



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

Vicerrectorado de  
**INVESTIGACIÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”**

**SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO RECONOCIDOS  
POR LAS GESTANTES Y SU CONDUCTA FRENTE A ESTOS EN EL HOSPITAL  
NACIONAL SERGIO BERNALES, FEBRERO 2020**

Líneas de Investigación: Salud Pública

*Tesis Para Optar El Título Profesional De Médico Cirujano*

**AUTORA:**

*Chacón Espinoza Majhorie Stepfanie*

**ASESOR:**

*Dr. Díaz, Goycochea, Segundo Octavio*

**Lima – Perú**

**2020**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial de mi vida, por sembrar en mi corazón la pasión por esta noble profesión, por darme la fuerza para salir adelante y la sabiduría para tomar buenas decisiones, y porque en su infinito amor guía mi vida y me permite alcanzar mis sueños.

A mi madre, por demostrarme siempre su amor y apoyo incondicional en cada etapa de mi vida, por ser el pilar más importante y enseñarme a seguir adelante a pesar de las dificultades, por sus consejos brindados durante el camino que me tocó recorrer para alcanzar mis metas dándome fortaleza para perseverar, por su ejemplo de responsabilidad y profesionalismo, y por la gran bendición de tenerla cerca.

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por estar en cada instante de mi vida, iluminándome y animándome en el transcurso de esta noble carrera y permitirme culminar esta etapa, superando cada uno de los obstáculos que se presentaron, por guiarme a lograr cada una de mis metas trazadas y bendecirme para llegar hasta donde he llegado.

Agradezco a mi madre, Carmen Espinoza, por su inagotable amor, por el apoyo incondicional que me brinda en todo momento, por demostrarme que con esfuerzo y sacrificio todo se puede lograr en esta vida. Por todo esto y más, agradezco a mi madre, quien más que una buena madre ha sido mi mejor amiga que me ha consentido y apoyado en todo lo que me he propuesto y sobre todo ha sabido corregir mis errores y celebrar mis triunfos.

Agradezco a mi padre, Manuel, por acompañarme en todo el proceso de mi formación como persona y profesional, por su comprensión y apoyo desde que llegó a mi vida.

Agradezco a mi asesor, Dr. Segundo Octavio Díaz, Goycochea, por su asesoría y aporte en la realización de mi tesis, por su apoyo desinteresado y comprensión en todo momento.

Al director del Hospital Nacional Sergio Bernales y al personal administrativo, quienes me dieron la oportunidad y me abrieron las puertas para ejecutar mi proyecto de tesis, brindándome las facilidades para poder llevar a cabo la elaboración del presente trabajo.

A las pacientes gestantes, atendidas en los consultorios externos de ARO 1 y 2 del Hospital Nacional Sergio Bernales, ya que sin ellas no habría sido posible realizar la presente investigación.

Y a todas las personas que colaboraron, en su medida, a la ejecución la presente tesis.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	6
<b>ABSTRACT</b> .....	7
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	8
1.1 Descripción y formulación del problema.....	9
1.2 Antecedentes.....	10
1.3 Objetivos.....	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos.....	15
1.4 Justificación.....	15
1.5 Hipótesis.....	16
<b>II. MARCO TEÓRICO</b> .....	17
2.1 Bases teóricas sobre el tema de Investigación.....	17
<b>III. MÉTODO</b> .....	37
3.1 Tipo de investigación.....	37
3.2 Ámbito temporal y espacial.....	37
3.3 Variables.....	38
3.4 Población y muestra.....	38
3.5 Instrumentos.....	39

3.6 Procedimientos.....	40
3.7 Análisis de datos.....	41
3.8 Consideraciones éticas.....	41
<b>IV. RESULTADOS.....</b>	<b>42</b>
<b>V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>95</b>
<b>VI. CONCLUSIONES.....</b>	<b>99</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>100</b>
<b>VIII. REFERENCIAS.....</b>	<b>101</b>
<b>IX. ANEXOS.....</b>	<b>106</b>

## RESUMEN

La mortalidad materna es un problema de salud pública y el reconocimiento de signos y síntomas de alarma asociado a una conducta adecuada oportuna intervienen para reducir las muertes maternas. **Objetivo:** Determinar si existe relación entre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo reconocidos por las gestantes, y la conducta que adoptarían al estar frente a éstos en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante febrero 2020. **Métodos:** Este estudio corresponde a uno de tipo descriptivo, correlacional, prospectivo y transversal realizado en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante febrero 2020. La muestra fue de 218 gestantes atendidas en consultorio externo de Obstetricia de dicho hospital. Se utilizó como instrumento una encuesta que constó de dos partes: Parte A y Parte B, cada una con 13 preguntas. La información se procesó mediante el programa SPSS. La contrastación de la hipótesis se realizó mediante la prueba de Chi cuadrado. **Resultados:** Se encontró relación entre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo reconocidos por las gestantes, y la conducta que adoptarían al estar frente a éstos en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante febrero del 2020, con un valor de p significativo (0,000). **Conclusión:** Las gestantes que reconocen los signos y síntomas de alarma durante el embarazo adoptarían una actitud adecuada al estar frente a éstos; y las gestantes que no reconocen dichos signos y síntomas adoptarían una actitud inadecuada al estar frente a éstos.

**Palabras claves:** Reconocimiento, conducta, signos y síntomas, embarazo

## ABSTRACT

Maternal mortality is a public health problem and the recognition of warning signs and symptoms associated with appropriate timely behavior intervene to reduce maternal deaths. **Objective:** To determine if there is a relationship between the warning signs and symptoms during pregnancy recognized by pregnant women, and the behavior they would adopt when facing them at Sergio Bernales National Hospital during February 2020.

**Methods:** The present study corresponding to a descriptive, correlational, prospective and cross-sectional research carried out at the Sergio Bernales National Hospital during February 2020. The sample consisted of 218 pregnant women attended in an outpatient obstetrics office of said hospital. A survey consisting of two parts was identified as an instrument: Part A and Part B, each with 13 questions. The information was processed through the SPSS program. The hypothesis was tested using the Chi-square test. **Results:** A relationship was found between the warning signs and symptoms during pregnancy recognized by pregnant women, and the behavior they would adopt when faced with being affected by them at Sergio Bernales National Hospital during February 2020, with a significant p value (0.000).

**Conclusions:** Pregnant women who recognize the warning signs and symptoms during pregnancy adopt an appropriate attitude when facing them; and pregnant women who do not recognize these signs and symptoms adopt an inappropriate attitude when facing those.

**Keywords:** Recognition, behavior, signs and symptoms, pregnancy

## I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio aborda dos variables importantes en las gestantes: Signos y síntomas de alarma reconocidos por las gestantes y la conducta adoptada frente a éstos. Tomando en cuenta la prevalencia e incidencia de muertes maternas en el Perú es necesario describir en qué porcentaje las gestantes reconocen cada uno de los signos y síntomas contemplados en la Norma Técnica de Salud vigente, y cuál es la conducta que adoptarían al encontrarse frente a éstos durante su embarazo.

Es por esta razón que este estudio busca averiguar la relación entre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo que son reconocidos por las gestantes y la conducta que adoptarían frente a éstos, así como describir en qué porcentaje reconocen o no cada uno de estos signos y síntomas, además de detallar la conducta adoptada por estas mismas gestantes en caso estén frente a signos y síntomas reconocidos o no por ellas. Todo esto con el fin de conocer la verdadera realidad de la educación, con respecto a este tema, que se les brinda en cada control prenatal, y que podría estar poniendo en riesgo su vida y la de su bebé. Se pretende llamar a la reflexión a las instituciones públicas, privadas y profesionales de la salud para mejorar la calidad de atención brindadas a las mujeres durante el embarazo.

Este estudio, en este apartado, comprenderá la descripción y formulación del problema, los antecedentes, los objetivos, la justificación y la hipótesis. En el segundo apartado de marco teórico se expondrán todas las bases teóricas sobre este tema de investigación. En el tercer apartado se expondrá detalladamente la metodología seguida para su realización, en el cuarto apartado se presentarán todos los resultados, en el quinto apartado se desarrollará la discusión de los resultados comparándolos con los obtenidos en investigaciones previas que son similares a la nuestra. Así, en los últimos apartados, se plasmarán las conclusiones y recomendaciones de este estudio.



## **1.1. Descripción y formulación del problema**

La mortalidad materna es un problema de salud pública de atención prioritaria, con importantes consecuencias en la familia, comunidad y sociedad, y que finalmente se refleja en el desarrollo del país. Como indicador de desarrollo nos permite visualizar la desigualdad social, educativa y laboral, la inequidad de género y la capacidad de respuesta del sistema de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mayoría de las muertes maternas son evitables, debido a que las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio son conocidas, por lo que constituye un importante problema de derechos humanos, de equidad de género y de justicia social. Hasta la semana epidemiológica (SE) 22 - 2019, se notificaron al sistema de vigilancia epidemiológica 154 muertes maternas directas e indirectas con un incremento de 7,7 % (+11) en relación al mismo período del año 2018 (DGE-MINSA, 2019). Con estos datos actualizados de epidemiología podemos afirmar la considerable mortalidad materna que aún está presente en los hospitales del Perú, por lo cual es considerado un problema de salud pública, cuya meta es reducir la incidencia de mortalidad materna.

Asimismo, se tiene conocimiento que las gestantes carecen de una buena orientación y educación por parte del personal de salud, lo que significa que no conocen bien los signos y síntomas de alarma durante su embarazo, lo que conlleva a una actitud inadecuada frente a éstos, lo cual les puede costar la vida y la de su bebé

Por lo anterior expuesto, surge la formulación del problema:

¿Cuál es la relación entre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo que son reconocidos por las gestantes y la conducta que adoptarían frente a éstos en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante febrero del 2020?

## 1.2. Antecedentes

Ccohuanqui (2019) publica su investigación: Nivel de conocimientos y conducta sobre los signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas en el Hospital Regional del Cusco, agosto 2018. Tuvo como 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. Los resultados obtenidos son los siguientes: 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% buscó 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%). Se concluyó que 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 líquido.

Reyes y Cosar (2019) analizaron el nivel de conocimiento y actitudes sobre signos y síntomas de alarma del embarazo, en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Acobamba, Tarma 2018. Contó con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos y la actitud frente a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo en gestantes atendidas en el centro de salud

de Acobamba-Tarma 2018. Dicho estudio llegó a las siguientes conclusiones: El 30.4% tienen alto nivel de conocimiento, el 45.7% su nivel conocimiento es medio y el 23.9% tienen bajo nivel de conocimiento. El 73.9% tienen una actitud favorable, el 15.2% tienen una actitud indiferente y el 10.9% tienen actitud desfavorable. Relacionando el nivel de conocimientos y la actitud, identificamos un 30.4% tienen alto nivel de conocimiento, todas con alta actitud frente a los signos y síntomas de alarma del embarazo. El 45.7% su nivel conocimiento es medio, de ellos el 41.3% tienen una actitud alta, el 3.3% una actitud media y el 1.1% una actitud baja. El 23.9% tienen bajo nivel de conocimiento, de ellos el 2.2% tienen una actitud alta, el 11.9% una actitud media y el 9.8% una actitud baja. Con la estimación estadística, se concluyó que el nivel de conocimientos sobre los signos y síntomas de alarma del embarazo sí se relacionan significativamente con la actitud de las gestantes.

Carrera (2019) analizó el nivel de conocimientos y actitudes sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo, en gestantes atendidas en el C.S. Las Moras – Huánuco. Período octubre a diciembre 2018. Cuyo objetivo fue identificar la relación existente entre el nivel de conocimientos y las actitudes sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo de las gestantes atendidas en el C.S. Las Moras – Huánuco. Período octubre a diciembre 2018.

**RESULTADOS:** Se obtuvo que un 68.8% (66 gestantes) tienen un nivel medio y un 31.2% (30 gestantes) tienen un nivel de conocimientos alto. En cuanto a las actitudes un 72.9% (70 gestantes) tienen un nivel favorable, un 21.9% (21 gestantes) son indiferentes y sólo un 5.2% (35 gestantes) tienen un nivel de actitud desfavorable. Se halló relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes con un valor de p significativo (0.000). Se concluyó que a mayor nivel de conocimiento, mejor es la actitud de las gestantes frente a los signos y síntomas de alarma.

Salas (2019) investigó el nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en las gestantes del Hospital El Carmen, Huancayo. Tuvo como objetivo determinar el nivel de

conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo de las gestantes atendidas en H.R.D.M.I El Carmen durante el periodo comprendido entre julio a diciembre del 2018. Resultados: El 85% obtuvieron un nivel de conocimiento alto sobre los signos y síntomas de alarma del embarazo, las gestantes hospitalizadas sometidas al estudio. Conclusiones: Se determinó que el 85 % de las gestantes obtuvieron un nivel de conocimiento alto sobre los signos y síntomas de alarma y 15% obtuvo un conocimiento bajo, y el signo más reconocido por las gestantes es el sangrado vaginal.

Julca y Palacios (2018) estudió la relación entre el nivel de conocimiento y actitudes en signos y síntomas de alarma en gestantes del puesto de salud Gerardo Gonzales Villegas – Tumbes 2018. Los objetivos de la investigación fueron determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitudes en signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes, los resultados obtenidos en el nivel de conocimiento en signos y síntomas se observó que es bajo en (70%), conocimiento medio en (24%) y conocimiento alto en (6%), en cuanto a la actitud se observó que es indiferente en (82%), desfavorable en (12%) y favorable en (6%), en cuanto a la relación entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo, mediante la prueba de Chi cuadrado se evidenció que existe relación significativa entre las variables de estudio ( $p=0.02$ ), reconociendo en la investigación que a menor nivel de conocimiento, la actitud es indiferente.

Manuyama (2017) investigó sobre el nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo de las gestantes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos "Cesar Garayar García" en febrero del año 2017. Tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo de las gestantes atendidas en el HOSPITAL APOYO IQUITOS "CESAR GARAYAR GARCIA". Resultados: Las principales características socio-demográficas de las gestantes fueron: edad de 21 a 30 años (47,7%), de residencia urbana (84,1%), educación secundaria (61,4%), ocupación desempleada (62,1%) y

las gestantes conviven actualmente con su pareja (77,3%). Las principales características gineco-obstétricas de las gestantes fueron: Edad gestacional en el tercer trimestre (69,7%), segunda gestación (30,3%), con más de 6 controles (46,2%), iniciando control prenatal en el primer trimestre (65,9%). El nivel alto de conocimientos de las gestantes se relacionó a la edad entre 21 a 30 años ( $p=0,049$ ); nivel educativo técnico y/o superior ( $p=0,042$ ); mayor a 4 gestaciones ( $p=0,039$ ). Y no se relacionó con el distrito de residencia ( $p=2,341$ ); ocupación ( $p=1,570$ ); convivencia familiar ( $p=2,755$ ); edad gestacional ( $p=1,404$ ); número de control ( $p=0,509$ ); inicio de atención prenatal ( $p=2,164$ ) siendo cada variable independiente al nivel de conocimiento de cada gestante. Se concluyó que el 24,2% de las gestantes atendidas tienen un nivel alto, el 68,9% y el 6,8% de las gestantes tienen un nivel intermedio y bajo de conocimientos sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo.

Jimenez y Justiniano (2017) analizaron los conocimientos y actitudes sobre signos y síntomas de alarma en gestantes, hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2017. Tuvo como objetivo determinar la relación entre conocimientos y actitudes sobre los signos y síntomas de alarma en las gestantes del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2017. Las gestantes tienen conocimiento de la disuria (86.9%), cefalea intensa (83.2%), disminución de movimientos fetales (79.4%), náuseas y vómitos excesivos (78.5). Las gestantes que tienen alto nivel de conocimiento (49.5%) presentan actitudes favorables (43.9%). Se concluyó que la mayoría de las gestantes tienen conocimiento alto sobre los signos y síntomas de alarma y actitudes favorables. Existe relación significativa entre conocimientos y actitudes sobre los signos y síntomas de alarma en gestantes.

