

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN
PRENATAL Y EL RECONOCIMIENTO OPORTUNO DE LOS
SIGNOS DE ALARMA DEL EMBARAZO EN GESTANTES DEL
CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, ANDAHUAYLAS – 2026**

PRESENTADO POR:

Br. MARISABEL HUAMAN ACOSTA

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE OBSTETRA**

ASESORA:

Mg. KARINA YASMIN SULCA CARBAJO

ANDAHUAYLAS - PERÚ

2026



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro. CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el Asesor KARINA YASHIN SULCA CARBAJO
..... quien aplica el software de detección de similitud al
trabajo de investigación/tesis titulada: ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO TARDÍO
DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y EL RECONOCIMIENTO OPORTUNO DE LOS
SIGNOS DE ALARMA DEL EMBARAZO EN GESTANTES DEL CENTRO
DE SALUD SAN JERÓNIMO, ANDAHUAYLAS - 2026

Presentado por: MARISABEL HUAMAN ACOSTA DNI N° 35479923 ;
presentado por: DNI N°:
Para optar el título Profesional/Grado Académico de OBSTETRA

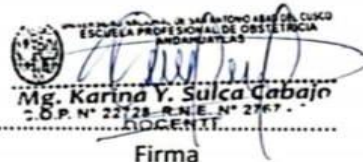
Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el
Software de Similitud, conforme al Art. 6° del *Reglamento para Uso del Sistema Detección de*
Similitud en la UNSAAC y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 6 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto
las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 05 de JULIO de 2026


Mg. Karina Y. Sulca Carbaño
C.O.P. N° 22728 - R.N.I.E. N° 2767
AGENTE
Firma

Post firma KARINA YASHIN SULCA CARBAJO

Nro. de DNI 21578295

ORCID del Asesor 0000-0002-8167-2452

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: oid: 27259:604927213

TESIS FINAL (6).docx



Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

tn:oid:::27259:604927213

Fecha de entrega

5 jul 2026, 7:32 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

5 jul 2026, 7:37 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

TESIS FINAL (6).docx

Tamaño del archivo

15.1 MB

102 páginas

19.285 palabras

111.828 caracteres

6% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Trabajos entregados
- ▶ Fuentes de Internet
- ▶ Base de datos de Crossref
- ▶ Base de datos de contenido publicado de Crossref

Fuentes principales

- 0%  Fuentes de Internet
- 6%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

-  **Texto oculto**
9 caracteres sospechosos en N.º de página
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

PRESENTACIÓN

Tengo el grato honor a dirigirme a ustedes, SR. RECTOR DE LA PRESTIGIOSA Y TRICENTENARIA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO Y SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

De acuerdo con lo establecido en la ley de grados y títulos de la escuela profesional de obstetricia, perteneciente a la facultad de ciencias de la salud de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, presento la documentación requerida para solicitar el título profesional de Obstetra, pongo a su consideración el trabajo de investigación titulado **ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y EL RECONOCIMIENTO OPORTUNO DE LOS SIGNOS DE ALARMA DEL EMBARAZO EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, ANDAHUAYLAS-2026.**

Este estudio busca brindar conocimientos científicos y teóricos a quienes se interesen en el tema, en el cual se le proporciona fundamentos que puedan ser referenciados como fuentes validas en investigaciones posteriores, tanto en el ámbito local como nacional e internacional.

AGRADECIMIENTO

Primero y, ante todo, Agradezco a Dios, quien ha sido mi guía y fortaleza, durante mi carrera profesional.

A mi familia, que siempre ha sido mi inspiración y soporte. A mis padres, Roberto Huaman Genua y mi madre Avelina Acosta Gonzales, que siempre estuvieron conmigo apoyándome en toda mi etapa universitaria, su amor y paciencia han sido fundamentales en mi formación. De igual forma a mis hermanos Lourdes y Luis Ángel quienes siempre estuvieron presentes y me apoyaron en los momentos más difíciles.

Agradezco profundamente a mi asesora Mag. Karina Yasmin Sulca Carbajo por su valiosa orientación, motivación constante, paciencia inquebrantable y apoyo incondicional, factores claves para el éxito en la realización de mi tesis.

DEDICATORIA

En primer lugar, dedico este trabajo a Dios, quien ha sido mi guía y fortaleza, dándome la sabiduría y paciencia necesaria para culminar esta etapa.

A mi familia, que siempre ha sido mi inspiración y soporte. A mis padres, Roberto Huaman Genua y a mi madre Avelina Acosta Gonzales, que siempre estuvieron conmigo apoyándome en toda mi etapa universitaria, su amor y paciencia han sido fundamentales en mi formación.

A mis hermanos Lourdes y Luis Ángel, por su amor constante, sus mensajes alentadores en los momentos más difíciles y por recordarme que el esfuerzo es la clave para el éxito.

ÍNDICE

INDICE DE TABLAS	XI
RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN	XIVV
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Situación problemática.	1
1.2. Formulación del problema.	3
1.2.1. Problema general.....	3
1.2.2. Problema específico	3
1.3. Justificación de la investigación	4
1.3.1. Justificación teórica.....	4
1.3.2. Justificación metodológica.....	4
1.3.3. Justificación práctica	5
1.4. Objetivos de la investigación	5
1.4.1. Objetivo general	5
1.4.2. Objetivo específico.....	6
II. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Antecedentes de la investigación	7
2.1.1. Antecedentes internacionales	7
2.1.2. Antecedentes nacionales	10

2.1.3. Antecedentes locales	14
2.2. Bases teóricas.....	16
2.3. Bases conceptuales	22
2.4. Definición de términos básicos	38
III. HIPOTESIS Y VARIABLES.....	40
3.1. Hipótesis	40
3.1.1. Hipótesis general.....	40
3.2. Identificación de variables	40
3.3. Operacionalización de variables	41
IV. METODOLOGIA	42
4.1. Ámbito de estudio: localización política y geográfica.....	42
4.2. Tipo y nivel de investigación.....	42
4.3. Unidad de análisis.....	43
4.4. Población de estudio	43
4.5. Tamaño de muestra	44
4.6. Técnicas de selección de muestra	44
4.7. Técnicas de recolección de información.....	44
4.8. Técnicas de análisis e interpretación de la información.	46
4.9. Técnicas para demostrar la verdad o falsedad de las hipótesis planteadas.	47
4.10. Consideraciones éticas.....	47
V. RESULTADOS	49

VI. DISCUSIÓN	54
VII. CONCLUSIONES	58
VIII. RECOMENDACIONES.....	60
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	63
X. ANEXOS.....	70

INDICE DE TABLAS

Tabla1. Características generales.	47
Tabla2. Inicio tardío de atención prenatal.....	47
Tabla3 Reconocimiento de signos de alarma en el embarazo.....	48
Tabla4. Reconocimiento de cada signo de alarma en el embarazo.....	49
Tabla5. Asociación entre inicio tardío de atención prenatal y reconocimiento de signos de alarma del embarazo.....	50

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar si existe asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y el reconocimiento oportuno de los signos de alarma del embarazo en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas ,2026. La investigación fue de tipo aplicada, enfoque cuantitativo, diseño observacional no experimental, prospectivo y transversal, con nivel correlacional y análisis bivariado. La población estuvo conformada por 115 gestantes atendidas durante el año 2026; sin embargo, mediante muestreo no probabilístico de tipo censal se incluyeron 115 gestantes que cumplieron los criterios de selección. Para la recolección de datos se utilizó la revisión de historias clínicas y un cuestionario estructurado validado sobre reconocimiento de signos de alarma del embarazo. Los datos fueron procesados en SPSS y analizados mediante estadística descriptiva e inferencial utilizando la prueba Chi-cuadrado de Pearson con un nivel de significancia de $p < 0.000$.

Los resultados evidenciaron que el 60.9% de las gestantes inició la atención prenatal de manera oportuna, mientras que el 39.1% lo hizo tardíamente. Asimismo, el 64.3% presentó un reconocimiento adecuado de los signos de alarma, frente a un 35.7% con reconocimiento inadecuado. El signo más identificado fue el sangrado vaginal (95.7%) y el menos reconocido la fiebre mayor de 38°C (48.7%). Finalmente, se comprobó una asociación significativa entre ambas variables, observándose que las gestantes con inicio prenatal oportuno presentaron mejor reconocimiento de los signos de alarma, concluyéndose que la atención prenatal temprana favorece la educación y el autocuidado materno.

Palabras clave: Atención prenatal tardía, Signos de alarma del embarazo, Gestantes, Salud materna, Control prenatal.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine whether there is a statistically significant association between late initiation of prenatal care and the timely recognition of pregnancy warning signs among pregnant women attending the San Jerónimo Health Center, Andahuaylas – 2026. The research was applied, with a quantitative approach, observational and non-experimental design, prospective and cross-sectional in nature, with a correlational level and bivariate analysis. The population consisted of 115 pregnant women treated during 2026; however, through non-probabilistic census sampling, 115 pregnant women who met the selection criteria were included. Data collection was carried out through medical record review and a validated structured questionnaire on the recognition of pregnancy warning signs. Data were processed using SPSS software and analyzed through descriptive and inferential statistics using Pearson's Chi-square test with a significance level of $p < 0.000$.

The results showed that 60.9% of pregnant women initiated prenatal care in a timely manner, while 39.1% started late. Likewise, 64.3% demonstrated adequate recognition of warning signs, whereas 35.7% had inadequate recognition. Vaginal bleeding was the most recognized warning sign (95.7%), while fever above 38°C was the least recognized (48.7%). Finally, a significant association was found between both variables, showing that pregnant women who initiated prenatal care on time had better recognition of pregnancy warning signs. It was concluded that early prenatal care promotes maternal education and self-care.

Keywords: Late prenatal care, Pregnancy warning signs, Pregnant women, Maternal health, Prenatal control.

INTRODUCCIÓN

La atención prenatal constituye una de las estrategias fundamentales para la protección de la salud materna y fetal, ya que permite identificar oportunamente factores de riesgo, prevenir complicaciones obstétricas y promover conductas saludables durante el embarazo. La Organización Mundial de la Salud considera que el inicio temprano y el seguimiento continuo de los controles prenatales representan intervenciones esenciales para reducir la morbilidad materna y perinatal, especialmente en poblaciones vulnerables y de difícil acceso a los servicios de salud. En este contexto, la vigilancia prenatal no solo cumple una función asistencial, sino también educativa, debido a que fortalece las capacidades de la gestante para reconocer signos de alarma y buscar atención médica inmediata ante situaciones de riesgo.

En el Perú, el inicio tardío de la atención prenatal continúa siendo un problema de salud pública. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2023), el 21.1% de las mujeres inicia su control prenatal mayor o igual a las 14 semanas de gestación, situación que se agrava en las zonas rurales, donde alcanza el 26.8% (9). Asimismo, se ha reportado que un importante porcentaje de gestantes presenta limitaciones en el reconocimiento de signos de alarma del embarazo, estimándose que el 62.2% no identifica adecuadamente síntomas de riesgo obstétrico. Otros estudios nacionales señalan que solo una minoría de mujeres posee conocimientos óptimos sobre hemorragia vaginal, fiebre, cefalea intensa, pérdida de líquido amniótico y disminución de movimientos fetales, condiciones que representan señales tempranas de complicaciones maternas y fetales.

En la región Apurímac y particularmente en la provincia de Andahuaylas, esta problemática adquiere mayor relevancia debido a factores geográficos, culturales y socioeconómicos que limitan el acceso oportuno a los servicios de salud. Los registros del Sistema de Información en Salud (HIS) del año 2025 evidenciaron que el 30.2% de las gestantes de la provincia inició tardíamente su atención prenatal. Sin embargo, la situación es aún más crítica en el Centro de Salud San Jerónimo, donde el 37.9% de las gestantes registró un inicio tardío de los controles prenatales, superando ampliamente el promedio provincial. Esta realidad refleja la persistencia de barreras relacionadas con el acceso, el nivel educativo, las creencias culturales y la insuficiente percepción de riesgo durante el embarazo.

Desde el enfoque teórico, la investigación se sustenta en los modelos de atención prenatal integral y educación para la salud, los cuales establecen que el contacto temprano con el sistema sanitario favorece el desarrollo de conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado. Asimismo, los modelos de comportamiento en salud señalan que el reconocimiento oportuno de los signos de alarma influye directamente en la toma de decisiones frente a emergencias obstétricas. Bajo esta perspectiva, la atención prenatal temprana representa una oportunidad estratégica para fortalecer la alfabetización en salud materna y disminuir complicaciones prevenibles.

Diversas investigaciones respaldan esta relación. Mamani C. (2024), en Puno, realizó un estudio correlacional sobre los determinantes asociados al inicio tardío de la atención prenatal en 159 gestantes. Los resultados mostraron que el 25.03% inició sus controles después de las 13 semanas de gestación. Entre los factores asociados destacaron la violencia de pareja, el embarazo en edad inadecuada, el bajo nivel educativo, la primiparidad y el número insuficiente de controles

prenatales. La autora concluyó que las condiciones personales y obstétricas influyen significativamente en el retraso de la atención prenatal, limitando la capacidad preventiva y educativa del sistema de salud.

En este sentido, la presente investigación busca determinar si existe asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y el reconocimiento oportuno de los signos de alarma del embarazo en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026. Los resultados permitirán fortalecer la evidencia científica en contextos rurales y semiurbanos del Perú, además de contribuir al diseño de estrategias de captación precoz y educación prenatal orientadas a reducir los riesgos maternos y mejorar la capacidad de respuesta de las gestantes frente a emergencias obstétricas.

El presente estudio de investigación está estructurado en cinco capítulos, organizados de manera sistemática para garantizar coherencia y rigor metodológico: Capítulo I: Comprende el planteamiento y la formulación del problema, así como la justificación y los objetivos de la investigación. Capítulo II: Desarrolla el marco teórico, incluyendo los antecedentes del estudio, las bases teóricas y conceptuales, y la definición de términos básicos. Capítulo III: Presenta las hipótesis, la identificación de variables y su correspondiente operacionalización. Capítulo IV: Describe el enfoque metodológico, detallando el contexto del estudio, el tipo y diseño de investigación, la unidad de análisis, la población y muestra, así como las técnicas e instrumentos de recolección de datos y los procedimientos para su análisis e interpretación. Capítulo V: Expone los resultados obtenidos, su análisis e interpretación, y culmina con las conclusiones y recomendaciones fundamentadas en la evidencia generada.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Situación problemática.

La vigilancia prenatal constituye el eje estratégico de la salud pública perinatal para la reducción de la morbilidad materna y neonatal a escala global. Sin embargo, su eficacia clínica depende de la precocidad de su instauración (antes de las 14 semanas de gestación) y de la capacidad de la gestante para identificar signos de alarma obstétrica, factores determinantes para mitigar el retraso en la búsqueda de atención médica de emergencia (1).

En este contexto, los signos de alarma durante la gestación actúan como indicadores críticos de riesgo. La incapacidad para identificarlos de forma precoz genera un retraso sustancial en el acceso a los servicios de obstetricia de emergencia, lo cual eleva la incidencia de eventos adversos y perpetúa las elevadas tasas de mortalidad que afectan tanto a la madre como al producto (2).

A nivel internacional, la captación tardía y el déficit cognitivo en emergencias obstétricas representan desafíos epidemiológicos críticos. Reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y estudios globales recientes estiman que el 53.8% de las gestantes postergan el inicio de su control prenatal hacia el segundo o tercer trimestre, un escenario agravado por el hecho de que hasta un 42.8% de las mujeres en países en desarrollo son incapaces de reconocer de forma oportuna las señales de peligro periparto. Por otro lado hay estudios que mencionan sobre la capacidad de detección de riesgos por parte de las usuarias, investigaciones en Etiopía indican que el 37.8% de las gestantes son incapaces de reconocer señales de peligro durante el embarazo, comprometiendo su estabilidad clínica (3-6).

En la región de América Latina, el panorama es igualmente crítico. Datos procedentes de Ecuador (2023) muestran que apenas el 27.1% de las gestantes acceden a la atención prenatal durante el primer trimestre, mientras que un mayoritario 72.9% lo hace de forma tardía. Este fenómeno refleja un profundo desconocimiento sobre el valor preventivo de la atención temprana (7). Asimismo, en México, se ha reportado que el 42.3% de la población gestante posee un nivel de reconocimiento deficiente respecto a los riesgos inminentes de su estado (8).

En el escenario peruano, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) revela una marcada desigualdad estructural: el 21.1% de las mujeres inician su atención prenatal de forma tardía, cifra que se eleva significativamente al 26.8% en los sectores rurales del país(9). se estima que el 62.2% de las gestantes peruanas carecen de un reconocimiento adecuado de los signos de alarma durante el embarazo (10). Otras investigaciones locales del 2023 son aún más conservadoras, sugiriendo que solo el 24.2% posee un nivel óptimo de identificación, dejando a un 64.6% en una situación de vulnerabilidad cognitiva ante emergencias obstétricas (11).

En la provincia de Andahuaylas, las cifras del Sistema de Información en Salud (HIS) para el 2025 indican que el inicio tardío de la atención prenatal alcanzó el 30.2%, representando 491 casos de un total de 1,623 atenciones. No obstante, el Centro de Salud San Jerónimo presenta una situación más aguda, con 80 casos de atención tardía de 211 registros, lo que equivale a un 37.9%; una cifra que supera significativamente el promedio provincial (12). A pesar de la magnitud de estas cifras, existe un evidente vacío de investigación a nivel local. Los estudios previos se han limitado a analizar el inicio tardío, el conocimiento de signos de alarma de

manera aislada y puramente descriptiva, omitiendo analizar cómo el retraso en la primera consulta trunca la oportunidad del profesional de obstetricia para educar a la gestante en la detección de riesgos. Por consiguiente, la presente investigación es imperativa para determinar la asociación entre ambas variables, proveyendo evidencia científica local indispensable para reorientar las estrategias de intervención comunitaria en el primer nivel de atención.

