

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y CONDUCTA SOBRE LOS SIGNOS
Y SINTOMAS DE ALARMA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO, AGOSTO 2018”.**

Presentado por:

Bach. JUAN CARLOS CCOHUANQUI MENDOZA

Para optar el título profesional de:

MEDICO CIRUJANO

Asesor: DR. NICOLAS MAURICIO AUGURTO

CUSCO- PERÚ

2019

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y CONDUCTA SOBRE LOS SIGNOS Y
SINTOMAS DE ALARMA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DEL CUSCO, AGOSTO 2018**

Autor:

Juan Carlos Ccohanqui Mendoza.

Asesor:

Dr. Nicolas Mauricio Augurto

CUSCO- PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios y al Dr. San Jerónimo por su amor bondad, guiarme en el camino y permitirme alcanzar mis sueños.

A mis padres, ALEJANDRO CCOHUANQUI VILLA Y LUZ MARINA MENDOZA QUISPE por su comprensión y apoyo incondicional en cada etapa de mi vida.

A mis hermanas, FLOR MERY Y VANESSA, por su amor y apoyo en los momentos que más lo necesitaba.

A mi hija NAHOMI quien me da la fuerza de voluntad para seguir adelante

Al Amor de mi vida NOEMI MERARI ALTAMIRANO OROSCO, por llegar a mi vida, y formar parte de mis logros e incentivarme a seguir adelante y por el gran amor que me brinda, GRACIAS MI VIDA.

A cada uno los amo y les agradezco eternamente ya que sin ellos no estaría en el lugar en el que me encuentro.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, al Dr. San Jerónimo por brindarme salud y bendecirme con el amor de mis padres, hermanas hija y mi esposita Noemi, compartir gratos momentos con cada uno de ellos.

Agradezco infinitamente a mis padres, ALEJANDRO Y LUZ MARINA, por su amor, consejos, enseñanzas, demostrarme que con esfuerzo y sacrificio todo se puede y por el apoyo incondicional que me brindaron en todo momento.

Agradezco a mis hermanas, FLOR MERY y VANESA por acompañarme en todo mi proceso de formación como persona, y como profesional, así como su apoyo en momentos difíciles en mi etapa de estudiante.

A mi hija Naomi, que cuando llego a este mundo me hizo en el hombre más feliz y afortunado por que me convertí en padre y a pesar de todas las adversidades saqué fuerza para seguir adelante y no fallar como papa y amigo de ti mi hijita.

Agradecimiento especial para ti amorcito NOEMI MERARI ALTAMIRANO OROSCO, llegaste a mi vida en un momento difícil me devolviste las esperanzas de que, si se puede amar y ser amado, tu que siempre has estado pendiente de mi graduación junto con papa y mama, gracias por estar a mi lado y compartir este logro contigo, eres el amor de mi vida, te amo muchísimo y que Dios bendiga nuestra hermosa relación.

A mis abuelos mención especial TIBURCIO Y JUANA gracias por estar siempre pendiente mis logros y darme fuerza y apoyo moral en los momentos difíciles.

A cada uno de mis familiares que también estuvieron pendientes de mí, muchísimas gracias que sin cada de ustedes no hubiera podido

RESUMEN

OBJETIVO: Establecer las bases estadísticas mediante percentiles del nivel de Conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma durante la gestación, y la conducta frente a estos signos y síntomas de las gestantes atendidas en el Hospital Regional del Cusco durante el mes de agosto 2018

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio cuantitativo, descriptivo y de diseño longitudinal, realizado en el hospital regional del cusco durante el mes de agosto del 2018, se encuestaron a 169 gestantes atendidas en el servicio de emergencia del hospital regional que acudieron por presentar sintomatología gineco-obstetrica, se realizó un análisis descriptivo mediante distribución de frecuencias y porcentajes en cuanto a las preguntas fórmulas que fueron 14 y los resultados mediante percentiles para el nivel de conocimiento y la conducta de la gestante

RESULTADOS: El 51 % de las 169 gestantes respondieron de 11 a 14 preguntas correctas constituyendo estas un nivel de conocimiento alto por estar dentro de P75; 46% respondió correctamente entre 7 a 10 preguntas constituyendo un nivel de conocimiento regular por estar dentro del P (50-75), Y solo 2% tuvo un nivel de conocimiento bajo estando por debajo del P (50). en cuanto a los signos y síntomas de alarma que más identificaron las gestantes fueron: dolor tipo cólico en región pélvica (54.4%), sangrado vaginal (54.4%), flujo vaginal (44%), pérdida de líquido amniótico (62.72%), y en cuanto a la conducta a seguir el 70,41% tuvo una conducta favorable que es la de acudir al centro de salud más cercano, el 26.04% busco ayuda en una farmacia, el 3.55 % mencionaron que no hicieron nada, Entre las causas de alarma que identificaron las gestantes antes de acudir al servicio de emergencia del hospital regional fueron: dolor tipo cólico en región pélvica (24.9%), sangrado vaginal (16.6%), edema de manos y/o cara (8%), cefalea (5,3%).

CONCLUSIONES: el nivel de conocimientos de las gestantes es alto a regular, y que la conducta que tomaron estas al presentar un signo fue favorable, identificando como principales signos de alarma fueron: dolor tipo cólico sangrado vaginal, pérdida de liquido

Palabras clave: gestantes, signos y síntomas de alarma, conducta

ABSTRACT

OBJECTIVE: Establish the statistical bases by percentiles of the level of knowledge on the signs and symptoms of alarm during pregnancy, and the behavior in front of these signs and symptoms of the pregnant women attended in the Regional Hospital of Cusco during the month of August 2018

MATERIALS AND METHODS: Quantitative, descriptive and longitudinal design study, carried out in the regional hospital of Cusco during the month of August 2018, 169 pregnant women attended in the emergency service of the regional hospital who attended for presenting gynecological-obstetric symptoms were surveyed. descriptive analysis by means of distribution of frequencies and percentages in terms of the formula questions that were 14 and the results by means of percentiles for the level of knowledge and the behavior of the pregnant woman

RESULTS:

51% of the 169 pregnant women answered from 11 to 14 correct questions constituting a high level of knowledge for being within P75; 46% answered correctly between 7 to 10 questions constituting a level of regular knowledge for being within the P (50-75), and only 2% had a low level of cooking coming under the P (50). as for the signs and symptoms of alarm that most identified the pregnant women were: colic type pain in the pelvic region (54.4%), vaginal vaginal (54.4%), vaginal discharge (44%), loss of amniotic fluid (62.72%), and as for the behavior to follow 70.41% had a favorable behavior that is to go to the nearest health center, 26.04% seek help in a pharmacy, 3.55% mentioned that they did nothing, Among the causes of alarm identified by the pregnant women before going to the regional hospital's emergency service were: pelvic pain in the pelvic region (24.9%), vaginal pain (16.6%), hand and / or face edema (8%), headache (5.3%).

CONCLUSIONS: He level of knowledge of pregnant women is high to regulate, and that the behavior they took when presenting a sign was favorable, identifying as main signs of alarm were: pain type colic vaginal bleeding, loss of fluid

Key words: Pregnant women, signs and symptoms of alarm, behavior

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es definida por la Organización Mundial de la Salud como la muerte de una mujer durante el embarazo o durante los 42 días próximos a la finalización de este mismo, que las causas sean relacionadas con o agravadas por el embarazo o su atención, no así, en causas accidentales o incidentales.

A diario mueren aproximadamente 830 mujeres por consecuencias relacionadas con el embarazo y el parto. El 99% de los casos de mortalidad materna ocurre en países en vía de desarrollo sobre todo en zonas rurales y de escasos recursos. La gran mayoría de estas muertes podrían ser prevenibles. La mortalidad materna en Perú presenta índices altos lo que ha colocado al país en los principales renglones con esta problemática en Latinoamérica. Las principales causas de mortalidad materna en nuestro país, siguen siendo hipertensión, hemorragia e infecciones. Las cuales en su mayoría son prevenibles. O pueden ser tratadas a tiempo para evitar consecuencias mayores, por lo que un control prenatal adecuado es fundamental para poder reducir las complicaciones en el embarazo. Se sabe que la falta de conocimientos e identificación de los signos y síntomas de alarma o peligro en el embarazo, exponen a un riesgo tanto a la madre como al feto. Que la gestante tenga conocimientos correctos, hace que la búsqueda de ayuda sea más rápida y como consecuencia se toman acciones positivas en beneficio de la salud de la madre y del feto. De ahí radica la importancia de capacitar no solo al personal de salud sino también a las mujeres en edad fértil para reconocer los principales signos y síntomas de peligro y así colaborar en la búsqueda temprana de ayuda y como consecuencia reducir las complicaciones obstétricas. En el Cusco no existen estudios donde se determine cual es el nivel de conocimiento acerca del tema, por lo que en la siguiente tesis se realizó un estudio mediante una encuesta a un grupo representativo de gestantes atendidas en el hospital regional del Cusco.

CONTENIDO

RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	1
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1. PROBLEMA GENERAL.....	2
1.2.2. PROBLEMA ESPECÍFICO.....	2
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	3
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	3
1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	3
1.4. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.....	3
1.5. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION.....	4
1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
II. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL.....	5
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....	5
2.1.1 A NIVEL REGIONAL.....	5
2.1.2 A NIVEL NACIONAL.....	5
2.1.3 A NIVEL INTERNACIONAL.....	7
2.2 BASES TEORICAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
2.2.1 MORTALIDAD MATERNA.....	9
2.2.2 SIGNOS Y SINTOMAS DE EMBARAZO.....	9
2.2.3. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA.....	9
2.2.4 CONOCIMIENTOS Y CONDUCTA.....	20
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	21
III. MATERIALES Y METODOS.....	23
3.1 DISEÑO METODOLOGICO.....	23
3.1.1 FORMULACIÓN DE HIPOTESIS.....	23
3.1.2. VARIABLES.....	23
3.1.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	27
3.1.3 TIPO DE INVESTIGACION.....	29
3.1.5. POBLACION Y MUESTRA.....	29
3.2 PLAN DE RECOLECCION DE DATOS.....	30
3.3 TECNICAS Y INSTRUMENTO.....	30
3.4 PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS.....	31
IV. RESULTADOS Y ANALISIS.....	32
4.1. RESULTADOS.....	32
4.2 DISCUSION Y COMENTARIOS.....	55
V. CONCLUSIONES.....	57
VI. RECOMENDACIONES.....	58
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	59
VIII. ANEXOS.....	65

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMATICA

La mortalidad materna es un problema de salud pública, cada día mueren alrededor de 830 mujeres por causas relacionadas al embarazo y parto en el mundo, Siendo muy alto en países en vías de desarrollo y aún más provenientes de zonas rurales a pesar que la mortalidad materna se redujo en un 44% a nivel mundial desde 1990 al 2015. La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo es de 239 por 100 000 nacidos vivos en el 2015 y tan solo 12 por cada 100 000 en países desarrollados (1). En el Perú la mortalidad materna se redujo en un 10% en los últimos 4 años (2). Pero, por otro lado, el instituto nacional de estadística e informática estima que la mortalidad materna se redujo en un 49,7 % de 1994 al 2010 pasando de 185 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos (3).

Cusco se encuentra entre las regiones con cifras altas de mortalidad materna teniendo una razón de mortalidad materna de 121 por cada 100 000 nacidos vivos en el 2011 con un total de muertes maternas para ese año de 26 y 109 por cada 100 000 nacidos vivos en el 2012 con un total de muertes maternas para ese año de 21, siendo superior a las cifras que se maneja a nivel nacional (4). Ahora el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA reporta para la región cusco 30 muertes maternas para el año 2014, 18 para las 2015 y 26 muertes maternas en lo que va del 2017 (5), el distrito de Ocongate en lo que va del año 2016 registra 2 muertes maternas, así como también registra un incremento de partos domiciliarios de 24 en el 2015 a 33 en el 2016, pudiendo ser un factor que relacionado con las muertes maternas registradas en dicho distrito (6).

Dentro de las causas que ocasionan la mortalidad materna, según la organización mundial de la salud (OMS), el 80 % de las muertes maternas se producen por complicaciones como las hemorragias graves, infecciones, hipertensión gestacional, complicaciones en el parto, abortos (1).

En 2004, los centros asociados con el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP-OMS) señalaron cuatro factores que influye en los índices de mortalidad materna dentro los que se encuentra el conocimiento de los signos y síntomas de las complicaciones, y la asistencia al centro de salud durante la complicación del embarazo (7).

Dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el año 2015 planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de los ocho, el quinto objetivo para la mejora de la salud materna, los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% al 2015 (1). Por lo que el Perú debió alcanzar una razón de 66 muertes maternas por 100 000 vivos.

La meta de la Agenda de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030 (1).

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

1. ¿Cuáles son los datos estadísticos del nivel de Conocimiento mediante percentiles sobre los signos y síntomas de alarma, y la conducta frente a estos signos y síntomas de las gestantes atendidas en el Hospital regional del Cusco durante el mes de agosto 2018?

1.2.2. PROBLEMA ESPECÍFICO

- 1) ¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen las gestantes sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo mediante percentiles, de las gestantes atendidas en el hospital regional del Cusco, durante el mes de Agosto 2018?
- 2) ¿Qué signos y síntomas de alarma de la gestación, identifican principalmente las gestantes atendidas en el hospital regional del Cusco, durante el mes de Agosto 2018?
- 3) ¿Cuáles son las principales conductas frente a estos signos y síntomas de alarma de las gestantes atendidas en el hospital regional del Cusco, durante el mes de Agosto 2018?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- 1) Establecer las bases estadísticas mediante percentiles del nivel de Conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma durante la gestación, y la conducta frente a estos signos y síntomas de las gestantes atendidas en el Hospital Regional del Cusco durante el mes de Agosto 2018

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Determinar el nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo mediante percentiles, de las gestantes atendidas en el hospital Regional del Cusco durante el mes de agosto 2018
- 2) Establecer los principales signos y síntomas de alarma que identifican las gestantes durante el embarazo, de las gestantes atendidas en el hospital Regional del Cusco durante el mes de agosto 2018
- 3) Identificar las principales conductas frente a los signos y síntomas de alarma de las gestantes atendidas en el hospital Regional del Cusco durante en el mes de agosto 2018.

1.4. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

Estudios en países desarrollados sugieren una contribución positiva del análisis de la morbilidad materna, una herramienta para la identificación de los problemas en la calidad de atención.

Debido a la frecuencia considerable de morbimortalidad materna que atienden los hospitales de la región, y siendo la meta de la Agenda de Desarrollo Sostenible reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030 (1). Es de suma importancia determinar cuáles son los conocimientos de los signos de alarma, y las conductas de las gestantes, cuyos resultados a obtenerse servirán como un aporte al conocimiento desde el punto de vista científico práctico y social, que nos permitan establecer programas maternos en beneficio de la gestante de la región.

La finalidad de la investigación es que sirva como evidencia científica, que aporte información para la elaboración de estrategias para la atención materna futura.

1.5. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

- Cumplir con los principios de la declaración de helsinki de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justifica que la bioética para la investigación.
- Proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.
- Se solicitarán a las autoridades pertinentes el consentimiento informado diseñado para este estudio, cumpliendo con las normas éticas para la aplicación de investigación en poblaciones vulnerables.

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Falta de sinceridad de la población estudiada para contestar el cuestionario.
- Las creencias y costumbres por parte de las gestantes que les impida contestar el cuestionario.

1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

- La investigación es viable por la accesibilidad al Hospital Regional y por el bajo costo de su realización.

II. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL.

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

2.1.1 A NIVEL REGIONAL

Se realizó una revisión y no se logró encontrar estudios similares a nivel de la región del Cusco.