Aquino (2016) estudió el nivel de conocimiento sobre los síntomas y signos de alarma en las gestantes atendidas en el Hospital III Iquitos del Seguro Social de Salud, agosto del 2016. Contó con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de las gestantes sobre los síntomas y signos de alarma, atendidas en el Hospital III Iquitos del Seguro Social de Salud. Dentro de los

resultados tenemos: el perfil de las gestantes fue: edad entre los 20 a 34 años (76.3%), casadas (52.6%), proceden de la zona urbana (50.6%), nivel educativo secundario (70.5%), en el segundo trimestre del embarazo (41.0%), multíparas (48.7%), con 3 a 4 atenciones prenatales (44.9%), el 78.2% presentó morbilidad siendo las más frecuentes anemia (24.4%), ITU (18.6%), hiperemesis (10.3%), e HIE(9.0%); el 73.1% recibieron información sobre los síntomas y signos de alarma. El 46.2% (72) de las gestantes encuestadas tienen un nivel adecuado de conocimiento sobre los síntomas y signos de alarma, asociándose a una mayor edad ( $p=0.016$ ), a ser casadas y convivientes ( $p=0.040$ ), a un mayor nivel de instrucción ( $p=0.028$ ); a la multíparidad ( $p=0.024$ ); al mayor número de atenciones prenatales ( $p=0.039$ ) y a la recepción de información sobre el tema ( $p=0.000$ ). Así mismo el nivel adecuado de conocimiento se asoció a la presencia de morbilidad materna ( $p=0.027$ ); siendo la anemia ( $p=0.041$ ), hiperemesis gravídica ( $p=0.014$ ), HIE ( $p=0.046$ ), preeclampsia ( $p=0.031$ ), y vulvovaginitis ( $p=0.038$ ) las que se asociaron a este nivel adecuado de conocimiento. Se concluyó que la mayoría de las gestantes (53.8%) que se atiende en consulta externa de Obstetricia del Hospital III Iquitos de EsSALUD no tiene un conocimiento adecuado sobre los síntomas y signos de alarma.

### **1.3. Objetivos**

#### ***1.3.1. Objetivo general***

Determinar la relación entre signos y síntomas de alarma durante el embarazo reconocidos por las gestantes y la conducta que adoptarían al estar frente a éstos en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante febrero del 2020.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Describir los signos y síntomas de alarma durante el embarazo reconocidos por las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante febrero del 2020.
- Describir la conducta que adoptarían las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante febrero del 2020 en caso se presentaran signos y síntomas de alarma durante su embarazo.

### **1.4. Justificación**

La mortalidad materna es un problema de salud pública, en nuestro país, de atención prioritaria, con importantes consecuencias en la familia, comunidad y sociedad, y que finalmente se plasma en el desarrollo del país. En el contexto internacional se describe que las intervenciones para reducir o prevenir las muertes maternas, podrían darse a tres niveles: a) reducir las posibilidades de embarazo, orientado a disminuir los embarazos no deseados o no programados y a garantizar una maternidad voluntaria; b) reducir las posibilidades de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, orientado a la identificación de signos de alarma y de medidas de prevención de complicaciones en la gestante y el perinato; y a lograr el parto institucional, con el manejo activo del alumbramiento para reducir la hemorragia postparto y la sepsis puerperal; c) reducir las posibilidades de muerte entre mujeres que experimentan complicaciones, fortaleciendo la capacidad resolutive de los establecimientos que brindan atención de emergencias obstétricas y neonatales (DGSP-MINSA, 2009).

Por lo anterior expuesto y la situación actual de dicha problemática: hasta la semana epidemiológica 22 - 2019, se notificaron al sistema de vigilancia epidemiológica 154 muertes maternas directas e indirectas con un incremento de 7,7 % (+11) en relación al mismo período del año 2018 (DGE-MINSA, 2019), es de suma importancia estudiar cuál es la relación entre los

signos y síntomas de alarma durante el embarazo reconocidos por las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante febrero del 2020, y la conducta que adoptarían al estar frente a dichos signos y síntomas.

Esto con el propósito de concientizar a las instituciones públicas y profesionales de la salud para mejorar la calidad de atención brindadas a las mujeres durante el embarazo.

### **1.5. Hipótesis**

Hipótesis Nula (H0). No existe relación entre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo reconocidos por las gestantes, y la conducta que adoptarían al estar frente a éstos en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante febrero del 2020.

Hipótesis Alterna (H1). Existe relación entre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo reconocidos por las gestantes, y la conducta que adoptarían al estar frente a éstos en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante febrero del 2020.



## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

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 (Peña y Martínez, 2010).

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 (OMS, 2015).

En la NTS N° 105-MINSA/DGSP.V.01: Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna, se hace mención de los signos y síntomas de alarma, cuya presencia obliga a referir inmediatamente al establecimiento de salud con mayor capacidad resolutiva, según caso para su atención (MINSA, 2013):

- Náuseas y vómitos incoercibles.
- Disuria.
- Fiebre/escalofríos.
- Sangrado vaginal.
- Desmayos o mareos.
- Convulsiones.
- Hinchazón de cara, manos y pies.
- Pérdida de líquido amniótico.
- Disminución o ausencia de movimientos fetales.
- Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación.

- Alteraciones psicoafectivas.
- Indicio o evidencia de ser víctima de violencia familiar (según gravedad).
- Complicaciones del embarazo.
- Patología obstétrica o enfermedades intercurrentes (si se requiere estancia prolongada considerar alojamiento en casa de espera).

- Accidentes y traumatismos.
- Otras que determine el médico gineco-obstetra, o médico de guardia.

Asimismo, en el documento Información y Orientación en el Control Prenatal del MINSA, se listan los signos y síntomas de alarma por cada trimestre de gestación (MINSA 2001):

En el primer trimestre:

- Pierde sangre, sin importar la cantidad.
- Tiene náuseas y vómitos exagerados.
- Tiene fuertes dolores en vientre o la barriga se le pone dura, antes de la fecha de parto.
- Tiene fiebre.
- Tiene dolor de cabeza fuerte y que no pasa.
- Tiene mareos, zumbido de oídos o ve lucecitas.

En el segundo trimestre:

- Pierde sangre, sin importar la cantidad.
- Pierde líquido por sus partes, como si fuera orina.
- Se le hinchan los pies, piernas, manos o cara.
- Tiene vómitos exagerados que no pasan.

– Tiene dolores fuertes en el vientre o la barriga se le pone dura, antes de la fecha de parto.

– Tiene fuerte dolor de cabeza y no pasa.

– Tiene mareos o desmayos, zumbido en los oídos o ve lucecitas

– Su bebé se mueve poco o ya no se mueve.

– Dolor en la boca del estómago.

En el tercer trimestre:

– Pierde sangre, sin importar la cantidad.

– Pierde líquido por sus partes, como si fuera orina.

– Se le hinchan los pies, piernas, manos o cara.

– Tiene náuseas y vómitos.

– Tiene dolor en la boca del estómago.

– Tiene dolores fuertes en el vientre o se pone duro antes de la fecha de parto.

– Tiene fiebre.

– Tiene dolor de cabeza fuerte y no pasa.

– Tiene mareos o desmayos. zumbido en los oídos o ve lucecitas.

– Su bebé se mueve poco o ya no se mueve.

A continuación, se definirán los signos y síntomas de alarma antes mencionados:

## **SANGRADO VAGINAL**

### ***Hemorragia de la primera mitad del embarazo***

Dentro de las causas de hemorragia durante la primera mitad de la gestación, se destacan la falla temprana del embarazo que comprende el aborto, el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica gestacional (Guevara, 2010)

## - **ABORTO**

**PÉRDIDA TEMPRANA DEL EMBARAZO** o “Early pregnancy loss”: Término espontáneo del embarazo o embarazo intrauterino no viable antes de las 13 semanas de gestación. **ABORTO ESPONTÁNEO**: Término del embarazo intrauterino antes de las 20 semanas de edad gestacional confirmada por ultrasonido o histología. **AMENAZA DE ABORTO**: Sangrado vaginal presente sin hallazgos compatibles a aborto espontáneo, donde el orificio cervical se encuentra cerrado. **ABORTO INCOMPLETO**: Sangrado vaginal con o sin dolor presente, donde el orificio cervical está abierto y los productos de la concepción se encuentran dentro del canal cervical. **ABORTO COMPLETO**: Expulsión completa de los productos de la concepción, el orificio cervical se ha cerrado y el sangrado vaginal y/o dolor generalmente mejora. **ABORTO INEVITABLE**: Sangrado vaginal con orificio cervical abierto. **ABORTO TARDÍO** o “Missed abortion”: Muerte fetal o embrionaria sin paso del contenido uterino al canal cervical; no se evidencia sangrado vaginal y el orificio cervical se encuentra cerrado (Pontius y col., 2019).

## - **EMBARAZO ECTÓPICO**

Derivado de la palabra griega "ektopos" que significa fuera de lugar, se refiere a la implantación del blastocitos fuera del endometrio de la cavidad uterina con más del 95.5% de implantación en la trompa de Falopio; donde el feto o el embrión frecuentemente deja de crecer o está ausente. Otros sitios comunes de implantación son los ovarios (3.2%) y el abdomen (1.3%). Esta patología es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna, cuyos riesgos asociados comprende la rotura de trompas y hemorragia intraabdominal, y puede conducir a una importante morbilidad reproductiva en el futuro como el embarazo ectópico posterior y la infertilidad. Por lo tanto, es una emergencia médica que requiere de tratamiento inmediato (Rana y col., 2013).

La triada de dolor, sangrado vaginal y amenorrea fue históricamente utilizada como diagnóstica de embarazo ectópico. Los síntomas de esta patología frecuentemente son inespecíficos y difíciles de diferenciar de otros procesos ginecológicos, gastrointestinales y urológicos, incluyendo apendicitis, salpingitis, ruptura de quiste de cuerpo lúteo, aborto, torsión anexial o ITU. Mohan y Thomas en su estudio retrospectivo observacional de 87 casos de embarazo ectópico reportan como síntoma más común el dolor abdominal bajo, en 80 casos (91.95%). Se presentó amenorrea en 76 casos (87.35%), mientras que sangrado vaginal en 42 casos (40.27%). La triada clásica de dolor, sangrado y masa anexial se identificó en solo 35 casos (40.23%). 9 casos (9.20%) se presentaron con shock, 2 casos se presentaron solo con dolor de espalda, 1 caso con solo dolor de pecho y 1 caso con únicamente dolor lumbar (Huixian y col., 2018)

La introducción de la ecografía transvaginal y los niveles de beta HCG en suero sanguíneo como técnicas de diagnóstico ha reducido en gran medida la necesidad de la laparoscopia, que ahora se usa solo para confirmar el diagnóstico en mujeres que tienen síntomas pero cuyas ecografías no son concluyentes (Farquhar, 2005)

Dentro de las opciones de manejo para esta patología tenemos: **MANEJO EXPECTANTE** consiste en monitorizar a la mujer hasta que se recupere (hasta que el nivel de hCG caiga por debajo de 2IU/L). El seguimiento debe ser intensivo: cada día al inicio y después semanalmente hasta que el nivel de hCG retorne a lo normal. **TRATAMIENTO MÉDICO:** En la mayoría de casos de embarazo ectópico tubárico una sola dosis de MTX de 50mg/m<sup>2</sup> intramuscular es suficiente. Puede necesitarse una segunda dosis de MTX (15%-20% de las mujeres) y a las pacientes se les debe advertir sobre esto antes del tratamiento. Para otros tipos de embarazo ectópico, incluyendo el embarazo cervical o intersticial, un tratamiento multi-dosis es la mejor opción. **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:** Cuando el manejo quirúrgico se considera apropiado, las guías del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)

recomiendan la vía laparoscópica sobre la laparotomía, y de acuerdo al caso se puede optar por una cirugía conservadora o radical (Huixian y col., 2018).

## - **ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL**

Se define como una complicación poco común de la gestación caracterizada por la proliferación anormal del tejido trofoblástico. Incluye un amplio espectro de entidades clínico-patológicas que va desde la Enfermedad trofoblástica gestacional benigna (Mola Hidatiforme Completa y Mola Hidatiforme Parcial) hasta patologías malignas (Mola Hidatiforme Invasora, Coriocarcinoma, Tumor del Sitio Placentario y Tumor Trofoblástico Epitelial) también conocidas como Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) (Seckl y col., 2010).

El síntoma inicial más común es el sangrado uterino anormal, casi siempre durante el primer trimestre. Además, un 50% de estas pacientes al examen físico se le encontrará un tamaño uterino mayor al esperado para la edad gestacional. Y un 30% presentarán un aumento en uno o ambos ovarios causado por los quistes tealuteínicos. La dilatación y curetaje es el método de elección una vez que se haya determinado el diagnóstico (Khanna, 22016).

### ***Hemorragia de la primera mitad del embarazo***

Se define como hemorragia de la segunda mitad del embarazo al sangrado que tiene lugar después de las 22 semanas de gestación. Las causas más frecuentes son placenta previa (PP) y desprendimiento prematuro de placenta (DPP), menos frecuentes son rotura uterina (RU), rotura del seno marginal y vasa previa (Acho y col., 2011).

Por ser la placenta previa y el desprendimiento prematuro de placenta las dos patologías que conllevan a la mayor morbimortalidad perinatal e incluso materna, pasaremos a hacer la revisión de las mismas (Pérez, 2010).

## - **ACRETISMO PLACENTARIO**

El espectro de acretismo placentario (EAP) es un fenómeno del embarazo caracterizado por la inserción anormal de parte o del total de la placenta; pudiendo tener ausencia parcial o total de la decidua basal habitualmente por un defecto de la interfase endometrio-miometrial secundario a un procedimiento quirúrgico, conllevando a un error de decidualización en el área cicatricial y permitiendo la profundización del trofoblasto. Según las capas uterinas comprometidas serán clasificadas como placenta acreta la cual se adhiere a miometrio (75% de los casos), increta la cual penetra miometrio (15% de los casos) y finalmente placenta percreta, aquella que traspasa miometrio hacia serosa u órganos adyacentes (5% de los casos). El mayor factor de riesgo actual es el antecedente de cesárea o de cualquier cirugía uterina (miomectomía, resección de adhesiones fibrinosas vía histeroscópica, antecedentes de embarazo ectópico operado, etc.) asociado a una implantación placentaria baja. Es así como el EAP genera un embarazo de alto riesgo debido a múltiples complicaciones, siendo la más frecuente y grave, la hemorragia masiva con altos requerimientos transfusionales y hemoderivados, así como también el daño secundario como la coagulopatía intravascular diseminada, falla multiorgánica, entre otros. El manejo del EAP es sin duda una entidad patológica sumamente desafiante en el campo de la obstetricia. El manejo quirúrgico sigue siendo para muchos especialistas la estrategia más beneficiosa para las pacientes afectadas (Véliz y col., 2018).

## - **DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA**

Es la separación prematura, parcial o total, de una placenta normoinserta de su inserción decidual después de la semana 20 o 22 de gestación y antes del periodo del alumbramiento. La triada clásica de síntomas es hemorragia, dolor e hipertonía uterina. La hemorragia, escasa y de color oscuro, se da en el 80% de los casos. El dolor suele ser de aparición brusca y lacinante. Las exploraciones complementarias son el registro cardiotocográfico (RCTG) y la ecografía. En el

RCTG las contracciones uterinas suelen ser irregulares, con tono basal y frecuencia y amplitud aumentados; un cese de las contracciones refleja aumento del desprendimiento. El registro de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) pone de manifiesto cualquier alteración. La ecografía es muy útil para excluir una placenta previa, así como para el seguimiento de hematomas retroplacentarios en pacientes con desprendimientos asintomáticos. El desprendimiento prematuro de placenta puede ser un proceso autoexpandible con acumulación de coágulos sanguíneos que causan mayor separación y hemorragia hasta alcanzar el borde de la placenta. Después, la sangre puede escapar a través del espacio potencial entre el corion y la decidua hasta el cuello uterino. La sangre puede alcanzar la cavidad amniótica, por dehiscencia de la placenta, con producción de líquido amniótico mezclado con sangre y también alcanzar el miometrio («útero de Couvelaire»). Generalmente, existe grave hipoxia fetal con una separación placentaria considerable, y es común la muerte fetal súbita. El principal riesgo materno inmediato es el shock hemorrágico; después puede existir daño renal, necrosis tubular aguda o cortical. Además, pueden producirse alteraciones de la coagulación a medida que la tromboplastina es liberada por el daño placentario y los factores de coagulación se consumen en el creciente hematoma retroplacentario a un ritmo más rápido que la capacidad del cuerpo para reemplazarlos (Arnedillo, 2008).