Finalmente, la convergencia entre el inicio tardío de la atención prenatal y la limitada capacidad de reconocimiento de signos de alarma genera un impacto negativo severo. Estas deficiencias aumentan la probabilidad de enfrentar complicaciones no detectadas como la preeclampsia, anemias graves, partos pretérminos y neonatos con bajo peso(13). Por consiguiente, la presente investigación es imperativa para determinar la asociación entre ambas variables, proveyendo evidencia científica local indispensable para reorientar las estrategias de intervención comunitaria en el primer nivel de atención.

1.2. Formulación del problema.

1.2.1. Problema general

¿Existe asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y el reconocimiento oportuno de los signos de alarma del embarazo en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026?

1.2.2. Problema específico

PE1: ¿Cuál es la frecuencia del inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026?

PE2: ¿Cuál es el nivel de reconocimiento de los signos de alarma del embarazo en las gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas ,2026?

PE3: ¿Qué proporción de gestantes reconoce adecuadamente cada uno de los signos de alarma del embarazo en las gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas ,2026?

1.3. Justificación de la investigación

1.3.1. Justificación teórica

Desde el punto de vista teórico, el estudio se fundamenta en los enfoques de atención prenatal integral y educación para la salud, los cuales sostienen que el contacto temprano y continuo de la gestante con los servicios de salud favorece la adquisición de conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas para el autocuidado durante el embarazo. Asimismo, se apoya en modelos de comportamiento en salud que señalan que el conocimiento oportuno de los signos de alarma es un determinante clave para la toma de decisiones frente a situaciones de riesgo. La investigación contribuirá a ampliar el cuerpo teórico existente sobre la relación entre el momento de inicio de la atención prenatal y el reconocimiento de signos de alarma, especialmente en contextos rurales y semiurbanos del Perú, donde la evidencia aún es limitada. Además, permitirá contrastar hallazgos previos con la realidad local de Andahuaylas, fortaleciendo la comprensión del fenómeno desde una perspectiva contextualizada.

1.3.2. Justificación metodológica

Desde la perspectiva metodológica, la investigación aporta al desarrollo de estudios analíticos en salud materna al establecer una relación estadística

entre dos variables relevantes, el inicio de la atención prenatal y el reconocimiento oportuno de los signos de alarma del embarazo. El enfoque cuantitativo permitirá medir de manera objetiva ambas variables y analizar su asociación mediante procedimientos estadísticos adecuados. Asimismo, el estudio contribuirá con instrumentos de recolección de datos validados y adaptados al contexto local, los cuales podrán ser utilizados y replicados en futuras investigaciones similares en otros establecimientos de salud de la región. De este modo, se fortalece la producción de evidencia científica local con rigor metodológico, orientada a la mejora continua de los servicios de salud materna.

1.3.3. Justificación práctica

En el ámbito práctico, los resultados del estudio servirán como insumo para la toma de decisiones del personal de salud del Centro de Salud San Jerónimo, permitiendo identificar grupos de gestantes con mayor riesgo de desconocimiento de los signos de alarma. Esta información facilitará el diseño y fortalecimiento de intervenciones educativas focalizadas, estrategias de captación temprana y seguimiento diferenciado de gestantes que inician tardíamente la atención prenatal.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar si existe asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y el reconocimiento oportuno de los signos de alarma del embarazo en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.

1.4.2. Objetivo específico

OE1. Determinar la frecuencia del inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.

OE2. Determinar el nivel de reconocimiento de los signos de alarma del embarazo en las gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas ,2026.

OE3. Identificar la proporción de gestantes que reconoce adecuadamente cada uno de los signos de alarma del embarazo en las gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Ijdi, R-E, Ducille, C. M., y Singh, K. (14). en Bangladesh, durante el año 2025, realizaron una investigación titulada: "Conocimiento de las complicaciones maternas: Un análisis crítico entre mujeres embarazadas en Bangladesh". Realizaron un análisis crítico con el objetivo de evaluar el conocimiento sobre complicaciones maternas y sus determinantes en 5,625 gestantes. A través de los datos de la Encuesta Nacional de Mortalidad Materna, los resultados revelaron que solo el 17.3% poseía una formación suficiente, logrando identificar al menos tres signos de peligro. El estudio evidenció que la instrucción secundaria (AOR = 2.52) y el acceso a medios de comunicación elevan la capacidad de reconocimiento. Los autores concluyeron que la conciencia obstétrica es baja, especialmente en áreas rurales, recomendando intervenciones educativas focalizadas para reducir la mortalidad.

Amsalu, A., Yalew, A. W., y Zemlak, A. K. (15). en Etiopía, durante el año 2025, realizaron una investigación titulada: "Prevalencia y factores determinantes del inicio tardío del primer control prenatal en el oeste de Etiopía". El objetivo de la investigación fue evaluar la prevalencia del inicio tardío del primer control prenatal y los factores asociados en mujeres embarazadas en la región de Benishangul-Gumuz. mediante un estudio transversal en 427 mujeres. Se reportó que el 56.8% de la muestra comenzó

sus controles tardíamente. El análisis multivariable determinó que factores como ser ama de casa (AOR = 2.09), la baja escolaridad (AOR = 3.5) y los embarazos no planificados (AOR = 3.01) guardan una relación directa con el retraso. La conclusión enfatiza que la falta de asesoramiento previo es un determinante clave en la demora de la atención inicial.

Shiferaw Gesese, S., Mersha, E. A., y Balcha, W. F.,(16). en Etiopía, durante el año 2023, realizaron una investigación titulada: "Conocimiento sobre los signos de peligro del embarazo y las acciones de búsqueda de atención entre mujeres embarazadas". El objetivo fue evaluar el conocimiento sobre los signos de peligro del embarazo y las acciones de búsqueda de atención entre mujeres embarazadas en Bahir Dar, Etiopía, ejecutaron un estudio transversal con 414 participantes para medir el conocimiento de signos de peligro y la conducta de búsqueda de ayuda. Los hallazgos mostraron que un **57.2%** de las mujeres tenía un nivel de conocimiento óptimo, asociado a la residencia urbana (AOR=5.26) y la edad materna (AOR=8.11). De manera relevante, se concluyó que el **77.8%** de quienes reconocieron signos de alarma acudieron prontamente a un centro de salud, demostrando que la educación prenatal mejora directamente la respuesta ante complicaciones.

Girma et al. (17) en Etiopía, en el año 2023 realizaron una investigación titulada: "Inicia tardío de la atención prenatal entre mujeres embarazadas en los centros de salud de Addis Ababa". El objetivo fue investigar los factores asociados con el inicio tardío de la atención prenatal entre las mujeres embarazadas que asistieron a centros de salud públicos de Addis Ababa, Etiopía. Se utilizó un diseño de estudio transversal basado en las

instalaciones. La muestra consistió en 407 mujeres embarazadas que acudieron a su primer control prenatal entre diciembre de 2020 y enero de 2021. Los resultados indicaron que el 47% ingresó al sistema de salud fuera del tiempo oportuno. El riesgo de retraso se vinculó a la edad (30 años a más), el estado civil y la percepción errónea del tiempo ideal para la consulta (AOR=8.58). La investigación concluye que el conocimiento sobre la importancia del control temprano es el factor determinante para revertir este fenómeno.

Yosef, T., y Tesfaye, M. (18). en Etiopía, durante el año 2021, realizaron una investigación titulada: "Conocimiento sobre los signos de peligro del embarazo y comportamiento de búsqueda de atención entre mujeres en edad reproductiva en Mizan-Aman, Etiopía". El objetivo de la investigación fue evaluar el conocimiento sobre los signos de peligro del embarazo y el comportamiento de búsqueda de atención entre mujeres en edad reproductiva. La metodología utilizada fue un estudio de corte transversal con una muestra de 526 mujeres seleccionadas aleatoriamente. Resultados: El 43,2% de las participantes mostró un buen conocimiento de los signos de peligro del embarazo, siendo la hemorragia vaginal el signo más comúnmente identificado (65%). Los factores asociados con un buen conocimiento fueron la educación secundaria y superior de los esposos (AOR = 2.52), ingresos mensuales superiores a 1000 Birr etíopes (AOR = 2.64), y haber tenido un embarazo previo (AOR = 2.14). En cuanto al comportamiento de búsqueda de atención, el 72.7% de las mujeres que experimentaron signos de peligro buscaron atención médica de manera adecuada. Conclusión: El estudio concluyó que, aunque el conocimiento sobre los signos de peligro del

embarazo es limitado en la población estudiada, las mujeres que tuvieron un buen conocimiento de estos signos mostraron mejores comportamientos de búsqueda de atención, lo que subraya la importancia de mejorar la educación sobre los signos de peligro durante el control prenatal y fomentar la entrega institucional.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Mamani C.(19). en Puno, durante el año 2024, realizó una investigación titulada: "Determinantes relacionadas al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María". El objetivo era establecer los factores relacionados al inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes atendidas en dicha institución. La metodología utilizada fue de tipo correlacional, con un diseño no experimental y una muestra de 159 gestantes que cumplieron con los criterios de selección. Los datos fueron procesados a través del SPSS V24 y se utilizó la prueba de chi-cuadrado para el análisis. Resultados: El estudio encontró que el 25.03% de las gestantes tuvieron su primer control prenatal de manera tardía, con la edad gestacional superando las 13 semanas. Los factores personales que se asociaron con el inicio tardío fueron la violencia de pareja (19.5%), el embarazo a edad inadecuada (35.6%) y el grado de instrucción secundaria (63.5%). En términos obstétricos, factores como la primiparidad (37.2%), el periodo intergenésico largo (35.9%) y el número insuficiente de atenciones prenatales (39.6%) también estuvieron significativamente relacionados con el retraso en la atención prenatal. Concluyó que las determinantes personales y obstétricas, como la violencia de pareja, el embarazo a edad inadecuada y el

número insuficiente de controles prenatales, son factores claves para el inicio tardío de la atención prenatal.

Giron y Gómez (20). en Ayacucho, durante el año 2023, realizaron una investigación titulada: "Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Centro de Salud Los Licenciados - Ayacucho, setiembre - noviembre 2023". El objetivo era determinar los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes que acuden al Centro de Salud Los Licenciados en Ayacucho. La metodología utilizada fue un estudio correlacional de tipo transversal. En la investigación participaron 80 mujeres embarazadas. Resultados: El 52,5% de las mujeres embarazadas comenzaron su primera consulta prenatal de manera tardía. El 73,8% de las gestantes con edades entre 20 y 35 años presentaron inicio tardío, y el 64,3% de las gestantes con nivel educativo secundario también tuvieron inicio tardío en su atención prenatal. Además, el 86,3% de las gestantes que recibieron apoyo emocional de su pareja iniciaron la atención prenatal a tiempo, mientras que el 51,2% de las gestantes con solo un embarazo comenzaron de manera tardía. También se observó que las gestantes con un ingreso económico deficiente (52,4%) y aquellas con dependencia económica (71,4%) mostraron un inicio tardío significativo. Concluyendo que los factores socioeconómicos, el apoyo emocional de la pareja y el número de embarazos son aspectos clave que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal.

Jiménez Llanos, E. (21) En Huánuco, en el año 2023, llevó a cabo una investigación titulada "Factores relacionados con el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo". El objetivo de la investigación fue identificar los factores que influyen en el nivel de reconocimiento de los signos de alarma

durante el embarazo. Se utilizó un diseño correlacional y transversal, con una muestra de 125 gestantes. Los resultados mostraron que el 53.6% de las gestantes tuvieron un nivel bajo de reconocimiento de los signos de alarma, mientras que el 46.4% alcanzaron un nivel alto. Entre los factores relacionados con el reconocimiento de los signos de alarma, se encontró que el nivel de educación y la planificación del embarazo no mostraron una relación significativa con el reconocimiento de los signos de alarma ($p > 0.05$). Sin embargo, factores como el apoyo conyugal y familiar tuvieron una relación más destacada, aunque no con una significancia estadística fuerte. Concluyó que el nivel educativo y la planificación del embarazo no son determinantes clave, pero el apoyo social, aunque no significativo en todos los casos, juega un papel importante en el reconocimiento adecuado de los signos de alarma durante la gravidez.

Córdova, A. (22). En Ilo, en el año 2023, realizó una investigación titulada: "Conocimientos y actitudes sobre los signos y síntomas de alarma en embarazadas que acuden al Centro de Salud Eduardo Jiménez Gómez - Ilo 2023". El objetivo de la investigación fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes de las embarazadas sobre los signos y síntomas de alarma. La metodología utilizada fue un estudio descriptivo correlacional con un diseño no experimental y transversal. La muestra consistió en 165 gestantes. Resultados: El 40.6% de las gestantes presentó un nivel de conocimiento medio sobre los signos y síntomas de alarma, mientras que el 32.7% mostró un nivel alto y el 26.7% un nivel bajo. En cuanto a las actitudes, el 38.8% mostró una actitud indiferente y el 20.6% de las gestantes con actitud favorable tenían un nivel de conocimiento alto. Se

concluyó que existía una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes de las gestantes sobre los signos y síntomas de alarma, sugiriendo que la educación prenatal adecuada podría influir positivamente en el comportamiento hacia la atención prenatal.

Córdova, J. M.(23) en Tumbes, durante el año 2023, realizaron una investigación titulada: "Factores asociados al nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas en el Establecimiento de Salud Zarumilla, 2023". El objetivo de la investigación fue determinar qué factores están asociados con el nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma en gestantes que reciben atención prenatal en dicho establecimiento. La metodología utilizada fue un estudio descriptivo, no experimental, con un diseño transversal. La muestra consistió de 300 gestantes. Resultados: El 60,3% de las gestantes se encontraba en el rango de edad de 18 a 35 años, el 55% vivía en unión libre, y el 51,3% tenía educación secundaria. Además, se observó que el 38,7% de las participantes eran multigestas y el 42,3% nulíparas. En términos de atención prenatal, el 55,3% había asistido a seis o más controles prenatales, y el 56% no presentaron signos ni síntomas de alarma. En cuanto al conocimiento, el 73,7% de las gestantes alcanzaron un nivel alto sobre los signos y síntomas de alarma, aunque hubo dificultades para identificar algunos signos críticos. Por ejemplo, el 58,3% no reconoció la pérdida de líquido amniótico, el 36% no identificó la disuria, y el 34,7% no detectó la disminución o ausencia de movimientos fetales. Concluyó que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma y los factores sociodemográficos y obstétricos.

2.1.3. Antecedentes locales

Berrocal D. (24). En Talavera, durante el año 2023, se realizó una investigación titulada: "Factores de riesgo asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Centro de Salud Talavera". El objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados con el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del centro de salud. La metodología utilizada fue un diseño no experimental, analítico transversal, retrospectivo. La muestra fue de 152 gestantes que acudieron al centro de salud, seleccionándose 76 gestantes que iniciaron su atención prenatal a partir de las 14 semanas de gestación, y 76 controles (gestantes cuya atención prenatal fue antes de las 14 semanas). Resultados: Los factores de riesgo asociados fueron: el grado de instrucción ($p=0,008$; OR: 9,3; IC 95%: 1,8-48,1), ocupación de ama de casa ($p=0,021$; OR: 2,3; IC 95%: 1,1-4,9), y el periodo intergenésico menor o igual a 2 años ($p=0,016$; OR: 2,5; IC 95%: 1,1-5,5). Se identificaron factores culturales y psicosociales como hablar quechua ($p=0,010$; OR: 2,8; IC 95%: 1,2-6,2) y la violencia familiar ($p=0,041$; OR: 4,6; IC 95%: 1,0-20,5). Conclusión: Los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal fueron factores individuales, obstétricos, culturales y psicosociales, destacando el embarazo no planificado, la educación, la ocupación de ama de casa y las barreras culturales como el idioma.

Humpire S.(25) en San Jerónimo, durante el año 2023, realizó una investigación titulada: "Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Jerónimo, 2023". El objetivo de la investigación fue determinar los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud

San Jerónimo. La metodología utilizada fue un estudio observacional, analítico transversal, con una muestra de 82 mujeres gestantes que acudieron a sus controles prenatales en dicho centro de salud, seleccionando 41 gestantes con atención prenatal tardía y 41 con atención prenatal oportuna. Resultados: Los factores sociodemográficos que incrementaron la probabilidad para el inicio tardío de la atención prenatal fueron: grado de instrucción primaria incompleta (RPa: 2.1; IC95%: 1.19 – 2.11; $p = 0.001$), religión diferente a la católica o evangélica (RPa: 1.8; IC95%: 1.27 – 3.15; $p = 0.003$). Conclusión: Se concluyó que los factores sociodemográficos como el grado de instrucción primaria incompleta y la religión diferente a la católica y evangélica se asociaron significativamente con el inicio tardío de la atención prenatal.

2.2. Bases teóricas

Teoría sobre el modelo de Creencias en Salud

El Modelo de Creencias en Salud constituye un marco teórico ampliamente utilizado para explicar y predecir conductas preventivas en salud, basándose en las percepciones individuales frente a los riesgos y beneficios asociados a una acción. Este modelo plantea que la adopción de conductas saludables depende de la interacción de varios constructos fundamentales: la susceptibilidad percibida (grado en que una persona se considera vulnerable a una condición), la severidad percibida (percepción de la gravedad de las consecuencias), los beneficios percibidos (ventajas esperadas de la acción preventiva), las barreras percibidas (obstáculos que dificultan la acción), las señales de acción (estímulos que motivan el comportamiento) y la autoeficacia (confianza en la capacidad de ejecutar la conducta)(26).

