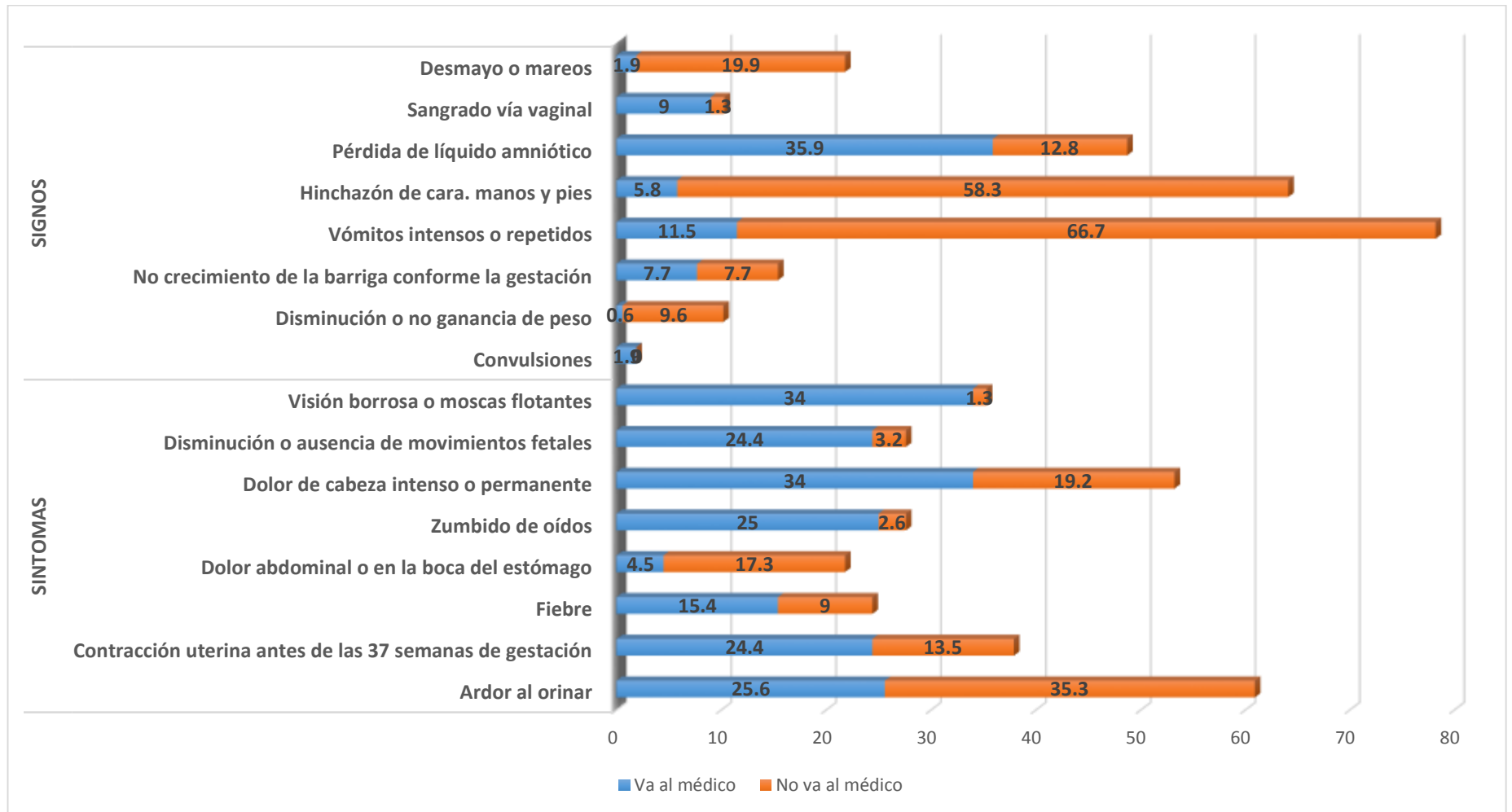


Figura 3. Representación gráfica de las prácticas frente sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo

Tabla 7.

Descripción de la frecuencia de búsqueda de atención ante la presentación de algún signo o síntoma durante el embarazo.

	Indicadores	Presencia		Acudió al médico		Tiempo promedio en ir al CS en horas
		f	%	f	%	
Signo	Desmayo o mareos	34	21.8	3	8.9	6 h
	Sangrado vía vaginal	16	10.3	14	87.5	3 h y 30 min
	Pérdida de líquido amniótico	76	48.7	56	73.7	6 h y 57 min
	Hinchazón de cara, manos y pies	100	64.1	9	9	9 h y 53 min
	Vómitos intensos o repetidos	122	78.2	18	14.8	9 h
	No crecimiento de la barriga conforme la gestación	24	15.4	12	50	12 h y 55 min
	Disminución o no ganancia de peso	16	10.3	1	6.25	12 h
	Convulsiones	3	1.9	3	100	6 min
Síntomas	Visión borrosa o moscas flotantes	55	35.3	53	96.4	7 h y 1 min
	Disminución o ausencia de movimientos fetales	43	27.6	38	88.3	6 h
	Dolor de cabeza intenso o permanente	83	53.2	53	63.8	5h y 15 min
	Zumbido de oídos	43	27.6	39	90.6	8 h y 31 min
	Dolor abdominal o en la boca del estómago	34	21.8	7	20.5	9 h
	Fiebre	38	24.4	24	63.1	10h
	Contracción uterina antes de las 37 semanas de gestación	59	37.8	38	64.4	8 h y 25 min
	Ardor al orinar	95	60.9	40	42.1	9 h

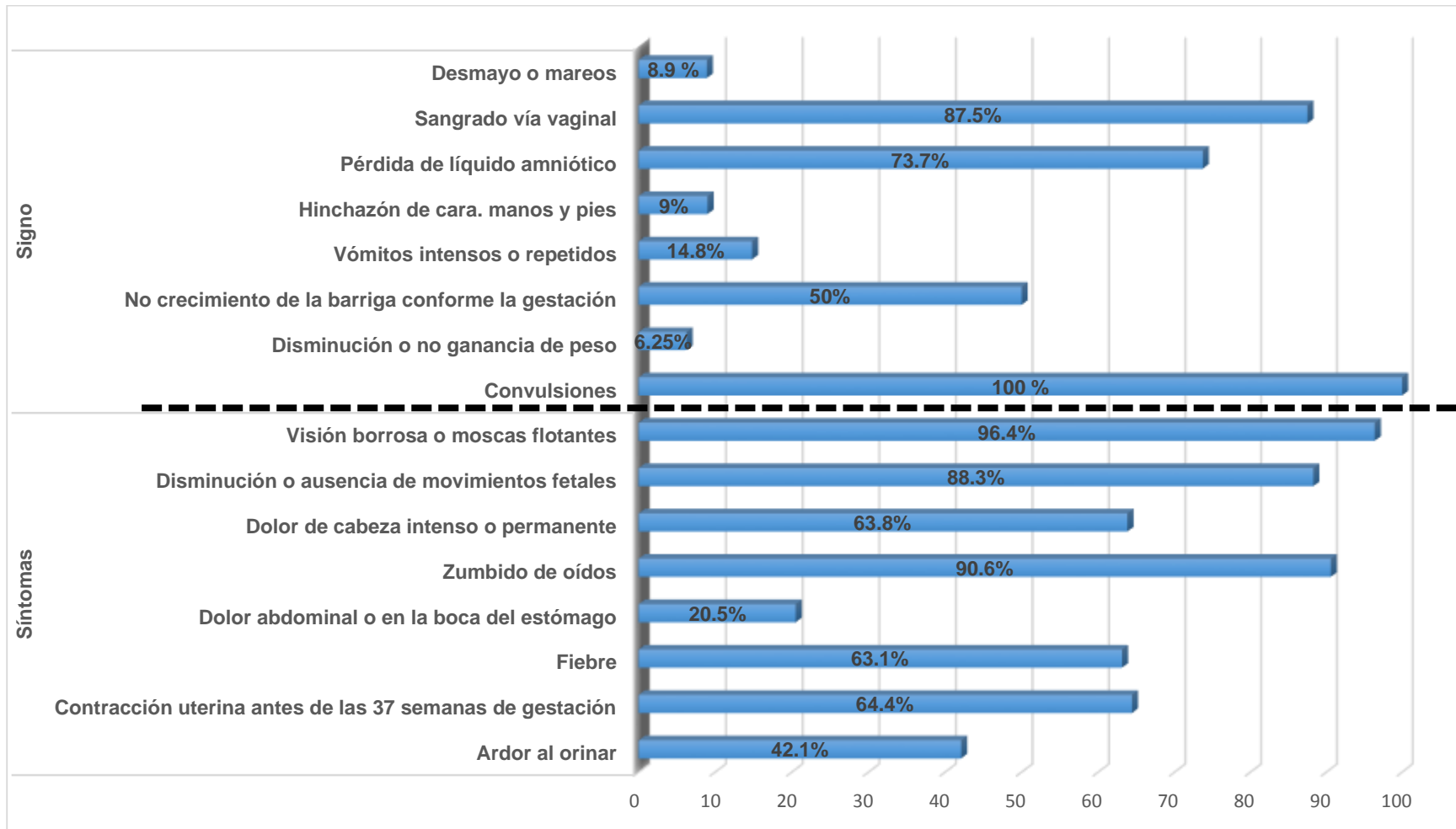


Figura 4. Representación gráfica de la Descripción de la frecuencia de búsqueda de atención ante la presentación de algún signo o síntoma durante el embarazo.

En la tabla 6 y Figura 3 se presentan las Prácticas que tienen las gestantes frente a signos y síntomas de alarma durante el embarazo.

Se observa que los signos de alarma más frecuentes que presentaron las gestantes fueron: Vómitos intensos o repetidos en un 78.2% de las cuales un 11.5% va al médico en un tiempo promedio de 9 horas; y 66.7% no va al médico; seguido de Hinchazón de cara, manos y pies con 64.1% de las cuales 35.9% va al médico en un tiempo promedio de 9 horas 53 minutos y 58.3% no va al médico; seguido de Pérdida de líquido amniótico con 48.7% de las cuales 35.9% va al médico en un tiempo promedio de 6 horas y 57 minutos; y 12.8% no va al médico.