## **NAUSEAS Y VÓMITOS EXCESIVOS**

Las náuseas y vómitos son síntomas muy comunes en la embarazada, que afectan a más del 50 % de las mujeres con gestaciones simples normales, aparecen alrededor de las 5 semanas y se resuelven antes de las 20. Son más frecuentes en los mañanas, precipitados por olores fuertes y se cree que tienen relación con factores emocionales, alteraciones hormonales y como respuesta al curso normal del embarazo. Cuando este cuadro evoluciona con náuseas y vómitos severos, que producen deshidratación, pérdida de peso mayor del 5%, cetonuria y desequilibrio metabólico y electrolítico, se denomina hiperémesis gravídica (Silva, 2006).



La etiología es desconocida, aunque se han implicado varios factores: hormonales (gonadotropina coriónica humana [HCG], estrógenos, hormonas tiroideas [pacientes con hiperemesis gravídica pueden presentar un hipertiroidismo transitorio que suele resolverse antes de la semana 20 y no requiere tratamiento], déficit de hormona adrenocorticotrópica [ACTH] hipofisaria, progesterona, andrógenos, hormona del crecimiento, etc.), genéticos, metabólicos, psicógenos y sociales (más frecuente en gestación no deseada, personalidad inmadura, histerismo, primíparas, mayores de 35 años, etc.), alérgicos (proteína placentaria específica), alteración del pH gástrico, infección por *Helicobacter pylori*, déficit de piridoxina, alteración de la actividad eléctrica gástrica, etc.; parece que la serotonina puede tener alguna implicación (Lombardía y Fernández, 2003).

Destacamos entre las complicaciones la aparición de ictericia temprana que comporta un pronóstico grave. En un gran número de enfermas se aprecia tinte subictérico; en cambio, la ictericia franca es un signo de mal pronóstico cuando aparecen en el período terminal. La albuminuria intensa es frecuente signo de inicio de nefropatía concomitante, al igual que la fiebre elevada en los primeros estadios, muchas veces condicionada por pielitis u otra complicación intercurrente. También se producen alteraciones hemorrágicas como son gingivitis hemorrágica, hematemesis, melenas, púrpuras y manchas petequiales cutáneas, así como hemorragias subconjuntivales y de la retina, que obligan a estrechos controles oftalmológicos, y hemorragias laríngeas, que revelan un estado de particular fragilidad vascular favorecida por los esfuerzos del vómito. Entre las complicaciones más graves cabe destacar la neumonía por aspiración o síndrome de Mendelson, y el síndrome de Mallory-Weis con desgarros de la mucosa en la unión esofagogástrica que provoca hematemesis y, en los casos más graves, rotura esofágica e incluso neumotórax. Dentro de las complicaciones fetales figura el retraso del crecimiento intrauterino, que constituye un grave problema. Estudios de seguimiento de madres con hiperemesis gravídica han revelado que en el momento del parto el 32% de los niños tuvieron pesos al nacimiento por

debajo del percentil 10, según la edad gestacional. La asociación entre el peso bajo del recién nacido en el momento del nacimiento y la escasa ganancia de peso de la gestante es bien conocida. La muerte fetal es una complicación infrecuente en esta patología (Doblas y col., 2002).

## **FIEBRE**

La fiebre es una respuesta adaptativa del organismo que consiste en un aumento de la temperatura corporal por encima del valor normal. No es una enfermedad, sino un signo, que suele acontecer como resultado tras una infección, el cual puede dificultar la supervivencia de bacterias y virus y activar además el sistema inmune. La mayoría de los autores considera que existe fiebre cuando la temperatura corporal supera los 38 °C. Si está entre los 37 °C y los 38 °C se aplica el término *febrícula* y, si supera los 41 °C, *hiperpirexia*. El incremento está regulado de forma fisiológica por el hipotálamo y se produce en respuesta a pirógenos (Sanz, 2017).

Una temperatura > 39,5 °C (> 103 °F) durante el primer trimestre aumenta el riesgo de aborto espontáneo y defectos del encéfalo o la médula espinal fetal. La fiebre más adelante en el embarazo aumenta el riesgo de trabajo de parto pretérmino. El tratamiento de la fiebre está dirigido a la causa, pero los antipiréticos están indicados para disminuir la temperatura materna (Lara, 2007).

## **DISURIA – *Infección del Tracto Urinario***

Las infecciones del tracto urinario (ITU) se refieren a toda invasión microbiana del aparato urinario (riñón, uréteres, vejiga, uretra, etcétera) que sobrepasa la capacidad de defensa del individuo afectado. Dichas infecciones figuran entre las más comúnmente presentadas durante la gestación. Durante el embarazo se realizan cambios anatómicos y fisiológicos que contribuyen al desarrollo de la ITU, entre los cuales se encuentran: hidronefrosis fisiológica, cambios vesicales que predisponen al reflujo vesicoureteral, estasis urinaria y cambios físico-

químicos de la orina. En la mayoría de los embarazos ocurre dilatación del sistema colector superior, que se extiende hacia abajo hasta la pelvis, pueden contener más de 200 ml de orina y contribuir significativamente a la persistencia de la bacteriuria en el embarazo. Existen motivos fisiopatológicos que relacionan la ITU en el embarazo con el parto pretérmino y la rotura prematura de membranas. Su evolución sin tratamiento puede llevar a mayor morbilidad de la embarazada y, con menos frecuencia, mortalidad (Bello, 2018).

#### - **CISTITIS AGUDA**

La cistitis aguda presenta una clínica de polaquiuria (puede ser fisiológica), disuria, tenesmo vesical. Ocasionalmente hematuria. El diagnóstico se hace mediante el estudio del sedimento de orina y urocultivo (se considera positivo con > 100 UFC/ml en presencia de síntomas y piuria). En infecciones recurrentes se debe considerar la profilaxis durante todo el embarazo (Roche y col., 2009).

La complicación más frecuente debido a infección de vías urinarias bajas en la mujer embarazada es el parto prematuro siendo una de las causas de morbilidad y mortalidad perinatal; representa el 75% de las muertes perinatales y el 50% de las secuelas neurológicas atribuibles directamente a la prematuridad (Acosta y col., 2014).

El 10-30 % de las mujeres que tienen bacterias en la orina sin tratamiento desarrollan infección de la vía urinaria superior en el segundo trimestre del embarazo (Bello, 2018).

#### - **PIELONEFRITIS AGUDA**

Es una ITU acompañada de manifestaciones clínicas que sugieren afectación renal. Es frecuente en el embarazo, y ocupa el primer lugar entre las causas no obstétricas de hospitalización en la gestante. Debe considerarse una complicación seria, puesto que es la principal causa de shock séptico y puede asociarse a trabajo de parto pretérmino y a retraso del

crecimiento intrauterino. Es más común en el segundo (45-50%) y tercer trimestre (40-45%) que en el primero (10%). El riesgo de recurrencia durante la misma gestación es del 15%. La clínica suele establecerse en horas, y es fundamental para el diagnóstico. Al síndrome miccional se une la fiebre alta (39-40 °C) que cursa en picos (debido a la liberación de toxinas y pirógenos), el malestar general y el dolor lumbar intenso y constante, unilateral o bilateral (se debe recordar el predominio del lado derecho), que se irradia siguiendo el trayecto ureteral hasta las fosas ilíacas. Son frecuentes la sudoración y los escalofríos (que sugieren bacteriemia) así como las náuseas, los vómitos y la consecuente deshidratación. La orina suele estar concentrada. La puñopercusión renal es positiva (hipersensibilidad del ángulo costovertebral) en el lado afectado, y también pueden ser dolorosas la palpación de la fosa ilíaca y el fondo vaginal de ese mismo lado. El tratamiento requiere una correcta reposición hídrica y el inicio inmediato de antibioterapia de forma empírica, en ambos casos por vía intravenosa. Se recomienda la hospitalización de la paciente, al menos durante las primeras 48 h, hasta poder cambiar a la vía oral y excluir la presencia de complicaciones, ya que tras este tiempo las pacientes suelen encontrarse asintomáticas y apiréticas. De no ser así, debe sospecharse resistencia a los antibióticos o complicaciones urinarias como nefrolitiasis, absceso renal o obstrucción (Herráiz y col., 2005).

### **CEFALEA, TRASTORNOS VISUALES Y AUDITIVOS, EDEMA Y AUMENTO SÚBITO DE PESO, DOLOR EN EPIGASTRIO – *Preeclampsia***

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) define actualmente la preeclampsia como una enfermedad hipertensiva específica del embarazo con compromiso multisistémico. Se presenta generalmente después de las 20 semanas de gestación, más cerca del término, y se puede superponer a otro trastorno hipertensivo. Pero algunas mujeres presentan la hipertensión y signos multisistémicos que generalmente señalan la severidad de la enfermedad en ausencia de la proteinuria, y las últimas guías para la hipertensión en el embarazo de ACOG establecen que el comité de trabajo ha eliminado la dependencia del diagnóstico de preeclampsia

en la proteinuria. En ausencia de proteinuria, la preeclampsia se diagnostica como hipertensión asociada a trombocitopenia (cuenta de plaquetas menor de 100 000/ $\mu$ L), disfunción hepática (niveles elevados dos veces la concentración normal de las transaminasas hepáticas en sangre), aparición de insuficiencia renal (creatinina elevada en sangre mayor de 1,1 mg/dL o el doble de creatinina sanguínea en ausencia de otra enfermedad renal), edema pulmonar o trastornos cerebrales o visuales de novo. Esto significa que la preeclampsia se puede asociar -sin proteinuria- con sintomatología como trastornos visuales, cefalea, dolor epigástrico, y el desarrollo rápido e inesperado de la enfermedad. Somos conscientes sin embargo de que muchas mujeres no presentan la hipertensión definida como presión arterial  $> 140/90$  mmHg, pero que pueden tener solo aumentos leves de la presión arterial base a 120-130/85 mmHg y desarrollan repentinamente eclampsia o síndrome HELLP (Pacheco, 2017).

La preeclampsia afecta entre 2 y 10% de las gestantes, según las series en diversos países. Actualmente constituye la segunda causa de muerte materna en el Perú (23,3%). Pacheco-Romero en el 2014 reportó una incidencia de preeclampsia de 5,1% en 28 hospitales del MINSA a nivel nacional, donde la eclampsia ocurrió en 0,24% de la población y fue causa de un importante aumento de morbilidad (mayor riesgo de desprendimiento prematuro de placenta y cesárea); la preeclampsia se relaciona con 17 a 25% de las muertes perinatales y es causa principal de restricción del crecimiento fetal intrauterino (RCIU). Además, es la primera causa de internamiento en la unidad de cuidados intensivo; la muerte materna aconteció en 0,7% de los casos de preeclampsia y 1% de los casos de eclampsia falleció (Lacunza y col., 2015).

El Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible (PRES) es un síndrome clínico radiológico dado por manifestaciones neurológicas junto a características imagenológicas patognomónicas, siendo una entidad por lo general reversible. Este síndrome fue descrito por Hinchey en 1996, como una leucoencefalopatía aguda reversible relacionada con edema cerebral en la sustancia blanca subcortical de los lóbulos ttemporo parieto occipital, en mujeres

con una elevación aguda de la presión arterial. Las principales manifestaciones clínicas del PRES pueden presentarse de manera aguda o subaguda y consisten en cefalea y alteraciones visuales; en ocasiones, vértigo y tinnitus pueden acompañar los síntomas neurológicos en estos pacientes. Su máxima expresión, sin embargo, está dada por convulsiones o coma (Fernández y col., 2015).

## - **FISIOPATOLOGÍA DE LA PREECLAMPSIA**

A pesar de investigación considerable, la etiología y la fisiopatología de la preeclampsia siguen siendo elusivas. La hipertensión y la proteinuria implican al endotelio como el blanco de la enfermedad. La hipertensión de la preeclampsia se caracteriza por vasoconstricción periférica y disminución de la elasticidad arterial. En la preeclampsia se ha descrito vías y mecanismos fisiopatológicos complejos asociados a factores genéticos e inmunológicos. Éstos están estrechamente entrelazados y parecen ser desencadenados por la presencia del tejido placentario. Existe falla de la invasión del trofoblasto al miometrio y las arterias espirales responden a sustancias vasoactivas. La reacción inflamatoria sistémica y la activación de leucocitos y plaquetas aumentan aún más la inflamación, liberan radicales libres y causan daño endotelial y disfunción vascular. La disfunción endotelial vascular en la preeclampsia se relaciona con la pérdida del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF), proteína angiogénica, mediada por los niveles elevados de la antiangiogénica tirosina quinasa parecida a fms 1 (sFlt-1), un potente inhibidor de VEGF, y por la endoglina. La disfunción endotelial vascular parece ser generalizada y causaría la permeabilidad y el *edema capilar crecientes* que resultan en hipoxia cerebral y convulsiones de la eclampsia, necrosis periportal del hígado y daño parenquimal, que ocasionan aumento de las enzimas hepáticas y hemólisis, proteinuria y compromiso de diversos órganos (Pacheco, 2017).

- **CEFALEA**

La cefalea como signo de preeclampsia es constante e intensa, pobremente localizada con presencia o no de náuseas y vómitos, y asociada a signos de alarma como la escasa respuesta a los analgésicos convencionales es el síntoma más frecuente (Grillo y col., 2010).

- **TRASTORNOS VISUALES**

Alteraciones visuales como ceguera cortical, hemianopsia homónima, visión borrosa, fotofobia, escotomas, amaurosis, diplopía y discromatopsia son complicaciones oftalmológicas más comunes durante la preeclampsia o la eclampsia. Las alteraciones fundoscópicas aparecen con más frecuencia cuando la presión arterial diastólica es mayor de 100 mmHg y la sistólica se encuentra alrededor de 150 mmHg. Las tres complicaciones visuales más comunes son la retinopatía hipertensiva, el desprendimiento de retina exudativo y la ceguera cortical, asociadas posiblemente a la preexistencia o coexistencia de enfermedades vasculares sistémicas, cambios hormonales, daño endotelial, autorregulación anormal, hipoperfusión e isquemia o edema e hiperperfusión (Cuan y col., 2016).

- **TRASTORNOS AUDITIVOS**

El tinnitus o acúfeno es comúnmente descrito como un timbre o silbido en los oídos. También puede sonar como un rugido, chasquido, siseo o zumbido. Puede ser suave o fuerte, agudo o bajo. Se puede oír en uno o ambos oídos. Este signo por sí sólo se podría ignorar; sin embargo, si está vinculado a cefalea intensa, trastornos visuales nos está indicando que podríamos estar frente a un cuadro de preeclampsia (Carrillo y col, 2017).

- **EDEMA Y AUMENTO SÚBITO DE PESO**

En el momento que los edemas se extienden a la cara, alrededor de los ojos y a las manos, y exista la presencia de una presión arterial alta con proteinuria, tendremos que preocuparnos pues

pueden ser signos de preeclampsia. Si el edema en el cuerpo es severo, se puede evidenciar edema con fóvea (al presionar el dedo contra la piel, se observará una hendidura que permanece en la piel por algunos segundos) o decoloración de las piernas, la gestante tiene que asistir al centro de salud más cercano. Asimismo, un aumento de peso de aproximadamente 900 gramos o más en una semana puede indicar preeclampsia. Este aumento tan súbito de peso es ocasionado a vasos sanguíneos dañados que provocan que se vierta más agua en el cuerpo y que ésta permanezca en los tejidos en lugar de ser filtrada por los riñones para ser excretada (Gómez, 2005).