En el contexto del estudio sobre la asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y el reconocimiento oportuno de los signos de alarma del embarazo, este modelo permite comprender cómo las percepciones de las gestantes influyen directamente en su comportamiento de búsqueda de atención. Por ejemplo, una gestante que no percibe el embarazo como una condición de riesgo (baja susceptibilidad percibida) o que subestima la gravedad de los signos de alarma (baja severidad percibida) tiene menor probabilidad de iniciar tempranamente sus controles prenatales. Asimismo, si las barreras percibidas como limitaciones económicas, geográficas o socioculturales superan los beneficios percibidos, es más probable que retrase la atención médica.

Además, el reconocimiento oportuno de los signos de alarma también se ve influenciado por este modelo, ya que depende del nivel de conocimiento y de la valoración que la gestante otorgue a dichos signos. Una adecuada percepción de riesgo y una alta autoeficacia favorecen la identificación temprana de complicaciones y la toma de decisiones oportunas para acudir a los servicios de salud (27).

Teoría Sobre el Comportamiento Planificado

La Teoría del Comportamiento Planificado, propuesta por Icek Ajzen, constituye un modelo explicativo ampliamente utilizado para comprender la adopción de conductas en salud. Esta teoría postula que la intención conductual es el determinante inmediato más importante del comportamiento, y que dicha intención se configura a partir de tres componentes esenciales: la actitud hacia la conducta, la norma subjetiva y el control conductual percibido (28).

La actitud hacia la conducta se refiere a la valoración individual positiva o negativa que realiza la gestante respecto a iniciar tempranamente la atención prenatal y acudir al establecimiento de salud. La norma subjetiva alude a la influencia social ejercida por personas significativas, como la pareja, la familia o la comunidad, quienes pueden reforzar o desalentar la búsqueda de atención oportuna. Por su parte, el control conductual percibido implica la percepción que tiene la gestante sobre su capacidad y disponibilidad de recursos para acceder a los servicios de salud, considerando factores como la distancia al establecimiento, la disponibilidad económica y el tiempo.

En el contexto del estudio sobre la asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y el reconocimiento oportuno de los signos de alarma del embarazo, esta

teoría permite comprender que la conducta de acudir o no a controles prenatales no depende exclusivamente de la voluntad individual, sino también de la interacción de factores sociales y estructurales. Por ejemplo, una gestante puede tener una actitud favorable hacia el control prenatal, pero si percibe barreras significativas o carece de apoyo social, su intención de asistir puede verse debilitada, incrementando el riesgo de inicio tardío.

Asimismo, el reconocimiento de los signos de alarma durante el embarazo también puede explicarse a través de esta teoría, ya que la intención de buscar atención ante dichos signos estará influenciada por la valoración que la gestante tenga sobre su importancia, la opinión de su entorno y su percepción de capacidad para actuar de manera oportuna.

El aporte de la Teoría del Comportamiento Planificado a la presente investigación radica en que proporciona un marco analítico para identificar los factores cognitivos, sociales y contextuales que influyen en la conducta de las gestantes. Esto permite orientar el diseño de intervenciones más integrales, dirigidas no solo a mejorar el conocimiento, sino también a fortalecer el apoyo social y reducir las barreras de acceso, favoreciendo así el inicio oportuno de la atención prenatal y una respuesta adecuada frente a los signos de alarma del embarazo (29).

El Modelo de las Tres Demoras (Thaddeus y Maine)

El Modelo de las Tres Demoras, propuesto por Thaddeus y Maine, constituye uno de los marcos teóricos más relevantes en la comprensión de la mortalidad materna desde una perspectiva epidemiológica y social. Este modelo plantea que las complicaciones y muertes maternas no solo responden a factores clínicos, sino

también a retrasos críticos en tres momentos clave del proceso de atención: la decisión de buscar atención, el acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención recibida.

La primera demora se refiere al retraso en la toma de decisión de buscar atención médica. Este componente está estrechamente relacionado con el nivel de conocimiento de la gestante y su entorno familiar sobre los signos de alarma del embarazo, así como con factores culturales, percepciones de riesgo y experiencias previas con el sistema de salud. Cuando no se reconocen síntomas como el sangrado vaginal, la pérdida de líquido amniótico o la cefalea intensa como señales de peligro, la búsqueda de atención se posterga, incrementando significativamente el riesgo de complicaciones graves (30).

La segunda demora corresponde a las dificultades para llegar oportunamente a un establecimiento de salud, incluyendo barreras geográficas, económicas y de transporte. La tercera demora se relaciona con la calidad de la atención brindada en los servicios de salud, abarcando aspectos como la disponibilidad de recursos, la capacidad resolutoria del personal y la oportunidad en la intervención.

En el contexto del estudio sobre la asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y el reconocimiento oportuno de los signos de alarma del embarazo, este modelo adquiere especial relevancia, particularmente en lo que respecta a la primera demora. El inicio tardío de la atención prenatal puede interpretarse como una manifestación temprana de esta demora, evidenciando limitaciones en la percepción del riesgo y en el conocimiento de la importancia del control prenatal. Asimismo, la falta de reconocimiento oportuno de los signos de alarma refuerza

este retraso en la toma de decisiones, generando un círculo de vulnerabilidad que expone a la gestante a complicaciones evitables.

El aporte del Modelo de las Tres Demoras a la presente investigación radica en que permite analizar de manera integral los factores que intervienen en el retraso de la atención materna, especialmente aquellos relacionados con el conocimiento y la toma de decisiones. Además, proporciona un marco conceptual sólido para orientar intervenciones dirigidas a reducir la primera demora mediante estrategias de educación en salud, fortalecimiento del reconocimiento de signos de alarma y empoderamiento de la gestante y su familia, contribuyendo así a la reducción de riesgos maternos y perinatales (30).

Enfoque Intercultural en Salud

El enfoque intercultural en salud constituye un paradigma que promueve la transformación de los sistemas sanitarios hacia modelos más inclusivos, equitativos y culturalmente pertinentes. Este enfoque no se limita a la tolerancia de la diversidad cultural, sino que propone una interacción horizontal y respetuosa entre los conocimientos biomédicos y los saberes tradicionales, reconociendo que las concepciones sobre el proceso salud-enfermedad están profundamente influenciadas por factores culturales, sociales y simbólicos (31).

Desde esta perspectiva, se plantea que la atención en salud debe adaptarse a las características socioculturales de la población, integrando sus valores, creencias, prácticas y lenguas en la provisión de servicios. Ello implica que los profesionales de la salud desarrollen competencias interculturales que les permitan brindar una atención sensible a la diversidad, evitando que la identidad étnica, el origen social o las prácticas culturales de las gestantes se conviertan en factores de exclusión o

discriminación. Por el contrario, se busca generar confianza, respeto y adherencia a los servicios de salud, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad.

En el contexto del estudio sobre la asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y el reconocimiento oportuno de los signos de alarma del embarazo, este enfoque permite comprender cómo las barreras culturales influyen en el acceso y uso de los servicios de salud. En muchas gestantes, las decisiones relacionadas con el cuidado prenatal pueden estar mediadas por creencias tradicionales, prácticas ancestrales o desconfianza hacia el sistema de salud formal. Si estas dimensiones no son consideradas por el personal sanitario, es más probable que se produzca un inicio tardío de la atención prenatal y una limitada identificación de los signos de alarma.

Asimismo, la brecha lingüística, el trato inadecuado o la falta de reconocimiento de las prácticas culturales pueden dificultar la comunicación efectiva entre el personal de salud y las gestantes, afectando la transmisión de información clave sobre los riesgos del embarazo. En cambio, la incorporación del enfoque intercultural facilita un diálogo abierto entre la medicina occidental y los saberes locales, fortaleciendo la educación en salud y promoviendo una mayor participación de la gestante en el cuidado de su embarazo.

El aporte del enfoque intercultural a la presente investigación radica en que permite identificar y analizar las barreras socioculturales y estructurales que influyen en el comportamiento de las gestantes. Además, orienta el diseño de estrategias de intervención más pertinentes, centradas en la adaptación cultural de los servicios, la mejora de la comunicación y la reducción de inequidades, contribuyendo así a promover el inicio oportuno de la atención prenatal y el reconocimiento temprano de los signos de alarma del embarazo (32).

2.3. Bases conceptuales

Atención prenatal

Se define como el conjunto de acciones médicas y asistenciales programadas para monitorear el curso del embarazo. Su propósito central es la prevención, el diagnóstico precoz y el abordaje terapéutico de condiciones que puedan comprometer la integridad de la gestante o del producto, contribuyendo así a la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad. La ausencia de este seguimiento incrementa exponencialmente la probabilidad de enfrentar eventos adversos que, de haber sido detectados a tiempo, serían controlables (33).

Bajo la Norma Técnica de Salud 105, el Ministerio de Salud del Perú introdujo en 2013 el concepto de "atención prenatal reenfocada". Este modelo exige que todos los niveles prestacionales ofrezcan un cuidado integral que trascienda lo biológico, incorporando dimensiones sociales y psicológicas bajo un enfoque de derechos y respeto a la interculturalidad. Se establece que, para garantizar una evaluación exhaustiva, la sesión de apertura debe extenderse por al menos 30 minutos, mientras que los controles sucesivos no deben ser menores a 15 minutos (34).

A continuación, se describen los principales lineamientos de la norma técnica 105 salud materna:

Inicio temprano del control prenatal

La norma técnica 105 del Ministerio de Salud, establece que los controles se deben dar antes de las 14 semanas, con la finalidad de poder iniciar oportunamente sus controles, identificando oportunamente alguna complicación y su manejo oportuno (34).

Atención prenatal reenfocada

Debe iniciarse antes de las 14 semanas de gestación. Teniendo como finalidad el monitorear, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que pueden causar una morbilidad materna y perinatal, con el objetivo de tener un recién nacido sano y también sin afectar la salud de la madre. Esta atención dentro del marco de los derechos humanos, con un enfoque de interculturalidad, estado físico, psicológico y social (34).

Objetivos de atención prenatal reenfocada

Según la NTS de la atención integral de la salud materna, la atención prenatal reenfocada debe cumplir los siguientes objetivos:

- Proporcionar información y educación de los signos de alarma durante el embarazo, y el puerperio, además de capacitar a la madre para la lactancia y el cuidado del recién nacido.
- Ofrecer consejería en aspectos nutricionales, la suplementación con ácido fólico, calcio y hierro.
- Realizar los tamizajes de cáncer de cuello uterino y de mama.
- Detectar infecciones de transmisión sexual ITS y VIH, ofrecer información y orientación sobre métodos anticonceptivos.
- Realizar un tamizaje de violencia familiar y su manejo según el nivel de complejidad.
- Acompañar a la embarazada con el apoyo de su pareja o familia.
- Detectar y tratar tempranamente cualquier complicación.
- Ejecutar el plan de parto según normativa (34).

Características de los controles prenatales

La atención prenatal debe ser oportuna, regular, completa y con una amplia cobertura. Se recomienda iniciar antes de las 14 semanas distribuidas de la siguiente semana:

- Hasta las 32 semanas: visitas mensuales
- Entre las 33 y 36 semanas: visitas quincenales.
- Desde la 37 semana: visitas semanales (34).

Frecuencia de los controles prenatales

Se establece que una gestante debe recibir al menos 6 controles prenatales, de la siguiente forma:

- **1ra. Atención < 14 semanas:** Una vez ya confirmado el embarazo, se debe enfocar en la identificación oportuna de los signos de alerta como sangrado, dolor pélvico, incremento de la masa corporal, talla, frecuencia cardíaca, temperatura y presión arterial, una adecuada evaluación gineco-obstétrico, examen pélvico, valoración de la edad gestacional, grupo y factor sanguíneo, conteo de hemoglobina, identificar el número de fetos, hematocrito, examen de orina completo, valoración de la glicemia, VIH/RPR, test de ácido sulfosalicílico, tamizaje de PAP, inicio de la prescripción de ácido fólico, educación sobre salud sexual y reproductiva, ecográfica, consejería y evaluación nutricional (34).
- **2 da. atención prenatal 14-21 semanas:** Detección temprana de signos de alarma, control de peso, medición de pulso, temperatura y presión arterial, medición de altura uterina, auscultación de latidos fetales (Pinard o Doppler), estimación de edad gestacional, diagnóstico de número de fetos, análisis de proteínas en orina, evaluación estomatológica, vacunación antitetánica,

administración de hierro y ácido fólico, planificación familiar, información sobre salud sexual y reproductiva, primera sesión de psicoprofilaxis o estimulación prenatal (34).

- **3ra atención prenatal 22-24 semanas:** se sigue con las mismas actividades que lo anterior, se debe realizar ecográfica para medir el volumen de líquido amniótico, vacunación antitetánica, sesiones de psicoprofilaxis y estimulación prenatal (34).
- **4ta atención prenatal (25-32 semanas):** se deben realizar la medición de la altura uterina, edad gestacional, número de fetos, valorar la frecuencia cardíaca fetal, estimación de la presentación, posición, orientación sobre planificación familiar, consejería psicológica, psicoprofilaxis estimulación prenatal, ganancia de peso. También seguir con la suplementación de hierro, calcio, ácido fólico, y el test de ácido sulfosalicílico (34).
- **5ta atención prenatal 33-36 semanas:** Evaluación de la pelvis (pelvimetría), diagnóstico, presentación y situación fetal, y el resto de las actividades similares a la cuarta atención.
- **6ta atención prenatal 37-40 semanas:** En este control se debe de enfocar en la evaluación del mecanismo de trabajo de parto y cuidados del recién nacido, con el resto de las acciones de la quinta atención (34).

Contenido de la historia clínica materno perinatal

La anamnesis: Se da inicio en la primera consulta se brinda información personal, los antecedentes familiares, personales y obstétricos, los cuales deben ser registrados de manera detallada.

Detección psicosocial: Que consiste en identificar los posibles obstáculos que la gestante pueda tener para recibir las atenciones prenatales, así como las dificultades de su seguridad, incluyendo la violencia familiar. En Perú, este proceso es conocido como el Tamizaje de Violencia Basada en Género (34).

El examen físico: Se inicia desde la primera atención y en las posteriores. Tiene que realizarse una evaluación completa, que incluya las siguientes actividades: Registro y medición correcta de la talla y peso de la madre, medición adecuada de la presión arterial, auscultación de los latidos del corazón y los pulmones, verificar los edemas y valoración de los reflejos osteotendinosos (34).

Examen obstétrico

- El examen obstétrico debe realizar la valoración de la edad gestacional, que se registrará en cada atención.
- La altura del fondo uterino, se mide sobre la pared abdominal, desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta la parte superior del fondo uterino, asegurándose previamente de que la vejiga esté vacía.
- Los ruidos cardíacos fetales se auscultan con una ecografía Doppler a partir de las 06 semanas y con un Doppler se sobre mesa desde las 14 semanas, y su rango de medición entre 110 y 160 latidos por minuto.
- Los movimientos fetales percibidos por la madre, tanto como los observados durante su procedimiento, se tomarán en cuenta a partir de las 22 semanas.
- La valoración de la pelvis y del cuello uterino se tomará con un espéculo para poder observar mejor la cavidad vaginal y el cuello uterino. También se tomará una muestra para el Papanicolaou con el fin de detectar oportunamente el cáncer de cuello uterino, además de evaluar las

características de la pelvis, sin dejar de lado la evaluación de las mamas (34).

Exámenes auxiliares necesarias

- De acuerdo con la norma técnica mencionada, se debe tomar registrar la glicemia en un periodo de ayuna. Si los niveles superan los 105 mg/dl, se tiene que pedir otra toma pasando las 12 horas. Si este valor persiste, se debe realizar una interconsulta a un médico especialista.
- También se debe pedir la cuantificación de hemograma y hemoglobina, a la vez solicitar el grupo sanguíneo y el factor Rh. Además, se solicitará el tamizaje de VIH/Sífilis, previo a una consejería según lo que estable la norma.
- Es necesario solicitar y registrar los resultados del examen de orina, y de ser necesario un urocultivo. El urocultivo se recomienda que sea periódico en aquellos pacientes con antecedentes de infecciones anteriores en el tracto urinario, leucocitos mayores a 10 por campo o que tengan nitritos en los resultados de examen de orina.
- Se pedirá una ecografía obstétrica antes de las 14 semanas para confirmar la edad gestacional. A la vez, tendrá que evaluar el pliegue nucal entre las 11 y 14 semanas, otra siendo necesaria la ecografía morfológica de la semana 22 a 24 y la última en el tercer trimestre (34).

Inmunizaciones

En cuanto a las inmunizaciones, la vacuna antitetánica debe administrarse a la paciente a partir de las 20 semanas y la siguiente de dos meses, si la paciente nunca recibió la DT, deberá completar esquema luego del parto (35).

Psicoprofilaxis Obstétrica

Viene a hacer una serie de actividades que tiene como objetivo preparar a la madre gestante para adoptar actitud positiva frente al embarazo, trabajo de parto puerperio, teniendo como base las técnicas de respiraciones y ejercicios que ayuden en el parto, se recomienda iniciar desde las 20 semanas, la finalidad es llegar a tener 6 sesiones durante toda su gestación (36).

Plan de parto

El plan de parto es una herramienta estratégica que tiene como objetivo identificar, movilizar y organizar a la familia, comunitarios para asegurar una atención parto institucional. Se iniciará el 1er. Plan de parto en la primera consulta, la 2da. Se realizará la visita domiciliaria con la familia y el ultimo con la comunidad, para apoyar con la gestante y lograr tener un parto en el establecimiento de salud (34).