2.1.2 A NIVEL NACIONAL

Colachahua Baldoceda (Lima, Perú 2015) en su tesis “Nivel de conocimiento de las señales de alarma y conducta de la paciente con morbilidad materna extrema atendida en el instituto nacional materno perinatal. enero-febrero 2015” cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de las señales de alarma y conducta de las pacientes con Morbilidad Materna Extrema atendidas en el INMP, cuyos resultados fueron las causas de morbilidad materna extrema que motivaron el ingreso de la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos Maternos (UCIM) fueron: Preeclampsia - Síndrome de Hellp (45%), Sepsis (21,6%), Hemorragia (15%). Las principales señales de alarma que identificaron y presentaron las pacientes fueron: Cefalea (56,7%), seguido del edema de manos, pies y/o cara (45,0%), sangrado vaginal (35,0%) y pérdida de líquido amniótico (31,7%), menos frecuente fueron los pacientes que presentaron molestias urinarias (10,0%). El nivel de conocimiento de las señales de alarma en la mayoría de las pacientes con morbilidad materna extrema fue regular (66,7%), la tercera parte tenía un bajo nivel de conocimiento (33,0%) y solo 2 pacientes tuvieron un alto nivel de conocimiento (3,3%). En relación a la conducta frente a las señales de alarma en las pacientes que presentaron morbilidad materna extrema se observó que ésta fue la adecuada en un 76,7%. (8).

Ticona Rebagliati, Torres Bravo et al (Perú, 2014) en su estudio “conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el hospital nacional docente madre niño san Bartolomé, lima, Perú” cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos y prácticas sobre signos de alarma en gestantes. Dentro de los resultados Conocimientos: 93% de las gestantes consideró los signos de alarma como indicadores de peligro para la madre y el feto; Los signos con mayor reconocimiento como ‘no normales’ durante la gestación fueron ‘sangrado vaginal’ (87,3%), ‘alteración de movimientos fetales’ (86,6%) y ‘fiebre’ (86%). El 100% sabía que debe acudir a un centro de salud de inmediato. Prácticas: Los signos por los cuales la mayor proporción de gestantes acudió a emergencia fueron convulsiones (100%), no crecimiento de barriga conforme a la gestación (100%), ardor al orinar (86,1%), sangrado vaginal (84,4%) y fiebre (84,2%). Conclusiones: La mayoría de pacientes consideró a los signos de alarma como peligro; de presentarse algunos de estos signos, todas conocían que deben acudir a un centro de salud inmediatamente y siempre acudirían (9).

Flores Bazán, Ylatoma Meléndez(peru,2012) en su estudio “relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el centro de salud morales, junio – setiembre 2012” cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y sus actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales. Los resultados encontrados fueron: El 54.8% se encuentran en el grupo etario de 20 a 34 años de edad; el 74.2% refiere haber recibido información sobre el tema; el 71% recibió dicha información por parte de un profesional de salud. El 51.6% tienen un conocimiento alto del tema. Se encontró que el 41.9% de la muestra estudiada identifica al sangrado vaginal, fiebre y pérdida de líquido amniótico como los signos y síntomas reconocidos por ellas. Así mismo se encontró que el 96.8% tiene una actitud favorable con respecto a los signos y síntomas de alarma del embarazo (10).

2.1.3 A NIVEL INTERNACIONAL

Okour A, y col 2012, Jordania realizaron el estudio “conocimiento de los signos y síntomas de peligro de la complicación del embarazo entre las mujeres en Jordani ”. El 84,8 % de las mujeres entrevistadas no estaban al tanto de las señales de peligro y síntomas de complicación del embarazo. El análisis multivariado reveló que el nivel de educación de las parejas y recibieron información sobre los signos de alarma están asociados con el conocimiento de los signos y síntomas de peligro en la gestación ($p=0,02$). Concluyeron que el conocimiento de los signos de peligro y síntomas de complicación del embarazo entre las mujeres en Jordania es bajo (11).

Hoque M. y col (2011, Alemania), “Knowledge of danger signs for major obstetric complications among pregnant KwaZulu-Natal women: implications for health education”. Evaluaron el nivel de conocimientos sobre señales de peligro del embarazo, la edad media de las gestantes fue de 26 años, donde las adolescentes representaron el 13%. Aunque el 92% de la población asistieron a los centros de salud, sólo la mitad (52%) de ellas sabía de algunas de las "señales de peligro" de embarazo. El conocimiento de las "señales de peligro" del embarazo se asoció significativamente con la edad de la madre (12).

Almeida N. (2012, Colombia), “Caracterización de la mortalidad y morbilidad materna extrema en el Hospital Universitario de Stander”. Se realizó el estudio en 164 casos de pacientes con morbimortalidad extrema (MME). La mortalidad fue del 5,94%; donde las principales causas principales de la MME fueron los trastornos hipertensivos (56%), hemorragia postparto (17%), sepsis de origen no obstétrico y causas misceláneas (12%). Los retrasos tipo IV (45.12%) y tipo I (37.8%) fueron los más frecuentes (13).

Rodríguez E. y col (2008, México), “Efecto de una intervención comunitaria para mejorar conocimientos sobre signos de alarma de complicaciones maternas en mujeres mayas de 10 Yucatán, ensayo controlado, aleatorizado”. Evaluaron una intervención comunitaria, donde observaron que la intervención incrementó el conocimiento sobre signos de alarma para preeclampsia-eclampsia en 42.9%, hemorragia obstétrica en 32.1% y sepsis puerperal en 25.0%. Concluyeron que la intervención comunitaria mejoró los conocimientos de las mujeres sobre los signos de alarma (14).

Peña I. y col (2007, Colombia), “Frecuencia de Morbilidad Materna Extrema. Condiciones y Factores que intervienen en su presentación. Hospital Universitario San José De Popayán”. En su estudio identificaron a 105 pacientes con casos de morbilidad extrema, se estimó una frecuencia de 3,49%. Ocurrieron 3 casos de mortalidad materna que representa el 2.8% de la morbilidad extrema y el 0,09% del total de atenciones por causa obstétrica. La principal causa asociada a MME fue la pre eclampsia severa, seguida por complicaciones hemorrágicas, causas infecciosas y complicaciones de enfermedades agravadas por la gestación. Las pacientes manifestaron dificultades en el proceso de atención durante la gestación relacionadas con falta de búsqueda de la atención o difícil acceso geográfico (15).

García J., Montañez M. (2006, México). “Signos y síntomas de alarma obstétrica acerca del conocimiento que tienen las mujeres”. En su estudio se encontró que el 72.2% 54.4% y 46.2% de las no gestantes conocieron los signos de alarma durante el embarazo, parto y puerperio, respectivamente. De las gestantes, 92.9%, 62.7% y 25%, respectivamente, conocieron los signos de alarma durante embarazo, parto y puerperio. Por lo que se encontró asociación entre embarazo previo y conocer los datos de alarma. 3 representan el 83% acudirían al Hospital en caso de presentar alguna señal de peligro, 4 embarazadas que representa el 17% acudiría a la partera (16).

2.2 BASES TEORICAS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 MORTALIDAD MATERNA

Muerte materna

Una muerte materna es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales (17).

2.2.2 SIGNOS Y SINTOMAS DE EMBARAZO

El embarazo y el parto son procesos fisiológicos naturales que deberían desarrollarse sin problemas para la madre y el producto. Sin embargo, durante estos procesos se pueden presentar complicaciones graves que ocasionan morbilidad, secuelas y en última instancia, la muerte de la madre, el feto o el recién nacido (20).

Según la Organización Mundial de la Salud, los signos y síntomas de alarma del embarazo son aquellos que indican que la salud de la gestante y del producto de la concepción está en peligro (1)

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

2.2.3. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA

2.2.3.1. FIEBRE

Fiebre intraparto, es decir, la fiebre durante el parto puede ser debido a una etiología infecciosa o no infecciosa y puede conducir a una variedad de secuelas tanto materna y neonatal. Se han reportado numerosos

factores de riesgo de fiebre intraparto, tales como nuliparidad, trabajo de parto prolongado, y la ruptura prematura de membranas. Estas características describen las mujeres propensas a desarrollar una infección intraamniótica, que son las dos causas comunes de fiebre intraparto (21).

2.2.3.2. EDEMAS

En el embarazo el edema es de inicio gradual, progresivo, leve, localizado en los tobillos, los pies, de predominio vespertino, blando, blanco, indoloro, aumenta al estar de pie y en embarazos múltiples, disminuye en posición de decúbito lateral izquierdo y al elevar los miembros pélvicos a 30°, es más frecuente en el segundo trimestre, permanece incluso 10 días después del parto. En cambio, el edema en la Preeclampsia es de inicio súbito después de la semana 20 de embarazo (>900 g/ semana), se localiza en la cara, las manos y los miembros pélvicos, es blando, blanco, indoloro, aumenta con la posición de pie, disminuye, pero no desaparece en decúbito lateral izquierdo, con los miembros pélvicos elevados a 30°, puede haber cefalea, dolor en el epigastrio, trastornos visuales e hipertensión (22).

El edema clínicamente significativo de la cara y manos ocurre en aproximadamente el 50% de las mujeres embarazadas, mientras que el edema de los miembros inferiores no asociado a hipertensión ocurre en el 80% de las embarazadas. Son múltiples los factores que contribuyen a su aparición: aumento de la retención hídrica, de la permeabilidad capilar y del flujo sanguíneo; disminución de la presión osmótica del plasma a consecuencia de las hormonas del embarazo. Si el edema compromete la cara, las extremidades superiores y se presenta un aumento exagerado de peso, especialmente en el tercer trimestre de la gestación, debemos pensar y descartar un síndrome hipertensivo del embarazo o una enfermedad renal. Por lo cual es importante la asistencia al hospital de inmediato (10).

2.2.3.3. SANGRADO VAGINAL:

El sangrado vaginal es un evento común en todas las etapas del embarazo. La fuente es prácticamente siempre materna, en lugar de fetal. El sangrado puede resultar de la interrupción de los vasos sanguíneos en la decidua (es decir, endometrio embarazo) o a partir de lesiones cervicales o vaginales discretos. El clínico normalmente hace un diagnóstico clínico provisional en base a la edad gestacional de la paciente y el carácter de su sangrado (ligero o pesado, asociada con dolor o sin dolor, intermitente o constante). Las pruebas de laboratorio y de imagen se utilizan para confirmar o revisar el diagnóstico inicial.

▪ Sangrado en el primer trimestre

El sangrado vaginal es común durante el primer trimestre, que se producen en el 20 al 40 por ciento de las mujeres embarazadas. Puede ser cualquier combinación de ligero o pesado, intermitente o constante, dolorosa o indolora. Las cuatro fuentes principales de hemorragia traumática en el embarazo temprano son:

- El embarazo ectópico
- Aborto Involuntario

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

▪ Sangro vaginal en el segundo y tercer trimestre

Sangrado es menos común en el segundo y tercer trimestre. Las principales causas de sangrado en estos momentos son: placenta previa, desprendimiento de placenta, ruptura uterina y vasa previa. El primer paso en la evaluación es determinar la extensión de la hemorragia y si el

sangrado se acompaña de dolor. La ecografía transvaginal es la piedra angular en la evaluación de sangrado en el segundo trimestre, los objetivos principales son determinar si la placenta está cubriendo el orificio cervical (placenta previa), si existe evidencia de hemorragia decidual causando la separación de la placenta (es decir, desprendimiento prematuro de la placenta), el diagnóstico es de exclusión ya que la separación de la placenta por lo general no se puede visualizar en la ecografía; solo un 2% se visualiza (23).

- **Placenta previa**

La gestión de los embarazos complicados por la placenta previa se aborda mejor en términos de la relación clínica: mujeres asintomáticas, las mujeres que están sangrando activamente, y las mujeres que son estables después de uno o más episodios de sangrado activo.

Placenta previa debe sospecharse en cualquier mujer que se presenta con sangrado vaginal en la segunda mitad del embarazo. Clásicamente, la ausencia de dolor y de contracciones uterinas se considera la característica clínica que distingue entre placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta. La placenta previa aumenta el riesgo de hemorragia preparto (RR 9,8), durante el parto (RR 2,5) y post parto (RR 1,9). El riesgo es más alto en pacientes con acretismo placentario. La hemorragia puede conducir a la inestabilidad hemodinámica, disminución de la perfusión tisular, la hipoxia celular, daño de órganos y la muerte. La tasa de mortalidad materna asociada a la placenta previa es menos del 1 por ciento en los países ricos en recursos, pero sigue siendo alta en los países de escasos recursos, donde la anemia materna y la falta de recursos médicos son comunes (24).

- **Desprendimiento prematuro de placenta**

El desprendimiento de placenta se refiere a un sangrado en la interfaz decidual-placentaria que causa el desprendimiento de la placenta parcial o total antes de la entrega del feto. El diagnóstico es típicamente reservado para los embarazos de más de 20 semanas de gestación. Los

principales hallazgos clínicos son sangrado vaginal y dolor abdominal, a menudo acompañada de contracciones uterinas hipertónicas, sensibilidad uterina, y un patrón desalentadora frecuencia cardíaca fetal (FCF). Es una causa importante de morbilidad materna y perinatal y la mortalidad perinatal. La tasa de mortalidad perinatal es de aproximadamente el 12 por ciento (frente al 0,6 por ciento en los nacimientos fuera del desprendimiento). La mayoría de las muertes perinatales (hasta el 77 por ciento) se produce en el útero; muertes en el periodo postnatal se relacionan principalmente con el parto prematuro. Sin embargo, la mortalidad perinatal asociada con desprendimiento parece estar disminuyendo.

El desprendimiento de placenta complica 0,2 a 1 por ciento de los embarazos. La incidencia parece estar aumentando, posiblemente debido al aumento en la prevalencia de factores de riesgo.

La causa inmediata de la separación prematura de la placenta es la ruptura de los vasos maternos en la decidua basal, donde se interconecta con las vellosidades de anclaje de la placenta. En raras ocasiones, la hemorragia se origina en los vasos de la placenta fetal. La acumulación de sangre divide la decidua, separación de una capa delgada de decidua con su desprendimiento de la placenta del útero. El sangrado puede ser pequeño y autolimitada, o puede continuar para diseccionar a través de la interfaz de la placenta decidual, llevando a la completa separación de la placenta o cerca completa (25).

La etiología de la hemorragia en la decidua basal sigue siendo especulativa en la mayoría de los casos, a pesar de una amplia investigación clínica y epidemiológica. Una pequeña proporción de todos los abruptos están relacionadas con eventos súbitos mecánicos, tales como un traumatismo cerrado abdominal o descompresión rápida uterino, que causan cizallamiento de la placenta inelástica debido a estiramiento o la contracción de la pared uterina subyacente en forma súbita (25).

2.2.3.4. PÉRDIDA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO

La ruptura prematura de las membranas (RPM) se refiere a la ruptura de las membranas fetales antes de la aparición de contracciones uterinas regulares. Puede ocurrir a término (≥ 37 semanas de gestación) o prematuros (< 37 semanas de gestación).

La RPM depende de varios factores, lo más importante es la edad gestacional en la ocurrencia y la condición clínica materno-fetal.

El diagnóstico de la RPM se basa en una historia característica (es decir, pérdida de líquido por la vagina) y el examen con espéculo (es decir, la visualización de fluido que fluye desde el orificio cervical), complementada por pruebas de diagnóstico de líquido en el fondo de saco posterior como (nitrazina, hehecho) en los casos de incertidumbre diagnóstica.

Aproximadamente un tercio de las mujeres con rotura prematura de membranas desarrollan infecciones potencialmente graves como la infección intraamniótica (corioamnionitis y funisitis), endometritis y septicemia, lo cual contribuye al aumento de morbilidad materna. El feto y el recién nacido se encuentran con mayor riesgo de morbilidad y está relacionada con la prematuridad la cual depende de la edad gestacional y es mayor cuando se presenta corioamnionitis (26).