Por otro lado, los síntomas de alarma más frecuentes que presentaron las gestantes fueron: Ardor al orinar en 60.9% de las cuales 25.6% acude al médico en un tiempo promedio de 9 horas mientras que 35.3% no va al médico); le sigue el dolor de cabeza intenso o permanente con 53.2% de las cuales 34.0% va al médico en un tiempo promedio de 5 horas y 15 minutos y un 19.2% no acude al médico; le sigue las contracciones uterinas antes de las 37 semanas antes de la gestación con 37.8% de las cuales 24.4% va al médico en un tiempo promedio de 8 horas y 25 minutos mientras que un 13.5% no acudió al médico.

Es preciso señalar que el signo de alarma con mayor tiempo en acudir al médico es: No crecimiento de la barriga conforme la gestación, sólo se presentó en el 15.4% de las gestantes, y sólo la mitad acudió al médico en un tiempo promedio de 12 horas con 55 minutos después de percatarse. Otro signo que tomó un tiempo aproximado de 12 horas en acudir al médico fue Disminución o no ganancia de peso, presente en el 10.3% de los cuales solo una acude al médico, y el 9.6% no va. El signo que demoró menos tiempo en acudir al centro de salud u hospital fueron las convulsiones, presente en 1.9% de las gestantes de las cuales en su totalidad acudieron al médico en un promedio de 6 minutos.

En la tabla 7 y Figura 4 se describe la frecuencia de búsqueda de atención frente a signos y síntomas de alarma durante el embarazo.

De todos los signos de alarma por los que las gestantes acudieron al centro de salud u hospital; los de mayor proporción fueron: Convulsiones en un 100%; seguido de Sangrado vaginal en un 87.5% y pérdida de líquido amniótico en un 73.7%. Por el signo que menos acudieron fue disminución o no ganancia de peso durante la gestación con 6.25%.

De todos los síntomas de alarma por los que las gestantes acudieron al centro de salud u hospital; los de mayor proporción fueron: Visión borrosa o moscas flotantes en un 96.4%; seguido de zumbido de oídos en un 90.6% y disminución o ausencia de movimientos fetales en un 88.3%. Por el síntoma que menos acudieron fue por dolor abdominal o en la boca del estómago con 20.5%.

Tabla 8. Análisis comparativo de conocimientos sobre signos de alarma durante el embarazo

		Conocimiento [Signos]			Total	Chi cuadrado
		Alto	Medio	Bajo		
Edad	Hasta 25 años	f	6	16	11	X ² =21.606 gl=4 p=0.000
		Res. Est.	-1	-1.4	3.1	
	26 a 35 años	f	10	65	6	
		Res. Est.	-1.3	1.3	-1.5	
	36 a más años	f	13	25	4	
		Res. Est.	1.9	-7	-7	
N° Gestaciones	1 vez	f	12	24	12	X ² =37.154 gl=6 p=0.000
		Res. Est.	1.0	-1.5	2.2	
	2 veces	f	3	39	5	
		Res. Est.	-1.9	1.3	-5	
	3 veces	f	4	37	3	
		Res. Est.	-1.5	1.3	-1.2	
	4 veces	f	10	6	1	
		Res. Est.	3.8	-1.6	-9	
Distrito dónde vive	ATE	f	5	14	3	X ² =10.232 gl=12 p=0.596
		Res. Est.	.5	-2	.0	
	Cercado	f	7	15	0	
		Res. Est.	1.4	.0	-1.7	
	La Victoria	f	7	22	6	
		Res. Est.	.2	-4	.6	
	El Rímac	f	2	9	3	
		Res. Est.	-4	-2	.8	
	S JL	f	4	17	5	
		Res. Est.	-4	-2	.8	
SMP	f	2	9	2		
	Res. Est.	-3	.1	.2		
Otros	f	2	20	2		
	Res. Est.	-1.2	.9	-7		
Nivel educativo	Primaria	f	4	19	15	X ² =36.403 gl=6 p=0.000
		Res. Est.	-1.2	-1.3	4.4	
	Secundaria	f	7	47	3	
		Res. Est.	-1.1	1.3	-1.7	
	Técnico	f	7	18	0	
		Res. Est.	1.1	.2	-1.8	
Superior	f	11	22	3		
	Res. Est.	1.7	-5	-8		
Ocupación actual	Estudiante	f	2	30	10	X ² =43.140 gl=6 p=0.000
		Res. Est.	-2.1	.3	1.8	
	Ama de casa	f	1	40	5	
		Res. Est.	-2.6	1.6	-5	
	Empleado	f	26	27	5	
		Res. Est.	4.6	-2.0	-1.0	
Desempleado	f	0	9	1		
	Res. Est.	-1.4	.8	-3		
Ingreso mensual familiar	< S/. 750	f	1	15	6	X ² =32.370 gl=8 p=0.000
		Res. Est.	-1.5	.0	1.8	
	S/. 750 a S/. 1000	f	0	29	15	
		Res. Est.	-2.9	-2	3.7	
	S/.1000-S/.15000	f	0	24	0	
		Res. Est.	-2.1	1.9	-1.8	
	S/.1500-S/.2000	f	0	22	0	
		Res. Est.	-2.0	1.8	-1.7	
> de S/. 2000	f	28	16	0		
	Res. Est.	6.9	-2.5	-2.4		

En la tabla 8 se presenta la evaluación de dependencia entre los niveles de conocimientos sobre los signos de alarma durante el embarazo y las variables personales. Los niveles de conocimiento sobre signos de alarma durante el embarazo dependen de manera significativa de la edad, el número de gestaciones, del nivel educativo, ocupación e ingreso mensual familiar. Esta afirmación se basa en las valoraciones de probabilidad de la prueba Chi cuadrado ($p=0.000$).

Así, los residuos tipificados señalan que el nivel alto de conocimiento sobre signos de alarma durante el embarazo, se asocia con las madres que tienen de 36 a más años, las que tienen 4 gestaciones, las que tienen estudios técnicos y superiores, las que están empleadas y las que tienen un ingreso familiar mensual mayor de S/.2000. El nivel medio de conocimiento sobre signos de alarma, se asocian con las gestantes que tienen de 26 a 35 años, las que han tenido de 2 a 3 gestaciones, las que alcanzaron educación secundaria, las que son amas de casa, y con las que tienen de S/.1000 a S/.2000 de ingreso familiar mensual. El nivel bajo de conocimiento sobre signos de alarma, se asocian con las gestantes que tienen hasta 25 años, las que tienen su primera gestación, las que tienen estudios primarios, las que son estudiantes, y las que tienen un ingreso familiar mensual hasta de S/.1000.

Es preciso señalar que el distrito de residencia no es una variable diferenciadora para el conocimiento sobre signos. ($p>0.05$)

Tabla 9. Análisis comparativo de conocimientos sobre síntomas de alarma durante el embarazo

		Conocimiento [Síntomas]			Total	Chi cuadrado		
		Alto	Medio	Bajo				
Edad	Hasta 25 años	f	4	14	15	33	X ² =3.783 gl=4 p=0.436	
		Res. Est.	-4	-5	.8			
	26 a 35 años	f	10	44	27			81
		Res. Est.	-.6	.7	-.5			
	36 a más años	f	9	18	15			42
		Res. Est.	1.1	-.5	-.1			
N° Gestaciones	1 vez	f	9	23	16	48	X ² =14.597 gl=6 p=0.024	
		Res. Est.	.7	-.1	-.4			
	2 veces	f	4	21	22			47
		Res. Est.	-1.1	-.4	1.2			
	3 veces	f	4	28	12			44
		Res. Est.	-1.0	1.4	-1.0			
	4 veces	f	6	4	7			17
		Res. Est.	2.2	-1.5	.3			
Distrito dónde vive	ATE	f	4	11	7	22	X ² =8.755 gl=12 p=0.724	
		Res. Est.	.4	.1	-.4			
	Cercado	f	4	15	3			22
		Res. Est.	.4	1.3	-1.8			
	La Victoria	f	4	16	15			35
		Res. Est.	-.5	-.3	.6			
	El Rímac	f	1	6	7			14
		Res. Est.	-.7	-.3	.8			
	S JL	f	3	12	11			26
		Res. Est.	-.4	-.2	.5			
SMP	f	2	6	5	13			
	Res. Est.	.1	-.1	.1				
Otros	f	5	10	9	24			
	Res. Est.	.8	-.5	.1				
Nivel educativo	Primaria	f	1	11	26	38	X ² =46.376 gl=6 p=0.000	
		Res. Est.	-1.9	-1.7	3.3			
	Secundaria	f	10	40	7			57
		Res. Est.	.6	2.3	-3.0			
	Técnico	f	1	9	15			25
		Res. Est.	-1.4	-.9	1.9			
Superior	f	11	16	9	36			
	Res. Est.	2.5	-.4	-1.1				
Ocupación actual	Estudiante	f	3	12	27	42	X ² =28.999 gl=6 p=0.000	
		Res. Est.	-1,3	-1,9	3,0			
	Ama de casa	f	3	30	13			46
		Res. Est.	-1,5	1,6	-,9			
	Empleado	f	16	28	14			58
		Res. Est.	2,5	,0	-1,6			
Desempleado	f	1	6	3	10			
	Res. Est.	-,4	,5	-,3				
Ingreso mensual familiar	< S/. 750	f	3	8	11	22	X ² =18.772 gl=8 p=0.016	
		Res. Est.	-,1	-,8	1,0			
	S/. 750 a S/. 1000	f	1	24	19			44
		Res. Est.	-2,2	,6	,7			
	S/.1000-S/.15000	f	2	10	12			24
		Res. Est.	-,8	-,5	1,1			
	S/.1500-S/.2000	f	5	11	6			22
		Res. Est.	1,0	,1	-,7			
	> de S/. 2000	f	12	23	9			44
		Res. Est.	2,2	,3	-1,8			

En la tabla 9 se presenta la evaluación de dependencia entre los niveles de conocimientos sobre los síntomas de alarma durante el embarazo y las variables personales. Las valoraciones de probabilidad ($p \leq 0.05$) indican que dichos niveles de conocimientos dependen notablemente del número de gestaciones, nivel educativo, ocupación actual y el ingreso familiar mensual.