La evaluación odontológica

Conjunto de procedimientos de salud bucal dirigidas a las gestantes, las cuales deben realizar los odontólogos, y según su evaluación realizar las acciones pertinentes para tener una salud oral optimas. La norma exige dos controles como mínimo, cobertura evolución clínica, procedimientos de prevención, y el tema de recuperación (34).

El paquete de atención integral en la atención prenatal reenfocada debe incluir lo siguiente:

- Registro de la Historia Clínica Materno Perinatal: antecedentes familiares, personales y obstétricos.
- Tamizaje de VBG (Violencia Basada en Género).

- Realización del examen físico y gineco-obstétrico.
- Toma de PAP, que incluye el examen de mamas.
- Análisis de laboratorio completo: glicemia basal, hemoglobina, grupo sanguíneo y Rh, tamizaje para VIH/sífilis, examen de orina completo y si lo amerita un urocultivo. Se debe solicitar en la primera consulta y las siguientes en intervalo de 3 meses.
- Garantizar el número de ecografías según normativa.
- Prueba de bien estar fetal a partir de las 28 semanas.
- Visitas domiciliarias: la primera para captar a la gestante, la segunda para buscar a las gestantes que faltaron a sus citas programadas o aquellas que tenga un factor de riesgo, la tercera para el plan de parto, y la cuarta para el último plan de parto.
- Vacuna antitetánica y AH1N1: La primera vacuna en la primera consulta, y la segunda dosis a los dos meses siguientes.
- Suplementar con ácido fólico, sulfato ferroso, y calcio.
- Sesiones de Psicoprofilaxis las 6 programadas.
- Ejecutar el plan de parto las tres, según normativa.
- Garantizar que se ejecute las dos evaluaciones odontológicas.
- Lograr como mínimo los 6 controles (34).

Inicio tardío del control prenatal:

Son los controles que se dan inicio mayor o igual a las 14 semanas, las cuales dificultan un diagnóstico oportuno de algunas complicaciones (34).

Factores Asociados al Inicio Tardío de la Atención Prenatal

1. Factores Sociodemográficos y Económicos

Las variables estructurales en el ámbito socioeconómico continúan siendo los principales indicadores del retraso en el acceso al control prenatal.

La pobreza y la vulnerabilidad económica: Las mujeres embarazadas que provienen de hogares con escasos ingresos atrasan su primer control debido a los gastos indirectos relacionados (como el costo del transporte, la pérdida de días de trabajo o la necesidad de cuidar a otros hijos) (37,38).

Nivel educativo e ingresos no formales: Una educación formal limitada dificulta la comprensión sobre la relevancia de realizar un control precoz. Además, estudios recientes muestran una fuerte correlación entre el desempleo o la ocupación informal y un inicio tardío en las consultas obstétricas. (37,39).

Edad extrema y paridad: Las mujeres multíparas tienden a iniciar sus controles tarde debido a un exceso de confianza basado en sus experiencias obstétricas previas. Por el contrario, en adolescentes, el inicio tardío suele estar mediado por el estigma social, el ocultamiento del embarazo o la falta de autonomía económica (39,40).

2. Barreras Geográficas, de Acceso y Factores Institucionales

En regiones con geografía fragmentada como la sierra peruana, el entorno físico y la respuesta del sistema de salud juegan un rol crítico.

Distancia y accesibilidad física: Vivir en comunidades rurales dispersas, alejadas del Centro de Salud San Jerónimo, implica largas horas de caminata o dependencia de transporte público escaso, lo que actúa como un desincentivo para la captación temprana (38,41).

Calidad percibida de la atención y tiempos de espera: La literatura contemporánea destaca que las experiencias previas de maltrato, la falta de personal bilingüe (quechua-español), las largas colas de espera para obtener una cita y los horarios de atención inflexibles provocan el rechazo o la postergación del ingreso al sistema de salud (41,42).

3. Factores Cognitivos, Clínicos y Culturales

La dimensión subjetiva y las concepciones culturales en torno a la gestación redefinen el comportamiento de búsqueda de salud.

Embarazo no planificado o no deseado: Las mujeres que tienen intenciones reproductivas no programadas suelen tardar considerablemente más en reconocer su estado de gestación, lo que pospone el examen de laboratorio y la ecografía inicial(40,42).

Baja alfabetización en salud y concepción cultural del embarazo: Persiste la percepción comunitaria de que el embarazo es un proceso exclusivamente natural que solo requiere atención médica ante una complicación evidente. Esto se suma al desconocimiento normativo de que el control debe iniciar idealmente antes de las 14 semanas de gestación (37,38).

Signo y síntomas de alarma en la gestación

Vómitos y náuseas: Estos son uno de los síntomas más frecuentes en el embarazo, afectando a aproximadamente la mitad de las gestantes, la sexta y las catorce semanas de gestación son los periodos que suelen ser más frecuentes, coincidente con los niveles más altos de las hormonas placentarias. Las molestias suelen disminuir entre las semanas 16 y 20. Los casos de hiperémesis gravídica,

bienes hacer una complicación de las náuseas y vómitos exacerbados del embarazo (43). La cual se calcula entre el 0,5% y el 2% de las gestantes. Si no son tratados a tiempo pueden generar deshidratación severa, desequilibrios hidroelectrolíticos graves, pérdida de peso, siendo su complicación como los trastornos neurológicos, daño hepático y renal, y hemorragias retinianas. Su origen no está identificados, pero se le relaciona con altos niveles de gonadotropinas coriónicas y estrógenos, las cuales se observan en los embarazos múltiples, mola hidatiforme, factores psicológicos (44).

Fiebre: El incremento de la temperatura corporal mayor de 38°C, acompañado de un aumento de la frecuencia cardíaca y la respiratorio, estas no podrían señalar una posible infección. La presencia de fiebre puede ser por diversas causas, desde infecciones virales o bacterianas. En algunos casos, la fiebre puede ser grave y representar un riesgo de vida de la madre y su feto (45). Es muy importantes realizar una historia clínica y un examen físico integral para identificar el origen de la fiebre. Además, es fundamental evaluar la frecuencia cardíaca fetal, ya que la taquicardia fetal puede ser una respuesta a infecciones maternas o intrauterinas. Las principales causas de fiebre materna se encuentran las infecciones urinarias, gastrointestinales y respiratorias, así como la infección intraamniótica (46).

Sangrado vaginal: El sangrado vaginal durante la gestación indica un riesgo eminente para la madre y el feto, independiente de la edad gestacional que pueda tener. Si se observa ser un sangrado vaginal en los primeros tres meses pueden ser un aborto en sus diversas variedades, embarazo ectópico, embarazo molar, acompañado por dolor abdominal. En el primer trimestre, el sangrado es común, afectando entre el 20% y el 40% de las mujeres embarazadas (47). La hemorragia

relacionada con el aborto es la causa más frecuente de sangrado no traumático en este período, con una prevalencia que varía entre el 15% y el 20% de los embarazos. Por ello, la ecografía nos brindara el diagnóstico definitivo, sobre el origen de sangrado vaginal(48). En la segunda mitad del embarazo el sangrado vaginal es menos frecuente, las principales causas son la placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura uterina y vasa previa. En estos casos, la ecografía nos permitirá con un diagnóstico y su manejo adecuado (47).

Edemas: Durante el embarazo, alrededor del 80% de las mujeres experimentan edema en las cuales se pueden observar clínicamente, por lo general de inicio gradual, evolución progresiva y el lugar más frecuente son por debajo de las rodillas (49). Este edema, generalmente reblandecido, blando y no presentan dolor, por la tarde se nota más pronunciado, al mantener posiciones prolongadas suele marcarse aún, y disminuye con una posición de decúbito lateral izquierdo o elevar los miembros inferiores a un ángulo de 30°. Se observa con mayor frecuencia en el tercer trimestre de gestación y, en algunos casos, puede persistir hasta 10 días después del parto. El edema en el rostro y las manos se presenta con menor frecuencia en las mujeres embarazadas, y el edema en las extremidades inferiores no relacionado con hipertensión en un 80% (50). Estas afecciones se pueden dar por cambios en los niveles de sodio y potasio, junto con una mayor retención de líquidos y un aumento en la presión venosa de las extremidades inferiores. También se produce por compresión del útero sobre las venas cava inferior e ilíacas, lo que dificulta el retorno venoso. La presencia de edemas generalizados, que afectan el rostro y las manos y que se acompañan de proteinuria e hipertensión arterial, nos daría un indicador importante de una preeclampsia. El edema suele aparecer

después de la semana 20 del embarazo, con un aumento de peso mayor de 900 gr/s (49).

Pérdida de líquido amniótico: Es definida como la ruptura de las membranas amnios y corion, la cual puede ocurrir en cualquier etapa a partir del segundo trimestre y antes del inicio del trabajo de parto. Las membranas ovulares actúan como una barrera protectora, impidiendo el ascenso de microorganismos desde el cuello uterino y la vagina hacia el líquido amniótico (51). Cuando estas membranas se rompen, los gérmenes pueden ingresar a la cavidad uterina, lo que puede generar riesgo de infección para la madre como para el feto. Entre los factores asociados tenemos el polihidramnios, los embarazos gemelares o múltiples, placenta previa y la presencia de tumores uterinos (52). La RPM requiera un manejo obstétrico, ya que su detección temprana y un manejo adecuado ayuda para disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad materno-fetal. El diagnóstico de la ruptura prematura de membranas (RPM) se basa en una anamnesis y un examen físico completo (53). El diagnóstico inicial se realiza mediante la observación directa del líquido amniótico a través del canal cervical durante el examen con espéculo. Para un diagnóstico final, se utilizan pruebas de laboratorio como el test de nitrazina, que evalúa el pH del líquido vaginal, ya que el líquido amniótico tiene un pH más alcalino (aproximadamente 7.0-7.5) en comparación con las secreciones vaginales normales. Otra examen es la prueba del helecho, que identifica el patrón cristalino característico formado por el líquido amniótico al secarse sobre un portaobjetos, el cual es visible bajo el microscopio (51).

Movimientos fetales disminuidos: Las gestantes suelen comenzar a percibir los movimientos fetales entre las semanas 18 y 22 de gestación. A la semana 18, solo

el 25% de las madres reportan sentir estos movimientos, pero este porcentaje aumenta progresivamente hasta en el 100% alrededor de la semana 24. Un aumento en los movimientos fetales después de la ingesta de alimentos es considerado un indicador positivo del bienestar fetal (54). En cambio, la ausencia o una disminución significativa de estos movimientos podría ser señal de alguna alteración en el feto. Si la madre no detecta movimientos o nota una reducción considerable en su frecuencia, es crucial que busque atención médica inmediata para evaluar la salud del feto y descartar posibles complicaciones que puedan afectar su bienestar (51).

Hipertensión: Según la Organización Mundial de la Salud, la incidencia estimada de hipertensión inducida por el embarazo varía entre el 10% y el 20%, aunque se cree que las cifras reales podrían ser aún más altas (55). Esta patología, que se caracteriza por un aumento anómalo de la presión arterial en las arterias, es común durante el embarazo. Además de su impacto directo en el embarazo, la hipertensión puede dar lugar a complicaciones de salud graves, como enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, entre otros trastornos que afectan de manera significativa la calidad de vida y el pronóstico materno fetal (56).

El hallazgo clínico más temprano relacionado con la hipertensión durante el embarazo suele ser la preeclampsia, que se considera el indicador clínico más común de esta afección. Se caracteriza por un aumento gradual de la presión arterial, que finalmente alcanza niveles hipertensivos ($\geq 140/90$ mmHg), generalmente durante el tercer trimestre, especialmente después de la semana 37 de gestación. Sin embargo, en algunos casos, la hipertensión puede presentarse

de forma súbita o desarrollarse antes de las 34 semanas de embarazo, lo que indica una evolución más agresiva de la enfermedad y aumenta los riesgos tanto para la madre como para el feto (57).

Cefalea intensa: Este síntoma, considerado un episodio inicial de origen neurológico, puede ser causado por diversos factores, incluidos niveles elevados de estrés o, potencialmente, por hipertensión en grandes vasos asociada a cuadros de toxemia. Es uno de los efectos secundarios más comunes durante el embarazo, afectando aproximadamente al 35% de las mujeres gestantes, y generalmente se presenta como un problema benigno(58).

Sin embargo, especialmente en ciertos casos, la cefalea puede ser indicativa de condiciones subyacentes graves que representan un riesgo tanto para la madre como para el feto. Por esta razón, debe ser considerada como un motivo prioritario para la evaluación médica, particularmente en situaciones extremas en las que el manejo por parte de neurología es esencial. Aunque no existe un consenso claro sobre las causas específicas del dolor de cabeza durante el embarazo, su presencia debe ser analizada cuidadosamente para descartar patologías graves (59).

Fosfenos: En ocasiones, las mujeres embarazadas experimentan una sensación visual inusual al cerrar los ojos con fuerza y luego abrirlos, observando destellos o puntos luminosos. Estos fenómenos, conocidos como fosfenos, corresponden a la percepción de destellos de luz, denominados fotopsias en términos oftalmológicos (60). Estas impresiones lumínicas son causadas por la presión ejercida por el humor vítreo sobre la retina, lo que genera esta respuesta visual. Aunque pueden ser inofensivas en ciertos contextos, su aparición durante el embarazo es un signo

que podría sugerir la presencia de hipertensión arterial, especialmente si se acompaña de otros síntomas relacionados. Por lo tanto, este fenómeno debe ser evaluado cuidadosamente como un posible indicativo de alteraciones en la salud materna (51).

Acúfenos o Tinnitus: Es una sintomatología en la que se perciben sonidos audibles sin una causa aparente, donde el oído detecta este fenómeno sin que se identifique un origen externo, las cuales suelen relacionarse con la preeclampsia (61).

Epigastralgia: Es una sensación dolorosa en la región alta del abdomen y en la zona posterior al esternón, a menudo relacionada como un indicativo precursor de preeclampsia y eclampsia. Se manifiesta como una molestia en el área superior del abdomen, específicamente en la boca del estómago, y generalmente se asocia con un aumento de la presión arterial o con el síndrome hipertensivo severo durante el embarazo. Esta molestia puede extenderse hacia la región lumbar. La rotura espontánea de la cápsula de Glisson es un factor clave en su aparición, como resultado de la sobre distensión del útero, lo que provoca la formación de un hematoma subcapsular hepático, caracterizado por pequeñas hemorragias. Este problema generalmente se presenta al final del embarazo o en el puerperio inmediato. Las medidas adecuadas incluyen la finalización del embarazo y la atención médica para reparar la rotura hepática (RH), además de tratar otras afecciones graves, como el síndrome de HELLP (62).

Convulsiones: Son un signo de alarma de relevancia clínica relacionado con la presión arterial alta, ya que pueden ser indicativas de eclampsia, una condición que representa un riesgo significativo tanto para la salud materna como fetal (61). La

convulsión ecláptica puede confundirse con un ataque de gran mal epiléptico, ya que los movimientos convulsivos comienzan en la región facial, alrededor de la boca, y rápidamente se desarrollan en una contracción muscular generalizada. Esta fase tónica dura entre 15 y 20 segundos, seguida de una fase clónica en la que la mandíbula se abre y cierra violentamente, al igual que todos los músculos del cuerpo, los cuales alternan entre contracción y relajación. Esta fase puede extenderse hasta 1 minuto. La crisis convulsiva es seguida por un estado de coma que puede durar un tiempo variable dependiendo del tratamiento administrado (51).

Contracciones uterinas antes de las 37 semanas: Esto puede indicar la posibilidad de un trabajo de parto pretérmino, por lo que es esencial considerar tres aspectos clave: la edad gestacional, las características de las contracciones y las condiciones del cuello uterino. Dado que estos signos pueden no ser fácilmente identificables, el diagnóstico se hace más claro si se presentan junto con infecciones del tracto urinario, ruptura prematura de membranas, o cuando hay dudas sobre la edad gestacional. En estos casos, es fundamental evaluar el tamaño y desarrollo del feto. Además, las contracciones de Braxton-Hicks pueden confundirse con un parto prematuro, pero es importante destacar que estas contracciones suelen ser irregulares, no rítmicas, y pueden ser dolorosas o incluso indoloras en algunos casos (62).

2.4. Definición de términos básicos

- **Atención prenatal:** definida como una serie de procedimientos, que ayuda diagnosticar y proteger a la madre y su feto (34).
- **Inicio temprano de control prenatal:** Aquella atención que inicie antes de las 14 semanas de embarazo (34).

- **Inicio tardío del control prenatal:** Son los controles que se dan inicio mayor o igual a las 14 semanas, las cuales dificultan un diagnóstico oportuno de algunas complicaciones (34).
- **Signos y síntomas de alarma en el embarazo:** Signos y síntomas las cuales conllevan un peligro eminente a la gestante y su feto (34).
- **Edad gestacional:** tiempo que transcurre el embarazo desde su fecha de ultima regla (35).
- **Reconocimiento oportuno:** Capacidad de identificar de manera temprana signos o síntomas que indican una posible complicación durante el embarazo y que requieren atención inmediata (51).
- **Gestante:** Mujer que se encuentra en estado de embarazo desde la concepción hasta el parto (51).

III. HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general.

H₁: Existe asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y el reconocimiento oportuno de los signos de alarma del embarazo en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas ,2026.

H₀: No existe asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y el reconocimiento oportuno de los signos de alarma del embarazo en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas ,2026.

3.1.2. Hipótesis específicas

No se formularon hipótesis específicas debido a que el estudio se orientó a contrastar únicamente la hipótesis general de relación entre las variables.