#### - **DOLOR EN EPIGASTRIO**

El dolor abdominal característico de la preeclampsia es el localizado en epigastrio y/o en el cuadrante superior derecho, que no se modifica con la ingesta de alimentos, ni se irradia (Huarte y col., 2009).

Este síntoma es explicado por alteraciones hepáticas consistentes en necrosis tisular, oclusión por trombos de fibrina o material hialino en capilares periportales y sinusoides; La tensión provocada en la cápsula de Glisson puede originar el dolor en epigastrio y en hipocondrio derecho (Parra, 2005).

#### **CONVULSIONES – *Eclampsia***

La eclampsia es una complicación severa de la enfermedad hipertensiva del embarazo que afecta al sistema nervioso central, manifestándose con un cuadro clínico de convulsiones generalizadas y/o coma en una gestante con hipertensión y proteinuria previa (preeclampsia). La eclampsia, que se presenta clásicamente en gestantes con hipertensión severa y proteinuria significativa, puede comenzar sin estos hallazgos clínicos, lo cual dificulta el diagnóstico y retrasa la toma de decisiones terapéuticas (Duárez, 2012).



## - **FISIOPATOLOGÍA DE LA ECLAMPSIA**

En los casos de gestaciones que cursan con hipertensión inducida por la gestación existe un estado de disfunción endotelial materna producido por una sumatoria de eventos, como son el aumento de sustancias inflamatorias, desequilibrio angiogénico, entre otras. Sin embargo, no está totalmente aclarado el mecanismo por el cual se afecta la permeabilidad de la BHE, aumentando la susceptibilidad de la gestante a las convulsiones y a la formación de edema cerebral ante súbitos aumentos de la presión arterial. Los mecanismos involucrados serían: a) Al producirse un aumento súbito de la presión arterial por encima del umbral de autorregulación, las arterias piales se vasodilatarán y transmitirán esta presión a los vasos penetrantes (que tienen paredes delgadas y tolerancia baja a las altas presiones); estos a su vez transmitirán toda la presión hidrostática a los capilares, produciendo edema cerebral y pérdida de la permeabilidad de la BHE. b) La disrupción de la BHE produce más edema, el cual puede llevar a fenómenos isquémicos y edema citotóxico; a esto también contribuyen los picos hipertensivos, que con una BHE alterada producen más edema por aumento de la presión hidrostática. c) Existe un aumento de la susceptibilidad a las convulsiones en la gestación al disminuir los receptores A del ácido gamma aminobutírico (GABA-A), los cuales mantienen inhibición neuronal; esto ocasiona un descenso del umbral convulsivo. d) La existencia de neuroinflamación en la preeclampsia afecta la permeabilidad de la BHE y también disminuye el umbral convulsivo al internalizar los receptores neuronales inhibidores. e) El aumento de la aquaporina 4 (AQP4) en los pies de los astrocitos (en los últimos trimestres de la gestación) involucrados en el transporte de agua generan mayor susceptibilidad al edema; conjuntamente, el cotransporte de potasio asociado ocasiona aumento de la excitabilidad neuronal (Lacunza y col., 2015).

Las gestantes con diagnóstico de preeclampsia o eclampsia deben ser hospitalizadas en un establecimiento de segundo nivel de atención y de categoría II-2 o III, que disponga de una unidad de cuidados intensivos materna y banco de sangre. Durante la hospitalización se

monitorizará la presión arterial cada 4 horas, así como las funciones vitales, latidos cardiacos fetales y contracciones uterinas; del mismo modo, se controlará la diuresis y realizará el control bioquímico y hematológico, que incluye perfil de coagulación, perfil renal (creatinina, urea y ácido úrico, depuración de creatinina), proteinuria cualitativa diaria, control diario de peso, balance de líquidos administrados y eliminados, perfil hepático (enzimas hepáticas) diario o más seguido, de ser necesario. Se evaluará el bienestar fetal por lo menos cada 72 horas. Específicamente en la eclampsia se requiere el control de las convulsiones y prevención de las recurrencias con sulfato de magnesio (Guevara y col., 2014).

### **PÉRDIDA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO – *Ruptura Prematura de Membranas***

La ruptura prematura de membranas que ocurre antes del inicio del trabajo de parto y de las 37 semanas se denomina: ruptura prematura pretérmino de membranas. Su atención médica y el pronóstico están determinados, entre otros factores, por la edad gestacional, datos de infección y presencia o ausencia de signos de daño fetal. En 15-25% de las pacientes con ruptura prematura pretérmino de membranas hay infección intraamniótica, clínicamente evidente (la infección intrauterina definida por cultivos positivos de ha reportado en 36%). Los riesgos más significativos para el feto, después de la ruptura prematura de membranas, son las complicaciones por prematurez. La dificultad respiratoria es la complicación más común, además de sepsis, enterocolitis necrosante y hemorragia intraventricular. La infección intrauterina contribuye con 1-2% de riesgo de muerte fetal, posterior a la ruptura prematura pretérmino de membranas. De las pacientes que cursan con ruptura prematura pretérmino 50% termina el embarazo en la primera semana, 15-25% de los casos padece infección intraamniótica, mientras que 15-20% se asocia con infección posparto ( Rodríguez y col, 2018).

La embarazada debe recibir educación en cuanto a la pérdida de líquido por vía vaginal, sea un chorro continuo o intermitente, saber que debe comunicarlo a la mayor brevedad posible al

médico tratante. La ruptura de las membranas es significativa por tres razones: En primer lugar, si la presentación no está fijada en la pelvis, aumenta la posibilidad de prolapso y compresión del cordón umbilical. En segundo lugar, es muy probable que el trabajo de parto inicie poco tiempo después si el embarazo está cerca del término o ya lo alcanzó. En tercer lugar si el nacimiento se prolonga después de la ruptura de membranas es más probable que ocurra una infección intrauterina. Los hallazgos confirmatorios que deben buscarse son la acumulación de líquido amniótico en el fondo de saco posterior; se debe realizar la prueba de nitrazina, la cual se basa en el hecho de que el pH del líquido amniótico es un poco más alcalino (7.0 a 7.5) que las secreciones vaginales (4.5 a 5.5), lo cual tornará el papel con nitrazina en color azul al estar en contacto con el líquido amniótico. Otra de las pruebas que pueden realizarse es la de la visualización de la arborización o formación de cristales en hehecho del líquido amniótico al secarse al aire (Vargas y col., 2014).

### **DISMINUCIÓN O AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES**

La percepción materna de la disminución de los movimientos fetales (DMF) es subjetiva. Las embarazadas perciben los movimientos fetales de formas disímiles y en diferentes momentos del día, por lo cual los hace difíciles de medir y cuantificar de manera uniforme. Generalmente, estos pueden ser reconocidos por primera vez luego de las 20 semanas de embarazo. La DMF, especialmente durante el tercer trimestre, puede ser una señal de compromiso fetal; diferentes investigaciones han demostrado que esta condición está asociada con complicaciones tales como muerte fetal intrauterina y restricción del crecimiento fetal. El diagnóstico de DMF continúa siendo un tema de debate, sin embargo, muchos autores lo consideran como la ausencia aguda de movimientos fetales de > 2 horas de duración que previamente eran percibidos y percepción subjetiva de disminución respecto al patrón habitual de movimientos fetales que dura > 12 horas (Valencia y col., 2017).

## **CONTRACCIONES UTERINAS ANTES DE LAS 37 SEMANAS**

### **- AMENAZA DE PARTO PREMATURO**

El diagnóstico de amenaza de parto prematuro se basa en la presencia de dinámica uterina y de modificaciones cervicales, que ocurren después de las 20 y antes de las 37 semanas de gestación, independientemente del peso al nacer, y es de causa multifactorial. Los criterios diagnósticos son dinámica uterina 1 a 2 contracciones en 10 minutos por 30 minutos más borramiento de 50% o más y/o dilatación de 1 cm. Sin embargo, no existe aún un consenso universal en ellos ya que cerca del 50% de las pacientes con diagnóstico de amenaza de parto prematuro las contracciones uterinas desaparecen sin necesidad de tratamiento. A pesar de que se ha logrado disminuir su frecuencia, debido a las mejoras existentes en prácticas de fertilidad y el aumento de estrategias que buscan la prevención de esta patología; sigue siendo una de las principales causas de mortalidad y morbilidad infantil, lo que ocasiona secuelas a corto y largo plazo, y lo convierte en un importante problema de salud pública (Valencia y col., 2017).

### **- TRABAJO DE PARTO PREMATURO**

Se define como aquel que se produce entre las 22 y las 36 semanas 6 días después de la fecha de última menstruación. Es la presencia de dos o más contracciones uterinas en diez minutos durante 30 minutos, asociada a modificaciones cervicales (dilatación mayor de tres centímetros y/o borramiento mayor 80%). El parto pretérmino es un problema para la salud pública a nivel mundial, ya que conlleva complicaciones neonatales a corto plazo, como depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante, ductus arterioso persistente, displasia broncopulmonar o apneas. A largo plazo se dan parálisis cerebral, retraso mental, compromiso de visión y pérdida de audición (Huertas, 2018).

### **III. MÉTODO**

#### **3.1. Tipo de investigación**

Por la ocurrencia de los hechos, es un estudio PROSPECTIVO, pues la información obtenida nos permitió determinar durante el estudio: la relación entre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo reconocidos por las gestantes y la conducta que adoptarían frente a éstos.

Por el acopio de los resultados, es un estudio TRANSVERSAL porque nos permitió estimar en un solo momento o período de tiempo en que ocurrió el estudio: la relación entre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo reconocidos por las gestantes y la conducta que adoptarían frente a éstos.

Por el análisis y alcance de los resultados, es un estudio DESCRIPTIVO porque la información nos permitió conocer y describir los signos y síntomas de alarma durante el embarazo reconocidos por las gestantes y cuál es la conducta que adoptarían frente a éstos. Además es de tipo CORRELACIONAL ya que analizó y estudió las variables para conocer su nivel de influencia, y buscó determinar el grado de relación entre ellas: los signos y síntomas de alarma durante el embarazo reconocidos por las gestantes y la conducta que adoptarían frente a éstos .

#### **3.2. Ámbito temporal y espacial**

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Nacional Sergio Bernales del distrito de Comas en Lima, Perú durante el mes de febrero del 2020.

### **3.3. Variables**

#### **3.3.1. Variable independiente**

Signos y síntomas de alarma reconocidos por las gestantes.

#### **3.3.2. Variable dependiente**

Conducta adoptada por las gestantes frente a los signos y síntomas reconocidos.

Se adjunta en Anexos la operacionalización de variables.

### **3.4. Población y muestra**

#### **3.4.1. Población**

Este estudio lo conformó las gestantes atendidas por consultorio externo de Obstetricia en el Hospital Nacional Sergio Bernales del distrito de Comas en Lima durante el mes de febrero del 2020.

##### Criterios de inclusión

- ✓ Gestantes que acudieron a consultorio externo de Obstetricia en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante el período mencionado.
- ✓ Gestantes de toda edad, estado civil y grado de instrucción.
- ✓ Gestantes que firmaron el consentimiento informado.

##### Criterios de exclusión

- ✓ Gestantes con discapacidades mentales.
- ✓ Gestantes con discapacidad visual, auditiva y vocal.
- ✓ Gestantes que no desearon participar voluntariamente en el estudio.

### 3.4.2. Muestra

La muestra de estudio se calculó a través del muestreo probabilístico aleatorio simple ya que se trata de un estudio descriptivo cuyas variables son de tipo cualitativo, a través de la siguiente fórmula:

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

Donde:

N: Población promedio atendida en el consultorio de Obstetricia durante Febrero: 500.

Z: 1.96, valor de Z al 95% de confianza.

p: probabilidad de un nivel de conocimiento adecuado 0.5.

q:  $1 - p > 0.5$ .

E: error estándar, que su valor es de 0.05.

Reemplazando los datos y aplicando la fórmula, la muestra estuvo constituida por 218 gestantes atendidas en consultorio externo de Obstetricia del Hospital Nacional Sergio Bernales.

### 3.5. Instrumentos

El instrumento utilizado para la recolección de la información fue mediante una encuesta a las gestantes atendidas por consultorio externo de Obstetricia en el Hospital Nacional Sergio Bernales del distrito de Comas en Lima durante febrero del 2020.

La encuesta constó de dos partes: Parte A y Parte B.

La parte A constó de 13 preguntas orientadas al reconocimiento de cada uno de los signos y síntomas de alarma contemplados en las normas técnicas de salud del MINSA para una atención integral de la salud materna. Cada pregunta contó con dos alternativas.

La parte B constó de otras 13 preguntas orientadas a manifestar cuál sería la conducta que las pacientes adoptarían al estar frente a aquellos signos y síntomas de alarma. Cada pregunta constó con 4 alternativas.

La encuesta se encuentra en la sección de Anexos.

### **3.6. Procedimientos**

Para la ejecución de este proyecto: Signos y síntomas de alarma durante el embarazo reconocidos por las gestantes y su conducta frente a éstos en el Hospital Nacional Sergio Bernal en febrero del 2020, en primer orden, se solicitó a través de un documento el permiso correspondiente a las autoridades de dicho centro de salud para la aplicación de la encuesta ( el instrumento) dirigida a las gestantes.

Obtenido el permiso, se eligió a las gestantes que cumplan con los criterios de inclusión, a quienes se les solicitó que firmen el consentimiento informado de forma voluntaria si deseaban participar del estudio.

Con todo esto, se procedió a la aplicación del instrumento mediante la encuesta anónima. Cabe mencionar que se les explicó el motivo de la investigación, siempre teniendo en cuenta los principios éticos, así como la confidencialidad de la información expresada.



### **3.7. Análisis de datos**

Por último, se procedió a la tabulación de los datos recolectados para su posterior evaluación y análisis, estos datos fueron tabulados en una matriz con el programa Excel en su última versión

Posteriormente, se comenzó a analizar los datos tabulados utilizando el programa SPSS en su última versión. Para el análisis univariado, se calculó frecuencias absolutas y relativas y para el análisis bivariado se realizó pruebas de chi cuadrado teniendo en cuenta un nivel de significancia ( $p < 0.05$ ).

### **3.8. Consideraciones éticas**

Este estudio fue examinado por el comité de ética de la Facultad de Medicina Hipólito Unanue y por el comité de ética del Hospital Sergio Bernales, éste último emitió un documento con la autorización para aplicar el instrumento de tesis en dicho nosocomio, asimismo emitió un informe de opinión de experto del instrumento de investigación a utilizar donde se concluyó que éste es aplicable con un promedio de valoración del 87% (excelente), ambos documentos se adjuntan en anexos.

Asimismo, antes de encuestar a las gestantes se les interpretó de forma clara el consentimiento informado, que luego de ser aceptado y firmado por ellas se procedió a realizarla, dicho formato se encuentra también adjuntado en anexos.

Es de importancia mencionar que este estudio respetó los principios éticos para la investigación científica postulados en la declaración de Helsinki en su última actualización realizada en Fortaleza (Brasil, 2013). Se garantizó en todo momento el anonimato de la encuesta asegurando la confidencialidad y privacidad de los datos personales de las participantes, así como la no maleficiencia de participar en el estudio.