Los residuos tipificados nos señalan que el nivel alto de conocimiento sobre síntomas está significativamente asociado con las que tiene 4 gestaciones, las que han alcanzado estudios superiores, las que están con empleo, y las que tiene un ingreso mensual familiar por encima de S/.1500. El nivel medio de conocimiento sobre síntomas de alarma durante el embarazo, está notablemente asociado con las que han tenido 3 gestaciones, las que tiene estudios secundarios, y las que son amas de casa. El nivel bajo de conocimientos sobre síntomas de alarma durante el embarazo se asocia significativamente las que tienen hasta 2 gestaciones; las que tiene estudios primarios y un grupo de madres con estudios técnicos; las que son estudiantes, y las que tiene un ingreso familiar mensual hasta de S/.1500.

Es preciso señalar que la edad y distrito de residencia no son variables diferenciadoras para el conocimiento sobre síntomas de alarma. ($p > 0.05$)

Tabla 10. Análisis comparativo de conocimientos sobre signos y síntomas [en general] de alarma durante el embarazo

		Conocimiento [GENERAL]			Total	Chi cuadrado
		Alto	Medio	Bajo		
Edad	Hasta 25 años	f	6	12	15	X ² =13.376 gl=4 p=0.010
		Res. Est.	-5	-1.0	1.8	
	26 a 35 años	f	13	46	22	
	Res. Est.	-1.2	1.0	-3		
36 a más años	f	16	18	8		
	Res. Est.	2.1	-5	-1.2		
N° Gestaciones	1 vez	f	11	14	23	X ² =33.390 gl=6 p=0.000
		Res. Est.	.1	-1.9	2.5	
	2 veces	f	7	27	13	
		Res. Est.	-1.1	.9	-2	
	3 veces	f	7	31	6	
	Res. Est.	-9	2.1	-1.9		
	4 veces	f	10	4	3	
		Res. Est.	3.2	-1.5	-9	
Distrito dónde vive	ATE	f	7	10	5	X ² =11.243 gl=12 p=0.508
		Res. Est.	.9	-2	-5	
	Cercado	f	8	11	3	
		Res. Est.	1.4	.1	-1.3	
	La Victoria	f	9	17	9	
		Res. Est.	.4	.0	-3	
	El Rímac	f	2	8	4	
	Res. Est.	-6	.5	.0		
	SJL	f	3	12	11	
		Res. Est.	-1.2	-2	1.3	
	SMP	f	2	5	6	
		Res. Est.	-5	-5	1.2	
	Otros	f	4	13	7	
		Res. Est.	-6	.4	.0	
Nivel educativo	Primaria	f	3	8	27	X ² =64.960 gl=6 p=0.000
		Res. Est.	-1.9	-2.4	4.8	
	Secundaria	f	6	41	10	
		Res. Est.	-1.9	2.5	-1.6	
	Técnico	f	8	12	5	
		Res. Est.	1.0	-1	-8	
	Superior	f	18	15	3	
		Res. Est.	3.5	-6	-2.3	
Ocupación actual	Estudiante	f	0	20	22	X ² =72.175 gl=6 p=0.000
		Res. Est.	-3,1	-1	2,8	
	Ama de casa	f	2	34	10	
		Res. Est.	-2,6	2,4	-9	
	Empleado	f	32	19	7	
		Res. Est.	5,3	-1,7	-2,4	
	Desempleado	f	1	3	6	
		Res. Est.	-,8	-,8	1,8	
Ingreso mensual familiar	< S/. 750	f	4	7	11	X ² =61.917 gl=8 p=0.000
		Res. Est.	-4	-1,1	1,8	
	S/. 750 a S/. 1000	f	1	27	16	
		Res. Est.	-2,8	1,2	,9	
	S/.1000-S/.15000	f	0	20	4	
	Res. Est.	-2,3	2,4	-1,1		
	S/.1500-S/.2000	f	4	11	7	
		Res. Est.	-,4	,1	,3	
	> de S/. 2000	f	26	11	7	
		Res. Est.	5,1	-2,3	-1,6	

Las valoraciones de probabilidad de la prueba chi cuadrado, señalan que los niveles de conocimiento en general, sobre signos y síntomas, dependen de manera significativa ($p \leq 0.05$) de la edad, número de gestaciones, nivel educativo, ocupación actual, e ingreso familiar mensual.

Los residuos tipificados muestran asociación significativa entre el nivel alto de conocimiento con las gestantes que tiene de 36 a más años, las que tiene 4 gestaciones, las que tiene estudios técnicos y superiores, las que están con empleo y las que ganan por encima de S/. 2000. El nivel medio de conocimiento, se asocia notablemente con las que tiene de 26 a 35 años, las que tiene 3 gestaciones, las que alcanzaron estudios de educación secundaria, las que son amas de casa, y las que tienen un ingreso familiar mensual que oscila desde S/.750 a S/.1500. Finalmente, el nivel bajo de conocimiento esta notablemente con las que tiene hasta 25 años, las que son primigestas, las que tiene estudios primarios, con las que son estudiantes y desempleadas, y con las que perciben un ingreso familiar mensual por debajo de S/. 750.

Es preciso señalar que el distrito de residencia no es una variable diferenciadora para el conocimiento en general sobre signos y síntomas. ($p > 0.05$)

.....
Tabla 11. Análisis comparativo de las Actitudes frente a signos de alarma durante el embarazo

		Actitudes [Signos]			Total	Chi cuadrado	
		Favorab.	Indiferente	Desfavor.			
Edad	Hasta 25 años	f	13	13	7	33	X ² =1.608 gl=4 p=0.807
		Res. Est.	.4	-.6	.3		
	26 a 35 años	f	27	41	13		
		Res. Est.	-.3	.6	-.5		
	36 a más años	f	15	18	9		
		Res. Est.	.0	-.3	.4		
N° Gestaciones	1 vez	f	14	20	14	48	X ² =10.110 gl=6 p=0.120
		Res. Est.	-.7	-.5	1.7		
	2 veces	f	14	27	6		
		Res. Est.	-.6	1.1	-.9		
	3 veces	f	19	20	5		
		Res. Est.	.9	-.1	-1.1		
	4 veces	f	8	5	4		
		Res. Est.	.8	-1.0	.5		
Distrito dónde vive	ATE	f	6	13	3	22	X ² =8.411 gl=12 p=0.752
		Res. Est.	-.6	.9	-.5		
	Cercado	f	9	8	5		
		Res. Est.	.4	-.7	.5		
	La Victoria	f	10	21	4		
		Res. Est.	-.7	1.2	-1.0		
	El Rímac	f	4	6	4		
		Res. Est.	-.4	-.2	.9		
	S JL	f	11	9	6		
		Res. Est.	.6	-.9	.5		
	SMP	f	5	6	2		
		Res. Est.	.2	.0	-.3		
Otros	f	10	9	5			
	Res. Est.	.5	-.6	.3			
Nivel educativo	Primaria	f	9	14	15	38	X ² =16.276 gl=6 p=0.012
		Res. Est.	-1.2	-.8	3.0		
	Secundaria	f	21	28	8		
		Res. Est.	.2	.3	-.8		
	Técnico	f	10	14	1		
		Res. Est.	.4	1.0	-1.7		
Superior	f	15	16	5			
	Res. Est.	1.0	-.2	-.7			
Ocupación actual	Estudiante	f	19	14	9	42	X ² =8.738 gl=6 p=0.189
		Res. Est.	1,1	-1,2	.4		
	Ama de casa	f	14	24	8		
		Res. Est.	-.6	.6	-.2		
	Empleado	f	16	30	12		
		Res. Est.	-1,0	.6	.4		
	Desempleado	f	6	4	0		
		Res. Est.	1,3	-.3	-1,4		
Ingreso mensual familiar	< S/. 750	f	11	7	4	22	X ² =8.865 gl=8 p=0.354
		Res. Est.	1,2	-1,0	.0		
	S/. 750 a S/. 1000	f	14	21	9		
		Res. Est.	-.4	.2	.3		
	S/.1000- S/.15000	f	11	10	3		
		Res. Est.	.9	-.3	-.7		
	S/.1500- S/.2000	f	4	15	3		
Res. Est.		-1,3	1,5	-.5			
> de S/. 2000	f	15	19	10			

Res. Est.	-,1	-,3	,6
-----------	-----	-----	----

En la tabla 11 se presentan los resultados de la evaluación de dependencia entre las actitudes frente a los signos de alarma durante el embarazo y las variables personales; los indicadores de probabilidad indican que dichos niveles dependen significativamente solo del nivel educativo ($p=0.012$). Los residuos tipificados señalan la tendencia a asociar significativamente la actitud favorable con las que tiene estudios superiores; la actitud indiferente frente a los signos, con las madres que alcanzaron estudios técnicos; y la actitud desfavorable frente a los signos con las que alcanzaron estudios de educación primaria.

Tabla 12. Análisis comparativo de las Actitudes frente a síntomas de alarma durante el embarazo

		Actitudes [Síntomas]			Total	Chi cuadrado
		Favorab.	Indiferente	Desfavor.		
Edad	Hasta 25 años	f	15	3	15	X ² =4.502 gl=4 p=0.342
		Res. Est.	-.3	-1.1	1.1	
	26 a 35 años	f	41	17	23	
		Res. Est.	.2	1.0	-1.0	
	36 a más años	f	20	6	16	
		Res. Est.	-.1	-.4	.4	
N° Gestaciones	1 vez	f	23	9	16	X ² =5.609 gl=6 p=0.468
		Res. Est.	-.1	.4	-.2	
	2 veces	f	22	10	15	
		Res. Est.	-.2	.8	-.3	
	3 veces	f	23	7	14	
		Res. Est.	.3	-.1	-.3	
	4 veces	f	8	0	9	
		Res. Est.	-.1	-1.7	1.3	
Distrito dónde vive	ATE	f	13	2	7	X ² =5.724 gl=12 p=0.929
		Res. Est.	.7	-.9	-.2	
	Cercado	f	12	5	5	
		Res. Est.	.4	.7	-.9	
	La Victoria	f	14	6	15	
		Res. Est.	-.7	.1	.8	
	El Rímac	f	7	2	5	
		Res. Est.	.1	-.2	.1	
	S JL	f	11	4	11	
		Res. Est.	-.5	-.2	.7	
	SMP	f	7	3	3	
		Res. Est.	.3	.6	-.7	
Otros	f	12	4	8		
	Res. Est.	.1	.0	-.1		
Nivel educativo	Primaria	f	11	3	24	X ² =19.302 gl=6 p=0.004
		Res. Est.	-1.7	-1.3	3.0	
	Secundaria	f	30	10	17	
		Res. Est.	.4	.2	-.6	
	Técnico	f	15	5	5	
		Res. Est.	.8	.4	-1.2	
Superior	f	20	8	8		
	Res. Est.	1.0	.8	-1.3		
Ocupación actual	Estudiante	f	26	2	14	X ² =12.880 gl=6 p=0.045
		Res. Est.	1.2	-1.9	-.1	
	Ama de casa	f	21	11	14	
		Res. Est.	-.3	1.2	-.5	
	Empleado	f	28	10	20	
		Res. Est.	.0	.1	.0	
Desempleado	f	1	3	6		
	Res. Est.	-1.8	1.0	1.4		
Ingreso mensual familiar	< S/. 750	f	13	4	5	X ² =19.944 gl=8 p=0.011
		Res. Est.	.7	.2	-.9	
	S/. 750 a S/. 1000	f	14	6	24	
		Res. Est.	-1.6	-.5	2.2	
	S/.1000- S/.15000	f	15	4	5	
		Res. Est.	1.0	.0	-1.1	
	S/.1500- S/.2000	f	9	8	5	
		Res. Est.	-.5	2.3	-.9	
> de S/. 2000	f	25	4	15		
	Res. Est.	1.0	-1.2	-.1		

Las valoraciones de probabilidad, presentados en la tabla 12, indican que la actitud frente a los síntomas de alarma, dependen de manera significativa del nivel educativo, ocupación actual y del ingreso familiar mensual. ($p \leq 0.05$).