2.2.3.5. NÁUSEAS Y VÓMITOS EXCESIVOS

Náuseas con o sin vómitos es tan común en el embarazo temprano que los síntomas leves pueden ser consideradas como parte de la fisiología normal del primer trimestre. Sin embargo, estos síntomas pueden afectar significativamente la calidad de vida de la mujer embarazada, sobre todo cuando son persistentes y / o severa.

La hiperemesis gravídica es el término utilizado para describir el extremo grave del espectro de síntomas (pérdida de peso inferior o igual a 5 por ciento del peso corporal antes del embarazo).

Algún grado de náuseas con o sin vómitos se produce en el 50 a 90 % de los embarazos, con inicio a la 5ta o 6ta semana de gestación, alcanzando un máximo de nueve semanas, y por lo general suelen disminuir entre las

16 a 20 semanas de gestación; sin embargo, los síntomas pueden continuar hasta el tercer trimestre en el 15 a 20 % de las mujeres y hasta el parto en un 5 %.

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

La patogénesis tiene que ver con las concentraciones pico séricas de gonadotropina coriónica humana (hCG) durante el primer trimestre, momento en que la hiperémesis gravídica es vista normalmente. Se ha observado que la concentración sérica de hCG es mayor en las mujeres con hiperémesis que en otras mujeres embarazadas y que las náuseas y los vómitos son peores en las mujeres con gestaciones múltiples y mola hidatidiforme, condiciones asociadas con altos niveles de hCG, también apoyan un posible papel etiológico de esta hormonal (27).

2.2.3.6 HIPERTENSIÓN -CEFALEA, TRANSTORNOS VISUALES Y AUDITIVOS

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

La hipertensión gestacional y preeclampsia / eclampsia son los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo; ambos trastornos desaparecen después del parto. La hipertensión gestacional es la causa más común de hipertensión en mujeres embarazadas (28)

La hipertensión gestacional es un diagnóstico clínico definido por la nueva aparición de la hipertensión (presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y / o presión arterial diastólica ≥ 90 mm Hg) en ≥ 20 semanas de gestación en ausencia de proteinuria o nuevos signos de disfunción de órganos diana. Las lecturas de la presión arterial deben ser documentado por lo menos en dos ocasiones por lo menos cuatro horas de diferencia. La hipertensión gestacional es grave cuando la presión arterial sistólica ≥ 160 mm Hg es y / o la presión arterial diastólica es ≥ 110 mmHg en dos mediciones de presión arterial consecutiva al menos cuatro horas de diferencia.

La hipertensión gestacional es un diagnóstico temporal para hipertensas embarazadas mujeres que no cumplen los criterios para la preeclampsia o hipertensión crónica (hipertensión primera detectada antes de la 20 semana de embarazo) (28)

- **La preeclampsia**

Se refiere a la nueva aparición de la hipertensión y la proteinuria ya sea o disfunción de los órganos diana o ambos después de 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa, y se define como presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg, medida en dos ocasiones por lo menos con seis horas de diferencia y proteinuria $>0,3$ g/día. Una presión arterial sistólica de ≥ 160 mm Hg o presión arterial diastólica de ≥ 110 mm Hg en dos ocasiones por lo menos cuatro horas de diferencia es una característica de preeclampsia severa. La preeclampsia se estima que ocurre en 4.6 % de los embarazos en todo el mundo (29). En 2013, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos elimina la proteinuria como un criterio esencial para el diagnóstico de preeclampsia con características graves. También eliminado la proteinuria masiva (5 gramos / 24 horas) y la restricción del crecimiento fetal como posibles características de la enfermedad severa debido a la proteinuria masiva tiene una pobre correlación con el resultado

y la restricción del crecimiento fetal se gestiona de manera similar si la preeclampsia se diagnostica. Oliguria también fue eliminado como una característica de la enfermedad grave (14).

- **La eclampsia**

se refiere al desarrollo de ataques epilépticos en una mujer con preeclampsia, en ausencia de otras condiciones neurológicas que podrían explicar la convulsión (14).

Manifestaciones del sistema nervioso central de la preeclampsia incluyen dolor de cabeza, síntomas visuales y auditivos, e hiperreflexia generalizada (29).

CEFALEA. - Dolor de cabeza en la preeclampsia puede ser temporal, frontal, occipital, o difusa. Por lo general es un palpitante / fuerte dolor, pero puede un dolor penetrante. Aunque no es patognomónico, una característica que sugiere dolor de cabeza relacionados con la preeclampsia en lugar de otro tipo de dolor de cabeza es que persiste a pesar de la administración de un exceso de analgésicos y puede llegar a ser grave (es decir, incapacitante, "el peor dolor de cabeza de mi vida"). (30).

TRASTORNOS VISUALES. - Los síntomas visuales son causados, al menos en parte, por la retina espasmo arteriolar de la retina. Los síntomas incluyen visión borrosa, destellos de luz o chispas (fotopsia), y escotomas (zonas oscuras o lagunas en el campo visual). También se pueden presentar diplopía o amaurosis fugaz (ceguera en un ojo). Ceguera cortical es rara y generalmente transitorios. (31).

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

Las convulsiones en una mujer con preeclampsia significan un cambio en el diagnóstico de eclampsia, se caracteriza por ser de tipo tónico clónico

generalizado. Uno de cada 400 preeclampsia leve y 1 en 50 mujeres con preeclampsia severa desarrollan convulsiones eclámpicas. (23).

2.2.3.7 DOLOR EPIGASTRICO

Dolor epigástrico" se define como "angina de pecho con preeclampsia" (PEA). Se asocia fuertemente con preeclampsia grave, pero a menudo no se reconoce, sobre todo cuando no se acompaña de características habituales de la preeclampsia. Se experimenta normalmente como un dolor intenso que comienza en la noche, normalmente alcanza su máximo en el bajo retrosternum o epigastrio, constante e incesante de 1-6 h. Se puede irradiarse o estar confinado a hipocondrio derecho o la espalda. El hígado es tierno a la palpación. El dolor puede preceder al diagnóstico de preeclampsia por 7 días o más y puede ser la única anomalía en la presentación de tal manera que la preeclampsia no es sospechoso. Es de mal pronóstico y se asocia con una alta tasa de complicaciones maternas y fetales. Laboratorio y anormalidades clínicas de la preeclampsia son en última instancia, se manifiesta en todos los casos, pero su ausencia en el momento de la presentación pueden dar lugar a diagnósticos erróneos alternativos. El reconocimiento de este síntoma característico dará lugar a un diagnóstico precoz de la preeclampsia en los casos atípicos, con el potencial para evitar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal (32).

2.2.3.8 DISMINUCION DE LOS MOVIMIENTOS FETALES

El movimiento fetal (MF) es uno de los primeros signos de viabilidad fetal, aunque no es detectado por la gestante hasta las 18-22 semanas, en multíparas suele suceder antes, a partir de las 16-18 semanas (en pacientes obesas puede demorarse hasta las 24 semanas). En condiciones normales, a las 20 semanas de gestación ya han aparecido todos los movimientos fetales (movimientos de tronco, extremidades, movimientos respiratorios), alcanzando su máxima intensidad a partir de las 28 semanas. Posteriormente, los períodos de menor percepción en la actividad fetal aumentan al aumentar la edad gestacional debido a una

acentuación del ritmo circadiano, sin estar indicando un problema fetal, ya que tanto la fuerza como la duración de los movimientos aumentan al aumentar las semanas de gestación hasta las 40-41 semanas.

Por otro lado, el correcto mantenimiento de los movimientos fetales nos está informando acerca del bienestar fetal. Una vez descartados factores confusores (tales como: tipo de actividad materna y posición, ayuno), la patología que con mayor frecuencia se asocia a esta DMF en un feto que previamente los había adquirido correctamente es la insuficiencia placentaria. De esta manera, cuando existe una situación de hipoxia, tanto aguda como crónica, el feto lo manifiesta presentando una disminución de los movimientos fetales y frecuentemente lo presenta antes de acontecer un éxitus fetal ante parto. Se ha estimado que hasta un 25% de fetos que presentan una DMF presentarán alguna complicación perinatal (la más frecuente: retraso de crecimiento intrauterino (33)).

2.2.3.9 CONTRACCIONES UTERINAS ANTES DE LAS 37 SEMANAS

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

Es más probable un verdadero trabajo de parto cuando hay un aumento en la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones. Aunque muchos investigadores han intentado, nadie ha sido capaz de identificar una frecuencia de contracción umbral que identifica de manera efectiva a las mujeres que progresarán al verdadero trabajo de parto. Cambios cervicales en el examen físico que preceden o acompañan verdadero trabajo incluyen la dilatación, borramiento, ablandamiento, y a una posición cervical más anterior (34).

El parto pretérmino es la aparición de contracciones uterinas regulares asociados con el cambio cervical progresiva entre la viabilidad y las 37 semanas de gestación. La incidencia es de entre 5% y 10% en los países más desarrollados. En los EE.UU., la incidencia ha aumentado del 9% al

12% en las últimas dos décadas. El parto prematuro puede estar asociada con complicaciones neonatales inmediatas como a largo plazo. morbilidad a largo plazo incluye la parálisis cerebral, retraso del desarrollo neurológico y la enfermedad pulmonar crónica (35). Criterios clínicos específicos que se han utilizado para la selección de los sujetos en entornos de investigación incluyen contracciones uterinas persistentes (4 cada 20 minutos o 8 cada 60 minutos) con cambio cervical documentado o cervical borramiento $\geq 80\%$ o cervical dilatación $> 3\text{cm}$. Se eligieron estos criterios porque las mujeres que no cumplan estos criterios a menudo son diagnosticadas en última instancia de amenaza de parto prematuro. (36). El parto prematuro es la causa directa más importante de muerte neonatal (muerte en los primeros 28 días de vida), y es responsable de 27 por ciento de las muertes neonatales en todo el mundo (37).

2.2.4 CONOCIMIENTOS Y CONDUCTA

2.2.4.1 CONOCIMIENTOS:

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección. El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. (38).

2.2.4.2 CONDUCTA:

Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas (38).

Actitud es el estado de disposición adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones (39).

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Signo: Fenómeno que, reconocido por el médico en el organismo del paciente y apreciado por él, permite llegar al diagnóstico y al pronóstico de la enfermedad. Los signos se deducen de los síntomas de la enfermedad y también de la constitución, del estado anterior y de la herencia del paciente (40).

Síntoma: Manifestación subjetiva de una enfermedad, apreciable solamente por el paciente, como el dolor, picor, visión de “moscas volantes”, etc (41).

La fiebre: la fiebre durante el parto puede ser debido a una etiología infecciosa o no infecciosa y puede conducir a una variedad de secuelas materna y neonatal. Se han reportado numerosos factores de riesgo de fiebre intraparto, tales como nuliparidad, trabajo de parto prolongado, y la ruptura prematura de membranas (21).

Edemas (Hinchazón de cara, manos y/o pies): el edema en la Preeclampsia es de inicio súbito después de la semana 20 de embarazo (>900 g/ semana), se localiza en la cara, las manos y los miembros pélvicos (22)

Sangrado vía vaginal: Pérdida de sangre por canal vaginal siendo anormal durante el segundo y tercer trimestre, las principales causas de sangrado en estos momentos son: placenta previa, desprendimiento de placenta, ruptura uterina y vasa previa. El primer paso en la evaluación es determinar la extensión de la hemorragia y si el sangrado se acompaña de dolor.

Perdida de líq. Claro con olor a lejía: Pérdida de líquido por la vagina y el examen con espéculo (es decir, la visualización de fluido que fluye desde el orificio cervical), complementada por pruebas de diagnóstico de líquido en el fondo de saco posterior como (nitrazina, helecho) en los casos de incertidumbre diagnóstica.

Náuseas y Vómitos frecuentes: Aparición de vómitos persistentes acompañados de pérdida de peso superior al 5 % en el primer trimestre, sin relación con otras causas, que pueden evolucionar de manera severa.

Dolor de cabeza: El dolor de cabeza esta relacionado con la preeclampsia en lugar de otro tipo de dolor de cabeza es que persiste a pesar de la administración de analgésicos y puede llegar a ser grave (es decir, incapacitante, "el peor dolor de cabeza de mi vida").

La visión borrosa-manchitas: Los síntomas visuales son causados, al menos en parte, por espasmos arteriulares de la retina. Los síntomas incluyen visión borrosa, destellos de luz o chispas (fotopsia), y escotomas (zonas oscuras o lagunas en el campo visual).

Zumbido de oído: El término médico para el hecho de "escuchar" ruidos en los oídos cuando no hay una fuente sonora externa.

Dolor abdominal: Se asocia fuertemente con preeclampsia grave, pero a menudo no se reconoce, sobre todo cuando no se acompaña de características habituales de la preeclampsia. Se experimenta normalmente como un dolor intenso que comienza en la noche, normalmente alcanza su máximo en el bajo retrosternum o epigastrio, constante e incesante de 1-6 h.

Disminución de movimientos fetales: No percepción de movimientos fetales a partir de las 24 semanas de gestación o la ausencia aguda de movimientos fetales de >2 horas de duración en una gestante que anteriormente los percibía.

Contracciones antes de la sem. 37: es la aparición de contracciones uterinas regulares asociados con el cambio cervical progresiva entre la viabilidad antes de las 37 semanas de gestación.

III. MATERIALES Y METODOS

3.1 DISEÑO METODOLOGICO

3.1.1 FORMULACIÓN DE HIPOTESIS

Hipótesis General

El conocimiento y las conductas que tienen las gestantes están relacionadas; aquellas que conocen más sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo, tienen conductas más positivas frente a estos signos y síntomas de alarma.

hipótesis Específicas

1) Las gestantes, que tienen más edad, más número de gestaciones, más estudios, tienden a tener mayor nivel de conocimientos sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo.

2) Las gestantes que tienen más edad, más número de gestaciones, más estudios, tienen conductas más favorables frente a los signos y síntomas de alarma en el embarazo.

3.1.2. VARIABLES

➤ Variables independientes:

- Nivel de conocimiento de las gestantes sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo.

Signos y Síntomas.

- La fiebre
- Edemas (Hinchazón de cara, manos y/o pies)
- Sangrado vía vaginal
- Perdida de líq. Claro con olor a lejía
- Náuseas y Vómitos frecuentes

- Dolor de cabeza
- La visión borrosa/manchitas
- Zumbido de oído
- Dolor abdominal
- Disminución de movimientos fetales
- Contracciones antes de la sem. 37
- Ardor al orinar.

➤ **Variables dependientes:**

- Conductas de las gestantes frente a los signos y síntomas de alarma en el embarazo.

➤ **variables No implicadas**

- Edad
- Lugar de procedencia
- Nivel de instrucción
- Numero de gestaciones

3.1.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	TIPO	ESCALA	FUENTE DE VERIFICACIÓN	INDICADOR
VARIABLE INDEPENDIENTE: NIVEL DE CONOCIMIENTO SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA	<p>Hechos o información adquiridos a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica referente a la realidad.</p> <p>Son los signos o síntomas que puede presentar una mujer embarazada, los cuales varían dependiendo del tiempo de gestación y otros factores, y necesitan de una atención inmediata, para evitar complicaciones que podrían poner en peligro la vida de la madre y/o el bebé.</p>	<p>Alto</p> <p>Medio</p> <p>regular</p> <ul style="list-style-type: none"> • La fiebre • Edemas (Hinchazón de cara, manos y/o pies) • Sangrado vía vaginal • Perdida de liq. Claro con olor a lejía • Náuseas y Vómitos frecuentes • Dolor de cabeza • La visión borrosa/manchitas • Zumbido de oído • Dolor abdominal • Disminución de movimientos fetales • Contracciones antes de la sem. 37 • Ardor al orinar. • 	<p>Independiente cualitativa</p> <p>Dependiente - cualitativa</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<p>Encuesta</p> <p>Encuesta</p>	<p>Bajo 0- 6</p> <p>Regular 7-10</p> <p>Alto 11-14</p> <p>Adecuado</p> <p>No adecuado</p>

VARIABLE DEPENDIENTE: CONDUCTA	<p>Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento de actuar</p>	<p>Adecuado No adecuado</p>	<p>Dependiente cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Encuesta</p>	<p>Adecuado No adecuado</p>
---	---	---------------------------------	--------------------------------	----------------	-----------------	---------------------------------

3.1.3 TIPO DE INVESTIGACION

Es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, longitudinal.