#### IV. RESULTADOS

**Tabla 1**

*Pruebas de chi-cuadrado entre la variable: Signos y síntomas y la variable: Conducta*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado	108,498 <sup>a</sup>	1	0,000		
de Pearson					
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	26,624	1	0,000		
Razón de verosimilitud	9,992	1	0,002		
Prueba exacta de Fisher				0,009	0,009
Asociación lineal por lineal	108,000	1	0,000		
N de casos válidos	218				

Nota: a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 0,01. b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

Nivel de significancia: 0,05

**Regla para tomar una decisión:** Si la significancia resultante resulta menor que el nivel de significancia se debe rechazar la hipótesis nula y por tanto tomar la alterna. De lo

contrario, si la significancia fuese mayor al nivel de significancia no se rechazaría la hipótesis nula.

**Decisión:** La significancia resultó 0,000, por lo cual al ser inferior al nivel de significancia de 0,05 se debe rechazar la hipótesis nula y por tanto se infiere que existe relación entre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo reconocidos por las gestantes, y la conducta que adoptarían al estar frente a éstos en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante febrero del 2020.

A continuación se expondrán los resultados del estudio a partir de cada signo y síntoma de alarma, es decir, se mostrarán tablas y figuras del porcentaje de reconocimiento de cada uno de ellos así como el porcentaje de cada conducta que las gestantes adoptarían en el caso se presenten estos signos y síntomas.

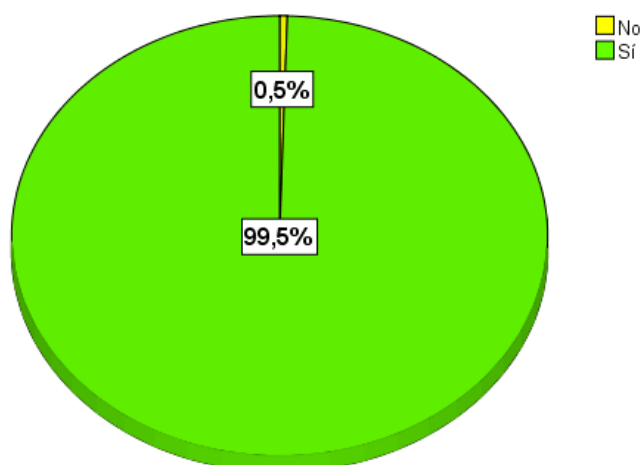
## **SANGRADO VAGINAL**

**Tabla 1**

*Reconocimiento del sangrado vaginal como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	1	0,5	0,5	0,5
	Sí	217	99,5	99,5	100,0
	Total	218	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 1**

*Reconocimiento del sangrado vaginal como signo o síntoma de alarma*

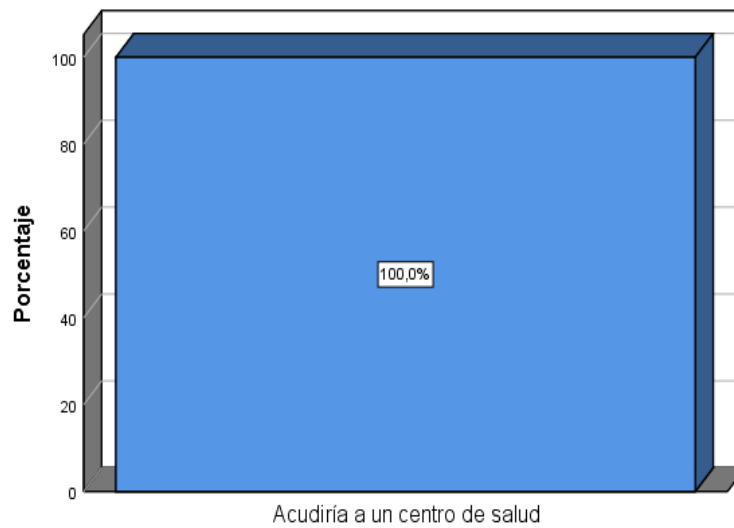
En la tabla 1 y figura 1 se puede observar que el 99,5% de las encuestadas sí reconocen que el sangrado por la vagina es una señal de peligro para su vida o la de su bebé. Solo el 0,5% indicó que no lo reconoce.

**Tabla 2**

*Conducta de las gestantes que reconocen al sangrado vaginal (99,5%) como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Acudiría a un centro de salud	217	100,0	100,0	100,0

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 2**

*Conducta de las gestantes que reconocen al sangrado vaginal (99,5%) como signo o síntoma de alarma*

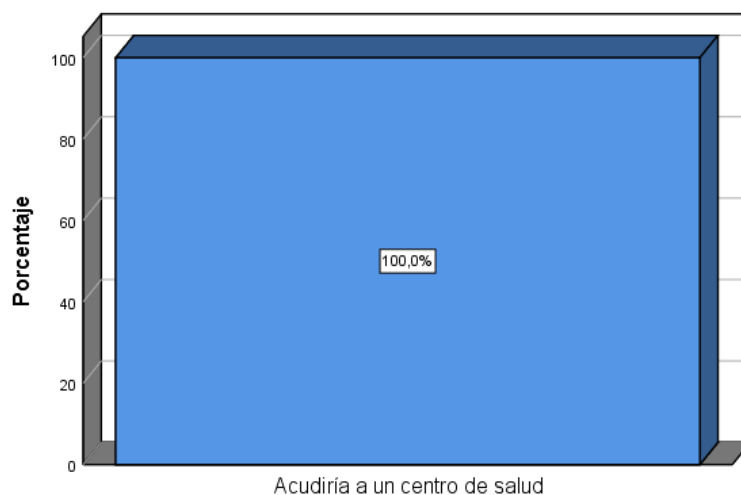
En la tabla 2 y en la figura 2 se observa que del 99,5% de las encuestadas que sí reconocen que el sangrado por la vagina es una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 100% indicaron que acudirían a un centro de salud.

**Tabla 3**

*Conducta de las gestantes que no reconocen al sangrado vaginal (0,5%) como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Acudiría a un centro de salud	1	100,0	100,0	100,0

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 3**

*Conducta de las gestantes que no reconocen al sangrado vaginal (0,5%) como signo o síntoma de alarma*

En la tabla 3 y en la figura 3 se observa que del 0,5% de las encuestadas que no reconocen que el sangrado por la vagina es una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 100% indicaron que acudirían a un centro de salud.

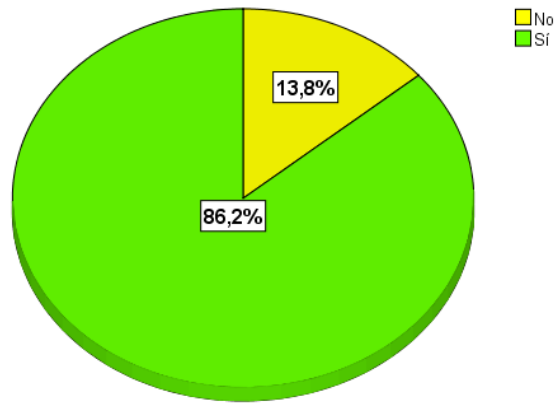
### NAUSEAS Y VÓMITOS EXCESIVOS

**Tabla 1**

*Reconocimiento de náuseas y vómitos excesivos como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	30	13,8	13,8	13,8
	Sí	188	86,2	86,2	100,0
	Total	218	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 1**

*Reconocimiento de náuseas y vómitos excesivos como signo o síntoma de alarma*

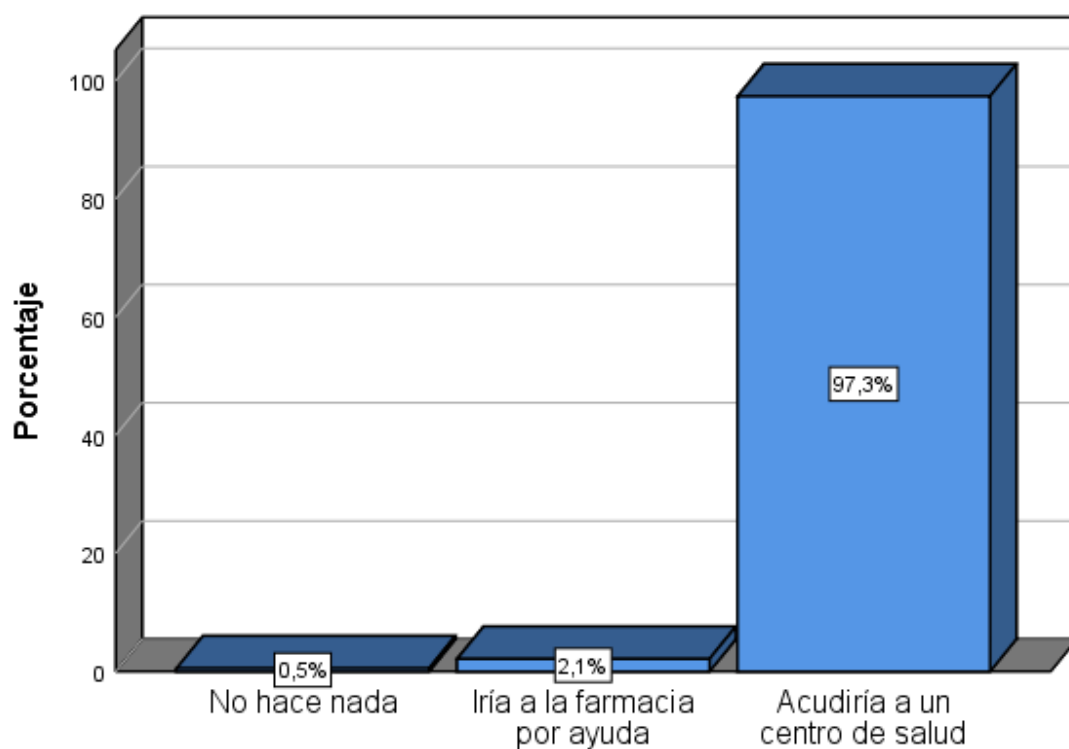
En la tabla 1 y en la figura 1 se puede observar que el 86,2% de las encuestadas sí reconocen que las náuseas y vómitos intensos y repetidos es una señal de peligro para su vida o la de su bebé. El restante 13,8% expresó que no lo reconoce.

**Tabla 2**

*Conducta de las gestantes que reconocen náuseas y vómitos excesivos (86,2%) como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje	Porcentaje
					acumulado
Válido	No hace nada	1	0,5	0,5	0,5
	Iría a la farmacia por ayuda	4	2,1	2,1	2,7
	Acudiría a un centro de salud	183	97,3	97,3	100,0
	Total	188	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 2**

*Conducta de las gestantes que reconocen náuseas y vómitos excesivos (86,2%) como signo o síntoma de alarma*

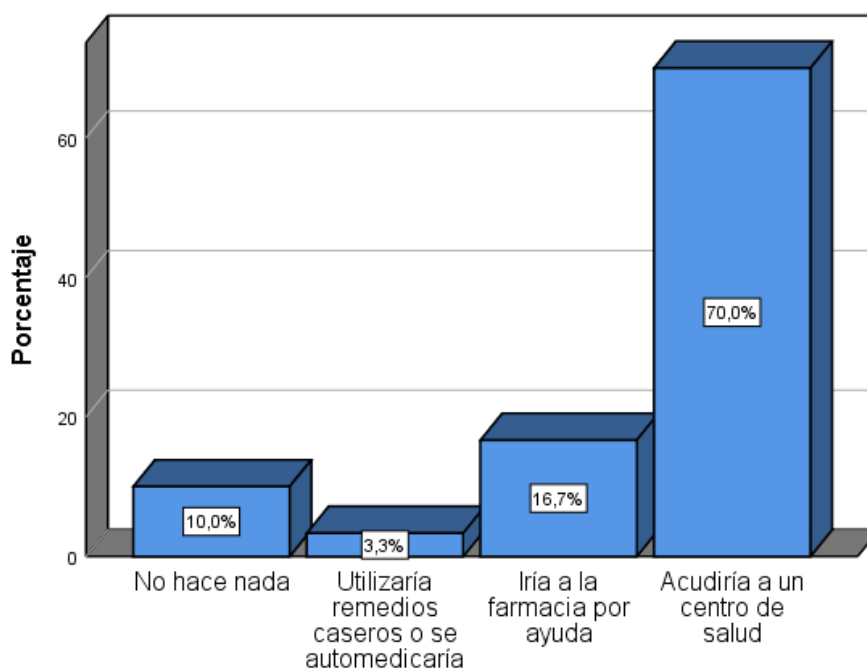
En la tabla 2 y en la figura 2 se observa que del 86,2% de las encuestadas que sí reconocen que las náuseas y vómitos intensos y repetidos es una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 97,3% indicó que acudiría a un centro de salud. Por otro lado, el 2,1% expresó que iría a la farmacia por ayuda; y únicamente el 0,5% expresó que no haría nada.



**Tabla 3***Conducta de las gestantes que no reconocen náuseas y vómitos excesivos (13,8%)**como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No hace nada	3	10,0	10,0	10,0
	Utilizaría remedios caseros o se automedicaría	1	3,3	3,3	13,3
	Iría a la farmacia por ayuda	5	16,7	16,7	30,0
	Acudiría a un centro de salud	21	70,0	70,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



### Figura 3

*Conducta de las gestantes que no reconocen náuseas y vómitos excesivos (13,8%)*

como signo o síntoma de alarma.

En la tabla 3 y en la figura 3 se observa que del 13,8% de las encuestadas no reconocen que las náuseas y vómitos intensos y repetidos es una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 70,0% indicaron que acudirían a un centro de salud. Le continúa el 16,7% expresó que iría a la farmacia por ayuda. El 10% indicó que no haría nada; y únicamente el 3,3% expresó que utilizaría remedios caseros o se automedicaría.

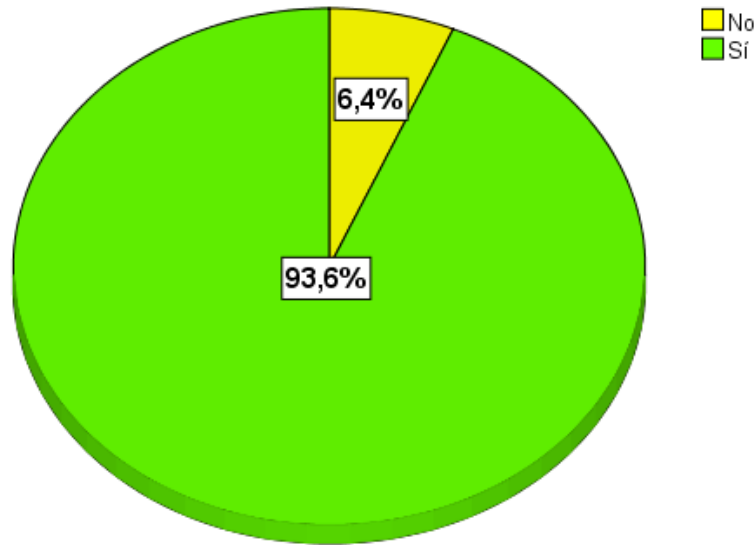
### EDEMA GENERALIZADO

**Tabla 1**

*Reconocimiento de edema generalizado como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	14	6,4	6,4	6,4
	Sí	204	93,6	93,6	100,0
	Total	218	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 1**

*Reconocimiento de edema generalizado como signo o síntoma de alarma*

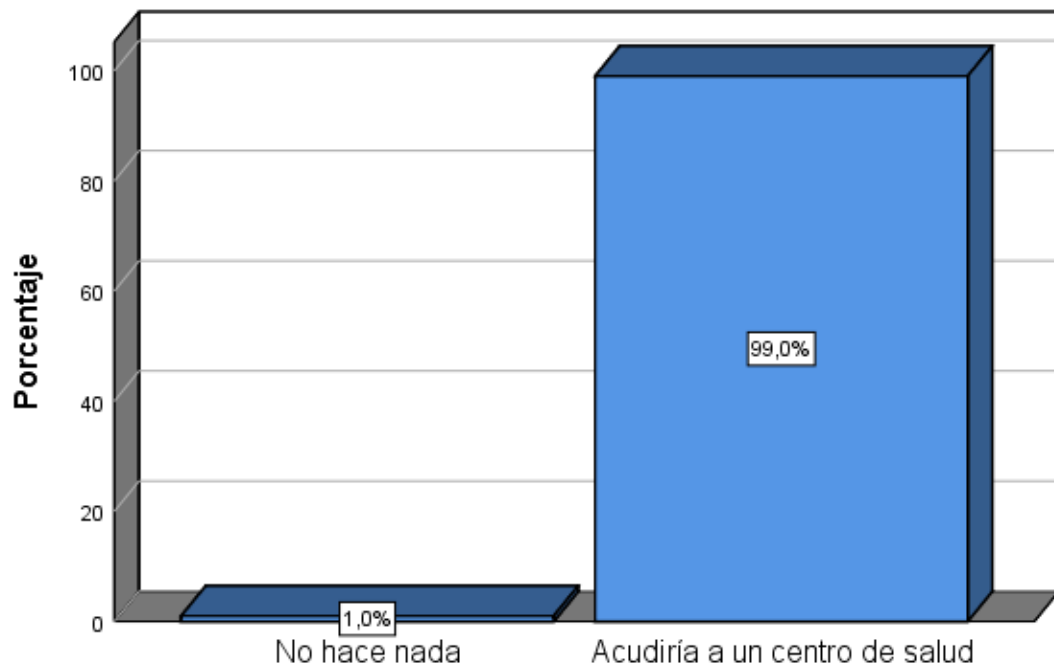
En la tabla 1 y en la figura 1 se puede observar que el 93,6% de las encuestadas sí reconocen que la hinchazón de cara, manos y pies es una señal de peligro para su vida o la de su bebé. Solo el 6,4% expresó que no lo reconoce.