Los residuos tipificados indican que las actitudes favorables están asociados con las que tiene estudios superiores, las que son estudiantes, las que tiene un ingreso familiar mensual de S/.1000 a más. La indiferencia frente a los síntomas está asociados a las que son amas de casa y las que están desempleadas, y las que tienden a percibir un ingreso familiar mensual de S/.1500 a S/. 2000. La actitud desfavorable frente a los síntomas de alarma están asociados a las que tienen estudios de nivel primaria, otro grupo que está en desempleo, y las que tiene un ingreso familiar mensual hasta de S/.1000.

Las variables: Edad, N° Gestaciones y Distrito dónde vive. No fueron diferenciadoras para la actitud frente a los síntomas. ($p > 0.05$)

Tabla 13. Análisis comparativo de las Actitudes frente a Signos y Síntomas [en general] de alarma durante el embarazo

		Actitudes [General]			Total	Chi cuadrado		
		Favorab.	Indiferente	Desfavor.				
Edad	Hasta 25 años	f	12	6	15	33	X ² =13.896 gl=4 p=0.008	
		Res. Est.	.3	-1.7	1.6			
	26 a 35 años	f	24	40	17			81
		Res. Est.	-.6	1.9	-1.5			
	36 a más años	f	16	11	15			42
		Res. Est.	.5	-1.1	.7			
N° Gestaciones	1 vez	f	21	3	24	48	X ² =56.654 gl=6 p=0.000	
		Res. Est.	1.3	-3.5	2.5			
	2 veces	f	8	33	6			47
		Res. Est.	-1.9	3.8	-2.2			
	3 veces	f	15	21	8			44
		Res. Est.	.1	1.2	-1.4			
	4 veces	f	8	0	9			17
		Res. Est.	1.0	-2.5	1.7			
Distrito dónde vive	ATE	f	9	7	6	22	X ² =2.659 gl=12 p=0.998	
		Res. Est.	.6	-.4	-.2			
	Cercado	f	8	8	6	22		
		Res. Est.	.2	.0	-.2			
	La Victoria	f	9	14	12	35		
		Res. Est.	-.8	.3	.4			
	El Rímac	f	4	6	4	14		
		Res. Est.	-.3	.4	-.1			
	S JL	f	8	9	9	26		
		Res. Est.	-.2	-.2	.4			
	SMP	f	5	5	3	13		
		Res. Est.	.3	.1	-.5			
Otros	f	9	8	7	24			
	Res. Est.	.4	-.3	-.1				
Nivel educativo	Primaria	f	5	9	24	38	X ² =31.453 gl=6 p=0.000	
		Res. Est.	-2.2	-1.3	3.7			
	Secundaria	f	18	28	11			57
		Res. Est.	-.2	1.6	-1.5			
	Técnico	f	13	8	4			25
		Res. Est.	1.6	-.4	-1.3			
Superior	f	16	12	8	36			
	Res. Est.	1.2	-.3	-.9				
Ocupación actual	Estudiante	f	27	0	15	42	X ² =70.040 gl=6 p=0.000	
		Res. Est.	3,5	-3,9	,7			
	Ama de casa	f	3	33	10			46
		Res. Est.	-3,1	3,9	-1,0			
	Empleado	f	21	15	22			58
		Res. Est.	,4	-1,3	1,1			
	Desempleado	f	1	9	0			10
		Res. Est.	-1,3	2,8	-1,7			
Ingreso mensual familiar	< S/. 750	f	10	6	6	22	X ² =46.987 gl=8 p=0.000	
		Res. Est.	-1,0	-,7	-,2			
	S/. 750 a S/. 1000	f	7	22	15			44
		Res. Est.	-2,0	1,5	,5			
	S/.1000- S/.15000	f	13	7	4			24
		Res. Est.	1,8	-,6	-1,2			
	S/.1500- S/.2000	f	1	18	3			22
		Res. Est.	-2,3	3,5	-1,4			
> de S/. 2000	f	21	4	19	44			
	Res. Est.	1,7	-3,0	-1,6				

En la tabla 13 se presenta los resultados de la evaluación de dependencia entre las actitudes en general frente a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo, y las variables personales.

Las valoraciones de probabilidad señalan que dicha dependencia es significativa ($p \leq 0.05$) de la variable: edad, N° de gestaciones, nivel educativo, ocupación actual, y el ingreso mensual familiar. No sucede esto ($p > 0.05$) con la variable: Distrito donde vive.

Los residuos tipificados señalan que existe asociación significativa entre las actitudes favorables con las primigestas, las que tiene estudios técnicos y superiores, las que son estudiantes, y con las que perciben un ingreso familiar mensual por encima de S/. 1000. La actitud de indiferencia, se asocia con las que tiene de 26 a 35 años, con las que tiene de 2 a 3 gestaciones, las que tiene estudios de educación secundaria, las que son amas de casa y están desempleadas, las que tienden a tener un ingreso familiar mensual de S/.750 a S/.1000 y otro grupo que percibe de S/. 1500 a S/. 2000. La actitud desfavorable se asocia con las que tiene hasta 25 años, las que tiene hasta 4 gestaciones, las que tiene estudios de educación primaria, y las que son empleadas.

5.2. Discusión de resultados

Luego de obtener los resultados que atienden a cada uno de los objetivos planteados al inicio del estudio, en este capítulo, discutimos dichos resultados con los hallazgos de otros autores, y la teoría que sustenta las variables de estudio.

El estudio se desarrolló en torno a la determinación del comportamiento que deriva de la relación entre el conocimiento y las actitudes frente a dichos signos y síntomas de alarma durante el embarazo en gestantes hospitalizadas en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Para dar respuesta a este fin, los datos fueron sometidos a la prueba no paramétrica Chi cuadrado de dependencia, cuyos resultados

se presentan en la tabla 1, 2 y 3. Así, se encontró que en términos generales, las actitudes dependen de manera significativa de los conocimientos que tengan las gestantes sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo ($X^2=69.720$; $gl=4$; $p=0.000$), así, se observó evidencias que las gestantes que tienen alto conocimientos tienden a tener actitudes más favorables frente a dichos signos y síntomas; así mismo, la indiferencia de las madres frente a estos signos y síntomas, están ligadas a su conocimiento parcial sobre el tema, consecuentemente, las actitudes desfavorables de las gestantes se explica por el desconocimiento sobre los signos y síntomas que tiene las mismas. Esta misma relación y asociación se encontró en los resultados derivados de la evaluación de dependencia entre los conocimientos y actitudes sobre signos ($X^2=27.946$; $gl=4$; $p=0.000$) y, en los conocimientos y actitudes sobre sobre síntomas ($X^2=30.605$; $gl=4$; $p=0.000$). En otras palabras, cuanto mayor sea el nivel de conocimiento en general (d de Somer= 0.460 ; $p=0.000$) y según signos (d de Somer= 0.222 ; $p=0.007$) y síntomas (d de Somer= 0.258 ; $p=0.000$) de alarma durante el embarazo, las actitudes tendrán una tendencia favorable al respecto.

Resultados similares encontró Flores Bazán & Ylatoma Meléndez ⁽¹²⁾ quienes encontraron que existe correlación entre las variables de estudio (Pearson 0.189), demostró que si existe correlación entre el nivel de conocimiento y la actitud frente a los signos y síntomas de alarma del embarazo; sabiendo que a mayor nivel de conocimiento frente a los signos y síntomas de alarma del embarazo, la actitud será favorable en las gestantes

Para atender al primer objetivo específico, el cual estuvo orientado a describir los niveles de conocimientos que tienen las gestantes sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo; los datos fueron sometidos a la estadística descriptiva, empleándose la prueba chi cuadrado para una muestra, con el fin de identificar el predominio de un nivel de conocimiento predeterminado, en general y según signos y síntomas. Los resultados de este análisis, se

presentan en la tabla 4, donde las valoraciones de probabilidad de la prueba mencionada señala que en líneas generales ($X^2=84.731$; $gl=2$; $p=0.000$), predomina el nivel de conocimiento medio con el 48.7%, seguido del nivel bajo (28.8%) y posteriormente por el nivel alto (22.4%); respecto a la evaluación de conocimientos sobre signos ($X^2=27.731$; $gl=2$; $p=0.000$), predomina el nivel medio (69.9%), seguido por el nivel alto (18.6%) y sólo 13.6% presentaba nivel bajo de conocimiento; finalmente, respecto a la evaluación de conocimientos sobre síntomas ($X^2=17.577$; $gl=2$; $p=0.000$), predomina el nivel medio con el (48.7%), seguido del nivel bajo (36.5%) y sólo el 14.7% presentó nivel alto de conocimiento sobre síntomas.