3.1.5. POBLACION Y MUESTRA

POBLACIÓN:

Estará conformado por todas las gestantes que acudieron al servicio de emergencia de gineco-obstetricia del hospital regional durante el mes, de julio-agosto del 2018.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Gestantes que acuden al servicio de emergencia de gineco-obstetricia del hospital regional del Cusco.
- Gestantes de todo estrato social y grado de instrucción.
- Gestantes que firmen el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Gestantes con alteraciones mentales
- Gestantes con discapacidad auditiva y vocal.
- Gestantes que no deseen participar voluntariamente en el estudio.

POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO, UNIDAD DE ANÁLISIS.

Estará conformado por las gestantes que acudieron al servicio de emergencia de ginecoobstetricia del hospital regional del Cusco durante el mes de agosto 2018, que en promedio según datos del cuaderno de registro de emergencia del servicio de ginecoobstetricia por guardia se atienden en promedio 10 emergencias por guardia día siendo un total de 300 gestantes en un mes.

N: 300 gestantes atendidas en un mes

Unidad de análisis: Gestantes atendidos en el servicio de emergencia de gineco-obstetricia del hospital regional del Cusco durante el mes de agosto 2018

MUESTRA:

Se realizará un muestreo probabilístico, constituida por 169 gestantes que acuden al hospital regional durante el mes de agosto 2018.

- Margen: 5%
- Nivel de confianza: 95%

Población (**N**) = 300

Muestra (**n**)= 169

$$n = \frac{N(Z)^2(p)(q)}{(N - 1)(E^2) + Z^2pq}$$

Donde:

n: paciente de la muestra

Z: nivel de confianza 95%=1.96

p: 50%

q: complemento de p= 50%

E: error= 6%=0.06

$$n = \frac{300(1.96)^2 \cdot (0.5)(0.5)}{(300 - 1)(0.06)^2 + (1,96)^2(0.5)^2}$$
$$n = 169$$

3.2 PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

3.3 TECNICAS Y INSTRUMENTO

La técnica utilizada para la recolección de los datos fue mediante una encuesta a los pacientes atendidos en consultorios de emergencia de Gineco-Obstetrica del hospital regional. durante el mes de Agosto del 2018. El instrumento constara de 2 partes: Una encuesta de 14 preguntas sobre el nivel de conocimiento y otra encuesta de 2 preguntas sobre la conducta ante las señales de alarma (Ver Anexo 1). Antes de la aplicación de las encuestas en las pacientes gestantes, se procedió a validar el instrumento mediante juicio de expertos, conformados por

5 profesionales de la salud, los cuales refirieron ciertos cambios con respecto a la redacción, semántica y opciones de respuesta, modificándose las encuestas con las sugerencias dadas. (Ver Anexo 2).

3.4 PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Para la realización del presente estudio se procedió a seguir las siguientes pautas se solicitó la autorización del Comité de Investigación y Dirección del hospital regional del cusco, correspondiente se realizara la encuesta de las pacientes que acudieron por consultorio de emergencia del servicio de ginecoobstetricia en el periodo de estudio, de agosto del 2018, que cumplieron con los criterios de inclusión. o Antes de efectuar las preguntas del cuestionario se procedió a leer en forma clara el consentimiento informado (Anexo 1), que luego de ser aceptado se realizó la encuesta. y Para determinar el “nivel de conocimiento” se evaluó cada una de las preguntas del cuestionario y dependiendo del número de aciertos se clasificó de la siguiente manera: Nivel alto: 11 a 14 puntos (Puntajes superiores al percentil 75), nivel regular: 7 a 10 puntos (Puntajes entre el percentil 50 y percentil 75), nivel bajo: 0 a 6 puntos (Puntajes inferiores al percentil 50). Esta categorización se sustenta en el uso estándar de calificación de desaprobados (Menor de la mitad cuyo punto de corte es la Mediana) y de calificación de aprobados (Puntajes altos cuyo punto de corte son el 25%, percentil 75, que tuvieron mayor calificación). Para determinar la “conducta” se analizará como adecuado y no adecuado de acuerdo a la puntuación obtenida en el cuestionario. o Finalmente, una vez recolectada la información, se procederá a la tabulación de estos datos para su posterior evaluación y análisis.

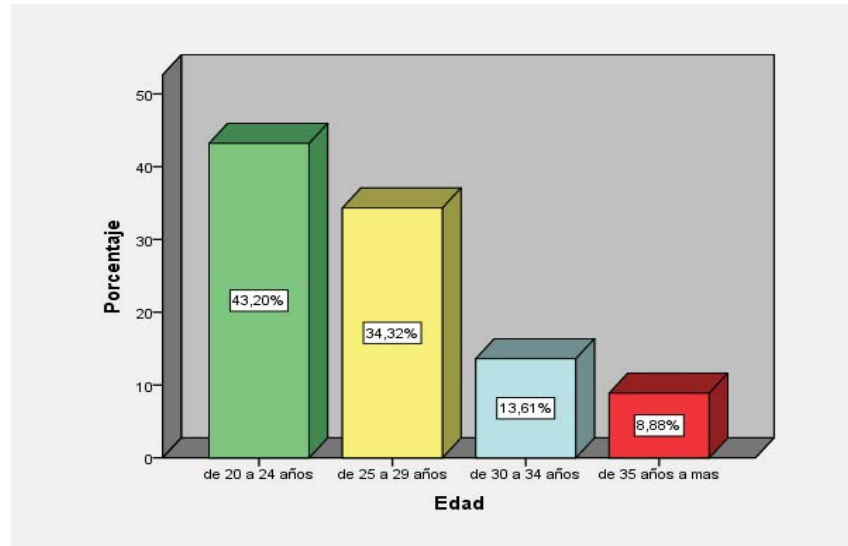
La información recogida mediante la técnica fue ingresada a una base de datos en el programa IBM Statistics SPSS versión 20.0 para su análisis. El análisis descriptivo para las variables cualitativas consistió en la evaluación de las frecuencias absolutas y frecuencias relativas (porcentajes), y para las variables cuantitativas se estimaron las medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar y rango). o Para la presentación de los datos se utilizaron herramientas gráficas principalmente el diagrama de barras y diagrama circular.

IV. RESULTADOS Y ANALISIS

4.1. RESULTADOS

GRAFICO N°1

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS: DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE GESTANTES POR EDAD- HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO 2018

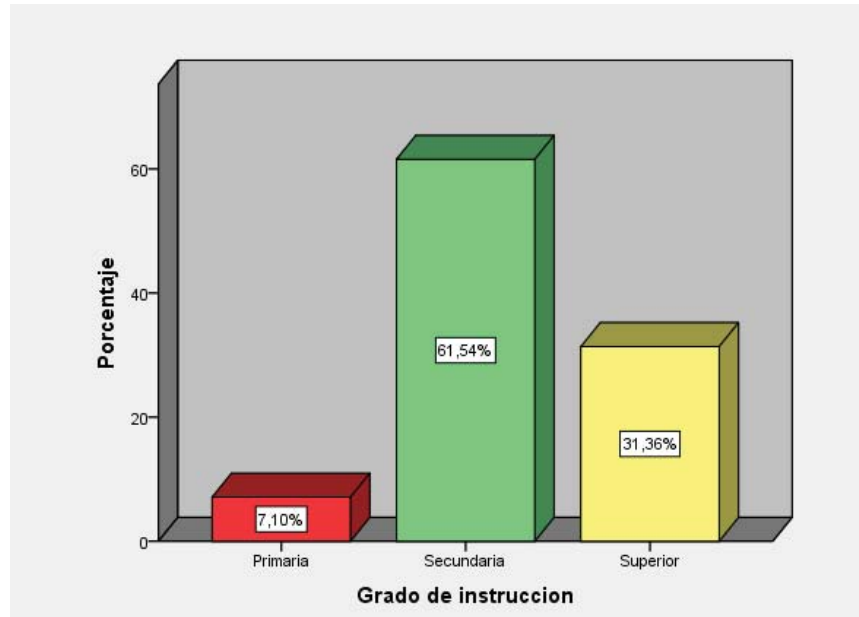


Fuente: Ficha De Recolección De Datos

Se encuestaron un total de 169 gestantes los cuales fueron distribuidos por edad observándose un predominio de gestante comprendidos entre las edades de 20 a 24 años (43.20%).

GRAFICO N°2

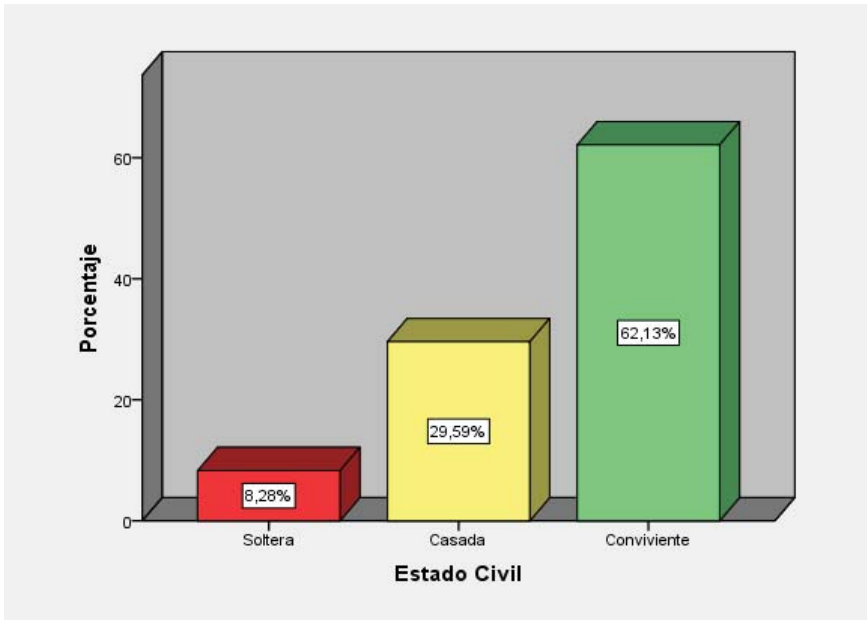
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS: DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE GESTANTES POR GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO 2018



Fuente: Ficha De Recolección De Datos

Según los datos obtenidos mediante las encuestas realizadas, se observa que en el gráfico nro. 02 el 61.54% de las encuestadas tiene un grado de instrucción secundario, el 31.36% tiene un grado de instrucción superior, mientras que el 7.10% tiene un grado de instrucción de primaria.

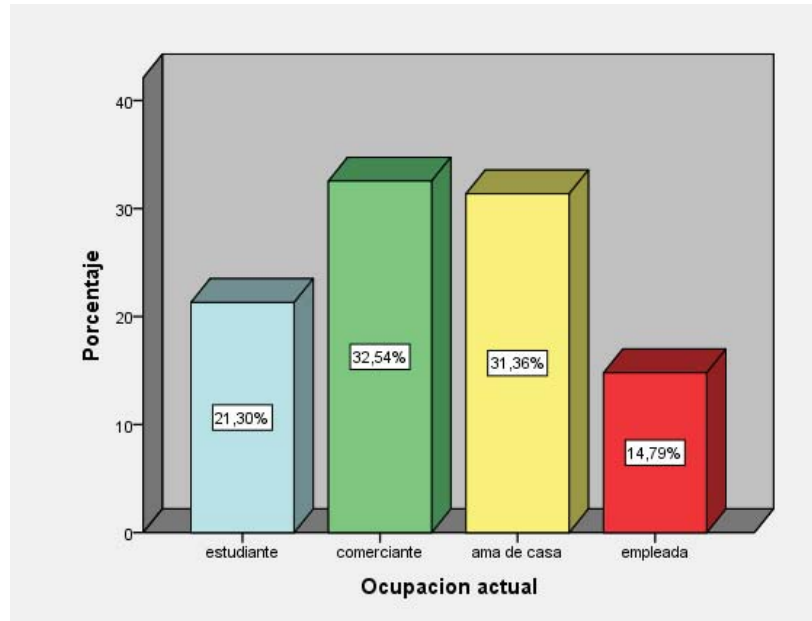
GRAFICO N°3
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS: DISTRIBUCION DE LA POBLACION
DE GESTANTES SEGÚN SU ESTADO CIVIL DEL HOSPITAL REGIONAL DEL
CUSCO 2018



Fuente: Ficha De Recolección De Datos

Según los datos obtenidos mediante las encuestas realizadas, se observa que en el grafico nro. 03 el 62.13% de los encuestadas es conviviente, el 29.59% es casado, mientras que el 8.28% tiene un estado civil de soltera.

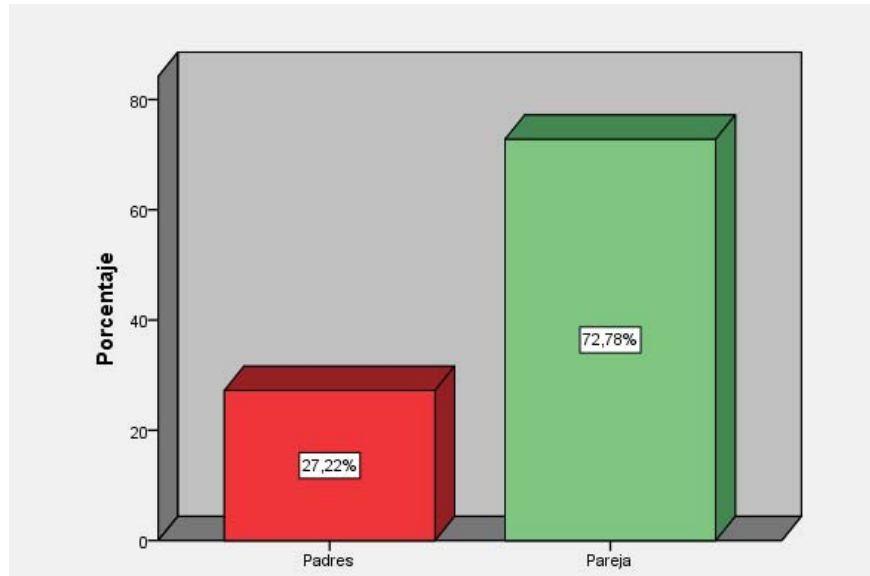
GRAFICO N°4
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS: DISTRIBUCION DE LA
GESTANTES SEGÚN SU OCUPACION HOSPITAL REGIONAL
DEL CUSCO 2018



Fuente: Ficha De Recolección De Datos

Se observa que el 32.54% de las gestantes es comerciante, el 31.36% es ama de casa, el 21.30% es estudiante, mientras que el 14.79% se desempeña como empleada.