**Tabla 2**

*Conducta de las gestantes que reconocen edema generalizado (93,6%) como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No hace nada	2	1,0	1,0	1,0
	Acudiría a un centro de salud	202	99,0	99,0	100,0
	Total	204	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 2**

*Conducta de las gestantes que reconocen edema generalizado (93,6%) como signo o síntoma de alarma*

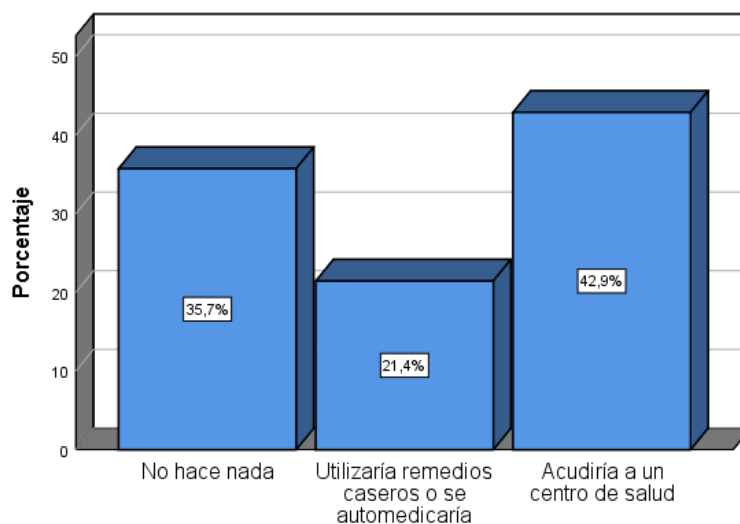
En la tabla 2 y en la figura 2 se observa que del 93,6% de las encuestadas que sí reconocen que la hinchazón de cara, manos y pies es una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 99,0% indicó que acudiría a un centro de salud. Por su parte, solo el 1% expresó que no haría nada.

**Tabla 3**

*Conducta de las gestantes que no reconocen edema generalizado (13,8%) como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No hace nada	5	35,7	35,7	35,7
	Utilizaría remedios caseros o se automedicaría	3	21,4	21,4	57,1
	Acudiría a un centro de salud	6	42,9	42,9	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 3**

*Conducta de las gestantes que no reconocen edema generalizado (13,8%) como signo o síntoma de alarma*

En la tabla 3 y en la figura 3 se observa que del 6,4% de las encuestadas que no reconocen que la hinchazón de cara, manos y pies es una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 42,9% indicó que acudiría a un centro de salud. Por otro lado, el 35,7% indicó que no haría nada; y el restante 21,4% indicó que utilizaría remedios caseros o se automedicaría.

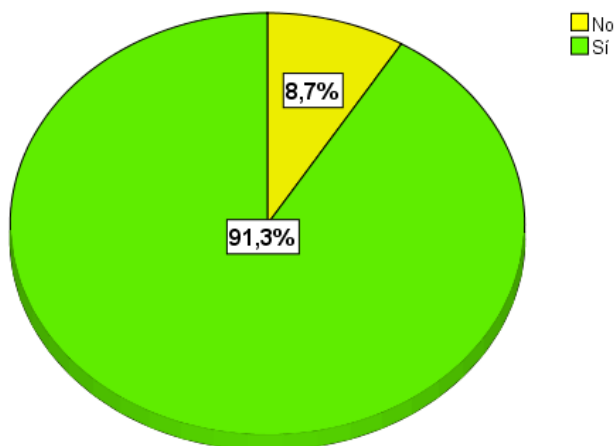
## FIEBRE

**Tabla 1**

*Reconocimiento de fiebre como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	19	8,7	8,7	8,7
	Sí	199	91,3	91,3	100,0
	Total	218	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



## Figura 1

### *Reconocimiento de fiebre como signo o síntoma de alarma*

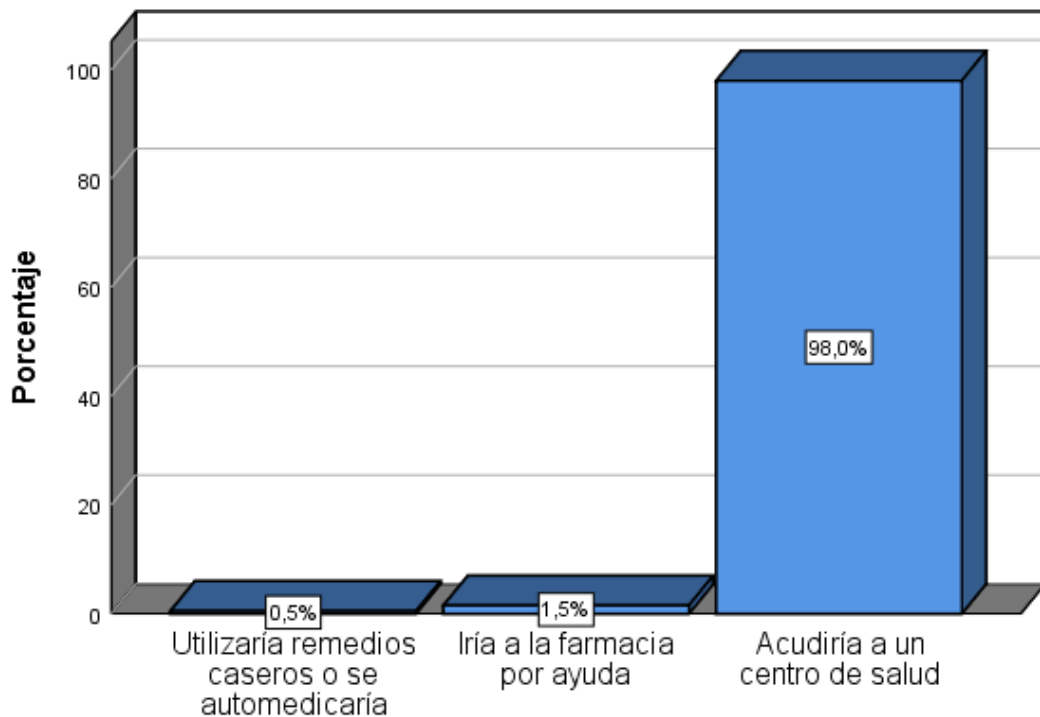
En la tabla 1 y en el figura 1 se puede observar que el 91,3% de las encuestadas sí reconocen que la fiebre es una señal de peligro para su vida o la de su bebé. Solo el 8,7% expresó que no lo reconoce.

## Tabla 2

### *Conducta de las gestantes que reconocen fiebre (91,3%) como signo o síntoma de alarma*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Utilizaría remedios caseros o se automedicaría	1	0,5	0,5	0,5
Iría a la farmacia por ayuda	3	1,5	1,5	2,0
Acudiría a un centro de salud	195	98,0	98,0	100,0

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 2**

*Conducta de las gestantes que reconocen fiebre (91,3%) como signo o síntoma de alarma*

En la tabla 2 y en el figura 2 se observa que del 91,3% de las encuestadas que sí reconocen que la fiebre es una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 98,0% indicó que acudiría a un centro de salud. Por su parte, el 1,5% indicó que iría a la farmacia por ayuda; y finalmente el restante 0,5% expresó que utilizaría remedios caseros o se automedicaría.

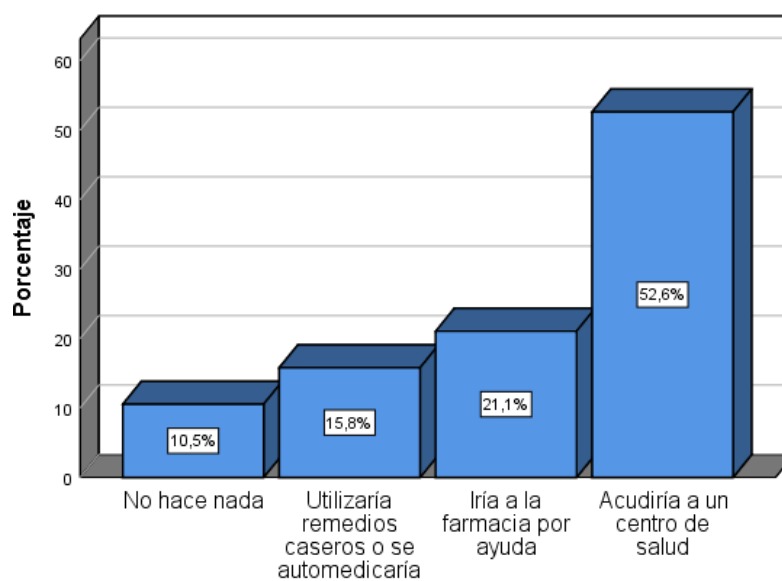


**Tabla 3**

*Conducta de las gestantes que no reconocen fiebre (8,7%) como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No hace nada	2	10,5	10,5	10,5
	Utilizaría remedios caseros o se automedicaría	3	15,8	15,8	26,3
	Iría a la farmacia por ayuda	4	21,1	21,1	47,4
	Acudiría a un centro de salud	10	52,6	52,6	100,0

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



### Figura 3

*Conducta de las gestantes que no reconocen fiebre (8,7%) como signo o síntoma de alarma.*

En la tabla 3 y en el figura 3 se observa que del 8,7% de las encuestadas que no reconocen que la fiebre es una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 52,6% indicó que acudiría a un centro de salud. Por su parte, el 21,1% indicó que iría a la farmacia por ayuda; el 15,8% expresó que utilizaría remedios caseros o se automedicaría; y finalmente el restante 10,5% expresó que no haría nada.

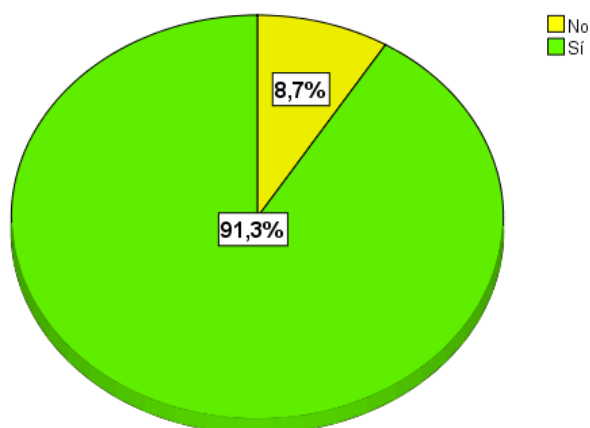
### DISURIA

**Tabla 1**

*Reconocimiento de disuria como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	25	11,5	11,5	11,5
	Sí	193	88,5	88,5	100,0
	Total	218	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 1**

*Reconocimiento de disuria como signo o síntoma de alarma*

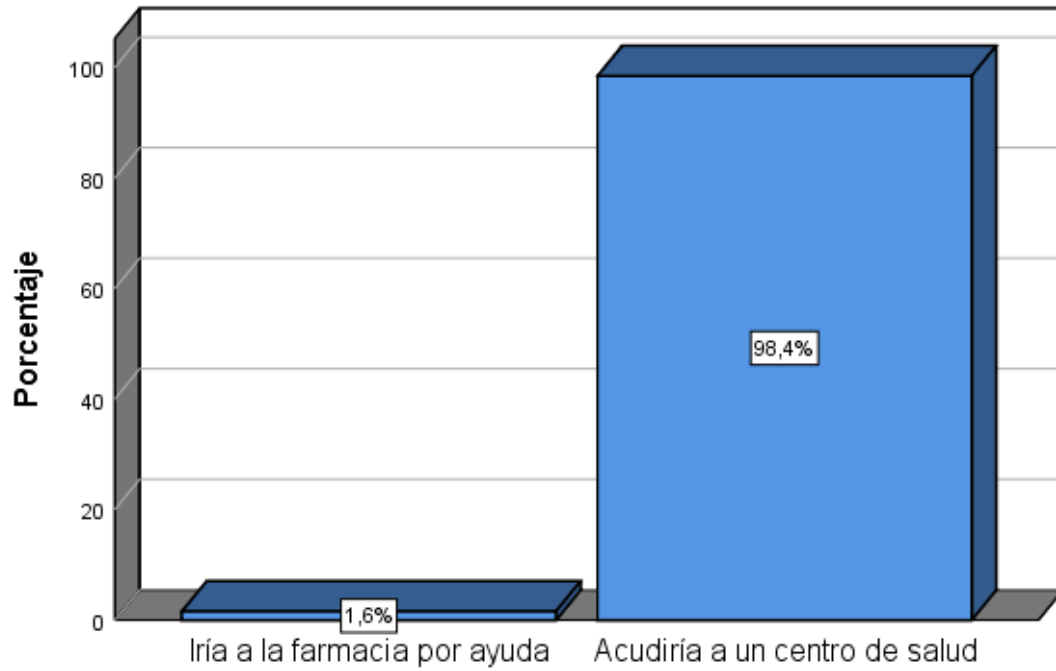
En la tabla 1 y en el figura 1 se puede observar que el 88,5% de las encuestadas sí reconocen que el dolor o ardor al orinar es una señal de peligro para su vida o la de su bebé. Solo el 11,5% indicó que no lo reconoce.

**Tabla 2**

*Conducta de las gestantes que reconocen disuria (88,5%) como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Iría a la farmacia por ayuda	3	1,6	1,6	1,6
	Acudiría a un centro de salud	190	98,4	98,4	100,0
	Total	193	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 2**

*Conducta de las gestantes que reconocen disuria (88,5%) como signo o síntoma de alarma*

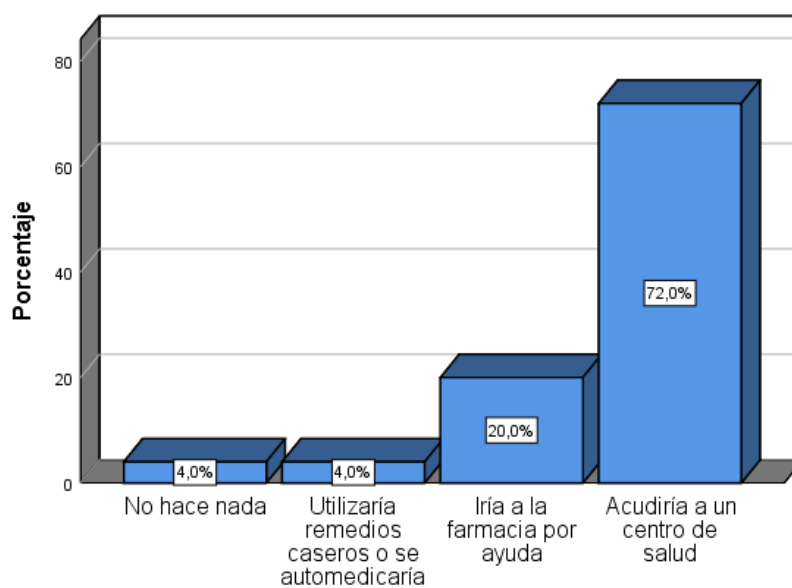
En la tabla 2 y en el figura 2 se observa que del 88,5% de las encuestadas que sí reconocen que el dolor o ardor al orinar es una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 98,4% indicó que acudiría a un centro de salud. Por su parte, el 1,6% indicó que iría a la farmacia por ayuda.