Similares resultados encontró Colachahua Baldoceada ⁽¹³⁾ pues dio a conocer que el nivel de conocimiento de las señales de alarma en la mayoría de las pacientes con morbilidad materna extrema atendidas en el INMP fue regular (66,7%), la tercera parte tenía un bajo nivel de conocimiento (33,0%) y solo 2 pacientes tuvieron un alto nivel de conocimiento (3,3%). En otro estudio Amaya T y Lannacone J. ⁽⁴⁹⁾ concluyeron que las primigestas adolescentes tienen un nivel de conocimientos deficientes sobre el embarazo y signos de alarma, mientras que las gestantes no adolescentes presentan un nivel de conocimiento regular. A diferencia del estudio que hizo Flores Bazán e Ylatoma Meléndez ⁽¹²⁾ donde encontró que el 51.6% de gestantes tenían un conocimiento alto del tema. Ticona Rebagliati ⁽¹¹⁾ menciona entre sus hallazgos que el 93% reconocen a los signos de alarma durante el embarazo. García Regalado JF y Montañez Vargas M. ⁽¹⁷⁾ encontró resultados similares señalando que el 92.9% de las gestantes identificaron los signos y síntomas de alarma durante el embarazo. Castillo, F ⁽¹³⁾ encuentra que un 74.1% de las gestantes poseen conocimiento sobre las señales de alarma durante el embarazo.

Por otro lado que Bogale D. y Marcos D ⁽¹⁵⁾ su estudio mostró bajo nivel de conocimiento de señales de peligro obstétrico durante el embarazo en las mujeres del distrito Goba Etiopía. Mbalinda SN, Nakimuli ⁽¹⁹⁾ A en su estudio demostró también que el nivel conocimiento de los signos de peligro durante

el embarazo fue bajo en las mujeres de Uganda. De igual manera Okour A. Y Alkhateeb M ⁽²⁰⁾ señaló que el 84,8% de las mujeres no estaban al tanto de las señales de peligro de complicación del embarazo y concluyeron que el nivel conocimiento de las señales de alarma durante el embarazo en las mujeres de Jordania es bajo. Hailu M y Gebremariam A ⁽⁸⁾ señala que de 743 mujeres embarazadas que participaron en este estudio 226 (30.4%), conocían al menos dos signos de peligro durante el embarazo y concluyo que el nivel de conocimiento de las mujeres sobre los signos de peligro obstétrico es bajo.

De la misma manera, el segundo objetivo específico del estudio está relacionado a la descripción de la variable Actitud frente a los signos y síntomas de alarma que tienen las gestantes durante el embarazo. Los resultados de este análisis, se presentan en la tabla 5, donde las valoraciones de probabilidad de la prueba empleada, nos indican que, de manera general, no hay una categoría correspondiente a la actitud que predomine notablemente, ya que el grupo de las gestantes que tiene actitud favorable, están representadas por el 33.3%, las que son indiferentes están representadas por el 36.5% y las que tienen actitud desfavorable están representadas por el 30.2%. Por otro lado, el análisis por separado, señala que, respecto a las actitudes frente a los signos, predomina las gestantes con actitud indiferente (46.2%), seguido las que tiene actitud favorable (35.3%) y solo el 18.5% presenta actitud desfavorable. Respecto a las actitudes frente a los síntomas, predomina las actitudes favorables con el (48.7%) seguido por el grupo de gestantes con actitud desfavorable (34.6%), y solo el 16.7% es indiferente a los síntomas.

Estudios similares se encontraron: Flores Bazán e Ylatoma Meléndez ⁽¹²⁾ señala que en su estudio, predomina las gestantes con actitud favorable respecto a los signos y síntomas de alarma del embarazo (96.8%). Castillo, F. y et al ⁽¹³⁾ señala que el 97.4%, tiene una actitud positiva de tomar la decisión de asistir al Centro de Salud al detectar una complicación en su embarazo, y solo el 2.6% no considera importante tomar la decisión de asistir el médico al

detectar una complicación en su embarazo. Colachahua Baldoceda ⁽¹⁴⁾, halló que la conducta frente a las señales de alarma en las pacientes que presentaron morbilidad materna extrema se observó que ésta fue la adecuada en un 76,7%, éste resultado que presentaron es debido a que las pacientes respondieron apropiadamente la conducta a seguir según la información brindada por el personal de salud en la atención prenatal. En otros estudios Ticona Rebagliati, Torres Bravo et al ⁽¹¹⁾ concluyeron que la mayoría de gestantes considera a los signos de alarma como peligro y que el 100% sabía que debe acudir a un centro de salud de inmediato en caso de presentarlos y siempre acudirían. Conejo M, ⁽²²⁾ concluyo que el 83% de las gestantes acudirían al hospital en caso de presentar alguna señal de alarma.

El tercer objetivo específico estuvo relacionado con la descripción de las principales prácticas que tienen las gestantes frente a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo; para ello, los datos fueron sometidos a la estadística descriptiva, primero para saber la prevalencia de cada signo y síntoma, y luego para conocer la cantidad de gestantes que acudieron al médico y qué tiempo tardaron en ir al médico, así como la frecuencia de búsqueda de atención ante la presentación de algún signo o síntoma durante la gestación actual. Los resultados de este análisis, se presentan en la tabla 6 y 7

Se observa que entre los signos de alarma más frecuentes que presentaron las gestantes fueron los Vómitos intensos o repetidos (78.2%) de los cuales solo el 11.5% acudieron al médico en un tiempo promedio de 9 horas, mientras que el 66.7% no va. Otro signo frecuente fue la hinchazón de cara, manos y pies (64.1%) de las cuales solo el 5.8% acude al médico en un tiempo promedio de 9 horas y 53 minutos; y el 58.3% no va. El 48.7% de las gestantes presentó pérdida de líquido amniótico, de las cuales, el 35.9% acude al médico en un promedio de 6 horas y 57 minutos; y solo el 12.8% no acude al médico.

Llama la atención que dentro de los signos que más presentaron las gestantes (vómitos intensos o repetidos e hinchazón de cara, manos y pies); la gran mayoría de estas no acudieron al centro de salud u hospital, esto se debe probablemente a que no hayan identificado que se trate de un signo de alarma que podría conllevar a complicaciones materno perinatales. En contraste con la pérdida de líquido amniótico; el cual fue reconocido por la mayoría de gestantes ya la mayoría de las gestantes acudió a un médico

Entre los signos que más tardaron en atenderse, fueron: No crecimiento de la barriga conforme la gestación (15.4%) de las cuales, la mitad acude al médico en un tiempo promedio de 12 horas y 55 minutos, y la otra mitad, no acude; otro signo tardío en atenderse medicamente es la disminución o no ganancia de peso (10.3%) de las cuales solo el 0.6% acude al médico en un promedio de 12 horas, y el 9.6% no va. Cabe resaltar que el signo que demoró menos tiempo en acudir al centro de salud u hospital fueron las convulsiones, presente en 1.9% de las gestantes de las cuales en su totalidad acudieron al médico de forma inmediata en un promedio de 6 minutos.

Con respecto al tiempo transcurrido se observa que la mayoría de gestantes no acuden inmediatamente al centro de salud u hospital, transcurren muchas horas desde el momento que presentan los signos de alarma hasta que acuden al centro de salud u hospital, lo cual refleja que cuando presentan dichos signos de alarma, estas demoran en reconocerlos y/o buscar atención especializada de manera oportuna.

Con respecto a la evaluación de la presencia de síntomas durante la gestación actual, entre los más frecuentes, se tiene al ardor al orinar (60.9%) de las cuales, 25.6% acude al médico en un promedio de 9 horas; mientras que el 35.3% no acude al médico. El 53.2% de las gestantes, manifiesta haber tenido dolores de cabeza intensos o permanentes, de las cuales el 34.0% acude al médico en un tiempo promedio de 5 horas y 15 minutos; mientras que el 19.2% no acude al médico. El 37.8% de las gestantes presentó contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación de las cuales, el 24.4% acude al médico en un promedio de 7 horas y un minuto; 13.5% no va. La presencia

de visión borrosa y moscas flotantes se presentó en el 35.3% de las gestantes, de las cuales el 34% acudió al médico en un promedio de 7 horas y 1 minutos y el 1.3% no acudió. Cabe mencionar con respecto a las prácticas que menos de la mitad de las mujeres que presenten ardor al orinar acuden al médico a diferencia de las que presentaron visión borrosa o moscas flotantes y dolor de cabeza intenso o permanente; las cuales en su mayoría acudieron al médico ya que probablemente reconozcan con mayor facilidad estos síntomas de alarma relacionados con los trastornos hipertensivos del embarazo, el cual constituye una de las principales causas de muerte materna. Otro síntoma prevalente en las gestantes fue el de contracciones uterinas antes de las 37 semanas el cual es importante su identificación oportuna ya que se asocia con el parto prematuro, el cual constituye la causa directa más importante de muerte neonatal. También es preciso mencionar que las gestantes que presentaron dichos síntomas no acudieron de forma inmediata al centro de salud u hospital lo hicieron en un promedio de 5 a 9 horas, lo cual refleja la demora en reconocer el síntoma de alarma y/o buscar ayuda inmediata lo cual contribuye con el aumento de la morbilidad materno perinatal..

Similares resultados encontró Ticona Rebagliati, Torres Bravo et al ⁽¹¹⁾, en su estudio al preguntarles a las gestantes individualmente por la presencia de signos y síntomas de alarma durante la gestación actual, los más frecuentes fueron “náuseas y vómitos intensos y repetidos” (33%), “dolor de cabeza intenso o permanente” (25%), “ardor al orinar” (24%) y “contracciones antes de las 37 semanas” (22%). Colachahua Baldoce ⁽¹⁴⁾ encontró que Las principales señales de alarma que identificaron y presentaron las pacientes fueron: Cefalea (56,7%), seguido de la edema de manos, pies y/o cara (45,0%), sangrado vaginal (35,0%) y pérdida de líquido amniótico (31,7%), menos frecuente fueron los pacientes que presentaron molestias urinarias (10,0%).

Con respecto a la frecuencia de búsqueda de atención ante la presentación de algún signo o síntoma durante la gestación actual se observa que los signos por los que mayormente acudieron al centro de salud u hospital fueron

convulsiones en un 100%; seguido de Sangrado vaginal en un 87.5% y pérdida de líquido amniótico en un 73.7%. Cabe resaltar que dentro de los signos presentados son los que menor tiempo de demora en acudir al médico tienen con 6 minutos; 3 horas y 30 minutos; y 6 horas y 57 minutos respectivamente.