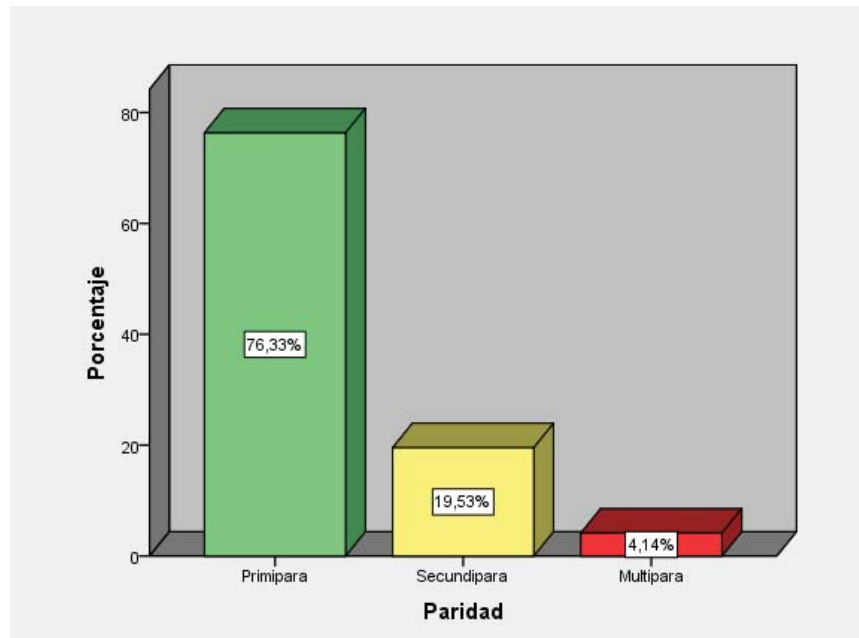
GRAFICO N°5
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS: DISTRIBUCION DE LA
POBLACION DE PERSONA CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO 2018



Fuente: Ficha De Recolección De Datos

Se observa que el 72.78% de las gestantes vive con su pareja, mientras que el 27.22% vive con sus padres.

GRAFICO N°6
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS: DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE GESTANTES SEGÚN SU NUMERO DE GESTACION DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO 2018

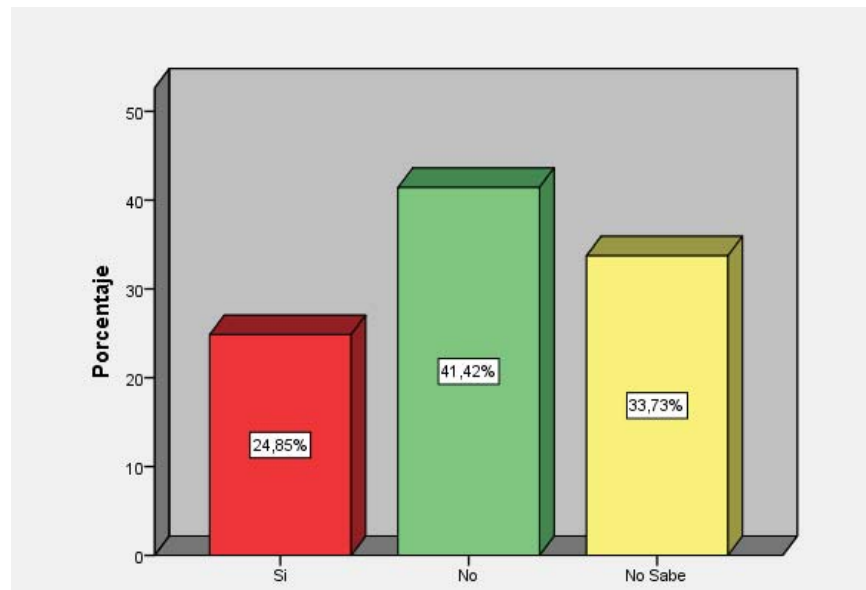


Fuente: Ficha De Recolección De Datos

Interpretación:

Se observa que el 76.33% de las gestantes indica que es primípara, el 19.53% indica que secundípara, mientras que el 4.14% indica que es múltipara.

GRAFICO N°7
PREGUNTA N°1 QUE LOS CONTROLES PRENATALES SON
IMPORTANTES



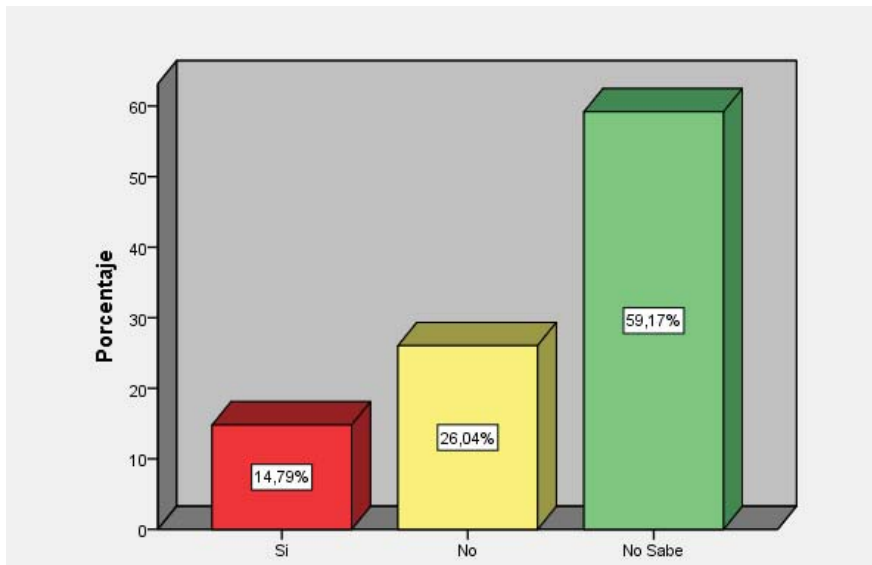
Fuente: Ficha De Recolección De Datos

Interpretación:

Se observa que el 41.42% de las gestantes considera que los controles prenatales no son importantes, el 33.73% considera que no sabe, mientras que el 24.85% considera que si son importantes.

GRAFICO N°8

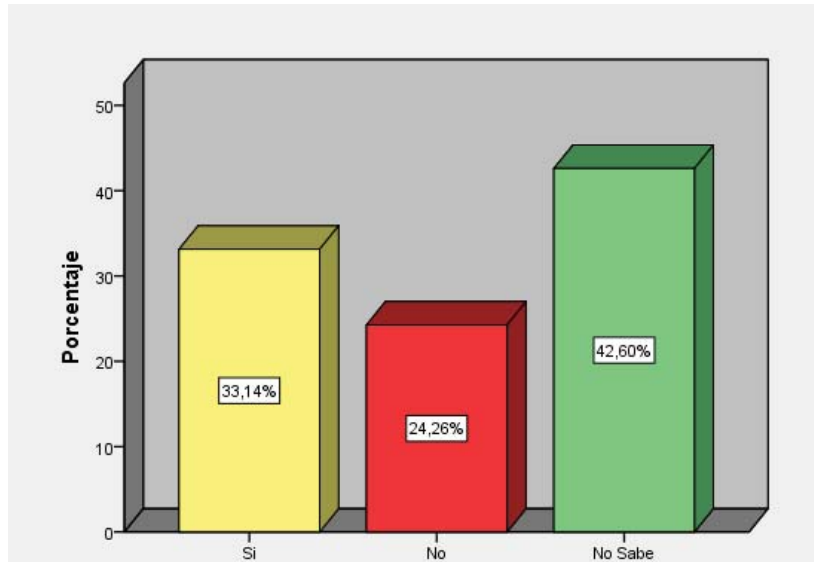
PREGUNTA N ° 2 CREE QUE CUANDO UNA MUJER SE ENTERA QUE ESTÁ EMBARAZADA DEBE DE INICIAR SU CONTROL PRENATAL DE INMEDIATO



Fuente: Ficha De Recolección De Datos

Se observa que el 59.17% de las gestantes considera que no sabe que cuando una mujer se entera que está embarazada debe iniciar su control prenatal de inmediato, el 26.04% considera que no es necesario y el 14.79% considera que que si debe iniciar su control prenatal

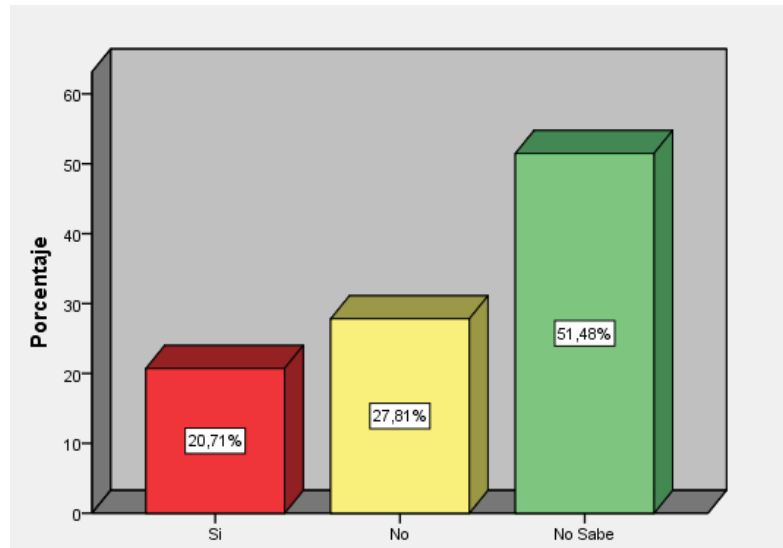
GRAFICO N°9
PREGUNTA N ° 3 UNA GESTANTE DEBE ACUDIR AL
CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO SI PRESENTA NÁUSEAS
Y VÓMITOS FRECUENTES



Fuente: Ficha De Recolección De Datos

Se observa que el 42.60% de las gestantes considera que no sabe que debe acudir al centro de salud más cercano si presenta náuseas y vómitos frecuentes, el 33.14% considera que, si debe acudir a un centro de salud, mientras que el 24.26% considera que no.

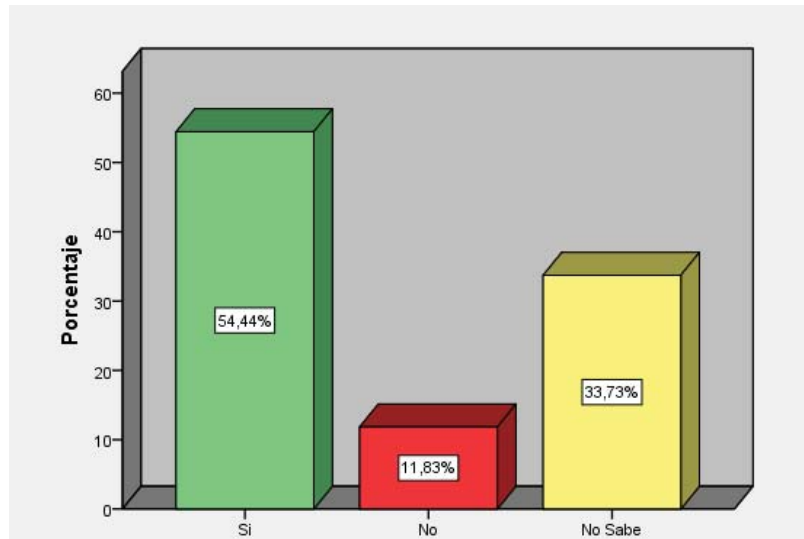
GRAFICO N°10
PREGUNTA N°4 CUÁNDO UNA GESTANTE PRESENTA
ALGUNA MOLESTIA, COMO DOLOR DE ESTÓMAGO, DEBE
ACUDIR AL CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO



Fuente: Ficha De Recolección De Datos

Se observa que el 51.48% de las gestantes considera que no sabe que cuando una gestante presenta alguna molestia, como dolor de estómago, debe acudir al centro de salud más cercano, el 27.81% considera que no es necesario, mientras que el 20.71% considera que si debe acudir al centro de salud más cercano.

GRAFICO N°11
PREGUNTA N ° 5 LA GESTANTE DEBE ACUDIR A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD SI PRESENTA SANGRADO VAGINAL

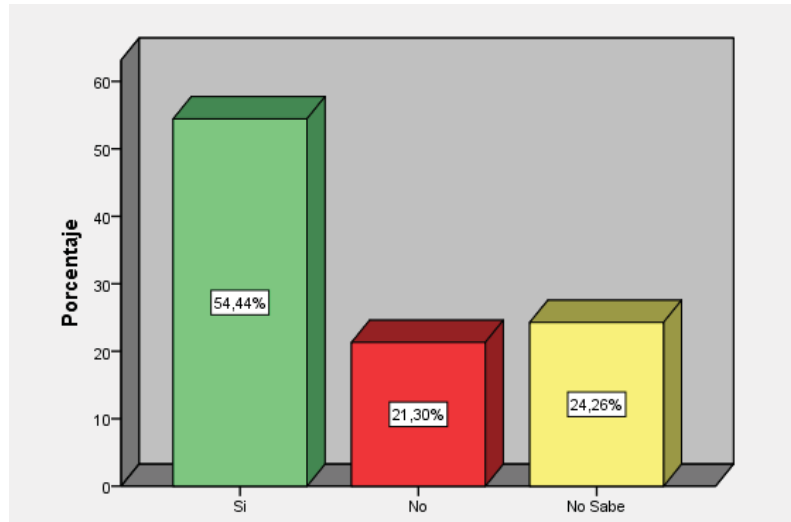


Fuente: Ficha De Recolección De Datos

se observa que el 54.44% de las gestantes considera que debe acudir a un establecimiento de salud si presenta sangrado vaginal, el 33.73% considera que no sabe, mientras que el 11.83% considera que no debe acudir a un establecimiento de salud si presenta sangrado vaginal.

GRAFICO N°12

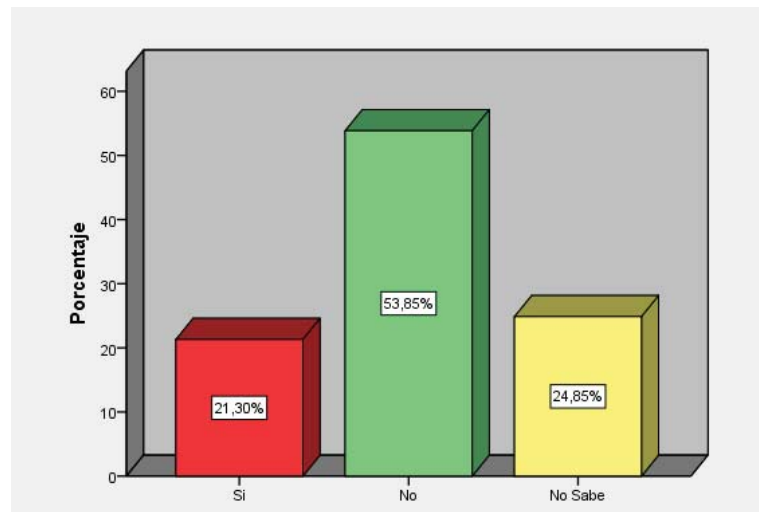
PREGUNTA N ° 6 SI HAY DOLOR TIPO CÓLICO EN LA REGIÓN PÉLVICA ANTES DE LA FECHA DE PARTO PROGRAMADO ¿SE DEBE ACUDIR AL CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO



Fuente: Ficha De Recolección De Datos

se observa que el 54.44% de las gestantes considera que si hay dolor tipo cólico en la región pélvica antes de la fecha de parto debe acudir al centro de salud más cercano, el 24.26% considera que no sabe, mientras que el 21.30% considera que no se debe acudir al centro de salud más cercano.