3.2. Identificación de variables

V1: Inicio Tardío de la atención prenatal

V2: Reconocimiento oportuno de los signos de alarma del embarazo

3.3. Operacionalización de variables

variable	Definición conceptual	Definición operacional	dimensiones	Indicadores	categoría	escala
Variable principal: Inicio Tardío de la atención prenatal	Son los controles que se dan inicio mayor o igual a las 14 semanas, las cuales dificultan un diagnóstico oportuno de algunas complicaciones.	Edad gestacional registrada en la historia clínica al momento del primer control prenatal	Oportunidad del inicio del control prenatal.	Semana de gestación al primer control prenatal.	Oportuno: < 14 semanas	Nominal dicotómica.
					Tardío: ≥14 semanas	
Variable secundaria: Reconocimiento oportuno de los signos de alarma del embarazo	Capacidad de la gestante para identificar correctamente signos y síntomas que indican posibles complicaciones durante el embarazo y que requieren atención inmediata.	Puntaje obtenido en un cuestionario estructurado sobre reconocimiento de signos de alarma del embarazo	Hemorragia vaginal	Reconoce como signo de alarma	Si	Nominal dicotómica
					No	
			Cefalea	Reconoce como signo de alarma	Si	
					No	
			Edema	Reconoce como signo de alarma	Si	
					No	
			Fiebre	Reconoce como signo de alarma	Si	
					No	
			Dolor abdominal fuerte y continuo	Reconoce como signo de alarma	Si	
					No	
			Disminución de movimiento	Reconoce como signo de alarma	Si	
					No	
			Perdida de liquido	Reconoce como signo de alarma	Si	
					No	
			Convulsiones o perdida de conocimiento	Reconoce como signo de alarma	Si	
					No	
- Adecuado: ≥ 70% de respuestas correctas - Inadecuado: < 70% de respuestas correctas						

IV. METODOLOGIA

4.1. Ámbito de estudio: localización política y geográfica

Política: Este presente trabajo se desarrolló en el Centro de salud de San Jerónimo del Distrito de San Jerónimo que se encuentra ubicada en la provincia de Andahuaylas, Departamento de Apurímac de la región sur de los Andes.

Geográfica: El distrito de San Jerónimo, se encuentra aproximadamente a 3 Km de distancia de la ciudad de Andahuaylas con una Altitud de 2944 m.s.n.m, con costas que alcanzan hasta 3080 m.s.n.m y máximas entre 2925 y 4080 m.s.n.m.

El distrito de San Jerónimo limita con los siguientes distritos:

- **Al noroeste:** Con el Distrito Andahuaylas.
- **Al norte:** Con el Distrito de Pacucha.
- **Al este:** Con los Distrito de Kishuará.
- **Al Sur:** Con los Distritos de Talavera
- **Al Suroeste:** Con José María Arguedas.

4.2. Tipo y nivel de investigación

- **Según el tipo de investigación:** Aplicada, porque busco generar evidencia útil para mejorar las estrategias de captación precoz y educación prenatal en el establecimiento de salud (63).
- **Según el enfoque:** Cuantitativo, porque las variables fueron medidas numéricamente y analizadas mediante estadística descriptiva e inferencial obtenidas de la recolección de datos (63).
- **Según el estudio la intervención del investigador:** Observacional, de diseño no experimental porque en ningún momento de la investigación, no

se manipularán las variables; solo se registrará información tal como ocurre en la realidad (63).

- **Según la planificación de recopilación de datos:** Prospectivo, debido a que los datos fueron recolectados directamente durante el año 2026 (63).
- **Según la cantidad de veces que se evalúa la variable:** Transversal, porque las variables se midió en un solo momento (63).
- **Según el número de variable de interés:** Analítico bivariado, ya que se estudió la asociación entre dos variables principales (63).

El nivel de investigación:

Correlacional: porque tiene como finalidad determinar la existencia de asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y el reconocimiento de signos de alarma (63).

4.3. Unidad de análisis

Cada gestante atendida en el Centro de Salud San Jerónimo durante el año 2026 que cumpla los criterios de selección.

4.4. Población de estudio

La población estuvo conformada por 115 gestantes atendidas durante el periodo Enero - Abril 2026 en el Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas.

De ellas, aproximadamente 45 gestantes iniciaron la atención prenatal de manera tardía según registros institucionales previos.

Criterios de inclusión:

- Gestantes atendidas en el Centro de Salud San Jerónimo durante el periodo Enero-Abril 2026.
- Gestantes con registro documentado de fecha de primera atención prenatal.
- Gestantes que acepten participar mediante consentimiento informado.

- Gestantes con capacidad para responder el cuestionario.
- Gestantes que iniciaron a sus atenciones prenatales $\geq$ a las 14 semanas.

Criterios de Exclusión

- Gestantes con alteraciones cognitivas que impidan responder adecuadamente.
- Gestantes con complicaciones obstétricas graves al momento de la encuesta.
- Gestantes que no completan el cuestionario.

4.5. Tamaño de muestra

Dado que la población es pequeña (N=115), se aplicó un muestreo censal, incluyendo a la totalidad de gestantes que cumplan criterios durante el periodo de estudio.

Por tanto:

$n = 115$ gestantes

4.6. Técnicas de selección de muestra

La técnica empleada fue el muestreo no probalístico de tipo censal, donde estará incluida todas las gestantes que cumplan criterios durante el periodo de estudio.

4.7. Técnicas de recolección de información

a. Para la Variable 1: Inicio tardío de la atención prenatal

Técnica: Análisis documental.

Instrumento: Ficha de recolección de datos.

Procedimiento: Se realizará la revisión exhaustiva de las historias clínicas perinatales y el Sistema de Información en Salud (HIS) del Centro de Salud San

Jerónimo, con la finalidad de verificar, registrar y clasificar de forma exacta la edad gestacional cronológica (en semanas) al momento del primer control prenatal, categorizándose como Precoz (antes de las 14 semanas) o Tardío (igual o mayor a las 14 semanas de gestación).

B. Para la Variable 2: Reconocimiento oportuno de los signos de alarma del embarazo

Técnica: La encuesta.

Instrumento: Cuestionario estructurado sobre reconocimiento de signos de alarma del embarazo. Este instrumento consta de reactivos cerrados de opción dicotómica (Sí/No) que evalúan de manera específica los siguientes indicadores clínicos críticos: hemorragia vaginal, cefalea intensa, edemas generalizados, fiebre mayor de los 38°C, disminución o ausencia de movimientos fetales y pérdida de líquido amniótico por vía vaginal.

C. Proceso de Validación y Confiabilidad del Instrumento

1. Validación por Juicio de Expertos

Para asegurar la validez de contenido, el cuestionario fue sometido a la evaluación de un panel metodológico y temático compuesto por cinco (05) profesionales expertos Licenciados en Obstetricia.

Los expertos evaluaron de forma independiente cada uno de los ítems del instrumento utilizando una matriz de validación estandarizada basada en cuatro criterios metodológicos fundamentales: claridad, objetividad, actualidad y relevancia. La concordancia Inter jueces fue procesada cuantitativamente mediante el coeficiente V de Aiken, obteniéndose un valor promedio global de 0.95 (rango entre 0.88 y 0.96). Al ser este resultado significativamente superior al umbral mínimo aprobatorio de 0.80, se demostró de manera científica que el cuestionario

posee una excelente validez de contenido y suficiencia representativa para ser aplicado.

2. Prueba Piloto y Confiabilidad Estadísticas

Una vez aprobada la versión preliminar por el juicio de expertos, se procedió al desarrollo de una prueba piloto administrada a una micro muestra piloto compuesta por (15) participantes. Esta fase operativa permitió comprobar la idoneidad logística, el tiempo promedio de llenado (estimado en 15 minutos) y verificar que la redacción de las preguntas dicotómicas fuera perfectamente comprensible y libre de ambigüedades para las usuarias. Finalmente, las matrices de datos resultantes de la prueba piloto fueron procesadas en el software IBM SPSS Statistics para determinar la consistencia interna del instrumento. Dado que los reactivos del cuestionario son de naturaleza estrictamente dicotómica (con respuestas correctas codificadas como 1 e incorrectas como 0), se aplicó el coeficiente de confiabilidad Kr 20, que arrojó un coeficiente de 0.86.

4.8. Técnicas de análisis e interpretación de la información.

Los datos serán procesados en el software estadístico SPSS versión vigente.

Análisis descriptivo:

- Frecuencias absolutas y porcentajes
- Tablas y gráficos

Análisis inferencial:

- Prueba Chi-cuadrado de Pearson para evaluar asociación con intervalo de confianza al 95%
- Nivel de significancia estadística: $p < 0.05$

4.9. Técnicas para demostrar la verdad o falsedad de las hipótesis planteadas.

Se utilizará:

- Prueba de Chi-cuadrado de Pearson para contrastar hipótesis general y específica correlacional.
- Regla de decisión:

Si $p < 0.05 \rightarrow$ se rechaza H_0

Si $p \geq 0.05 \rightarrow$ no se rechaza H_0

4.10. Consideraciones éticas:

La realización de este proyecto se guía firmemente por los principios éticos que norman la investigación biomédica a nivel nacional e internacional. En tal sentido, su diseño e implementación se alinean con las directrices de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (actualizada al 2024).

- **No maleficencia:** Se garantiza que la investigación no causará daños directos ni indirectos a las analizadas. Cualquier riesgo colateral relacionado con la privacidad queda neutralizado gracias al protocolo de anonimización detallado previamente.
- **Beneficencia:** La información obtenida se traducirá en un beneficio tangible para la comunidad, ya que los hallazgos se compartirán con el Centro de Salud San Jerónimo para optimizar los talleres de consejería prenatal en beneficio de las futuras embarazadas.
- **Justicia:** Los datos estadísticos se procesarán con absoluta imparcialidad y objetividad científica. Su uso estará estrictamente limitado a fines académicos y de la salud, publica, asegurando que las conclusiones

contribuyan a equidad en la atención de las usuarias de la región.

- **Autonomía:** El principio de autonomía mediante la participación voluntaria de las gestantes incluidas en el estudio. Para ello, antes de la recolección de datos, cada participante recibió información clara y comprensible sobre los objetivos, procedimientos, beneficios y posibles riesgos de la investigación.
- **Aprobación y Consideraciones Éticas:** El protocolo de investigación y el título de la tesis fueron revisados y aprobados mediante la Resolución Nro. D-446-2026-FCSS-UNSAAC por las instancias correspondientes de la Escuela Profesional de Obstetricia. Asimismo, el estudio se rigió bajo los principios éticos de la investigación (como el consentimiento informado y el anonimato), y el instrumento de recolección de datos fue validado mediante juicio de expertos antes de su aplicación.
- **Tipo de estudio y manejo del consentimiento informado:** Dado que se trata de un estudio observacional, Prospectivo, basado en la aplicación del cuestionario estructurado, se solicitó la firma del consentimiento informado, asegurando que la participación sea libre y sin ningún tipo de coerción.
- **Compromiso de Socialización y Devolución de Resultados:** Se sume la responsabilidad ética y profesional de asegurar la transferencia del conocimiento generado hacia el entorno local a través de las siguientes acciones al concluir el estudio.

V.RESULTADOS

5.1. Análisis estadístico descriptivo

Tabla1

Características generales

	Mediana (RIC)
Edad	28.0 (24.0 – 30.0)
Inicio de atención prenatal	12.0 (9.0 – 16.0)

La tabla 1 muestra que la mediana de la edad de las participantes es de 28 años y del inicio de la atención prenatal ocurre es 12 semanas de gestación. Estos resultados indican que la población de estudio se encuentra en una etapa reproductiva madura y que, en términos generales, el contacto inicial con los servicios de salud se produce dentro del primer trimestre, lo cual es un indicador positivo para el seguimiento del embarazo.

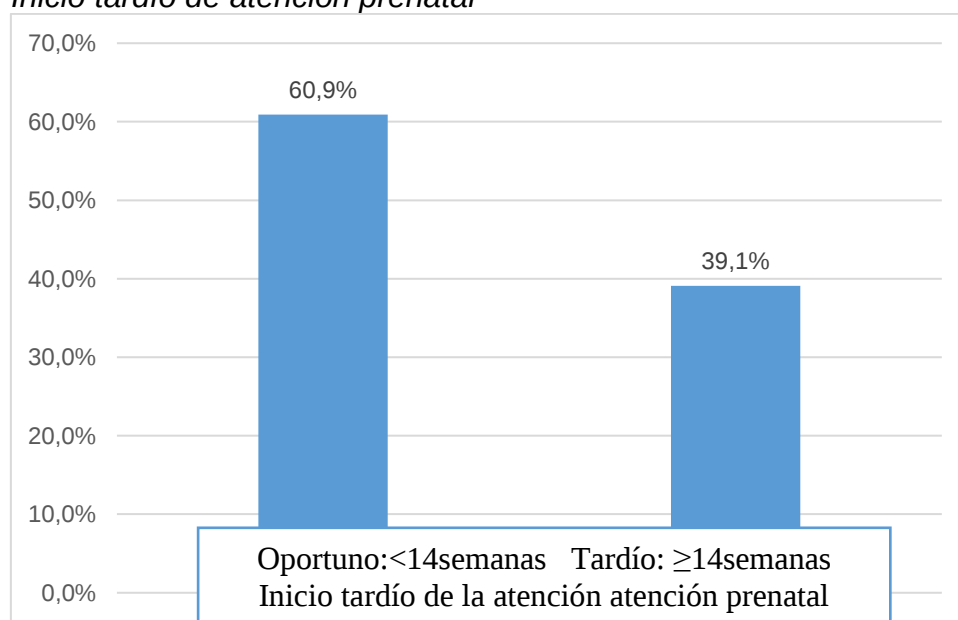
Tabla2

Inicio tardío de atención prenatal

	Frecuencia	Porcentaje
Inicio tardío de atención prenatal Oportuno: <14 semanas	70	60.9
Tardío: ≥ 14 semanas	45	39.1

Figura1

Inicio tardío de atención prenatal



En la tabla 2 y figura 1, se registra que el 60.9% de las gestantes inició su atención prenatal de forma oportuna (antes de la semana 14), mientras que el 39.1% lo hizo de manera tardía. Esto significa que, a pesar de que más de la mitad cumple con los tiempos recomendados, existe un porcentaje crítico de casi el 40% que no recibe evaluación temprana, perdiendo oportunidades clave para la

detección de riesgos y la suplementación adecuada en las primeras etapas del desarrollo embrionario.

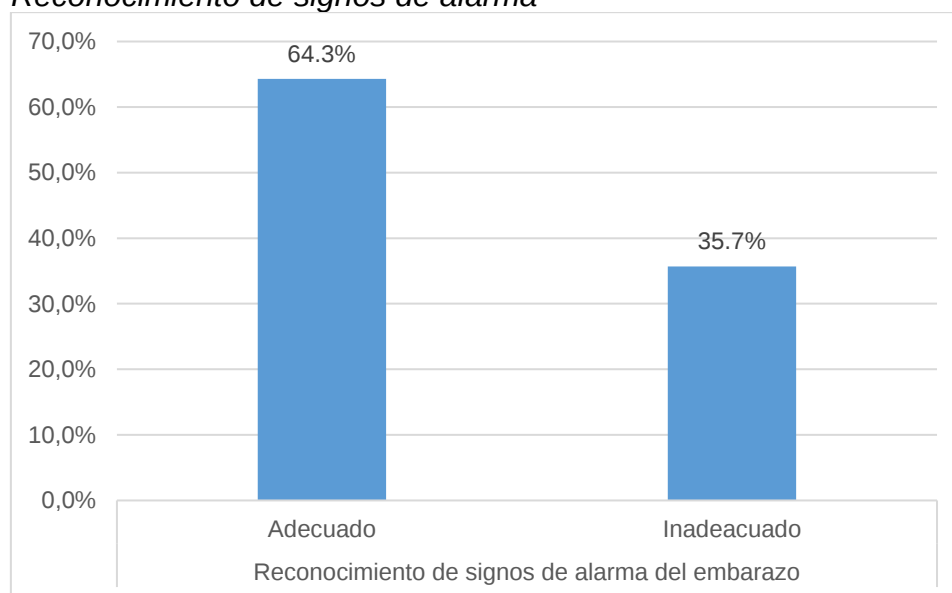
Tabla3

Reconocimiento de signos de alarma del embarazo

	Frecuencia	Porcentaje
Reconocimiento de Adecuado	74	64.3
signos de alarma del Inadecuado	41	35.7
embarazo		

Figura2

Reconocimiento de signos de alarma



La tabla 3 y figura 2 presenta que, el 64.3% de las mujeres posee un nivel de reconocimiento adecuado de los signos de alarma, frente a un 35.7% que tiene un nivel inadecuado. Esta distribución sugiere que las estrategias de educación prenatal han sido efectivas para la mayoría; sin embargo, uno de cada tres mujeres carece de la información necesaria para identificar situaciones de emergencia, lo que las hace más vulnerables ante eventuales complicaciones.