Los síntomas por los que mayormente las gestantes acudieron al centro de salud u hospital fueron visión borrosa o moscas flotantes en un 96.4%; seguido de zumbido de oídos en un 90.6% y disminución o ausencia de movimientos fetales en un 88.3%. Con un tiempo de demora en acudir de 7 horas y 1 minuto; 8 horas y 31 minutos; y 6 horas respectivamente. Con respecto a los dos primeros síntomas es importante su identificación precoz ya que están asociados con la presencia de un trastorno hipertensivo del embarazo. El síntoma por el que menos acudieron fue por dolor abdominal o en la boca del estómago (20.5%) en un tiempo aproximado de 9 horas, es importante dar énfasis en el reconocimiento de este síntoma ya que es uno de los síntomas cardinales de la preeclampsia severa.

Ticona Rebagliati, Torres Bravo et al ⁽¹¹⁾ encontró que los signos y síntomas por los cuales la mayor proporción de gestantes acudió a emergencia fueron convulsiones (100%), no crecimiento de barriga conforme a la gestación (100%), ardor al orinar (86,1%), sangrado vaginal (84,4%) y fiebre (84,2%). Por otro lado Flores Bazán e Ylatoma Meléndez ⁽¹²⁾ manifiesta que el 41.9% de la muestra estudiada identificó al sangrado vaginal, fiebre y pérdida de líquido amniótico como los signos y síntomas reconocidos por las gestantes. García Regalado JF y Montañez Vargas M. ⁽¹⁷⁾ en su estudio, señaló que de las mujeres embarazadas el 92.9% identificó signos y síntomas de alarma durante el embarazo dentro de ellos los más frecuentes fueron sangrado transvaginal 22.9%, cefalea 18.7%, tinnitus 11% y ruptura de amnios en un 10.8%.

Por otro lado, como cuarto y quinto objetivo específico, se planteó Comparar los conocimientos y actitudes que tienen las gestantes frente a signos y síntomas de alarma durante el embarazo, según las variables personales como Edad, Numero de gestación, Distrito de residencia, nivel educativo, ocupación actual, ingreso económico familiar. Los resultados de esta comparación, se encuentran en las tablas 8, 9 y 10 (conocimiento) y 11, 12 y 13 (Actitudes).

Se observó que las madres que tienen más edad, tienden a tener mayores conocimientos sobre las señales de alarma durante el embarazo en general y específicamente sobre los signos, no así sobre los síntomas de alarma; tampoco se ve diferenciada según las actitudes frente a los signos, no así cuando se estudia como actitud general frente a las señales de alarma, donde se observa que cuanto mayor es la edad que tiene una gestante, mejor será su actitud frente a las señales de alarma.

Se observa que hay mayor conocimiento, en general y según signos y síntomas, en las madres que tiene más gestaciones, comparadas con aquellas que son primigestas o aun llevan su segunda gestación; así mismo, se observa que el número de gestaciones, está en relación inversa a la actitud de la gestante frente a señales de alarma en general, puesto que aquellas que tiene menos gestaciones, tiene actitud más favorable comparadas con las que tiene más número de gestaciones.

El distrito donde vive, no fue significativamente determinante ($p > 0.000$), ni para el conocimiento ni para las actitudes, ni en general ni según señales de alarma (signos y síntomas).

Por otro lado, se encontró que las gestantes con mayor nivel educativo, tienden a tener mayor conocimiento y actitudes favorables, en general y según signos y síntomas sobre las señales de alarma durante el embarazo ($p \leq 0.05$). Los conocimientos sobre señales de alarma durante el embarazo, en general y según signos y síntomas, son mayores en las gestantes que tienen empleo, medianamente en las amas de casa y bajo en las que son estudiantes; no obstante, se observa parcialmente lo opuesto respecto a las actitudes frente

a las señales de alarma en general y específicamente frente a los síntomas, ya que son favorables en las estudiantes, indiferente en las amas de casa y desfavorable en las que tienen empleo.

Finalmente, las que tienen mayores ingresos familiar mensual, tienden a tener más conocimientos sobre señales de alarma en general y según signos y síntomas, comparadas con las que tiene menos ingreso familiar mensual; respecto a las actitudes, si bien es cierto, estadísticamente se encontró dependencia significativa, los residuos tipificados, no permiten señalar una tendencia determinada.

Similares resultados encontró Pembe AB ,Urassa DP y *et al.* ⁽²¹⁾ según el análisis de regresión logística multivariado concluyó que con educación secundaria o más aumentó la probabilidad de la conciencia sobre señales de peligro obstétrico en seis veces (OR = 5,8; IC del 95%: 1,8 a 19) en comparación con ninguna educación en absoluto. La probabilidad de tener más conciencia aumentó significativamente al aumentar la edad de la madre, número de partos, número de controles prenatales, si el parto se llevó a cabo en una institución de salud y si la madre fue informada de tener riesgos / complicaciones durante la atención prenatal. Hailu D. Y Berhe H ⁽¹⁾ concluyó que el nivel educativo de la madre se asoció independientemente con el conocimiento acerca de las señales de peligro durante el embarazo y el parto. Okour A. Y Alkhateeb M ⁽²⁰⁾ en su estudio con un análisis de regresión logística multivariado reveló que el nivel educativo de las participantes en el estudio, el nivel de educación de sus parejas, y recibir información acerca de los signos de peligro se asociaron con la conciencia de conocer al menos 4 señales de peligro durante el embarazo (P = 0,02 para todas las asociaciones). Hailu M y Gebremariam A. ⁽⁸⁾ dio a conocer que el ser residente urbano está fuertemente asociado con mencionar al menos dos signos de peligro de embarazo (OR = 4,1; IC del 95%: 2,4, 7,0).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- 1) En líneas generales, las gestantes que tienen mayor conocimiento sobre las señales de alarma (en general y según: signos y síntomas), tienen actitudes favorables, comparadas con las que tienen alguna idea sobre los signos y síntomas lo cual las lleva a ser indiferentes frente a los mismos, y consecuentemente, las que desconocen, no tiene actitudes alentadoras frente a los signos y síntomas que pueda presentar.
2. Poco menos de la mitad de las gestantes (48.7%) conocen parcialmente sobre las señales de alarma durante el embarazo, casi la tercera parte de las gestante (28.8%) desconocen sobre el tema, y menos de la quinta parte (22.4%) identifican los signos y síntomas adecuadamente. Generalmente, hay una tendencia a desconocer sobre el tema, y específicamente, se observa que las gestantes, conocen más los signos y menos sobre los síntomas de alarma.
3. Las gestantes, específicamente tienden a tener una actitud alentadora frente a los signos; y dos grupos diferenciados respecto a la actitud frente a los síntomas, uno con mayor tendencia a una actitud favorable y otro grupo con actitud desfavorable.
4. Las gestantes que tienen más edad, conocen más sobre las señales de alarma durante el embarazo en general y específicamente sobre los signos, no así sobre los síntomas de alarma; no influye en las actitudes frente a los signos, no así frente a las actitudes en general, donde se observa que cuanto mayor es la edad que tiene una gestante, mejor será su actitud frente a las señales de alarma. Hay mayor conocimiento sobre las señales de alarma estudiadas, en las madres que tiene más número

de gestaciones, y no en las que son primigestas o aun llevan su segunda gestación; así mismo, aquellas que tiene menos gestaciones, actúan favorablemente, no así con las que tienen mayor número de gestaciones. Por otro lado, conocen más sobre la temática y actúan favorablemente, las gestantes con mayor nivel educativo. Así mismo, los conocimientos son mayores en las gestantes que tienen empleo, parcialmente en las amas de casa y menores en las que son estudiantes; no obstante, se observa que las actitudes frente a dichas señales, son favorables en las estudiantes, indiferente para las amas de casa y desfavorable en las que tiene empleo. Finalmente, las que tienen mayor ingreso familiar mensual, tienden a tener más conocimientos sobre señales de alarma, comparadas con las que tienen un menor ingreso familiar mensual; los resultados no permiten establecer una asociación clara de los ingresos familiar mensual según las actitudes frente a las señales de alarma en general y según signos y síntomas.

Recomendaciones

- Se recomienda suministrar a la gestante información de calidad y detallada sobre cada signo y síntoma de alarma durante el embarazo; por parte de personal de salud capacitado durante cada atención prenatal; enfocando la importancia del reconocimiento oportuno de estos, fortaleciendo puntos débiles que tengan en conocimientos sobre el tema; educando a la gestante para que tome conciencia sobre las complicaciones que puede presentar durante el embarazo y haciendo énfasis en que se debe acudir inmediatamente al centro de salud-hospital.
- Concientizar a los proveedores de salud de la importancia de replicar información sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo y brindar una atención prenatal de calidad.

- Todos los profesionales de salud, debemos de priorizar el tema de la prevención y la sensibilización no solo de las gestantes si no también de las mujeres en edad fértil y sus familiares incidiendo sobre la importancia de la atención prenatal y la identificación temprana de las señales de alarma, utilizando los diferentes medios de comunicación ya sea por televisión, radio, redes sociales. También se puede realizar talleres didácticos para que las gestantes se familiaricen con las señales de alarma y ayudar a la gestante entregándoles materiales visuales como folletos o trípticos que les ayuden a recordar cuales son las señales de alarma por los que debe acudir de inmediato al centro de salud u hospital.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hailu D, Berhe H. Knowledge about obstetric danger signs and associated factors among mothers in Tsegedie district, Tigray region, Ethiopia 2013: community based cross-sectional study. PLoS One. 2014 Feb 6; 9(2):e83459. Doi: 10.1371/journal.pone.0083459. ECollection 2014.
2. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Geneva: WHO. 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf
3. Tercer Informe Nacional del cumplimiento de los objetivos del desarrollo del milenio. Perú- 2014. Pág. 68- 80
4. Encuesta Demográfica y de salud familiar –ENDES 2013. Pág.403-408. http://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/index.html.
5. Red Nacional de Epidemiología (RENACE) – DGE – MINSA. <http://www.dge.gov.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2015/SE12/mmaternas.pdf>.
6. Dirección General de Salud de las Personas – Ministerio de Salud del Perú. Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015. Lima: Ministerio de Salud; 2009: 56 pp. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/PlanEstrate09.pdf>
7. Mazza MM, Vallejo CM, González M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. Rev Obstet Ginecol Venez. 2012; 72(4):233-248.
8. Hailu M, Gebremariam A, Alemseged F. Knowledge about obstetric danger signs among pregnant women in Aleta Wondo district, Sidama Zone, Southern Ethiopia. Ethiop J Health Sci. 2010; 20(1):25-32.