GRAFICO N°13
PREGUNTA N ° 7 LA GESTANTE DEBE SOPORTAR SÍNTOMAS
COMO LA FIEBRE, ARDOR AL ORINAR PARA NO CONSUMIR
MEDICAMENTOS

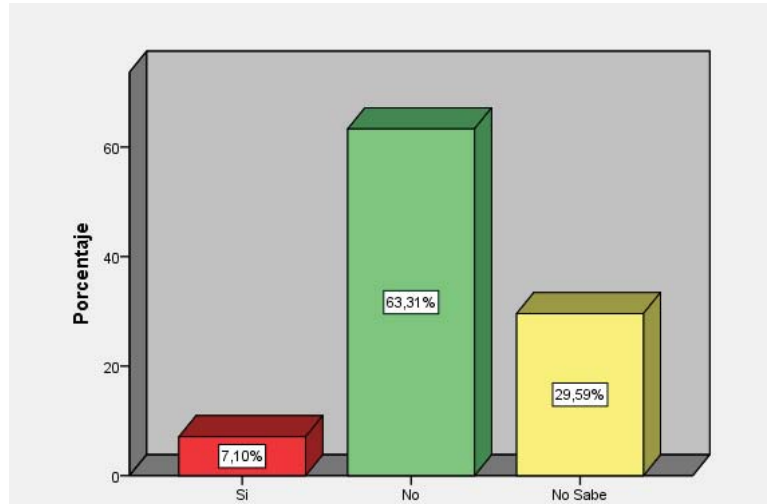


Fuente: Ficha De Recolección De Datos

Se observa que el 53.85% de las gestantes considera que debe soportar los síntomas como fiebre, ardor al orinar para no consumir medicamentos, el 24.85% considera que no sabe, mientras que el 21.30% considera que no debe soportar los síntomas como fiebre, ardor al orinar para no consumir medicamentos.

GRAFICO N°14

PREGUNTA N° 8 SI LA GESTANTE TUVIESE FIEBRE, DOLOR O INFECCIÓN ¿DEBE TOMAR PASTILLAS DEL FARMACÉUTICO

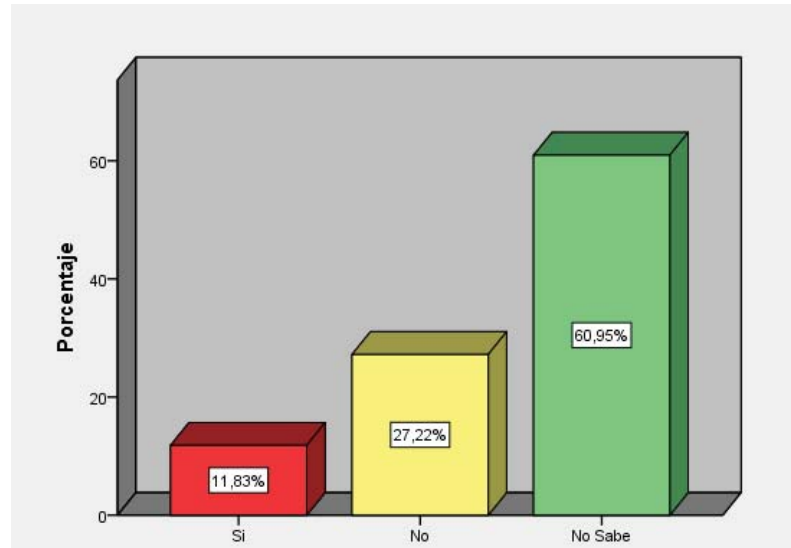


Fuente: Ficha De Recolección De Datos

Se observa que el 63.31% de las gestantes considera que no debe tomar pastillas del farmacéutico, el 29.59% considera que no sabe, mientras que el 7.10% considera que si debe tomar pastillas del farmacéutico.

GRAFICO N°15

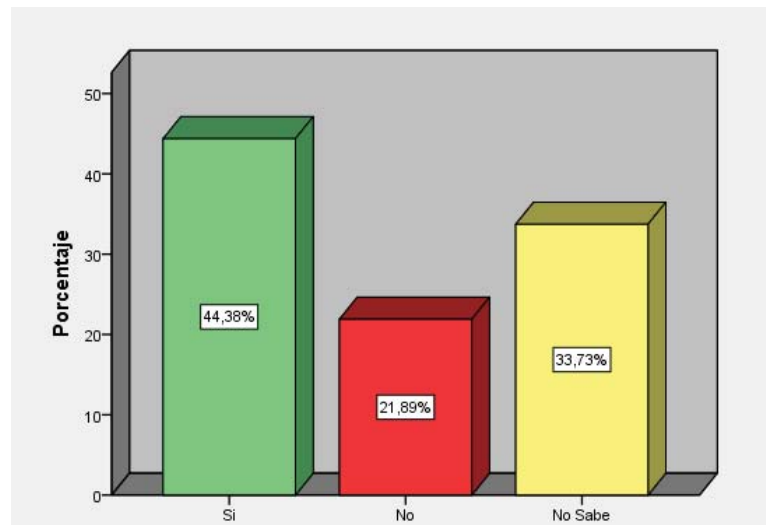
PREGUNTA N ° 9 QUE EL PRESENTAR DOLOR DE CABEZA, ZUMBIDO DE OÍDOS Y VISIÓN BORROSA ES MANIFESTACIÓN DE UNA SEÑAL DE PELIGRO PARA SU VIDA



Fuente: Ficha De Recolección De Datos

Se observa que el 60.95% de las gestantes no sabe que el presentar dolor de cabeza, zumbidos de oídos y visión borrosa es signo de peligro para la vida, el 27.22% considera que no es una señal de peligro, mientras que el 11.83% considera que si es un signo de peligro.

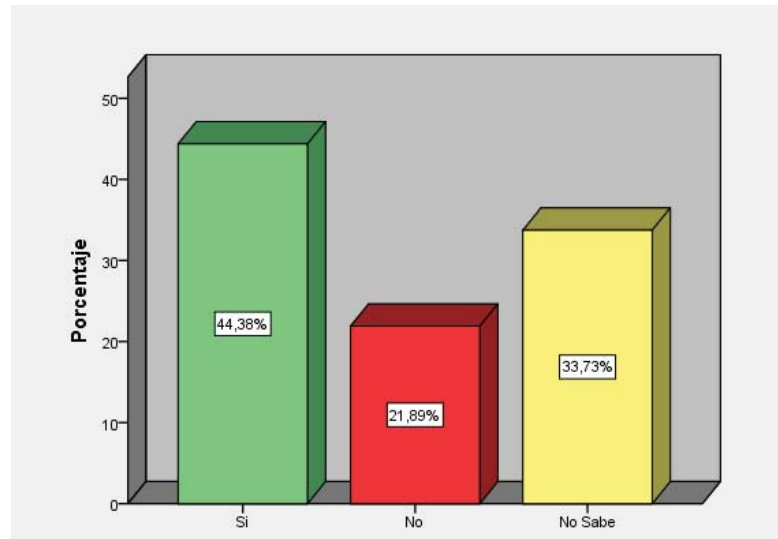
GRAFICO N°16
PREGUNTA N° 10 EL FLUJO VAGINAL CON OLOR
FÉTIDO, COLOR AMARILLO, VERDE O BLANCO DE ASPECTO
ESPESO ES UN SIGNO DE ALARMA



Fuente: Ficha De Recolección De Datos

Se observa el 44.36% de las gestantes considera que es un signo de alarma, el 33.73% no sabe, mientras que el 21.89% considera que no es un signo de alarma.

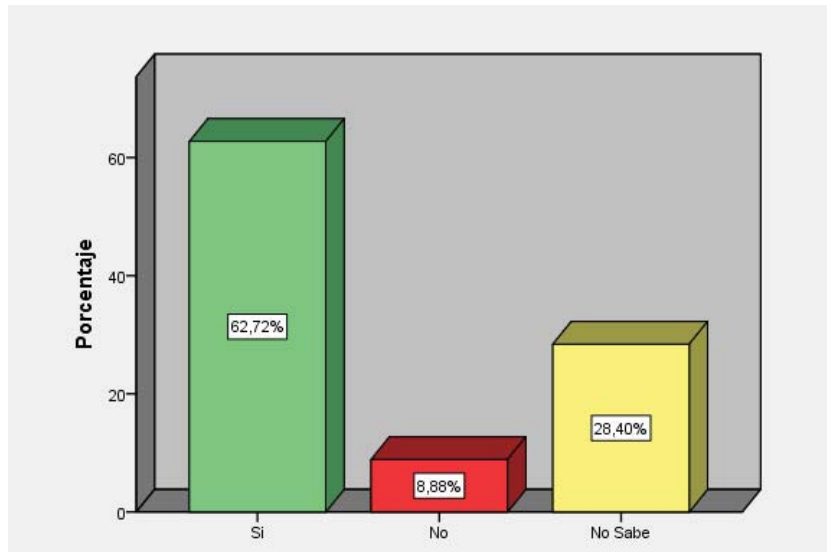
GRAFICO N°17
PREGUNTA N ° 11 EL AUMENTO REPENTINO DE PESO ES UN
SIGNO NORMAL DURANTE LA GESTACIÓN



Fuente: Ficha De Recolección De Datos

Se observa que en el 44.36% de las gestantes considera que el aumento repentino de peso es un signo normal durante la gestación, el 33.73% no sabe, mientras que el 21.89% considera que no es un signo normal durante la gestación.

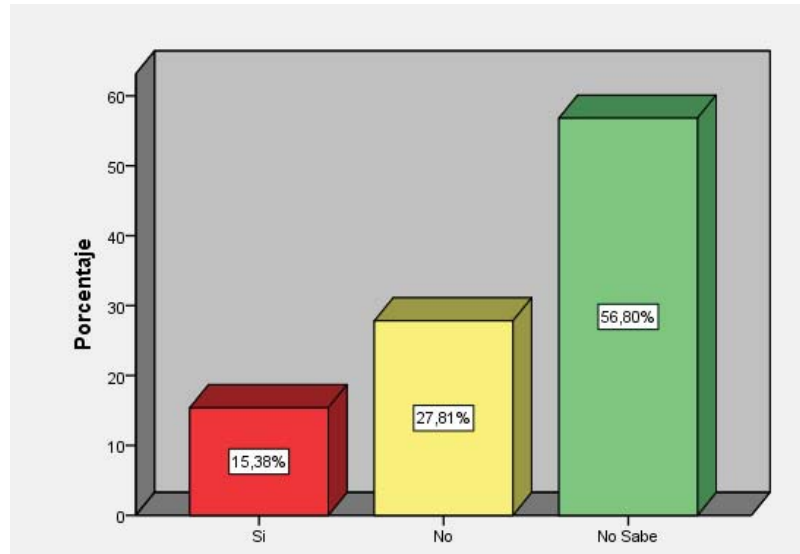
GRAFICO N°18
PREGUNTA N ° 12 SI UNA GESTANTE PIERDE LIQUIDO
TRANSPARENTE, CON OLOR A LEJÍA ¿DEBE ACUDIR DE
EMERGENCIA AL HOSPITAL?



Fuente: Ficha De Recolección De Datos

se observa que el 62.72% de las gestantes considera que perder liquido transparente, con olor a lejía es una emergencia y debe acudir de emergencia al hospital, el 28.40% considera que no sabe, mientras que el 8.88% considera que no.

GRAFICO N°19
PREGUNTA N ° 13 SI UNA GESTANTE PRESENTA EDEMA DE
MANOS, PIES Y/O CARA ES SINÓNIMO DE SEÑAL DE ALARMA

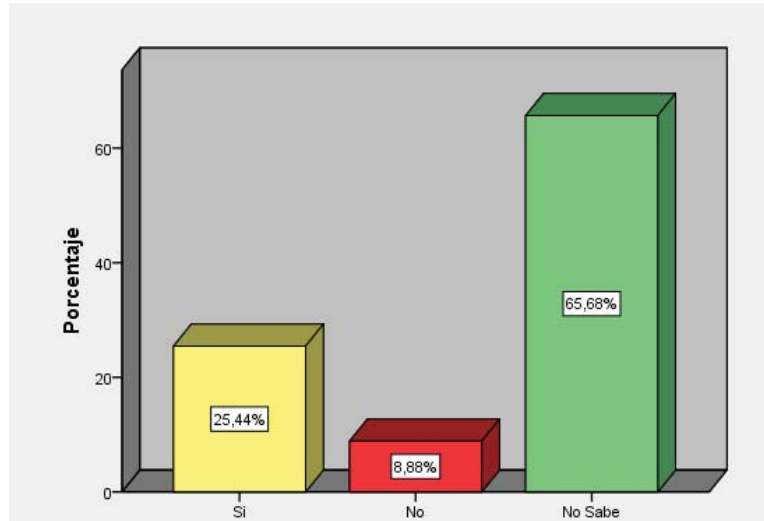


Fuente: Ficha De Recolección De Datos

Se observa que el 56.80% de Las gestantes no sabe que es un signo de alarma, el 27.81% considera que no, mientras que el 15.39% considera que si es un signo de alarma.

GRAFICO N°20

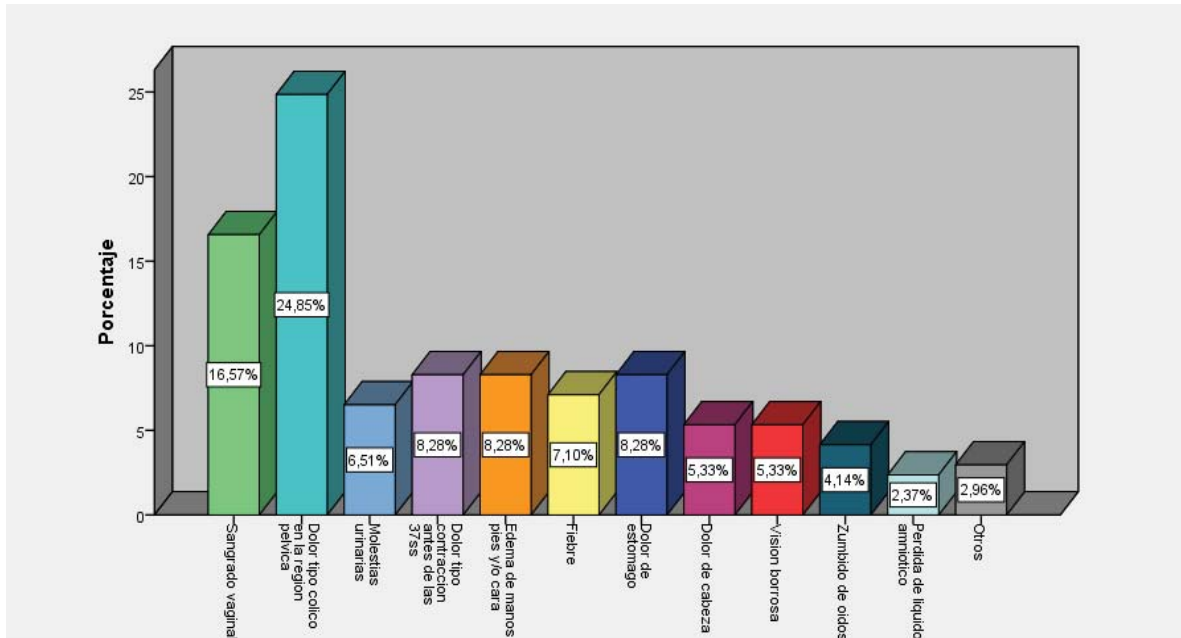
PREGUNTA 14 SI PERCIBE QUE LOS MOVIMIENTOS DE SU BEBE HAN DISMINUIDO DEBE ACUDIR INMEDIATAMENTE AL CENTRO DE SALUD Y/O HOSPITAL MÁS CERCANO



Fuente: Ficha De Recolección De Datos

Se observa que el 65.68% de las gestantes no sabe debe acudir inmediatamente al centro de salud y/o hospital más cercano; el 25.44% considera que, si debe acudir inmediatamente, mientras que el 8.88% considera que no.