**Tabla 3**

*Conducta de las gestantes que no reconocen disuria (11,5%) como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No hace nada	1	4,0	4,0	4,0
	Utilizaría remedios caseros o se automedicaría	1	4,0	4,0	8,0
	Iría a la farmacia por ayuda	5	20,0	20,0	28,0
	Acudiría a un centro de salud	18	72,0	72,0	100,0

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



### Figura 3

*Conducta de las gestantes que no reconocen disuria (11,5%) como signo o síntoma de alarma.*

En la tabla 3 y en la figura 3 se observa que del 11,5% de las encuestadas que no reconocen que el dolor o ardor al orinar es una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 72,0% indicó que acudiría a un centro de salud. Por otro lado, el 20,0% indicó que iría a la farmacia por ayuda. El 4% expresó utilizaría remedios caseros o se automedicaría; y el restante 4% expresó que no haría nada.

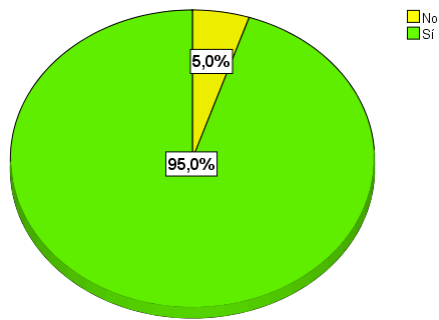
### CEFALEA INTENSA

**Tabla 1**

*Reconocimiento de cefalea intensa como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	11	5,0	5,0	5,0
	Sí	207	95,0	95,0	100,0
	Total	218	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 1**

*Reconocimiento de cefalea intensa como signo o síntoma de alarma*

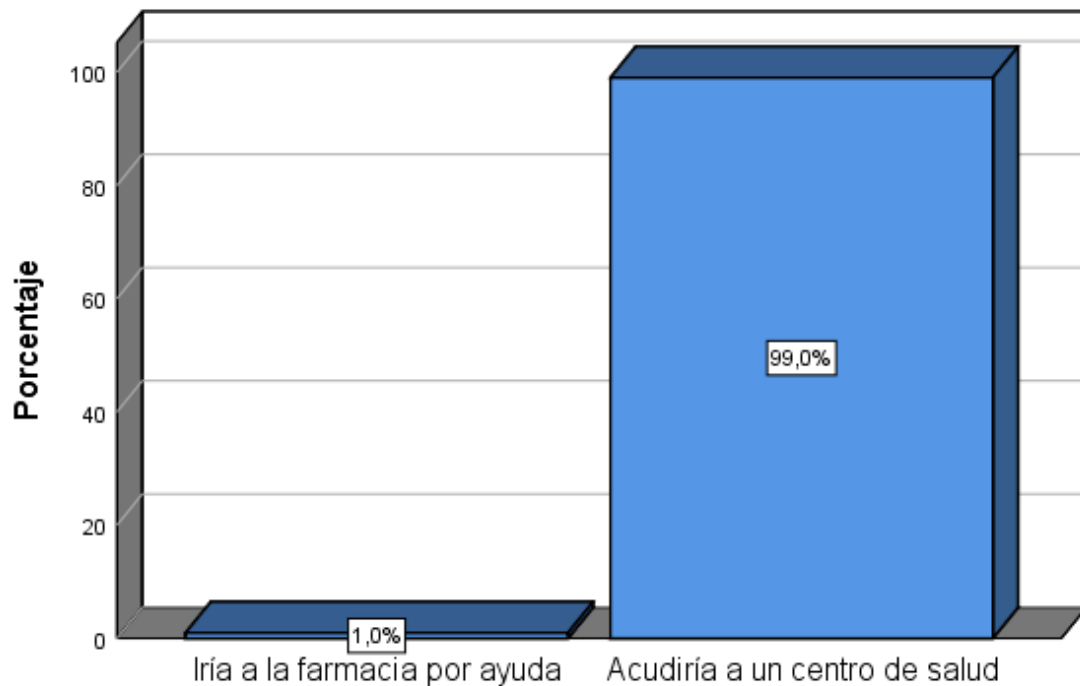
En la tabla 1 y en el figura 1 se puede observar que el 95,0% de las encuestadas sí reconocen que el dolor intenso de cabeza es una señal de peligro para su vida o la de su bebé. Solo el 5,0% expresó que no lo reconoce.

**Tabla 2**

*Conducta de las gestantes que reconocen cefalea intensa (95%) como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Iría a la farmacia por ayuda	2	1,0	1,0	1,0
	Acudiría a un centro de salud	205	99,0	99,0	100,0
	Total	207	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 2**

*Conducta de las gestantes que reconocen cefalea intensa (95%) como signo o síntoma de alarma*

En la tabla 2 y en el figura 2 se observa que del del 95,0% de las encuestadas que sí reconocen que el dolor intenso de cabeza es una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 99,0% indicó que acudiría a un centro de salud. Por su parte, el 1% indicó que iría a la farmacia por ayuda.

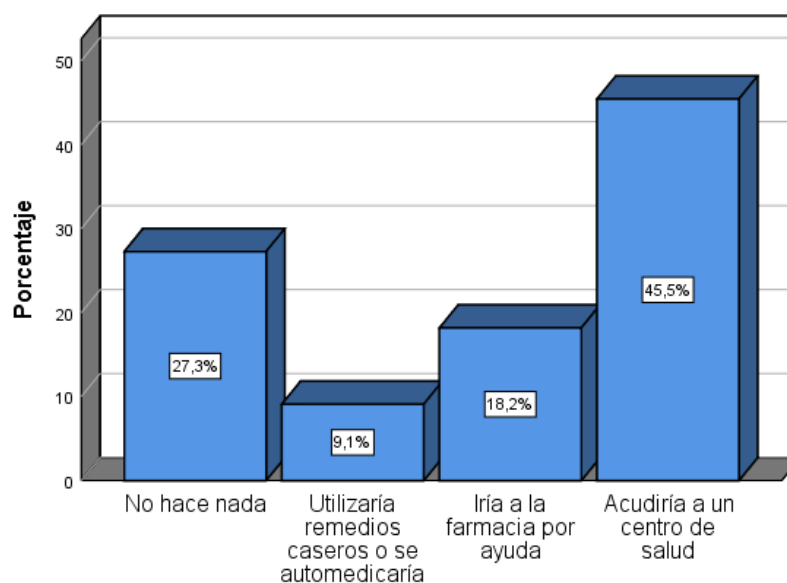


**Tabla 3**

*Conducta de las gestantes que no reconocen cefalea intensa (5%) como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No hace nada	3	27,3	27,3	27,3
	Utilizaría remedios caseros o se automedicaría	1	9,1	9,1	36,4
	Iría a la farmacia por ayuda	2	18,2	18,2	54,5
	Acudiría a un centro de salud	5	45,5	45,5	100,0

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



### Figura 3

*Conducta de las gestantes que no reconocen cefalea intensa (5%) como signo o síntoma de alarma.*

En la tabla 3 y en el figura 3 se observa que del 5% de las encuestadas que no reconocen que el dolor intenso de cabeza es una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 45,5% indicó que acudiría a un centro de salud. Por su parte, el 27,3% indicó que no haría nada; el 18,2% expresó que iría a la farmacia por ayuda; y finalmente el 9,1% expresó que utilizaría remedios caseros o se automedicaría.

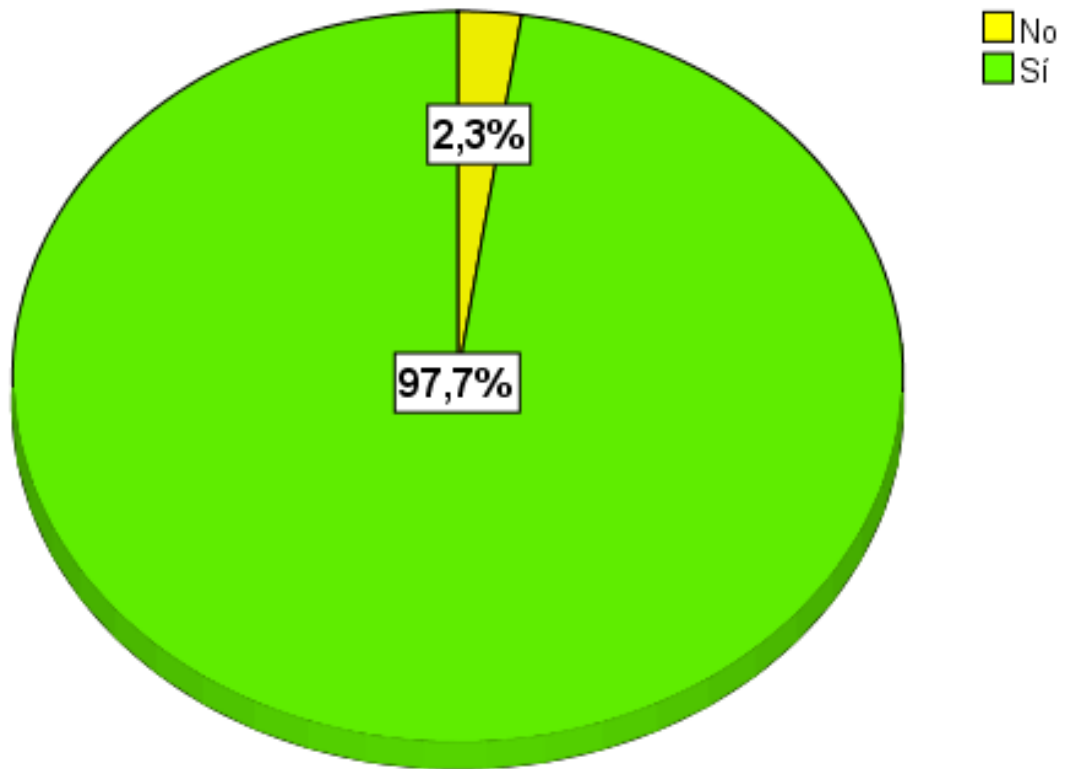
### CONVULSIONES

**Tabla 1**

*Reconocimiento de convulsiones como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	5	2,3	2,3	2,3
	Sí	213	97,7	97,7	100,0
	Total	218	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 1**

*Reconocimiento de convulsiones como signo o síntoma de alarma*

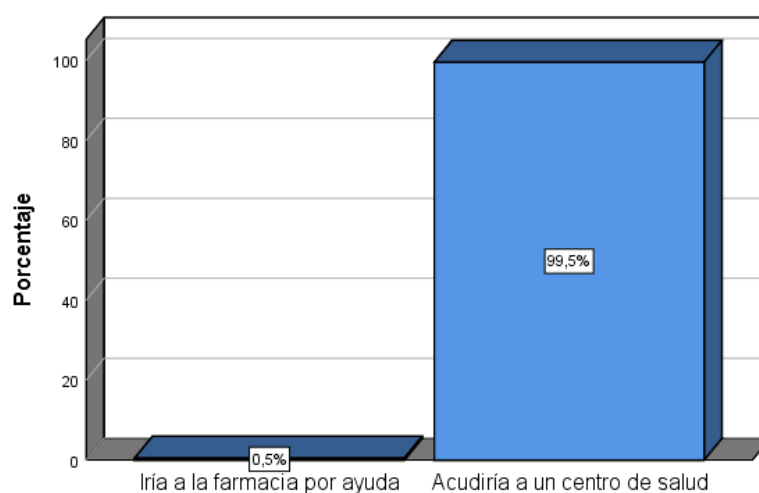
En la tabla 1 y en el figura 1 se puede observar que el 97,7% de las encuestadas sí reconocen que las convulsiones son una señal de peligro para su vida o la de su bebé. Solo el 2,3% expresó que no lo reconoce.

**Tabla 2**

*Conducta de las gestantes que reconocen convulsiones (97,7%) como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Iría a la farmacia por ayuda	1	0,5	0,5	0,5
	Acudiría a un centro de salud	212	99,5	99,5	100,0
	Total	213	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 2**

*Conducta de las gestantes que reconocen convulsiones (97,7%) como signo o síntoma de alarma*

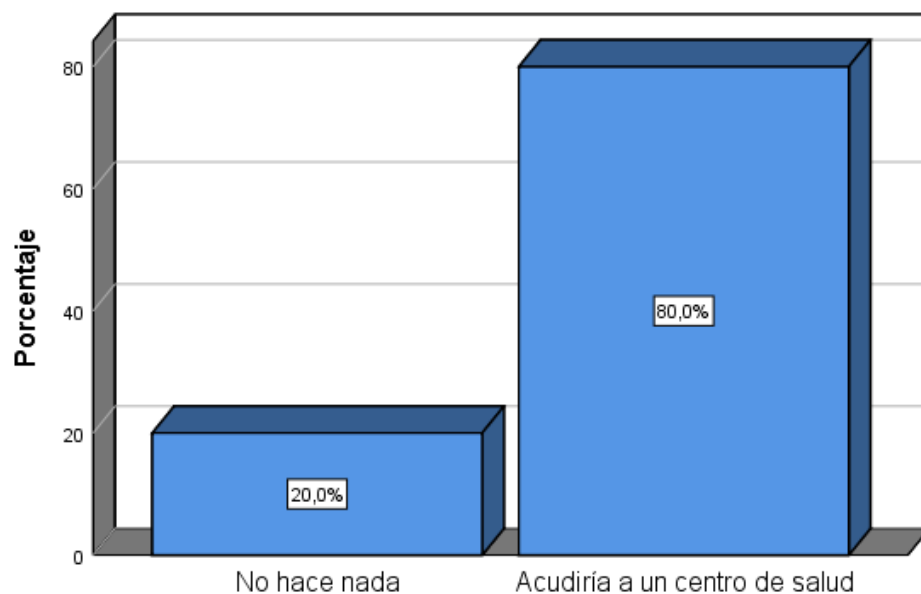
En la tabla 2 y en el figura 2 se observa que que del 97,7% de las encuestadas que sí reconocen que las convulsiones son una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 99,5% indicó que acudiría a un centro de salud. Por su parte, solo el 0,5% indicó que iría a la farmacia por ayuda.

**Tabla 3**

*Conducta de las gestantes que no reconocen convulsiones (2,3%) como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No hace nada	1	20,0	20,0	20,0
	Acudiría a un centro de salud	4	80,0	80,0	100,0
	Total	5	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



### Figura 3

*Conducta de las gestantes que no reconocen convulsiones (2,3%) como signo o síntoma de alarma.*

En la tabla 3 y en el figura 3 se observa que del 2,3% de las encuestadas que no reconocen que las convulsiones son una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 80,0% indicó que acudiría a un centro de salud. Por su parte, el restante 20,0% indicó que no haría nada.