Tabla4

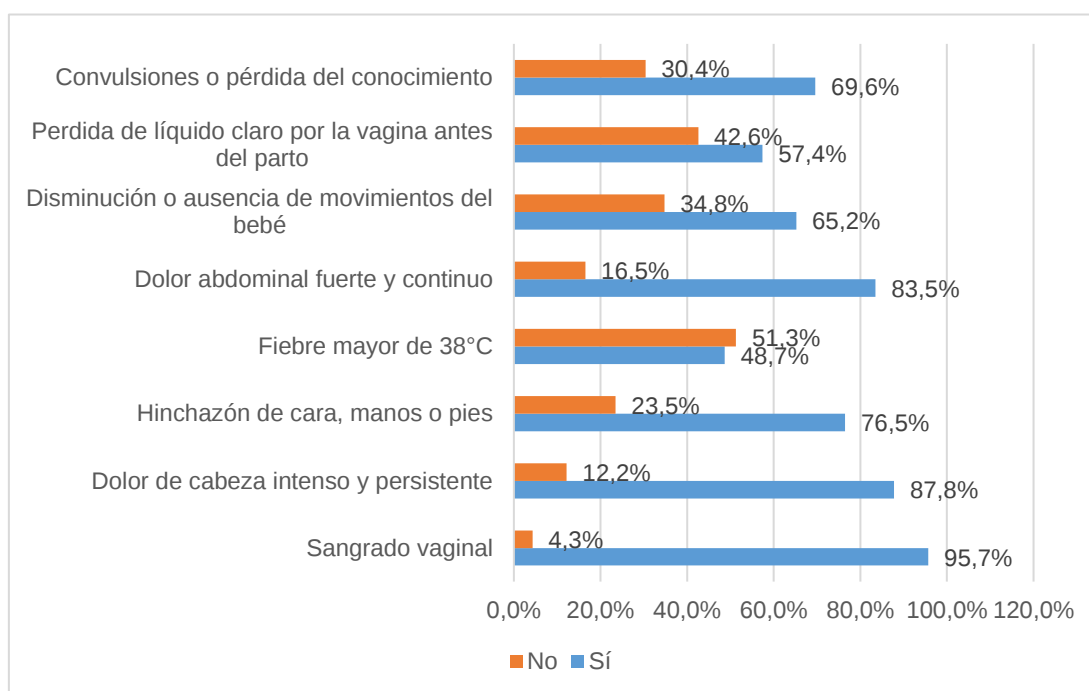
Reconocimiento de cada signos de alarma del embarazo

	Sí		No		Total	
	F	%	F	%	F	%
Sangrado vaginal	110	95.7	5	4.3	115	100.0
Dolor de cabeza intenso y persistente	101	87.8	14	12.2	115	100.0
Hinchazón de cara, manos o pies	88	76.5	27	23.5	115	100.0
Fiebre mayor de 38°C	56	48.7	59	51.3	115	100.0
Dolor abdominal fuerte y continuo	96	83.5	19	16.5	115	100.0

Disminución o ausencia de movimientos del bebé	75	65.2	40	34.8	115	100.0
Perdida de líquido claro por la vagina antes del parto	66	57.4	49	42.6	115	100.0
Convulsiones o pérdida del conocimiento	80	69.6	35	30.4	115	100.0

Figura3

Reconocimiento de cada signos de alarma



En la tabla 4, figura3 se observa que el signo de alarma más reconocido es el sangrado vaginal (95.7%), seguido del dolor de cabeza intenso (87.8%), mientras que la fiebre mayor a 38°C es el signo menos identificado, con solo un 48.7% de reconocimiento y la perdida de líquido claro por la vagina antes del parto con 57.4%. Esto significa que, aunque la mayoría de las mujeres identifica los signos físicos más evidentes o dramáticos, existe una brecha importante de conocimiento respecto a la fiebre, la cual puede ser indicativa de infecciones graves que ponen en riesgo el bienestar materno y fetal.

5.2. Análisis estadístico inferencial

Prueba estadística

Chi cuadrado y OR

Criterio de decisión

$p > 0.05$: asociación no significativa, se acepta la hipótesis nula

$p < 0.05$: asociación significativa, se acepta la hipótesis alterna

OR > 1: Factor de riesgo

OR<1: Factor de protección

5.2.1. Prueba de hipótesis

Tabla5

Asociación entre inicio tardío de atención prenatal y reconocimiento de signos de alarma del embarazo

		Reconocimiento de signos de alarma del embarazo				Sig. cuadrado	Chi cuadrado	OR	IC (95%)
		Adecuado		Inadecuado					
		F	%	F	%				
Inicio tardío de atención prenatal	Oportuno: < 14 semanas	59	79.7	11	26.8	0.000*	10.73*	4.39-26.22	
	Tardío: ≥ 14 semanas	15	20.3	30	73.2				
Total		74	100.0	41	100.0				

Nota. *: Factor significativo

La tabla 5 muestra la asociación entre inicio tardío de atención prenatal y reconocimiento de signos de alarma del embarazo, se reporta un valor p de 0.000 para la prueba de chi cuadrado por lo que se acepta la hipótesis alterna, esto significa que existe una asociación estadística significativa entre las variables. Además, se tiene un Odds Ratio (OR) de 10.73, con un intervalo de confianza que no incluye la unidad, demostrando que las mujeres que inician su atención prenatal de forma tardía tienen 10.7 veces más probabilidades de tener un conocimiento inadecuado sobre los signos de alarma en comparación con aquellas que inician su control oportunamente.

Prueba de confiabilidad del instrumento

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	115	100.0
	Excluido ^a	0	.0
	Total	115	100.0
Estadísticas de fiabilidad: variable reconocimiento de signos de alarma del embarazo			
KR20		N de elementos	
.860		8	

VI. DISCUSIÓN

En relación con la frecuencia del inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas – 2026, los resultados evidenciaron que el 39.1% inició sus controles prenatales mayor o igual a las 14 semanas de gestación, mientras que el 60.9% acudió oportunamente.

Estos hallazgos guardan relación con lo reportado por Humpire (2023), quien identificó factores sociodemográficos asociados al retraso del inicio prenatal en el mismo contexto local. Asimismo, Berrocal (2023), en Talavera, señaló que las barreras culturales y el idioma continúan influyendo negativamente en la captación temprana de las gestantes en la provincia de Andahuaylas. Sin embargo, los resultados actuales muestran una ligera mejora respecto a estudios previos, lo que podría indicar avances en las estrategias de seguimiento y captación implementadas por el establecimiento de salud.

A nivel nacional, en el escenario de San Jerónimo se muestra más optimista que el reportado por Girón y Gómez (2023) en Ayacucho. Esta divergencia no responde necesariamente a una mayor infraestructura, sino probablemente a una mejor articulación de los agentes comunitarios de salud en Apurímac, quienes actúan como el primer eslabón en la identificación de la gestante en el entorno familiar. No obstante, las similitudes encontradas con el estudio de Mamani (2024) en Puno confirman que las deficiencias en el nivel educativo y la falta de autonomía socioeconómica de las mujeres jóvenes siguen operando como un denominador común que ralentiza el acceso al sistema de salud en las regiones andinas del Perú. En el ámbito internacional, la marcada ventaja frente a los índices de retraso severo en Etiopía reportados por Amsalu et al. (2025) evidencia el impacto positivo de la gratuidad y universalización del aseguramiento materno-perinatal en el Perú (SIS),

un factor ausente o fragmentado en el África subsahariana. Sin embargo, la coincidencia con Girma et al. (2023) y Yosef y Tesfaye (2022) en cuanto a que la percepción errónea del tiempo idóneo para el control y el desconocimiento de los riesgos postergan la primera consulta, demuestra que las barreras cognitivas y de alfabetización en salud trascienden las fronteras geográficas; el problema central sigue siendo conceptual: la gestante no asume el control del primer trimestre como una medida preventiva, sino como una respuesta ante la emergencia.

Respecto al nivel de reconocimiento de los signos de alarma del embarazo, el 64.3% de las gestantes presentó un reconocimiento adecuado, mientras que el 35.7% mostró un reconocimiento inadecuado. Estos resultados reflejan un panorama favorable para la microred de salud San Jerónimo, ya que la mayoría de gestantes logra identificar situaciones de riesgo durante el embarazo. Los hallazgos coinciden con Humpire (2023), quien resaltó la importancia de las actividades educativas y de psicoprofilaxis desarrolladas en el establecimiento. Sin embargo, el porcentaje de reconocimiento inadecuado continúa representando un riesgo importante para la detección oportuna de complicaciones obstétricas.

Al comparar el nivel de reconocimiento global de los signos de alarma se muestra predominantemente adecuado en la población de estudio, un indicador que puede interpretarse como un logro directo de la estandarización de las intervenciones educativas obligatorias dentro de la atención prenatal en la microred San Jerónimo. La coincidencia teórica con Humpire (2023) ratifica que los espacios formales, como las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y los talleres comunitarios, son efectivos para fijar conceptos clave de riesgo en la memoria colectiva de las usuarias. Sin embargo, el persistente grupo de gestantes que muestra un nivel inadecuado de alerta representa una brecha de vulnerabilidad crítica. Este sector suele coincidir

con las gestantes multíparas que sobreestiman su experiencia previa o con aquellas en situación de aislamiento rural, en quienes el mensaje preventivo formal no ha logrado penetrar con la suficiente claridad o pertinencia cultural.

Cuando se evalúan estos datos en el espectro nacional, el desempeño de las gestantes de San Jerónimo supera los registros de bajo conocimiento descritos por Jiménez (2023) en Huánuco. Es muy probable que esta diferencia radique en la continuidad y el monitoreo de los programas de salud materna locales tras la postpandemia, logrando una mayor estabilidad en el dictado de charlas preventivas.

El paralelismo con Córdova (2023) en Tumbes devela un fenómeno cognitivo crucial: las gestantes asimilan con facilidad los signos de alarma generales (como las hemorragias), pero experimentan serias dificultades para identificar alertas más sutiles o asintomáticas (como la pérdida silenciosa de líquido amniótico).

En el contexto internacional, los resultados difieren notablemente de Ijdi et al. (2025) en Bangladesh, donde solo una minoría de gestantes presentó conocimientos adecuados sobre signos de peligro. Por otro lado, existe semejanza con los estudios realizados en Etiopía por Gesese et al. (2023), quienes reportaron niveles moderados de conocimiento materno. Esto confirma que la educación prenatal constituye un elemento fundamental para mejorar el comportamiento de búsqueda de atención médica. En cuanto al reconocimiento específico de los signos de alarma, el sangrado vaginal fue el signo más identificado por las gestantes, seguido del dolor de cabeza intenso y el dolor abdominal fuerte. En contraste, la fiebre y la pérdida de líquido claro fueron los signos menos reconocidos. Este patrón coincide con Berrocal (2023), quien señaló que los síntomas más visibles o dolorosos suelen ser reconocidos con mayor facilidad por las gestantes, mientras

que signos relacionados con infección o ruptura de membranas tienden a ser subestimados. Asimismo, Córdova (2023) encontró resultados similares respecto al bajo reconocimiento de la pérdida de líquido amniótico, lo cual evidencia una debilidad persistente en la educación prenatal. A nivel internacional, Yosef y Tesfaye (2022) también reportaron que la hemorragia vaginal fue el signo de alarma más reconocido, aunque con porcentajes inferiores a los encontrados en esta investigación. Esto podría explicarse por las campañas de salud materna desarrolladas en el Perú, donde el sangrado durante el embarazo es ampliamente enfatizado como una emergencia obstétrica.

Finalmente, al comparar el nivel de reconocimiento de los signos de alarma según el momento de inicio de la atención prenatal, se observó que las gestantes con reconocimiento adecuado iniciaron mayormente sus controles de manera oportuna, mientras que aquellas con reconocimiento inadecuado acudieron tardíamente. Estos resultados demuestran que el inicio temprano de la atención prenatal favorece la educación continua y fortalece el reconocimiento de riesgos durante el embarazo. Mamani (2024) sostiene que un mayor número de controles prenatales se relaciona directamente con mejores niveles de conocimiento materno. Del mismo modo, Girón y Gómez (2023) destacan que el acompañamiento temprano y el apoyo familiar mejoran el autocuidado de la gestante.

En el ámbito internacional, Amsalu et al. (2025) y Girma et al. (2023) coinciden en que el retraso del primer control prenatal limita el acceso a consejería y educación sanitaria, generando mayores niveles de desconocimiento. En consecuencia, los hallazgos del presente estudio confirman que la captación temprana de la gestante constituye una estrategia clave para fortalecer la alfabetización en salud materna y prevenir complicaciones obstétricas.

VII. CONCLUSIONES

Sobre la relación entre inicio de atención y conocimiento. Se determinó una asociación directa entre las variables: el 79.7% de quienes iniciaron oportunamente poseen conocimientos adecuados, mientras que el 73.2% de quienes iniciaron tarde presentan un nivel de conocimiento inadecuado. Desde un aporte científico. La atención prenatal temprana funciona como el principal vehículo de educación sanitaria; el retraso en el primer control no solo afecta la clínica, sino que priva a la gestante del conocimiento necesario para el autocuidado. Metodológicamente: La tabla de contingencia permite validar estadísticamente que el tiempo de contacto con el sistema de salud es una variable determinante para la capacidad de respuesta de la gestante.

Sobre el inicio de la atención prenatal: Se determinó que la mayoría de las gestantes (60.9%) inicia su atención prenatal de forma oportuna (<14 semanas); sin embargo, persiste un 39.1% que lo hace de manera tardía, superando el límite crítico para la detección temprana de riesgos. Desde un aporte científico: Este resultado evidencia que, aunque existe una cultura de prevención instalada, las barreras de acceso o desinformación aún afectan a casi 4 de cada 10 gestantes, limitando la ventana de intervención de la medicina preventiva. Metodológicamente La categorización dicotómica del tiempo de inicio permite establecer un punto de corte claro para análisis de correlación con otras variables de salud materna.

Sobre el reconocimiento general de signos de alarma: Se determinó que el nivel de reconocimiento de los signos de alarma es predominantemente adecuado en el 64.3% de la muestra, frente a un 35.7% que presenta un conocimiento insuficiente para identificar una emergencia obstétrica. Desde un Aporte Científico: El nivel de

conocimiento alcanzado es un indicador de la eficacia de los programas de psicoprofilaxis locales, aunque el grupo con déficit informativo representa el segmento con mayor riesgo de morbilidad materna. Metodológicamente. El uso de una escala de medición de conocimientos permite cuantificar la alfabetización en salud materna de manera objetiva en contextos rurales.

Sobre el reconocimiento específico por cada signo: Se identifico que existe una disparidad crítica en el reconocimiento de síntomas: mientras el sangrado vaginal es casi universalmente identificado (95.7%), la fiebre mayor de 38°C es el signo menos reconocido, con apenas un 48.7% de acierto. Desde un aporte Científico. Se identifica un "sesgo de gravedad visual", donde la gestante asocia el riesgo solo con el dolor y la hemorragia, minimizando signos sistémicos como la fiebre que podrían indicar procesos infecciosos graves. Metodológicamente. El análisis desagregado por signo permite identificar las brechas de contenido específicas para el diseño de intervenciones educativas focalizadas.

VIII. RECOMENDACIONES

- Recomendación sobre el inicio de la atención prenatal

Dirigida a: jefe del Centro de Salud San Jerónimo y al equipo de obstetras

Acción: Implementar un sistema de captación activa comunitaria para incorporar a las gestantes a la atención prenatal antes de las 14 semanas de atención.

Estrategia para su realización:

Organizar reuniones mensuales de coordinación entre personal del centro de salud y los agentes comunitarios para la vigilancia sectorizadas por comunidades. Asimismo, elaborar un mapeo y censo dinámico de mujeres en edad fértil a nivel local.

-Recomendación sobre el reconocimiento general de signos de alarma

Dirigida a: Obstetras y personal de salud del C.S. San Jerónimo encargados de la atención prenatal y psicoprofilaxis

Acción: Restructurar las sesiones educativas del taller de psicoprofilaxis obstétrica migrando de un modelo teórico a uno práctico e interactivo basado en simulación.

Estrategia para su realización: Diseñar un taller estandarizado con dinámica de juego de roles donde las gestantes identifiquen y reaccionen ante casos hipotéticos de emergencias obstétricas.

-Recomendación sobre el reconocimiento de signos específicos

Dirigida a: Obstetras del C.S. San Jerónimo, con apoyo de la DIRESA Apurímac en la elaboración de materiales

Acción: Desarrollar y distribuir material informático gráfico bilingüe y de bolsillo enfocado en los signos de alarma menos reconocidos.

Estrategia para su realización: solicitar al área de promoción de la Disa Chanka la validación lingüística y técnica del material gráfico en quechua local. Asimismo, entregar una tarjeta de emergencia de bolsillo a cada gestante en su primera atención prenatal empleando analogías sencillas.

-Recomendación sobre la relación entre inicio de atención y conocimiento

Dirigida a: Obstetras responsables de la atención prenatal del C.S. San Jerónimo

Acción: Aplicar un Protocolo de nivelación educativa intensiva para las gestantes que ingresan a la atención prenatal de manera tardía.

Estrategias para su realización: Implementar una lista de verificación obligatoria en la historia clínica para evaluar el conocimiento de las gestantes sobre los signos de alarma en cada consulta. Asimismo, asignar un tiempo complementario de 10 minutos a las gestantes de captación tardía para

garantizar que reciban la misma carga informativa indispensable sobre signos de alarma que la de inicio oportuno.