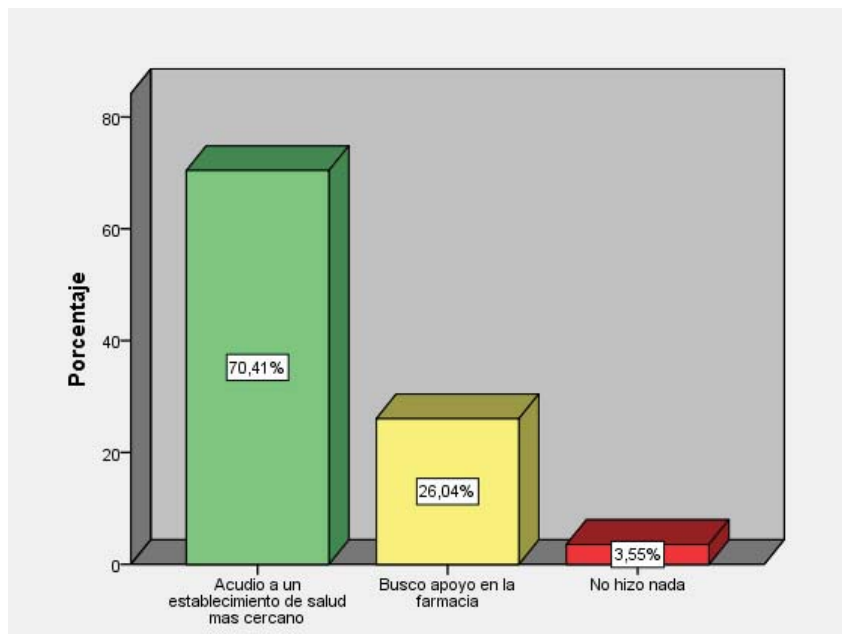
GRAFICO N°21
SEÑALES DE ALARMA MOTIVÓ SU INGRESO AL SERVICIO DE
EMERGENCIA DE GINOCO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
REGIONAL DEL CUSCO 2018



Fuente: Ficha De Recolección De Datos

De las gestantes indica que el motivo de su ingreso al servicio de emergencia fue por sangrado vaginal 16.57%, dolor tipo cólico en la región pélvica 24.85%, molestias urinarias 6.51%, dolor tipo contracción antes de las 37ss 8.28% y el resto de los signos en menor porcentaje

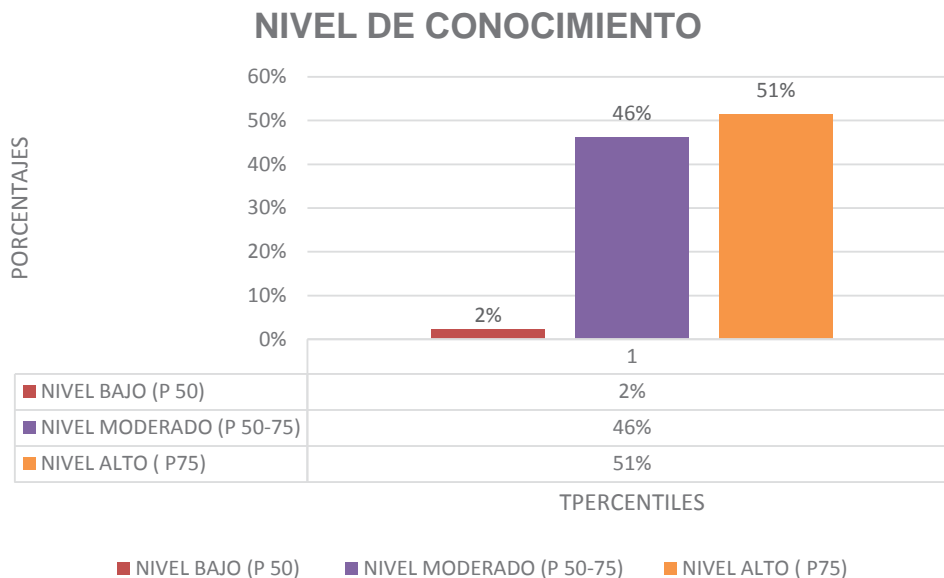
GRAFICO N°22
CONDUCTA DE LA GESTANTE FRENTE AL PRESENTAR EL
SIGNO Y SINTOMA DE ALARMA- HOSPITAL REGIONAL DEL
CUSCO 2018



Fuente: Ficha De Recolección De Datos

Se observa que el 70.41% de las gestantes acudió a un establecimiento de salud más cercano, el 26.04% busco apoyo en la farmacia, mientras que el 3.55% no hizo nada ante una situación de alarma.

GRAFICO N°23
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA
REPRESENTADO MEDIANTE PERCENTILES



Fuente: Ficha De Recolección De Datos

Se observa que el 51% de las gestantes presenta un nivel de conocimiento alto, el 46% un nivel de conocimiento moderado y solo un 2% un nivel de conocimiento bajo

4.2 DISCUSION Y COMENTARIOS

1. En el estudio en relación al nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma, se encontró que la mitad del total de gestantes (51%) está dentro del percentil 75, presentando un nivel alto de conocimientos, este resultado es debido principalmente a que las gestantes respondieron entre 11 a 14 preguntas en forma acertada, donde las gestantes en su mayoría respondieron erradamente lo siguiente: “si hay dolor tipo cólico en la región pélvica ¿se debe acudir al centro de salud más cercano?”, “¿debe la gestante soportar los síntomas de alguna enfermedad para no consumir medicamentos durante la gestación”, “¿el flujo vaginal con olor fétido, color amarillo, verde o blanco de aspecto espeso es una señal de alarma?”, “¿el aumento repentino de peso es un signo normal durante la gestación?”. Por otro lado, el 46% de las gestantes tuvo un nivel regular de conocimiento estando entro percentil (50- 75), debido a que respondieron de 7-10 preguntas en forma correcta y finalmente el 2% de las gestantes tuvo un nivel bajo estando debajo del percentil 50, donde las pacientes respondieron acertadamente entre 0 a 6 preguntas. Así en el estudio de Colchagua (8). se encontraron resultados diferentes el nivel de conocimiento de las señales de alarma en la mayoría de las pacientes con morbilidad materna extrema fue regular (66,7%), la tercera parte tenía un bajo nivel de conocimiento (33,0%) y solo 2 pacientes tuvieron un alto nivel de conocimiento (3,3%). Distinto, fueron los resultados encontrados por Ticona Rebagliati (9) Dentro de los resultados Conocimientos: 93% de las gestantes consideró los signos de alarma como indicadores de peligro para la madre y el feto.
2. Los signos y síntomas de alarma que identificaron como tal las gestantes fueron: dolor tipo cólico en región pélvica (54.4%), sagrado vaginal (54.4%), flujo vaginal (44%), perdida de líquido amniótico (62.72%). a diferencia de Colchagua (8). las principales señales de alarma que identificaron y presentaron las pacientes fueron: Cefalea (56,7%), seguido del edema de manos, pies y/o cara (45,0%),

sangrado vaginal (35,0%) y pérdida de líquido amniótico (31,7%), menos frecuente fueron los pacientes que presentaron molestias urinarias (10,0%), y en el estudio de Ticona Rebagliati (9). los signos con mayor reconocimiento como 'no normales' durante la gestación fueron 'sangrado vaginal' (87,3%), 'alteración de movimientos fetales' (86,6%) y 'fiebre' (86%).

3. En relación a la conducta, se encontró que el 70,41% de las gestantes tuvieron una conducta favorable que fue la de acudir de forma inmediata al centro de salud más cercano. Por otro lado, es importante destacar que el resto de las gestantes (26.04%) busco ayuda en una farmacia, (3.55 %) mencionaron que no hicieron nada.
4. Entre las causas de alarma que identificaron las gestantes antes de acudir al servicio de emergencia del hospital regional, fueron dolor tipo cólico en región pélvica (24.9%), sangrado vaginal (16.6%), edema de manos y/o cara (8%), cefalea (5,3%) y visión borrosa como tinitus (5,3% para cada caso), perdida de líquido amniótico (2.4%).
5. En relación al nivel de conocimiento y la y edad vemos que está relacionada ya que a mayor edad mayor nivel de conocimiento sobre los signos de alarma ya que la gran el porcentaje de gestantes encuestadas y que respondieron adecuadamente fluctúan entre 20 a 25 años siendo este el 43. 20% y de 25 a 29 años el 34%
6. En relación al nivel de conocimiento y el grado de instrucción vemos que esta relacionado ya que a mayor grado de instrucción mayor nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma, ya que el 61 % de las gestantes tienen una educación secundaria y el 31 % educación superior.
7. En relación al numero de gestaciones y el nivel de conocimiento vemos que esta no tiene una relación marcada ya que el 76 % de las gestantes encuestada eran primíparas y el 19 % fueron secundíparas.

V. CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento de las gestantes sobre los signos y síntomas de alarma durante la gestación fue alto, debido a que más de la mitad del total de gestantes (51.6%), respondieron entre 11 a 14 preguntas del cuestionario de forma acertada. El 46.15 % de las gestantes tuvo un nivel regular de conocimientos, debido a que respondieron de 7 a 10 preguntas de forma correcta y solo 2.19% de las gestantes tuvieron un nivel bajo, donde las gestantes respondieron acertadamente menos de 6 preguntas.
2. Entre las principales señales de alarma que identificaron las gestantes fueron: dolor tipo cólico en región pélvica (54.4%), sangrado vaginal (54.4%), flujo vaginal (44%), pérdida de líquido amniótico (62.72%).
3. La principal conducta que tuvieron las gestantes frente a los signos y síntomas de alarma fueron el de acudir a un establecimiento de salud más cercano, lo cual fue la adecuada (70.41%). El 26.04% de las gestantes busco ayuda en una farmacia y no hicieron nada el (3.55 %).
4. El nivel de conocimientos sobre los signos y síntomas de alarma en la gestación están muy relacionadas con la edad y el grado de instrucción ya que a mayor edad y mayor grado de instrucción mayor es el nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma encontrándose que el 74 % de las gestantes encuestadas están entre los 20 a 29 años teniendo un porcentaje medio-alto de nivel de conocimientos y en cuanto al grado de instrucción la gran mayoría el 61% tiene un grado de instrucción secundario y 31% superior. en cuanto al numero de gestaciones se concluye que el 76 % son primíparas

VI. SUGERENCIAS

A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

los profesionales de la salud en especial los del primer nivel se sugiere que deban priorizar la prevención, sensibilizando a todas las mujeres en edad fértil sobre todo en los colegios incidiendo sobre la importancia de la atención prenatal y la identificación temprana de los signos y síntomas de alarma.

EN LOS COLEGIOS

Reforzar las actividades educativas acerca de signos de peligro en el embarazo, parto y puerperio en mujeres en edad fértil.

EN LOS CENTROS DE SALUD

Se debe fortalecer y concientizar en cada atención prenatal la importancia del reconocimiento de los signos y síntomas de alarma durante la gestación en todas las pacientes, con la finalidad de que acudan inmediatamente al Establecimiento de salud más cercano, si presentara algún signo y síntoma de alarma durante el embarazo y así prevenir futuras complicaciones.

EN LA ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Que durante el año de internado rural y el externado clínico sea un requisito la captación de las gestantes y dar información básica a cada una las gestantes atendidas en la salud sobre los signos y síntomas de peligro durante su gestación

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. OMS | Mortalidad materna [Internet]. WHO. [citado el 11 de noviembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
2. MINSA .Ministerio de Salud del Perú [Internet]. [citado el 11 de noviembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16498>
3. Dirección General de Epidemiología. Ministerio de Salud del Perú. Boletín Epidemiológico - semana epidemiológica N° 26. Situación de la muerte materna en el Perú, en base a los datos de la vigilancia epidemiológica. Bol Epidemiol (Lima). 2012; pp 21-26. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletines/2012/26.pdf>
4. Dirección regional de salud, análisis de la situación de la salud Cusco-2013. al mes de diciembre del año 2012. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/inteligencia/epidemiologia/asis/ASIS%20CUSCO%202013.pdf>
5. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA. Distribución de muertes maternas Perú 2016 [Internet]. [citado 20 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2016/SE10/mmaternas.pdf>
6. C.S Ocongate. Cuaderno de registro de partos domiciliarios años 2015-2016.
7. Garcia JF, Montañes MI. Signos y síntomas de alarma obstétrica Acerca del conocimiento que tienen las mujeres. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2012; 50 (6): 651-657. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im126l.pdf>
8. Colachahua Baldoceda. Nivel de conocimiento de las señales de alarma y conducta de la paciente con morbilidad materna extrema atendida en el

- instituto nacional materno perinatal. Enero-febrero 2015. [Tesis Doctoral]. Universidad Mayor de San Marcos. Lima- Perú 2015.
9. Ticona Rebagliati, Torres Bravo, et al. Conocimientos y Prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre- Niño San Bartolomé Lima Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [en línea]. 2014, vol. 60, no. 2, p. 123-130. ISSN 2304-5124
 10. Flores Bazán. Ylatoma Meléndez. Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el centro de salud morales, junio – setiembre 2012. [Tesis].Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto-Perú 2012
 11. Okour A, Alkhateeb M, Amarin Z. Awareness of danger signs and symptoms of pregnancy complication among women in Jordan. Int J GynaecolObstet. 2012 Jul; vol.118, núm.1, pp11-14disponible en: <http://www.ijgo.org/article/S0020-7292%2812%2900130-0/abstract>
 12. Hoque M, Hoque ME. Knowledge of danger signs for major obstetric complications among pregnant KwaZulu-Natal women: implications for health education. Asia Pac J PublicHealth. 2011 Nov; vol.23 núm. 6, pp 946-56. Disponible en: <http://aph.sagepub.com/content/23/6/946.abstract>.
 13. Almeida N. Caracterización de la mortalidad y morbilidad materna extrema en el Hospital Universitario de Santander. Tesis de grado presentada como requisito para optar al título de especialista en ginecología y Obstetricia. 2012.
 14. Rodríguez E., Andueza G., Rosado L., Ortiz E., Hernández B. Efecto de una intervención comunitaria para mejorar conocimientos sobre signos de alarma de complicaciones a ternas en mujeres mayas de Yucatán, ensayo controlado, aleatorizado. Revista de investigación clínica. 2012, vol.64, núm.2, pp154-163. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2012/nn122f.pdf>

15. Peña I, Burbano E, Flores J. Frecuencia de Morbilidad Materna Extrema. Condiciones y Factores que intervienen en su presentación. Hospital Universitario San José De Popayán. Rev Universidad Cauca. 2008; vol.10, núm. 4, pp 9-15. Disponible en: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/revista/backweb/Revista/Revista/1004122008.html>
16. García J., Montañez M. Signos y síntomas de alarma obstétrica Acerca del conocimiento que tienen las mujeres. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2012, vol. 50, núm.6, pp: 651-657. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=90906&id_seccion=4114&id_ejemplar=8903&id_revista=250
17. World Health Organization. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE -10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio : CIE -MM [Internet]. [citado 19 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=304-guia-de-la-oms-para-la-aplicacion-de-la-cie10-a-las-muertes-ocurridas-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-cie-mm-1&Itemid=219&lang=es
18. Mazza MM, Vallejo CM, González M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. Rev Obstet Ginecol Venez 2012. 72(4):233-48.
19. Organización Mundial de la salud. Mortalidad materna en 2005 Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial [Internet]. [citado 19 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43849/1/9789243596211_spa.pdf
20. Peña E, Martínez M. Principales Complicaciones Obstétricas en un Hospital General con servicio de Obstetricia, distrito nacional. Ciencia y Salud , 2010 vol. XXXV, núm.1, pp.87-101, disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/870/87014544005.pdf>
21. Katherine T Chen, MD, MPH. Intrapartum fever [monografía en Internet]. Uptodate 2016 [citado 18 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/intrapartum-fever/contributors?utdPopup=true>