- 9 Watanabe Varas. La reducción de la mortalidad materna y su relación con factores sociosanitarios asociados Perú 2001 – 2010. [Tesis Doctoral]. Universidad Mayor de San Marcos. Lima- Perú. 2012.
- 10 EsSalud anuncia acciones para reducir mortalidad materna durante embarazo. Octubre 2015. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-anuncia-acciones-para-reducir-mortalidad-materna-durante-embarazo/>
- 11 Ticona Rebagliati, Torres Bravo, *et al.* Conocimientos y Prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre- Niño San Bartolomé Lima Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [en línea]. 2014, vol. 60, no. 2, p. 123-130. ISSN 2304-5124
12. Flores Bazán. Ylatoma Meléndez. Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el centro de salud morales, junio – setiembre 2012. [Tesis].Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto-Perú 2012.
- 13 Martínez Castillo. Pineda Quijada. *Et al.* Conocimiento sobre signos y síntomas de alarma y las complicaciones en el embarazo por parte de las usuarias en estado gestacional que asisten a la unidad de salud Dr. Mauricio Sol Nerio, en el barrio San Jacinto, departamento de San Salvador, de Abril a Junio de 2010. [Tesis Doctoral]. Universidad El Salvador. Argentina, julio 2010.
14. Colachahua Baldoce. Nivel de conocimiento de las señales de alarma y conducta de la paciente con morbilidad materna extrema atendida en el instituto nacional materno perinatal. Enero-febrero 2015. [Tesis Doctoral].Universidad Mayor de San Marcos. Lima- Perú 2015.
- 15 Bogale D, Markos D. Knowledge of obstetric danger signs among child bearing age women in Goba district, Ethiopia: a cross-sectional study.

- BMC Pregnancy Childbirth. 2015 Mar 29; 15:77. Doi: 10.1186/s12884-015-0508-1
- 16 Ministerio de Salud del Perú. Salud Materna [Internet]. [Acceso 19 noviembre 2013]. En: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_77.asp.
 - 17 García-Regalado J, Montañez-Vargas M. Signos y síntomas de alarma obstétrica. Acerca del conocimiento que tienen las mujeres. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2012; 50(6):651-7.
 - 18 Kabakyenga J, Ostergren P, Turyakira E, Pettersson K. Knowledge of obstetric danger signs and birth preparedness practices among women in rural Uganda. Reprod Health. 2011; 8(1):1-10.
 - 19 Mbalinda SN, Nakimuli A, et al. Does knowledge of danger signs of pregnancy predict birth preparedness? A critique of the evidence from women admitted with pregnancy complications. Health Res Policy Syst. 2014 Oct 9; 12:60. Doi: 10.1186/1478-4505-12-60.
 - 20 Okour A, Alkhateeb M, Amarin Z. Awareness of danger signs and symptoms of pregnancy complication among women in Jordan. Int J Gynaecol Obstet. 2012 Jul; 118(1):11-4. Doi: 10.1016/j.ijgo.2012.01.020. Epub 2012 Apr 12.
 - 21 Pembe AB, Urassa DP, Carlstedt A, Lindmark G, Nyström L, Darj E. Rural Tanzanian women's awareness of danger signs of obstetric complications. BMC Pregnancy Childbirth. 2009 Mar 26; 9:12. Doi: 10.1186/1471-2393-9-12.
 - 22 Care International's. [sede Web]*. Ecuador: 2006 [acceso 15 de Junio 2012]. De Conejo M. "Supervivencia materna". Disponible en:

www.careevaluations.org/Evaluations/ECU%20%20Supervivencia%20Materna%20-%20Final%20-%20Sep%2006.doc

- 23 Cruz M. y Romero M. “Conocimiento sobre los factores de riesgo de las embarazadas adolescentes de B° Teodoro López IV Trimestre 2004”[tesis doctoral]. Nueva Segovia – Nicaragua: Universidad “Politécnica de Nicaragua”; 2005.
- 24 Sistema de Bibliotecas y Biblioteca Central – UNSM. [Sede Web]*. Huancavelica – Perú: 2004 [acceso 12 de junio 2012]. De Dávila M., Urbano C. y Taipe R., "Análisis de una intervención en salud pública en comunidades campesinas del departamento de Huancavelica Enero-Mayo 2003 Huancavelica Perú". En <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rpp/v57n3/pdf/a04.pdf>.
- 25 Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM. 2012.
- 26 Katherine T Chen, MD, Susan M Ramin, MD, David L Hepner, MD. Intrapartum fever. [Monografía en Internet]. Uptodate. 2015. [última actualización: Septiembre2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
- 27 Flores Villegas, Flores Lazcano, Lazcano Mendoza Edema. Enfoque clínico. Artículo de Revisión. Med Int Méx 2014; 30:51-55.
- 28 Errol R Norwitz, MD, Joong Shin Park, MD. Overview of the etiology and evaluation of vaginal bleeding in pregnant women. [Monografía en Internet]. Uptodate. 2015. [última actualización: octubre 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
- 29 Charles J. Lockwood, MD. Karen Ruso Stieglitz, MD. Clinical Features, diagnosis and course of placenta previa. [Monografía en Internet].

- Uptodate. 2015. [última actualización: agosto 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
- 30 Cande V Ananth, Wendy L Kinzler. Placental abruption: Clinical Features and diagnosis. [Monografía en Internet]. Uptodate. 2015. [última actualización: octubre 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
 - 31 Patrick Duff, Charles J Lockwood. Preterm premature (prelabor) rupture of membranes. [Monografía en Internet]. Uptodate. 2015. [última actualización: octubre 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
 - 32 Jerrie S Refuerzo, Judith A Smith, Susan M Ramin. Clinical Features and evaluation of nausea and vomiting of pregnancy. [Monografía en Internet]. Uptodate. 2015. [última actualización: agosto 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
 - 33 American College of Obstetricians and Gynecologists, Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2013; 122:1122
 - 34 Walters BN. Preeclamptic angina--a pathognomonic symptom of preeclampsia. *Hypertens Pregnancy* 2011; 30:117.
 - 35 Shah AK, Rajamani K, Whitty JE. Eclampsia: a neurological perspective. *J Neurol Sci* 2008; 271:158.
 - 36 Schultz KL, Birnbaum AD, Goldstein DA. Ocular disease in pregnancy. *Curr Opin Ophthalmol* 2005; 16:308.
 - 37 Errol R Norwitz, MD. Eclampsia. [Monografía en Internet]. Uptodate. 2015. [última actualización: septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
 - 38 Harmon QE, Huang L, Umbach DM, et al. Risk of fetal death with preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2015; 125:628.
 - 39 Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Semin Perinatol* 2009; 33:130.

- 40 Saastad E, Winje BA, Israel P, Froen JF. Fetal movement counting--maternal concern and experiences: a multicenter, randomized, controlled trial. *Birth* 2012; 39:10.
- 41 Tveit JV, Saastad E, Stray-Pedersen B, et al. Reduction of late stillbirth with the introduction of fetal movement information and guidelines - a clinical quality improvement. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009; 9:32.
- 42 Ruth C Fretts, MD. Decreased fetal movement: Diagnosis, evaluation, and management. [Monografía en Internet]. Uptodate. 2015. [última actualización: septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
- 43 Robert S., Leiva B., Germain A. *Management for patients with threatened premature labor at clínica Las Condes* Rev. Med. CLIN. CONDES - 2014; 25(6) 953-957.
- 44 Lams JD, Cebrik D, Lynch C, et al. The rate of cervical change and the phenotype of spontaneous preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205:130.e1.
- 45 Chao TT, Bloom SL, Mitchell JS, et al. The diagnosis and natural history of false preterm labor. *Obstet Gynecol* 2011; 118:1301.
- 46 Lawn JE, Gravett MG, Nunes TM, et al. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010; 10 Suppl 1:S1.
- 47 Gualpa Gualpa. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el control prenatal, embarazadas que aducen a consulta externa del hospital José Carrasco Arteaga. Mayo- julio 2012. [Tesis Doctoral]. Universidad de Cuenca Ecuador-2013.
- 48 Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología. Protocolo para el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en

el control de infecciones intrahospitalarias. OGE-RENACE/VIGIA. Hosp. DT 005- 200. Vol. 1.

- 49 Amaya T., Iannacone J. Factores socioculturales, conocimientos y actitudes de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo en el Hospital José Agurto Tello Chosica, Lima, Perú, 2009. *The Biologist (Lima)*, jul-dic 2010, 8(2):164-178.

ANEXOS

Anexo 01. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Dimensión	Indicadores	Escala	Instrumento
VARIABLE DEPENDIENTE Conocimiento sobre signos y síntomas de alarma	El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección. El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón (47). Es aquella información o saber que una persona posee y que es necesaria para llevar a cabo una actividad. Que durante la gestación se basa en la identificación o reconocimientos de las señales de alarma, las cuales se clasifican en Signos y síntomas	Los conocimientos se miden a través del método cuantitativo, cuyos valores serán expresados cualitativamente en: Alto (Hasta 37.3), medio (37.4 – 58.6) y bajo (58.7 a más).	Cualitativo	Signos	-Alguna molestia -Sangrado vía vaginal -Descenso de líq. Claro con olor a lejía -Hinchazón de cara, manos y/o pies -Vómitos intensos -Falta de crecimiento de la barriga -Disminución de peso -Convulsiones	Ordinal	Encuesta
				Síntomas	-La visión borrosa/manchitas -Disminución de movimientos fetales -Dolor de cabeza -Zumbido de oído -Dolor abdominal o boca del estómago -La fiebre -Contracciones antes de la sem. 37 -Ardor al orinar		
VARIABLE DEPENDIENTE Actitudes sobre signos y síntomas de alarma	Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas (47). Actitud es el estado de disposición adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones (48). Actitud es lo que sienten las personas respecto a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo	Las actitudes se miden a través del método cuantitativo, cuyos valores serán expresados cualitativamente en: Favorable (Hasta 37.3), indiferente (37.4 – 58.6) y Desfavorable (58.7 a más).	Cualitativo	Signos	-Alguna molestia -Sangrado vía vaginal -Descenso de líq. Claro con olor a lejía -Hinchazón de cara, manos y/o pies -Vómitos intensos -Falta de crecimiento de la barriga -Disminución de peso -Convulsiones	Ordinal	Encuesta
				Síntomas	-La visión borrosa/manchitas -Disminución de movimientos fetales -Dolor de cabeza -Zumbido de oído -Dolor abdominal o boca del estómago -La fiebre -Contracciones antes de la sem. 37 -Ardor al orinar		

Anexo 02. Instrumento

**EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DURANTE LA GESTACIÓN EN LA
UNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTETRICO DEL HOSPITAL GUILLERMO
ALMENARA IRIGOYEN**

Número de entrevista: _____

Fecha: _____

DATOS GENERALES:

● **Edad:**

● **N°
gestaciones**

de

● **Distrito en el que vive**

● **Nivel educativo**

Primaria

Secundaria

Técnico

Superior

● **Ocupación actual**

Estudiante

Ama de casa

Empleado

Independiente

Desempleado

● **Ingreso mensual familiar**

Menor de 750 soles

De 750 a 1000 soles

De 1000 a 1500 soles

De 1500 a 2000 soles

Más de 2000 soles

Ahora de la vuelta a la página, y conteste adecuadamente según corresponda.