-Recomendación sobre la realización de investigaciones posteriores

Dirigida a: Docentes e investigadores de la Escuela Profesional de Obstetricia — Filial Andahuaylas, UNSAAC

Acción: Se recomienda a los docentes y estudiantes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la UNSAAC, Filial Andahuaylas, desarrollar investigaciones de seguimiento que amplíen los hallazgos del presente estudio.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Global trends in early antenatal care enrollment and maternal health outcomes: 2022–2024 monitoring report [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2026 Jun 11]. Available from: Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091245>
2. Imani Ramazani BE, Mabakutuvangilanga Ntala SD, Katuashi Ishoso D, Rothan-Tondeur M. Knowledge of Obstetric Danger Signs among Pregnant Women in the Eastern Democratic Republic of the Congo. *Int J Environ Res Public Health*. enero de 2023;20(8):5593. doi:10.3390/ijerph20085593
3. Mare KU, Andargie GG, Moloro AH, Mohammed AA, Mohammed OA, Wengoro BF, et al. Late initiation of antenatal care visit amid implementation of new antenatal care model in Sub-Saharan African countries: A multilevel analysis of multination population survey data. *PLOS ONE*. 31 de enero de 2025;20(1):e0316671. doi:10.1371/journal.pone.0316671 PubMed PMID: 39888887; PubMed Central PMCID: PMC11785278.
4. Francke P, Mendoza R, Vivas C. Desigualdades en el acceso a la atención prenatal temprana y prevalencia de complicaciones obstétricas en América Latina. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2025 [citado 2026 jun 11];49(2):89-99. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2025.89>
5. Mesele TT, Syuom AT, Molla EA. Knowledge of danger signs in pregnancy and their associated factors among pregnant women in Hosanna Town, Hadiya Zone, southern Ethiopia. *Front Reprod Health*. 10 de marzo de 2023;5:1097727. doi:10.3389/frph.2023.1097727 PubMed PMID: 36970710; PubMed Central PMCID: PMC10036572.
6. Gesese SS, Mersha EA, Balcha WF. Knowledge of danger signs of pregnancy and health-seeking action among pregnant women: a health facility-based cross-sectional study. *Ann Med Surg*. mayo de 2023;85(5):1722-30. doi:10.1097/MS9.0000000000000610 PubMed PMID: 37228959; PubMed Central PMCID: PMC10205383.
7. Guamán KBV, Rueda EYR. Factores que influyen en el Control Prenatal. *Polo Conoc Rev Científico-Prof*. 2023;8(8):448-62.
8. Verduzco Dena SG, García Ontiveros BE, Andrade Torres AG, Haro Acosta ME, Ayala Figueroa RI, Verduzco Dena SG, et al. Descripción del nivel de conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétrica en mujeres

embarazadas. Ginecol Obstet México. 2023;91(9):637-44.
doi:10.24245/gom.v91i9.8534

9. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Endes 2023 [Internet]. [citado 15 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5601739-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023>
10. Ríos Jiménez SC. Nivel de conocimiento en signos y síntomas de alarma en gestantes del Centro de Salud Pampa Grande, 2023 [Internet]. 2024 [citado 15 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/items/3d835e9c-1f27-4092-959f-df02a3f0e0ce>
11. Martínez Llantoy E. Nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas en el Centro Salud Guadalupe, Ica, 2023 [Internet]. 2025 [citado 15 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/6984>
12. InfoDISA [Internet]. [citado 15 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://infodisa.disachanka.gob.pe/reporteMaterno?>
13. Minsa: un embarazo sin control puede complicarse y convertirse en riesgo para la salud [Internet]. [citado 15 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/595001-minsa-un-embarazo-sin-control-puede-complicarse-y-convertirse-en-riesgo-para-la-salud>
14. Ijdi RE, Ducille CM, Singh K. Knowledge of Maternal Health Complications: A Critical Analysis Among Pregnant Women in Bangladesh. PLOS Glob Public Health. 2025;5(11):e0005469. doi:10.1371/journal.pgph.0005469 PubMed PMID: 41231784; PubMed Central PMCID: PMC12614543.
15. Amsalu AA, Yalew AW, Zemlak AK. Prevalence and determinants of late first antenatal care initiation in western Ethiopia: findings from a multi-centered cross-sectional study. Front Reprod Health. 2025;7:1551706. doi:10.3389/frph.2025.1551706 PubMed PMID: 40165806; PubMed Central PMCID: PMC11955500.
16. Gesese SS, Mersha EA, Balcha WF. Knowledge of danger signs of pregnancy and health-seeking action among pregnant women: a health facility-based cross-sectional study. Ann Med Surg. mayo de 2023;85(5):1722-30. doi:10.1097/MS9.0000000000000610 PubMed PMID: 37228959; PubMed Central PMCID: PMC10205383.

17. Girma N, Abdo M, Kalu S, Alemayehu A, Mulatu T, Hassen TA, et al. Late initiation of antenatal care among pregnant women in Addis Ababa city, Ethiopia: a facility based cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 10 de enero de 2023;23(1):13. doi:10.1186/s12905-022-02148-4 PubMed PMID: 36627620; PubMed Central PMCID: PMC9832813.
18. Yosef T, Tesfaye M. Pregnancy danger signs: Knowledge and health-seeking behavior among reproductive age women in southwest Ethiopia. *Womens Health*. 2021;17:17455065211063295. doi:10.1177/17455065211063295 PubMed PMID: 34937457; PubMed Central PMCID: PMC8724992.
19. Mamani Apaza CJ. Determinantes relacionadas al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2024 [Internet]. 2025 [citado 27 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/5106>
20. Giron Arroyo CM, Gomez Ccorisoncco KE. “Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Centro de Salud Los Licenciados - Ayacucho. setiembre - noviembre 2023” [Internet]. 2024 [citado 27 de marzo de 2026]. Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/6514>
21. Jiménez Llanos EG. Factores relacionados con el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo en el Centro de Salud Moras, 2023. Univ Huánuco [Internet]. 2025 [citado 27 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.udh.edu.pe/handle/20.500.14257/5925>
22. Rios Chirinos A. Conocimientos y actitudes sobre signos y síntomas de alarma en embarazadas que acuden al Centro de Salud Eduardo Jiménez Gómez - Ilo 2023. Univ José Carlos Mariátegui [Internet]. 2023 [citado 27 de marzo de 2026]. Disponible en: <http://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/2308>
23. Córdova C. Factores asociados al nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas en el Establecimiento de Salud Zarumilla, 2023 [tesis de licenciatura]. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes; 2023 [citado el 15 de junio de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/items/f64758a0-81e0-49a7-965c-618498b428fa>
24. Berrocal Salazar DD. Factores de riesgo asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del centro de salud Talavera, 2023 [Internet]. 2024 [citado 27 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/9785>
25. Humpire Altamirano S. Inicio tardío de la atención prenatal y sus factores asociados en gestantes atendidas en el centro de salud San Jerónimo, 2023

- [Internet]. 2025 [citado 27 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/11583>
26. Alyafei A, Easton-Carr R. The Health Belief Model of Behavior Change. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [citado 25 de marzo de 2026]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/> PubMed PMID: 39163427.
 27. The Health Belief Model - Rural Health Promotion and Disease Prevention Toolkit [Internet]. [citado 25 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/health-promotion/2/theories-and-models/health-belief?utm_source=chatgpt.com
 28. Nickell GS, Hinsz VB, Nickell GS, Hinsz VB. Aplicando la Teoría de la Conducta Planificada para entender la producción de alimentos seguros por los trabajadores. Rev Psicol Trab Las Organ. 2023;39(2):89-100. doi:10.5093/jwop2023a10
 29. (PDF) Aplicación de la Teoría de la Conducta Planificada (TCP) en estudiantes universitarios. ResearchGate. 25 de diciembre de 2025. doi:10.17561/ae.v25n1.7642
 30. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Soc Sci Med. 1994;38(8):1091-1110.
 31. Avances en salud intercultural para promover la equidad en salud en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2025 [citado 25 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/5-12-2025-avances-salud-intercultural-para-promover-equidad-salud-americas>
 32. Salud intercultural [Internet]. 2026 [citado 25 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.gob.pe/45207-salud-intercultural?utm_source=chatgpt.com
 33. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo: resumen de orientación [Internet]. [citado 25 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-16.12>
 34. Resolución Ministerial N.º 827-2013-MINSA [Internet]. [citado 15 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/198935-827-2013-minsa>
 35. Resolución Ministerial N.º 218-2024-MINSA [Internet]. [citado 26 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/5412702-218-2024-minsa>

36. Resolución Ministerial N.º 361-2011-MINSA [Internet]. [citado 26 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243742-361-2011-minsa>
37. Teshale AB, Tesema GA. Prevalence and factors associated with late initiation of antenatal care visit among pregnant women in East Africa: a multi-country analysis of recent Demographic and Health Surveys. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(1):112.
38. Smith-Greenaway E, Brauner-Otto S. Global variations in timing of prenatal care: Spatial and socioeconomic determinants of late initiation in low-resource settings. *Stud Family Plann*. 2025;56(2):145-161.
39. Quispe-Mendoza MR, Carpio-Deza K. Determinantes sociales asociados al control prenatal tardío en establecimientos del primer nivel de atención en la región andina del Perú. *Rev Peru Investig Materno Perinat*. 2024;13(3):34-42.
40. Martinez-Galiano JM, Hernandez-Martinez A. Influence of unintended pregnancy on the late entry into prenatal care: a prospective cohort study. *Women Birth*. 2025;38(1):89-96.
41. Amarante R, Santos N, Silva M. Structural and geographical barriers to early antenatal care booking in rural Latin America: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica*. 2025;49:e31.
42. Choque-Huamán L, Palomino-Ramos E. Barreras culturales e institucionales para la captación precoz de la gestante en el primer nivel de atención en Apurímac. *Rev Enferm Vanguardia*. 2026;14(1):15-23.
43. Liu C, Zhao G, Qiao D, Wang L, He Y, Zhao M, et al. Emerging Progress in Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum: Challenges and Opportunities. *Front Med*. 10 de enero de 2022;8:809270. doi:10.3389/fmed.2021.809270 PubMed PMID: 35083256; PubMed Central PMCID: PMC8785858.
44. Vadakekut ES, Mahdy H. Hyperemesis Gravidarum. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [citado 25 de marzo de 2026]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532917/> PubMed PMID: 30422512.
45. Manual MSD versión para público general [Internet]. [citado 25 de marzo de 2026]. Fiebre durante el embarazo - Salud femenina. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/síntomas-durante-el-embarazo/fiebre-durante-el-embarazo>
46. Cornet MC, Kuzniewicz MW, Scheffler AW, Garabedian C, Gaw SL, Wu YW. Maternal fever during labor and the risk of neonatal encephalopathy: duration and magnitude of hyperthermia. *Am J Obstet Gynecol*. 1 de diciembre de

- 2025;233(6):651.e1-651.e12. doi:10.1016/j.ajog.2025.07.046 PubMed PMID: 40754173.
47. Matar M, Yared G, Massaad C, Ghazal K. Vaginal bleeding during pregnancy: a retrospective cohort study assessing maternal and perinatal outcomes. *J Int Med Res.* 8 de febrero de 2025;53(2):03000605251315349. doi:10.1177/03000605251315349 PubMed PMID: 39921410; PubMed Central PMCID: PMC11806467.
48. (PDF) Vaginal bleeding in pregnancy and adverse clinical outcomes: a systematic review and meta-analysis. ResearchGate [Internet]. 19 de marzo de 2026 [citado 25 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/377924850_Vaginal_bleeding_in_pregnancy_and_adverse_clinical_outcomes_a_systematic_review_and_meta-analysis
49. Mori K, Koshiyama M, Watanabe Y, Okamoto N, Yanagisawa N, Banba A, et al. The Effect of Wearing Elastic Compression Stockings on Leg Edema in Pregnant Women in Late Pregnancy as Determined by Measuring the Deep Venous Velocity and Flow. *Healthcare.* enero de 2025;13(3):214. doi:10.3390/healthcare13030214
50. booksmedicos. Williams Obstetricia 25ª Edición | booksmedicos [Internet]. 28 de abril de 2020 [citado 10 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://booksmedicos.org/williams-obstetricia-25a-edicion/>
51. Jiang Y, Zhang Y, Li Y, Zhao K, Zhao Y, Che Y. Determinants for premature rupture of membranes: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 30 de mayo de 2025;25(1):633. doi:10.1186/s12884-025-07748-0
52. Factores de riesgo de rotura prematura de membranas en mujeres embarazadas: una revisión sistemática y metaanálisis | BMJ Open [Internet]. [citado 25 de marzo de 2026]. Disponible en: https://bmjopen.bmj.com/content/14/3/e077727?utm_source=chatgpt.com
53. Landess M, Mikes BA. Fetal Movement. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [citado 25 de marzo de 2026]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470566/> PubMed PMID: 29262129.
54. Preeclampsia [Internet]. [citado 25 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pre-eclampsia>
55. Karrar SA, Martingano DJ, Hong PL. Preeclampsia. En: StatPearls [Internet] [Internet]. StatPearls Publishing; 2024 [citado 16 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570611/> PubMed PMID: 34033373.

56. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. [citado 25 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
57. Phillips K, Davison J, Wakerley B. Headache in pregnancy: a brief practical guide. *Br J Gen Pract.* 25 de noviembre de 2022;72(725):593-4. doi:10.3399/bjgp22X721457 PubMed PMID: 36424161; PubMed Central PMCID: PMC9710804.
58. Gómez EB, Bastidas-Vivas RE, Giacchino A, Manin A, Baston C. Características y hallazgos imagenológicos de la cefalea en el embarazo y el puerperio. *Rev Argent Radiol.* 2024;88(4):159-67.
59. Stern EM, Blace N. Ocular Manifestations of Preeclampsia. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [citado 25 de marzo de 2026]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576389/> PubMed PMID: 35015414.
60. Osman A, Țiereanu ML. Hormonal and vascular contributions to tinnitus in pregnancy: a systematic review of literature. *ORL.ro.* 1 de abril de 2025;(67):29. doi:10.26416/orl.67.2.2025.10704
61. Martini C, Saeed Z, Simeone P, Palma S, Ricci M, Arata A, et al. Preeclampsia: Insights into pathophysiological mechanisms and preventive strategies. *Am J Prev Cardiol.* 1 de septiembre de 2025;23:101054. doi:10.1016/j.ajpc.2025.101054
62. Waks AB, Martinez-King LC, Santiago G, Laurent LC, Jacobs MB. Developing a risk profile for spontaneous preterm birth and short interval to delivery among patients with threatened preterm labor. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 1 de noviembre de 2022;4(6):100727. doi:10.1016/j.ajogmf.2022.100727
63. LIBRERÍA UNIVERSO MÉDICO [Internet]. [citado 6 de febrero de 2026]. Hernández Sampieri Roberto. Metodología de la Investigación. Las Rutas Cuantitativas, Cualitativas y Mixtas. 2a edi. 2023. Disponible en: <https://www.libreria-universomedico.com/products/hernandez-sampieri-roberto-metodologia-de-la-investigacion-las-rutas-cuantitativas-cualitativas-y-mixtas-2a-edi-2023-novedad-novedad-novedad>

X. ANEXOS

Base de datos SPSS

ArchivoEditarVerDatosTransformarAnalizarGráficosUtilidadesAmpliacionesVentanaAyuda

1:

	EdadAños	Sangrado vaginal	Dolor de cabeza intenso y persistente	Hinchazón de cara y manos	Fiebre mayor de 38°C	Dolor abdominal fuerte y continuo	Disminución o ausencia de movimientos del bebé	Pérdida de líquido claro por la vagina antes del parto	Convulsiones o pérdida de conocimiento	¿Usted presentó algún signo de alarma durante el embarazo?	Sí, presente	Sí, presente
1	37	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0
2	29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
3	19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
4	31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
5	29	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
6	30	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0
7	28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
8	19	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
9	30	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
10	26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
11	34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
13	26	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
14	34	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
15	30	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0
16	21	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
17	28	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
18	20	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
19	30	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
20	36	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0
21	28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0

1

Vista de datosVista de variables

ArchivoEditarVerDatosTransformarAnalizarGráficosUtilidadesAmpliacionesVentanaAyuda