22. Flores-Villegas B, Flores-Lazcano I, Lazcano-Mendoza ML. Edema. Enfoque clínico. Med Int Méx 2014;30:51-55
23. Errol R Norwitz, MD, PhD, MBA, Joong Shin Park, MD, PhD. Overview of the etiology and evaluation of vaginal bleeding in pregnant women [monografía en Internet]. Uptodate 2016 [citado 19 de noviembre de 2016]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-etiology-and-evaluation-of-vaginal-bleeding-in-pregnant-women/contributors?utdPopup=true>
24. William E Scorza, MD. Management of placenta previa [monografía en Internet]. Uptodate 2016 [citado 19 de noviembre de 2016]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-placenta-previa/contributors?utdPopup=true>
25. Cande V Ananth, PhD, MPH, Wendy L Kinzler,. Placental abruption: Clinical features and diagnosis [monografía en Internet]. Uptodate 2016 [citado 19 de noviembre de 2016]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/placental-abruption-clinical-features-and-diagnosis/contributors?utdPopup=true>
26. William E Scorza, MD. Management of premature rupture of the fetal membranes at term [monografías en Internet]. Uptodate 2016 [citado 19 de noviembre de 2016]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-premature-rupture-of-the-fetal-membranes-at-term/contributors?utdPopup=true>
27. Jerrie S Refuerzo, MD, Judith A Smith, Susan M Ramin, MD. Clinical features and evaluation of nausea and vomiting of pregnancy [monografía en Internet]. Uptodate 2016 [citado 19 de noviembre de 2016]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-evaluation-of-nausea-and-vomiting-of-pregnancy/contributors?utdPopup=true>
28. American College of Obstetricians and Gynecologists, Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol 2013; 122:1122

29. Phyllis August, MD, Ralph A Baer, MD. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis [monografía en Internet]. Uptodate 2016 [citado 19 de noviembre de 2016]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis/contributors?utdPopup=true>
30. Shah AK, Rajamani K, Whitty JE. Eclampsia: a neurological perspective. *J Neurol Sci* 2008; 271:158.
31. Schultz KL, Birnbaum AD, Goldstein DA. Ocular disease in pregnancy. *Curr Opin Ophthalmol* 2005; 16:308.
32. Walters BNJ. Preeclamptic angina--a pathognomonic symptom of preeclampsia. *Hypertens Pregnancy*. 2011;30(2):117-24.
33. Unidad de Bienestar Fetal, Servicio de Medicina Materno-Fetal. BCNatal, Hospital Clínic i, Hospital de Sant Joan de Déu, Barcelona. PROTOCOLO: Disminución de los movimientos fetales [Internet]. [citado 19 de noviembre de 2016]. Disponible en: https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia__fetal/disminuci%F3n%20movimientos%20fetales.pdf
34. Lams JD, Cebrik D, Lynch C, et al. The rate of cervical change and the phenotype of spontaneous preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205:130.e1
35. Robert S., Leiva B., Germain A. Management for patients with threatened premature labor at clínica Las Condes *Rev. Med. CLIN. CONDES* - 2014; 25(6) 953-957.
36. Chao TT, Bloom SL, Mitchell JS, et al. The diagnosis and natural history of false preterm labor. *Obstet Gynecol* 2011; 118:1301.
37. Lawn JE, Gravett MG, Nunes TM, et al. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010; 10 Suppl 1:S1.
38. Guallpa Guallpa. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el control prenatal, embarazadas que aducen a consulta externa del hospital José Carrasco Arteaga. Mayo- julio 2012. [Tesis Doctoral].Universidad de Cuenca Ecuador-2013.
39. Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología. Protocolo para el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en

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

40. Signo - Diccionario Médico [Internet]. [citado el 16 de noviembre de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Signo
41. dicciomed.eusal.es sintoma [Internet]. [citado el 16 de noviembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://dicciomed.eusal.es/palabra/sintoma>
42. Pamela Berens, MD. Overview of postpartum care [monografía en Internet]. [citado 24 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-care/contributors?utdPopup=true>
43. Jairo Amaya Guío. Obstetricia integral Siglo XXI [Internet]. [citado 24 de noviembre de 2016] cap 17. pag 2-3 Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/20/9789584476180.17.pdf>

VIII. ANEXOS

ANEXO 1

Ficha de recolección de datos

“Nivel de conocimiento sobre signos, síntomas de alarma y conducta durante la gestación en pacientes atendidos en hospital regional del cusco julio, agosto 2018.”

INTRODUCCIÓN: Mi nombre es Juan Carlos Ccohuanchi Mendoza, interno de medicina de la Universidad Nacional de san Antonio Abad del Cusco y estoy realizando una encuesta a las gestantes que son atendidas en lo consultorios de ginecoobstetricia que son atendidas en servicio de emergencia del hospital regional y determinar **sus conocimientos sobre los signos, síntomas y conductas frente a estos signos y síntomas.**

Tu participación en este estudio y en la encuesta será anónima, puesto que será utilizado sólo para fines académicos.

INTRUCCIONES: Lea cuidadosamente el enunciado de las preguntas que se presentan a continuación y conteste con la mayor sinceridad. Marque con un aspa (X) la respuesta correcta.

Tiempo de duración: 30 minutos.

I.CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

Edad: Grado de instrucción:

Estado civil: Ocupación actual: Personas o familiares con quienes vive:

Inicio de la menstruación: inicio de relaciones sexuales: paridad: _____primípara () secundípara () múltipara ()

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1. ¿Cree Ud. que los controles prenatales son importantes?	C	I	
2. ¿Ud. cree que cuando una mujer se entera que está embarazada debe de iniciar su control prenatal de inmediato?	C	I	
3. ¿Una Gestante debe acudir al centro de salud más cercano si presenta náuseas y vómitos frecuentes?	C	I	
4. ¿Cuándo una gestante presenta alguna molestia, como dolor de estómago, debe acudir al centro de salud más cercano?	C	I	
5. ¿La gestante debe acudir a un establecimiento de salud si presenta sangrado vaginal?	C	I	
6. Si hay dolor tipo cólico en la región pélvica antes de la fecha de parto programado ¿se debe acudir al centro de salud más cercano?	C	I	
7. ¿Debe la gestante soportar los síntomas como la fiebre, ardor al orinar para no consumir medicamentos?	I	C	
8. Si la gestante tuviese fiebre, dolor o infección ¿debe tomar pastillas del farmacéutico?	I	C	
9. ¿Considera Ud. que el presentar dolor de cabeza, zumbido de oídos y visión borrosa es manifestación de una señal de peligro para su vida?	C	I	
10. ¿El flujo vaginal con olor fétido, color amarillo, verde o blanco de aspecto espeso es un signo de alarma?	C	I	
11. ¿El aumento repentino de peso es un signo normal durante la gestación?	C	I	
12. ¿Si una gestante empieza a perder liquido transparente, con olor a lejía ¿debe acudir de emergencia al hospital?	C	I	
13. Si una gestante presenta edema de manos, pies y/o cara ¿es sinónimo de señal de alarma?	C	I	
14. ¿La gestante que percibe que los movimientos de su bebe han disminuido debe acudir inmediatamente al centro de salud y/o hospital más cercano?	C	I	

**EVALUACIÓN SOBRE LA CONDUCTA ANTE LA IDENTIFICACIÓN
LOS SIGNOS, SÍNTOMAS DE ALARMA Y CONDUCTA DURANTE LA
GESTACIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL DEL
CUSCO JULIO, AGOSTO 2018.**

1. ¿Cuál de éstas señales de alarma motivó su ingreso al servicio de emergencia?

- Sangrado vaginal ()
- Dolor tipo cólico en la región pélvica ()
- Molestias urinarias ()
- Dolor tipo contracción antes de las 37ss ()
- Edema de manos, pies y/o cara ()
- Fiebre ()
- Dolor de estómago ()
- Dolor de cabeza ()
- Visión borrosa ()
- Zumbido de oídos ()
- Pérdida de líquido amniótico ()
- Otros.....

2. ¿Qué conducta tuvo Ud. ante esta situación?

- Acudió a un establecimiento de salud más cercano ().
- Busco apoyo en la farmacia ().
- No hizo nada. Especifique el motivo:

ANEXO 2

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N°	Criterios	1	2	3	4	5
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación					
2	La estructura del instrumento es adecuada					
3	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento					
4	Los ítems son claros y entendibles					
5	El número de ítems es adecuado para su aplicación					

Procedimiento de validación

- Se construyó la tabla adjunta donde se colocaron los puntajes otorgados en cada ítem y sus promedios.

N° ítem	EXPERTOS					PROEMDIO
	A	B	C	D	E	
1	5	5	5	5	5	5
2	5	5	4.5	5	5	5
3	5	5	5	5	5	5
4	5	5	5	5	5	5
5	5	5	5	5	5	5

A= Dr. Hermógenes concha contreras (ginecóloga-obstetra)

B= Dr. Wilbert Segundo cardenas (ginecologo-obstetra)

C= Dr. Arturo Jara Tapia (ginecólogo-obstetra)

D= Dr. Wibert Roman Lantaron (ginecólogo-obstetra)

E= Dra Roxana Ramires Vargas (ginecólogo-obstetra)

- Con los promedios hallados determinamos la distancia de punto múltiple (DDP) mediante la siguiente ecuación.

$$DPP = \sqrt{(X1 - Y1)^2 + (X2 - Y2)^2 + \dots \dots \dots (X5 - Y5)^2}$$

DPP= 0,42

Donde:

- X es el valor máximo en la escala concedido para cada ítem.
- Y es el promedio de cada ítem.
- Determinar la distancia máxima (Dmax) del valor respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación.

$$Dmax = \sqrt{(X1 - 1)^2 + (X2 - 1)^2 + \dots \dots \dots (X5 - 1)^2}$$

Donde X es el promedio para cada ítem

Dmax= 7,83.

La distancia máxima hallada fue de 7,83, luego se dividio entre el valor máximo de la escala (es decir 5), y se obtuvo 1,56.

Con este valor se construyó una escala de valoración a partir de cero hasta la distancia máxima hallada (7.83), y se dividió en intervalos iguales entre sí, donde cada letra tiene un significado.

- A= adecuación total,
- B= adecuación en gran medida
- C= adecuación promedio
- D= escala de adecuación
- E= es inadecuado

0 _____ 1,56 _____ 3.12 _____ 4,68 _____ 6.24 _____ 7.83

El DPP debe ubicarse en la zona A o B, Para q el instrumento se considere valido.

El valor hallado fue de 0.42. El cual se ubica en la zona A, es decir adecuación en gran medida el instrumento y puede ser aplicado

ANEXO 3

Consentimiento Informado

Institución: Universidad Nacional de san Antonio Abab del cusco

Investigador: Juan Carlos Ccohuanqui Mendoza

Propósito del Estudio: Lo estamos invitando a participar en un estudio con la finalidad de conocer **NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS, SINTOMAS DE ALARMA Y CONDUCTA DURANTE LA GESTACION EN PACIENTES ATENDIDOS EN HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO JULIO, AGOSTO 2018.**

Procedimientos: Si usted acepta participar en este estudio se le hará algunas preguntas sobre sus datos sociodemográficos y se realizará un cuestionario sobre el nivel de conocimientos sobre signos síntomas de alarma y conducta en la gestación.

Riesgos y Beneficios: No se esperan riesgos para su salud derivados de la participación en el estudio, puesto que el recojo de la información se realizará mediante un cuestionario, mas no se realizarán procedimientos invasivos que afecten su integridad física.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos su información mediante códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participen en este estudio. Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento del mismo, o no participar sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a la Sr Juan Carlos Ccohuanqui Mendoza celular 966644056

.....
Participante.

.....
investigador.
nombre

.....
fecha
DNI:

"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"
"Cusco, Capital Arqueológica de América"

DRSC. PROV. N°078 -2018-HRC.DE 10 AGO 2018

DE : Director Ejecutivo del Hospital Regional Cusco
A : Señor Juan Carlos Cohanqui Mendoza.
ASUNTO : Autorización de Aplicación de Trabajo de Investigación
REF. Exp. 7280 - 18

Visto el documento que antecede, de acuerdo a la opinión favorable del Comité de Investigación y la Unidad de Capacitación, la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional del Cusco, autoriza la realización de la aplicación del Instrumento de trabajo de Investigación, intitulado "Nivel de conocimiento de los Signos, Síntomas de Alarma y Conducta en Gestantes atendidas en el Hospital Regional del Cusco, Julio - Agosto 2018". Debiendo acogerse al horario y normas de la Institución.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL EN SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Med. Victor A. Bejar Bravo
DIRECTOR EJECUTIVO
CMP 18763

c.c. Archivo
VBB/dry

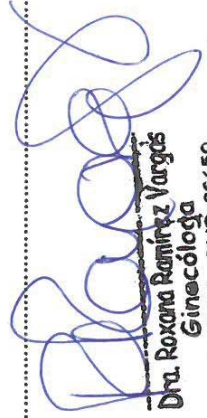
FICHA DE VALIDACIÓN

I DATOS GENERALES

Nombre y apellido del experto: Dra. Roxana Ramírez Vaisos

Grado académico del experto: Ginecóloga - Obstetra

Firma.....



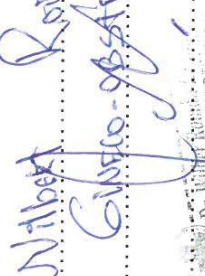
Dra. Roxana Ramírez Vaisos
Ginecóloga
CAMP: 33568 - RNE: 28659

II ASPECTO DE VALIDACIÓN

N°	Criterios	1	2	3	4	5
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación					✓
2	La estructura del instrumento es adecuada					✓
3	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento					✓
4	Los ítems son claros y entendibles					✓
5	El número de ítems es adecuado para su aplicación					✓

FICHA DE VALIDACIÓN

I. DATOS GENERALES

Nombre y Apellido del Experto: WILBERT RODRIGO LANTARÓN
Grado Académico del Experto: INGENIERO EN SISTEMAS
Firma: 


Dr. WILBERT LANTARÓN
INGENIERO EN SISTEMAS
C.M.B. 38099 - R.N.E. 2810

II. ASPECTO DE VALIDACIÓN

N°	CRITERIOS	1	2	3	4	5
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación					✓
2	La estructura del instrumento es adecuada					✓
3	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento					✓
4	Los ítems son claros y entendibles					✓
5	El número de ítems es adecuado para su aplicación					✓



Dr. WILBERT LANTARÓN
INGENIERO EN SISTEMAS
C.M.B. 38099 - R.N.E. 2810

FICHA DE VALIDACIÓN

I DATOS GENERALES

Nombre y apellido del experto: Dr. Arturo Jara Tapia

Grado académico del experto: Ginecólogo - Obstetia

Firma:


Arturo Jara Tapia
 MÉDICO GINECÓLOGO
 GINECÓLOGO OBSTETRA
 C.R. 35002 - RNE 28736

II ASPECTO DE VALIDACIÓN

N°	Criterios					
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1	2	3	4	5
						✓
2	La estructura del instrumento es adecuada					✓
3	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento					✓
4	Los ítems son claros y entendibles					✓
5	El número de ítems es adecuado para su aplicación					✓

FICHA DE VALIDACIÓN

I DATOS GENERALES

Nombre y apellido del experto: Dr. Hermógenes Concha Contreras
 Grado académico del experto: Ginecologo - Obstetria
 Firma: 

MINISTERIO DE
Hospital Antonio Larraín

Dr. Hermógenes Concha
 DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA
 C.M.P. 201783

II ASPECTO DE VALIDACIÓN

N°	Criterios	1	2	3	4	5
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación					✓
2	La estructura del instrumento es adecuada					✓
3	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento					✓
4	Los ítems son claros y entendibles					✓
5	El número de ítems es adecuado para su aplicación					✓