A. <u>CONOCIMIENTOS</u>		En total de acuerdo/ siempre	De acuerdo/ la mayor parte de las veces	Indiferente/la mitad de las veces	En desacuerdo/ raras veces	Totalmente en desacuerdo / nunca
1.	Los signos de alarma indican posible peligro para la madre y el bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Si se presentara un signo de alarma se debe acudir a un establecimiento de salud de inmediato.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	El sangrado vía vaginal es algo normal durante el embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	El dolor de cabeza es normal durante el embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	El descenso de líquido claro con olor a lejía es normal durante el embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Las náuseas y vómitos intensos o repetidos es normal durante el embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	La hinchazón de cara, manos y/o pies es normal durante el embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	La disminución o ausencia de movimientos fetales es normal durante el embarazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	El presentar zumbido de oído es normal durante el embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	La visión borrosa y la presencia de mosquitos o manchitas flotando son normales durante el embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Las contracciones antes de las 37 semanas son normales durante el embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	El dolor abdominal o en la boca del estómago es normal durante el embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	La fiebre es normal durante el embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	El ardor al orinar es normal durante el embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	La falta de crecimiento de la barriga es normal durante el embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	La disminución de peso de la madre es normal durante el embarazo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. ACTITUDES		En total de acuerdo/ siempre	De acuerdo/ la mayor parte de las veces	Indiferente/la mitad de las veces	En desacuerdo/ raras veces	Totalmente en desacuerdo / nunca
17.	Si tuviera alguna molestia (signo de alarma) se acercaría a su centro de salud / hospital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	¿Acudiría al Centro de Salud/hospital al presentar convulsiones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	¿Acudiría al Centro de Salud/hospital si presentara visión borrosa o de mosquitas o manchitas flotando?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	¿Acudiría al Centro de Salud/hospital si su bebé se mueve menos o no se mueve de forma normal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	¿Acudiría al Centro de Salud/hospital si tuviera dolor de cabeza intenso o permanente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	¿Acudiría al Centro de Salud/hospital si presentara sangrado vía vaginal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.	¿Acudiría al Centro de Salud/hospital al presentar descenso de líquido claro con olor a lejía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.	¿Acudiría al Centro de Salud/hospital si tuviese zumbido de oídos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.	¿Si presentara dolor o ardor en la boca del estómago acudiría al centro de salud/hospital?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.	¿De tener fiebre acudiría al centro de salud/hospital?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.	¿Si empezara a sentir contracciones antes de las 37 semanas acudiría al centro de Salud/hospital?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.	¿Si se le hinchara la cara, manos y/o pies acudiría al centro de salud/hospital?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.	Si presentara molestias para orinar acudiría al centro de salud/hospital?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.	¿Acudiría al Centro de Salud/hospital si presentara náuseas y vómitos intensos o repetidos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31.	¿Si su barriga no creciera conforme avanza el embarazo acudiría al Centro de Salud/hospital?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32.	¿Si bajara o no aumentara de peso acudiría al Centro de Salud/hospital?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A. <u>PRÁCTICAS</u>	Ha presentado durante este embarazo		Acudió a un centro de salud/hospital por presentar este signo		Tiempo transcurrido desde que presentó el signo hasta que acudió a un centro de salud (en horas)
	Si	No	Si	No	
33. Dolor de cabeza intenso o permanente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
34. Visión borrosa o moscas flotantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
35. Zumbido de oídos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
36. Convulsiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
37. Sangrado vía vaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
38. Pérdida de líquido amniótico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
39. Náuseas y vómitos intensos o repetidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
40. Ardor al orinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
41. Fiebre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
42. Desmayo o mareos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
43. Hinchazón de cara, manos y pies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
44. Disminución o ausencia de movimientos fetales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
45. Contracción uterina antes de las 37 semanas de gestación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
46. No crecimiento de la barriga conforme la gestación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
47. Disminución o no ganancia de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
48. Dolor abdominal o en la boca del estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Anexo 04. Confiabilidad de instrumentos – estudio piloto

VARIABLE	Dimensión	Indicadores
Conocimientos $\alpha = 0,896$	Signos $\alpha = 0,724$	Alguna molestia Sangrado vía vaginal Descenso de líq. Claro con olor a lejía Hinchazón de cara, manos y/o pies Vómitos intensos Falta de crecimiento de la barriga Disminución de peso Convulsiones
	Síntomas $\alpha = 0,718$	La visión borrosa/manchitas Disminución de movimientos fetales Dolor de cabeza Zumbido de oído Dolor abdominal o boca del estómago La fiebre Contracciones antes de la sem. 37 Ardor al orinar
Actitudes $\alpha = 0,752$	Signos $\alpha = 0,691$	Alguna molestia Sangrado vía vaginal Descenso de líq. Claro con olor a lejía Hinchazón de cara, manos y/o pies Vómitos intensos Falta de crecimiento de la barriga Disminución de peso Convulsiones
	Síntomas $\alpha = 0,738$	La visión borrosa/manchitas Disminución de movimientos fetales Dolor de cabeza Zumbido de oído Dolor abdominal o boca del estómago La fiebre Contracciones antes de la sem. 37 Ardor al orinar

Anexo 05. Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Indicadores	Metodología
General	General	General			Tipo
¿Cuál es relación entre Conocimientos y Actitudes frente a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo en gestantes hospitalizadas en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, 2015?	Determinar la relación entre Conocimientos y Actitudes frente a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo en gestantes hospitalizadas en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.	El conocimiento y las actitudes que tienen las gestantes están significativamente relacionadas; aquellas que conocen más sobre las señales de alarma durante el embarazo, tienden a tener actitudes más favorables frente a los signos y síntomas de alarma durante el periodo de gestación	V. Independiente Conocimientos (signos y síntomas de alarma) V. Dependiente Actitudes (signos y síntomas de alarma)	<ul style="list-style-type: none"> • Signos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alguna molestia ▪ Sangrado vía vaginal ▪ Descenso de líq. Claro con olor a lejía ▪ Hinchazón de cara, manos y/o pies ▪ Vómitos intensos ▪ Falta de crecimiento de la barriga ▪ Disminución de peso ▪ Convulsiones • Síntomas <ul style="list-style-type: none"> ▪ La visión borrosa/manchitas ▪ Disminución de movimientos fetales ▪ Dolor de cabeza ▪ Zumbido de oído ▪ Dolor abdominal o boca del estómago ▪ La fiebre ▪ Contracciones antes de la sem. 37 ▪ Ardor al orinar 	Enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, comparativo-correlacional
Específicos	Específicos	Específicos			Diseño
1) ¿Cuál es el estado del conocimiento que tienen las gestantes sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo?	1) Describir los niveles de conocimientos que tienen las gestantes sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo.		V. Conocimiento (Alto, Medio, Bajo)		Diseño no experimental de corte transversal
2) ¿Cuáles son las actitudes que tienen las gestantes frente a signos y síntomas de alarma durante el embarazo?	2) Describir los niveles de actitudes que tienen las gestantes frente a signos y síntomas de alarma durante el embarazo.		V. Actitudes (Favorable, indiferente, desfavorable)		
3) ¿Cuáles son las principales prácticas que tienen las gestantes frente a signos y síntomas de alarma durante el embarazo?	3) Describir las principales prácticas que tienen las gestantes frente a signos y síntomas de alarma durante el embarazo		V. Prácticas		Instrumento
aA14) ¿Se verá diferenciado el nivel de conocimiento que tienen las gestantes sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo, según las variables personales como Edad, Numero de Gestación, Distrito de residencia, nivel educativo, ocupación actual, ingreso económico familiar?	4) Comparar el conocimiento que tienen las gestantes sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo, según las variables personales como Edad, Numero de Gestación,, Distrito de residencia, nivel educativo, ocupación actual, ingreso económico familiar	1) Las gestantes, que tiene más edad, más número de gestaciones, las que tiene más estudios y las que tiene mayor ingreso familiar mensual, tienden a tener mayor nivel de conocimiento sobre señales de alarma (signos y síntomas) durante el embarazo.	V. Conocimientos (Alto, Medio, Bajo)		
5) ¿Se verán diferenciadas las actitudes que tienen las gestantes frente a signos y síntomas de alarma durante el embarazo, según las variables personales como Edad, Numero de Gestación, Distrito de residencia, nivel educativo, ocupación actual, ingreso económico familiar?	5) Comparar las actitudes que tienen las gestantes frente a signos y síntomas de alarma durante el embarazo, según las variables personales como Edad, Numero de Gestación, Distrito de residencia, nivel educativo, ocupación actual, ingreso económico familiar.	2) Las gestantes que tiene menos edad, las que tienen de 1 a 2 gestaciones, las que tiene más estudios, y las que tienen mayor ingreso familiar mensual, tienden a tener actitudes favorables frente a las señales de alarma (signos y síntomas) durante el embarazo	V. personales Edad, , Numero de Gestación, Distrito de residencia, nivel educativo, ocupación actual, ingreso económico familiar Actitudes (Favorable, indiferente, desfavorable) V. personales Edad, , Numero de Gestación, Distrito de residencia, nivel educativo, ocupación actual, ingreso económico familiar		Fiabilidad: Alfa conocimiento0.896 Alfa Actitudes 0.752
					Población - muestra Población 263 Gestantes hospitalizadas en la unidad de alto riesgo obstétrico Muestra 156 gestantes hospitalizadas en la unidad de alto riesgo obstétrico