IBM SPSS Statistics Processor está listoUnicode: ON

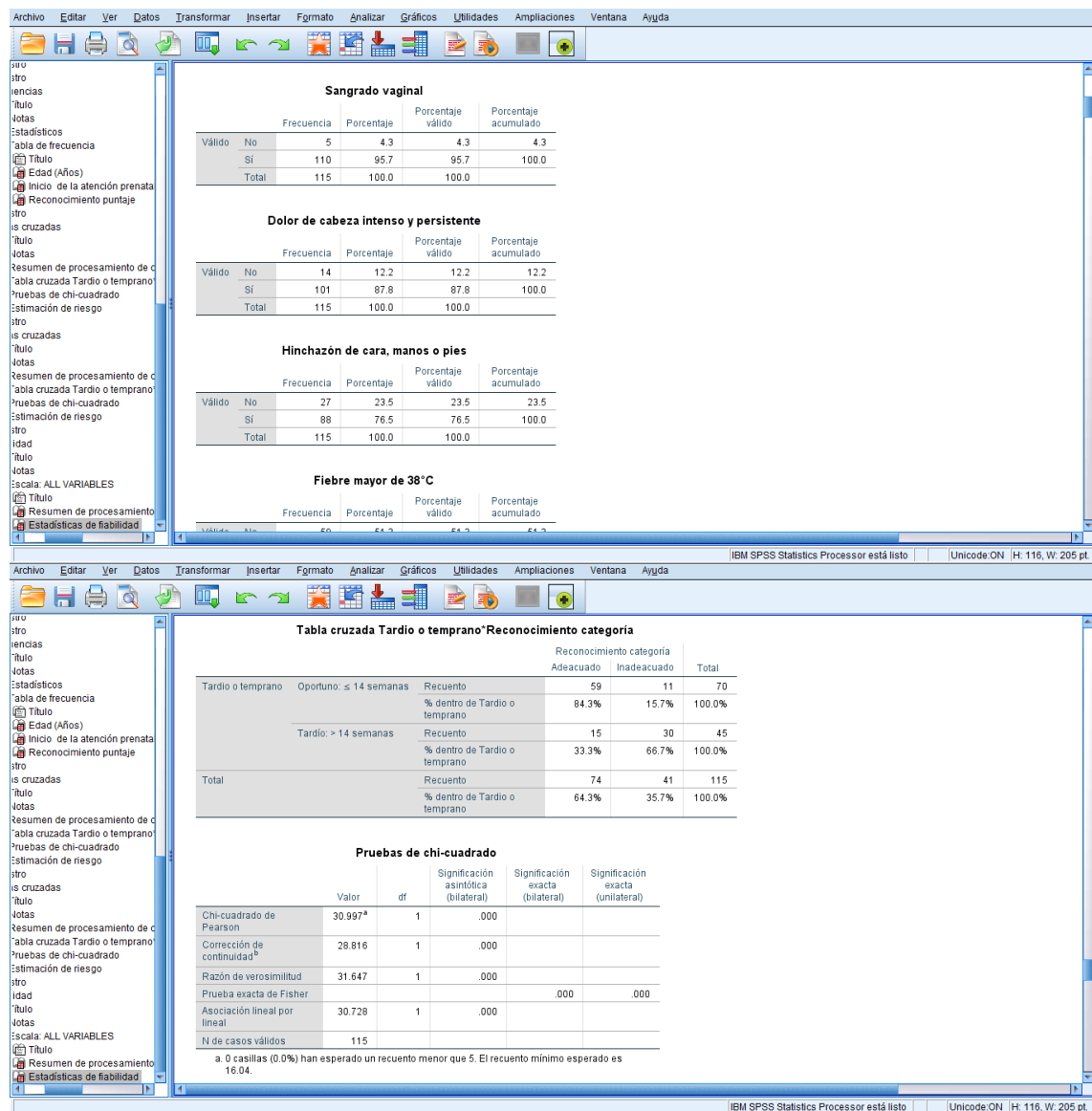
	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	EdadAños	Número	3	0	Edad (Años)	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Escala	Entrada
2	Sangrado vaginal	Número	2	0	Sangrado vaginal	{0, No}...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
3	Dolor de cabeza intenso y persistente	Número	2	0	Dolor de cabeza intenso y persistente	{0, No}...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
4	Hinchazón de cara y manos	Número	2	0	Hinchazón de cara y manos	{0, No}...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
5	Fiebre mayor de 38°C	Número	2	0	Fiebre mayor de 38°C	{0, No}...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
6	Dolor abdominal fuerte y continuo	Número	2	0	Dolor abdominal fuerte y continuo	{0, No}...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
7	Disminución o ausencia de movimientos del bebé	Número	2	0	Disminución o ausencia de movimientos del bebé	{0, No}...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
8	Pérdida de líquido claro por la vagina antes del parto	Número	2	0	Pérdida de líquido claro por la vagina antes del parto	{0, No}...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
9	Convulsiones o pérdida de conocimiento	Número	2	0	Convulsiones o pérdida de conocimiento	{0, No}...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
10	¿Usted presentó algún signo de alarma durante el embarazo?	Número	2	0	¿Usted presentó algún signo de alarma durante el embarazo?	{0, No}...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
11	Sí, presente	Número	2	0	Si presenta un signo de alarma	{1, Acude inmediatamente}	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
12	¿En qué tiempo acudir?	Número	2	0	¿En qué tiempo acudir?	{1, Inmediatamente}	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
13	Inicio de la atención prenatal	Número	3	0	Inicio de la atención prenatal	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
14	Tardío o temprano	Número	2	0	Tardío o temprano	{0, Oportunamente}	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
15	Reconocimiento puntaje	Número	2	0	Reconocimiento puntaje	Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
16	Reconocimiento categórico	Número	1	0	Reconocimiento categórico	{1, Adecuada}	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											

1

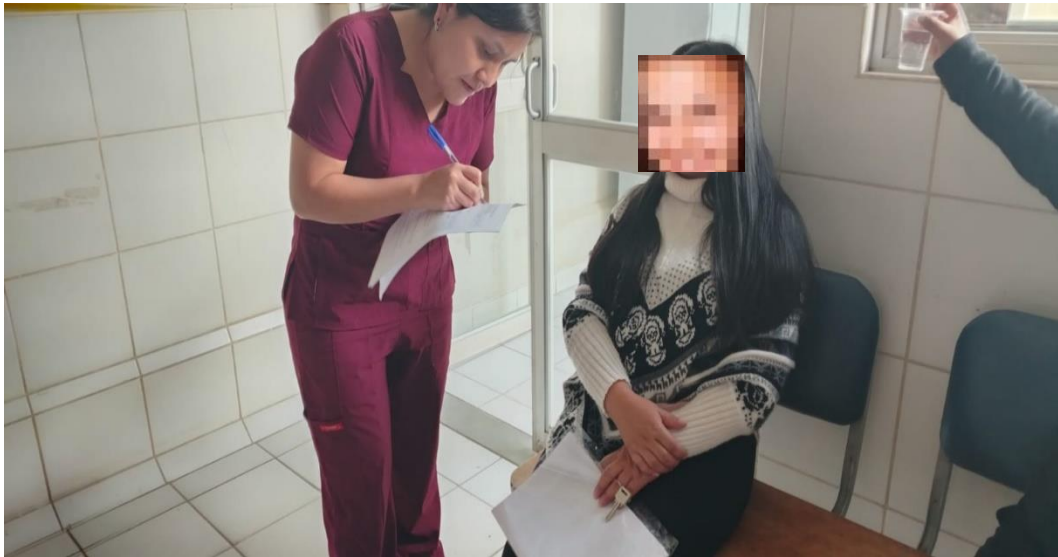
Vista de datosVista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listoUnicode: ON

Resultados SPSS







VALOR DE AIKEN

$$V = \frac{\sum S}{n(c - 1)}$$
$$S = r - l$$
$$\frac{V = 19}{20}$$
$$V = 0.95$$

S= Diferencia entre la puntuación otorgada y la mínima de la escala.

r = Puntuación otorgada por el juez.

l = Puntuación mínima de la escala.

N = Número de jueces.

C = Número de categorías de respuesta.

A. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
Objetivo general Determinar si existe asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y el reconocimiento oportuno de los signos de alarma del embarazo en gestantes del centro de salud san jerónimo, Andahuaylas – 2026. Objetivos específicos OE1. Determinar la frecuencia del inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes del centro de salud san jerónimo, Andahuaylas – 2026. OE2. Determinar el nivel de reconocimiento de los signos de alarma del embarazo en las gestantes del centro de salud san jerónimo,	Problema general ¿Existe asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y el reconocimiento oportuno de los signos de alarma del embarazo en gestantes del centro de salud san jerónimo, Andahuaylas – 2026? Problemas específicos PE1: ¿Cuál es la frecuencia del inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes del centro de salud san jerónimo, Andahuaylas – 2026? PE2: ¿Cuál es el nivel de reconocimiento de los signos de alarma del embarazo en las gestantes del centro de salud san jerónimo, Andahuaylas – 2026? PE3: ¿Qué proporción de	Hipótesis general H₁: Existe asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y el reconocimiento oportuno de los signos de alarma del embarazo en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas ,2026. H₀: No existe asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y el reconocimiento oportuno de los signos de alarma del embarazo en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas ,2026.	Variable principal: Inicio Tardío de la atención prenatal Variable secundaria: Reconocimiento oportuno de los signos de alarma del embarazo	Oportunidad del inicio del control prenatal. Hemorragia vaginal Cefalea Edema Fiebre	Semana de gestación al primer control prenatal. Reconoce como signo de alarma Reconoce como signo de alarma Reconoce como signo de alarma	Ámbito de estudio: Centro de Salud San Jerónimo, distrito de san jerónimo, Andahuaylas, Apurímac Tipo de investigación: Aplicada, observacional, prospectiva, transversal, analítica bivariado Enfoque: Cuantitativo Nivel de investigación: Correlacional Diseño de investigación: Observacional, transversal Unidad de análisis: Gestantes atendidas en el Centro de Salud San Jerónimo durante 2026 Población de estudio: 115 gestantes Tamaño de muestra: 115 gestantes Muestreo: No probabilístico de tipo censal

Andahuaylas – 2026. OE3. Identificar la proporción de gestantes que reconoce adecuadamente cada uno de los signos de alarma del embarazo en las gestantes del centro de salud san jerónimo, Andahuaylas – 2026.	gestantes reconoce adecuadamente cada uno de los signos de alarma del embarazo en las gestantes del centro de salud san jerónimo, Andahuaylas – 2026?		Dolor abdominal fuerte y continuo	Reconoce como signo de alarma	Técnica de recolección de información: Revisión de historia clínica y cuestionario estructurado Instrumento: Ficha de registro clínico y cuestionario dicotómico validado Técnica de análisis e interpretación de datos: Estadística descriptiva, Chi-cuadrado, Odds Ratio Verificación de hipótesis: p < 0.05
			Disminución de movimiento	Reconoce como signo de alarma	
			Perdida de liquido	Reconoce como signo de alarma	
			Convulsiones o perdida de conocimiento	Reconoce como signo de alarma	

B. Validación del instrumento mediante juicio de expertos

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS

Andahuaylas, 30 de abril del 2026

Señor:

Ciudad: Andahuaylas

Presente:

De mi consideración: Es grato dirigirme a usted para manifestarle que está en ejecución el estudio: **“ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y EL RECONOCIMIENTO OPORTUNO DE LOS SIGNOS DE ALARMA DEL EMBARAZO EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, ANDAHUAYLAS-2026”**, cuyo instrumento de recolección de información está dirigido a las obstetras.

Considerando que el instrumento citado debe ser validado por juicio de expertos, solicito a Ud. Tenga a bien de emitir su opinión al respecto, en calidad de persona entendida en la materia. Para este fin acompaño a la presente los instrumentos de investigación con su respectiva guía de estimación.

Agradeciendo anticipadamente por la atención favorable, hago propicia la ocasión para expresarle mi estima personal.

Atentamente.



MARISABEL HUAMAN ACOSTA
DNI:75479923

C.Hoja de criterios para la evaluación por jueces y expertos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

“ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y EL RECONOCIMIENTO OPORTUNO DE LOS SIGNOS DE ALARMA DEL EMBARAZO EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, ANDAHUAYLAS-2026”

Preguntas	Escala de validación				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?					
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?					
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?					
4. ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos a cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					
5. ¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?					
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y/o los objetivos de la investigación?					
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?					
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien va dirigido el instrumento?					
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas e ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?					

Nota: Marque con una “X” en la escala, siendo el (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

OBSERVACIONES:

VALIDACION: APLICA ☐ NO APLICA ☐

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO.

D. Validación de ficha de recolección de datos por juicios de expertos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

"ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y EL RECONOCIMIENTO OPORTUNO DE LOS SIGNOS DE ALARMA DEL EMBARAZO EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, ANDAHUAYLAS-2026"

Preguntas	Escala de validación				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?					X
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?				X	
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?					X
4. ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos a cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					X
5. ¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?					X
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y/o los objetivos de la investigación?					X
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?					X
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien va dirigido el instrumento?					X
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas e ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?					X
					X

OBSERVACIONES:

VALIDACION: Aplica ☒ NO APLICA ☐


Mag. Roberto Torres Rúa
OBSTETRA
COP: 9156 RNE: 1363-E.05

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

"ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y EL RECONOCIMIENTO OPORTUNO DE LOS SIGNOS DE ALARMA DEL EMBARAZO EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, ANDAHUAYLAS-2025"

Preguntas	Escala de validación				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?					X
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?					X
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?				X	
4. ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos a cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					X
5. ¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?					X
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y/o los objetivos de la investigación?					X
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?				X	
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien va dirigido el instrumento?					X
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas e ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?					X

OBSERVACIONES:

VALIDACION: Aplica ☒ NO APLICA ☐


Obst. Evelyn Karla Medina Nolasco
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA
COP: 27554 RENOMA COP: 115

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

"ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y EL RECONOCIMIENTO OPORTUNO DE LOS SIGNOS DE ALARMA DEL EMBARAZO EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, ANDAHUAYLAS-2026"

Preguntas	Escala de validación				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?					X
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?				X	
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?				X	
4. ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos a cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					X
5. ¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?					X
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y/o los objetivos de la investigación?					X
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?					X
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien va dirigido el instrumento?					X
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas e ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?					X

OBSERVACIONES:

VALIDACION: Aplica ☒ NO APLICA ☐


GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE ANDAHUAYLAS
Dr. Bill Marco Córdova Gutiérrez
GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA
C.M.S. 20219 - R.N.E. 10091
FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO.

C. Hoja de criterios para la evaluación por jueces y expertos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

"ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y EL RECONOCIMIENTO OPORTUNO DE LOS SIGNOS DE ALARMA DEL EMBARAZO EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, ANDAHUAYLAS-2026"

Preguntas	Escala de validación				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?					X
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?				X	
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?					X
4. ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos a cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					X
5. ¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?					X
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y/o los objetivos de la investigación?					X
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?					X
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien va dirigido el instrumento?					X
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas e ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?					X

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

OBSERVACIONES:

VALIDACION: APLICA ☒

NO APLICA ☐

Alexander Better Salazar
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA
Y COMUNITARIA CON MENCION
EN GERENCIA EN SALUD
FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO.

C. Hoja de criterios para la evaluación por jueces y expertos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

"ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y EL RECONOCIMIENTO OPORTUNO DE LOS SIGNOS DE ALARMA DEL EMBARAZO EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, ANDAHUAYLAS-2026"

Preguntas	Escala de validación				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?					X
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?				X	
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?					X
4. ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos a cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					X
5. ¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?					X
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y/o los objetivos de la investigación?				X	
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?					X
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien va dirigido el instrumento?					X
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas e ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?					X

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

OBSERVACIONES:

VALIDACION: APLICA ☒

NO APLICA ☐


Sylvia Z. Vega Mamani
Mag. Salud Pública y Comunitaria
RECURSO: 175 CSP: 17159

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO.

D. Lista de Expertos

Experto	Nombre y Apellido
1	Roberto Torres Rua
2	Evelyn Karla Medina Nolasco
3	Bill Marco Cárdenas Gutierrez
4	Alexander Better Salazar
5	Silvia Zoila Vega Mamani

E. Instrumento de la investigación

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA			
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS			
ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y EL RECONOCIMIENTO OPORTUNO DE LOS SIGNOS DE ALARMA DEL EMBARAZO EN GESTANTES DEL CENTRO DE SAN JERÓNIMO, ANDAHUAYLAS – 2026.			
I. DATOS GENERALES TOMADO DE LA HISTORIA CLÍNICA			
1. Código de participante _____ 2. Edad: ____ años 3. A qué edad gestacional inicio su APN: _____			
II. CUESTIONARIO SOBRE RECONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA			
A continuación, se mencionan algunos síntomas que pueden presentarse durante el embarazo. Marque con una “X” si considera que el síntoma mencionado es un signo de alarma por el cual debe acudir inmediatamente al establecimiento de salud.			
Nº	Signos y Síntoma durante el embarazo - ¿Es signo de alarma?	SI	NO
1	Sangrado vaginal	()	()
2	Dolor de cabeza intenso y persistente	()	()
2	Hinchazón de cara, manos o pies	()	()
4	Fiebre mayor de 38°C	()	()
5	Dolor abdominal fuerte y continuo	()	()
6	Disminución o ausencia de movimientos del bebé	()	()
7	Perdida de líquido claro por la vagina antes del parto	()	()
8	Convulsiones o pérdida del conocimiento	()	()

H. Otros

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO.....acepto participar de manera voluntaria anónima en la investigación realizada por Marisabel Huamán Acosta, bachiller en obstetricia de la Universidad Nacional San Antonio abad del Cusco, **Titulada: “Asociación entre el Inicio Tardío de la Atención prenatal y el Reconocimiento oportuno de los signos de Alarma en el embarazo en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas-2026”.**

Manifiesto que he sido informada sobre los objetivos del estudio, así como de los procedimientos que se realizarán, los cuales consisten en responder un cuestionario relacionado con el Conocimiento sobre los signos de alarma durante el embarazo.

Comprendo que mi participación es completamente voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones, sin que esto afecte en mis cuidados médicos.

Asimismo, se me ha informado que los datos proporcionados serán confidenciales, anónimos y utilizados únicamente con fines académicos y de investigación garantizando la protección de identidad.

Por lo tanto, otorgo mi consentimiento libre y voluntario para participar en el presente estudio.

San Jerónimo,.....de.....del 2026.

.....

Nombre del investigador:

.....

Nombre del Usuario:

.....

Firma del investigador:

.....

Firma del Usuario:

SOLICITO: AUTORIZACIÓN Y ACCESO A HISTORIAS CLINICAS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA PARA OBTENER DATOS DE USUARIAS DE CONTROL PRENATAL DEL AÑO 2026

Dr. AUGUSTO ALTAMIRANO FUENTES

DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO - ANDAHUAYLAS



Yo, **MARISABEL HUAMAN ACOSTA** identificada con **DNI N°75479923**, bachiller en Obstetricia de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco - Filial Andahuaylas; ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, habiendo aprobado mi proyecto de investigación titulado: **"ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y EL RECONOCIMIENTO OPORTUNO DE LOS SIGNOS DE ALARMA DEL EMBARAZO EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, ANDAHUAYLAS-2026"**. Por lo expuesto, **SOLICITO** a su autoridad me brinde las facilidades y autorización correspondiente para:

- Recolectar información de las gestantes que acuden a sus atenciones prenatales de este establecimiento de salud
- Aplicar mi instrumento de investigación (cuestionario/encuesta) a las gestantes
- Acceder a las historias clínicas de las gestantes para obtener datos relevantes para mi investigación
- Realizar el trabajo de campo en las instalaciones del Centro de Salud San Jerónimo durante el periodo de investigación

La información obtenida tendrá carácter estrictamente confidencial y será utilizada únicamente con fines de investigación académica, asimismo se respetará la privacidad e intimidad de las pacientes, aplicando el consentimiento informado correspondiente.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted, señor director, acceder a mi petición por ser de justicia. Sin otro particular, me despido atentamente.

Marisabel Huaman Acosta
DNI: 75479923

San Jerónimo 06 de abril del 2026.