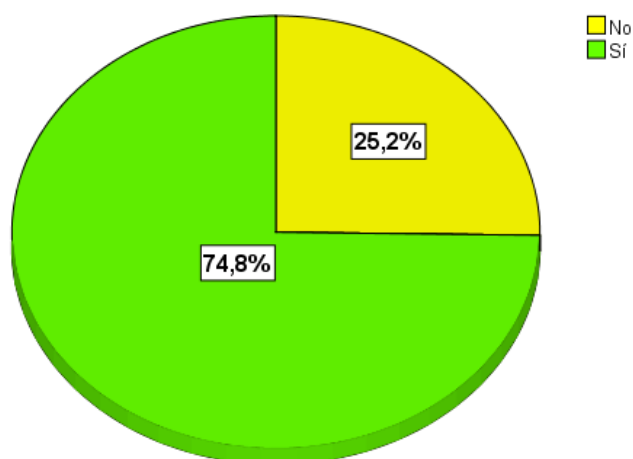
### ALTERACIONES AUDITIVAS

**Tabla 1**

*Reconocimiento de alteraciones auditivas como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	55	25,2	25,2	25,2
	Sí	163	74,8	74,8	100,0
	Total	218	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 1**

*Reconocimiento de alteraciones auditivas como signo o síntoma de alarma*

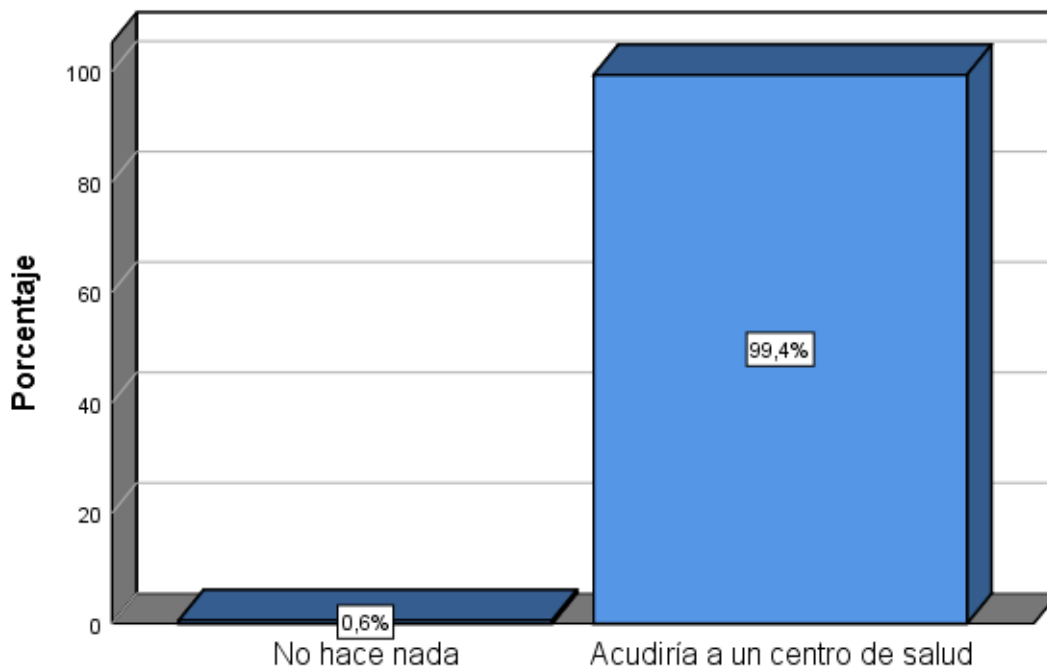
En la tabla 1 y en el figura 1 se puede observar que el 74,8% de las encuestadas sí reconocen que el zumbido de oídos es una señal de peligro para su vida o la de su bebé. Por otro lado, el restante 25,2% indicó que no lo reconoce.

**Tabla 2**

*Conducta de las gestantes que reconocen alteraciones auditivas (74,8%) como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No hace nada	1	0,6	0,6	0,6
	Acudiría a un centro de salud	162	99,4	99,4	100,0
	Total	163	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 2**

*Conducta de las gestantes que reconocen alteraciones auditivas (74,8%) como signo o síntoma de alarma*

En la tabla 2 y en el figura 2 se observa que del 74,8% de las encuestadas que sí reconocen que el zumbido de oídos es una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 99,4% indicó que acudiría a un centro de salud. Por su parte, solo el 0,6% indicó que no haría nada.

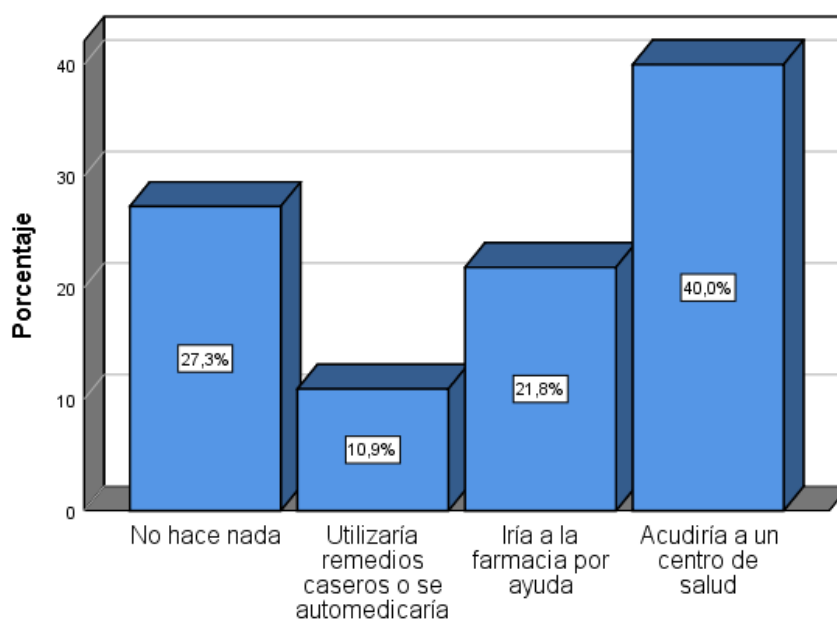


**Tabla 3**

*Conducta de las gestantes que no reconocen alteraciones auditivas (25,2%) como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No hace nada	15	27,3	27,3	27,3
	Utilizaría remedios caseros o se automedicaría	6	10,9	10,9	38,2
	Iría a la farmacia por ayuda	12	21,8	21,8	60,0
	Acudiría a un centro de salud	22	40,0	40,0	100,0

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



### Figura 3

*Conducta de las gestantes que no reconocen alteraciones auditivas (25,2%) como signo o síntoma de alarma.*

En la tabla 3 y en el figura 3 se observa que del 25,2% de las encuestadas que no reconocen que el zumbido de oídos es una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 40% indicó que acudiría a un centro de salud. Por su parte, el 27,3% expresó que no haría nada; el 21,8% indicó que no iría a la farmacia por ayuda; y finalmente el 10,9% expresó que utilizaría remedios caseros o se automedicaría.

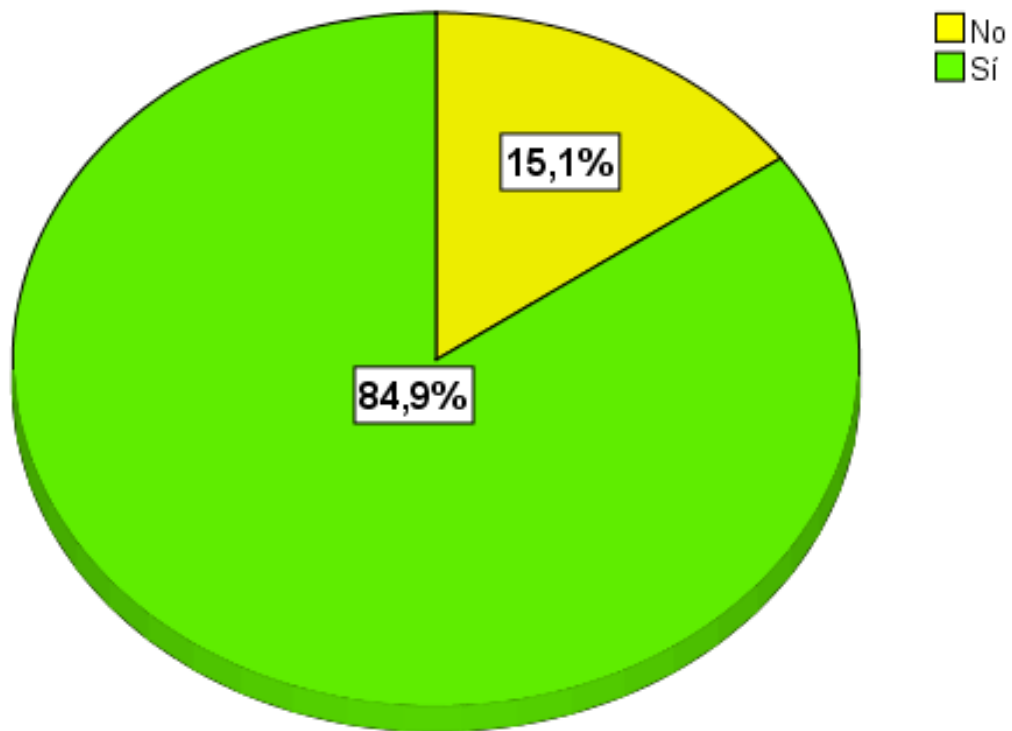
### ALTERACIONES VISUALES

**Tabla 1**

*Reconocimiento de alteraciones visuales como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	33	15,1	15,1	15,1
	Sí	185	84,9	84,9	100,0
	Total	218	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 1**

*Reconocimiento de alteraciones visuales como signo o síntoma de alarma*

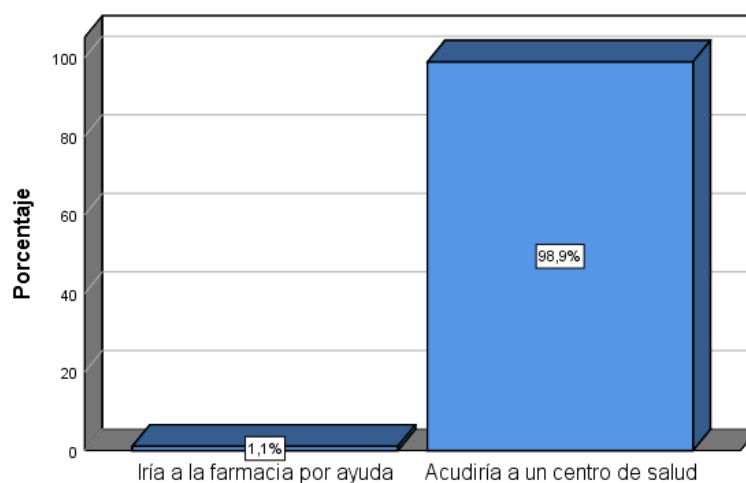
En la tabla 1 y en el figura 1 se puede observar que el 84,9% de las encuestadas sí reconocen que la visión borrosa o de mosquitas o manchitas flotando es una señal de peligro para su vida o la de su bebé. Por otro lado, el restante 15,1% indicó que no lo reconoce.

**Tabla 2**

*Conducta de las gestantes que reconocen alteraciones visuales (84,9%) como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Iría a la farmacia por ayuda	2	1,1	1,1	1,1
	Acudiría a un centro de salud	183	98,9	98,9	100,0
	Total	185	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 2**

*Conducta de las gestantes que reconocen alteraciones visuales (84,9%) como signo o síntoma de alarma*

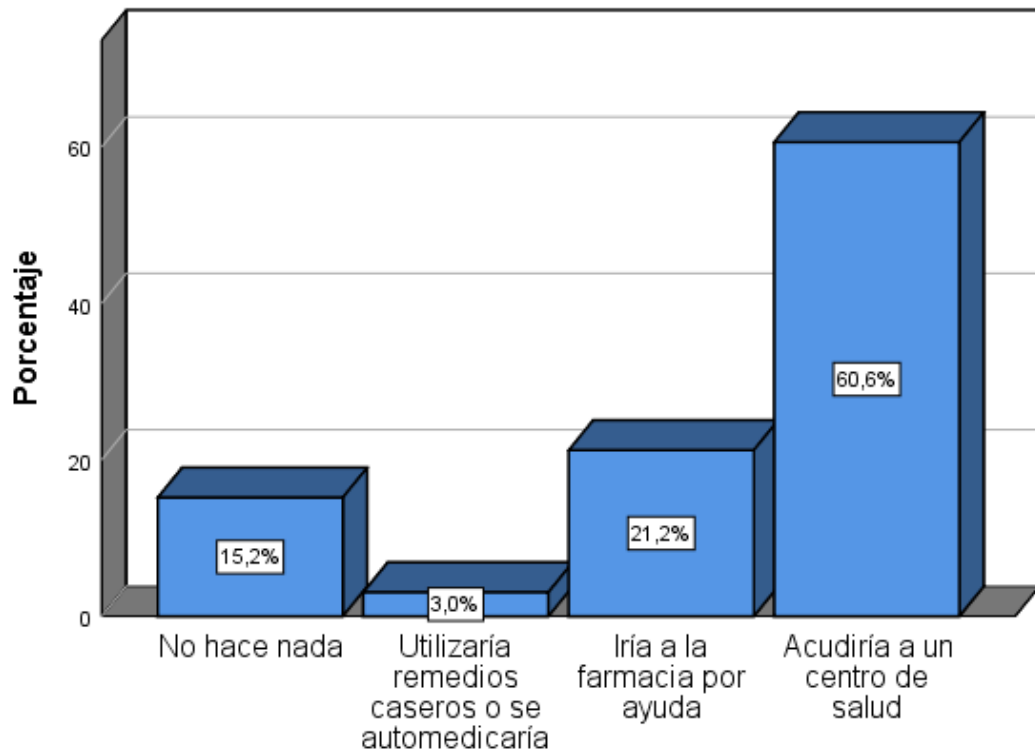
En la tabla 2 y en el figura 2 se observa que que del 84,9% de las encuestadas que sí reconocen que la visión borrosa o de mosquitas o manchitas flotando es una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 98,9% indicó que acudiría a un centro de salud. Por su parte, solo el 1,1% indicó que iría a la farmacia por ayuda.

**Tabla 3**

*Conducta de las gestantes que no reconocen alteraciones visuales (15,1%) como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No hace nada	5	15,2	15,2	15,2
	Utilizaría remedios caseros o se automedicaría	1	3,0	3,0	18,2
	Iría a la farmacia por ayuda	7	21,2	21,2	39,4
	Acudiría a un centro de salud	20	60,6	60,6	100,0

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 3**

*Conducta de las gestantes que no reconocen alteraciones visuales(15,1%) como signo o síntoma de alarma.*

En la tabla 3 y en el figura 3 se observa que del 15,1% de las encuestadas que no reconocen que la visión borrosa o de mosquitas o manchitas flotando es una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 60,6% indicó que acudiría a un centro de salud. Por su parte, el 21,2% iría a la farmacia por ayuda; el 15,2% no haría nada; y finalmente, solo el 3% utilizaría remedios caseros o se automedicaría.

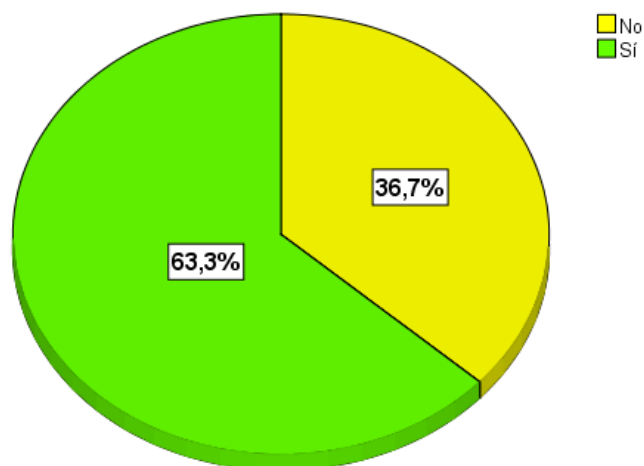
## DOLOR EN EPIGASSTRIO

**Tabla 1**

*Reconocimiento de dolor en epigastrio como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	80	36,7	36,7	36,7
	Sí	138	63,3	63,3	100,0
	Total	218	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 1**

*Reconocimiento de dolor en epigastrio como signo o síntoma de alarma*

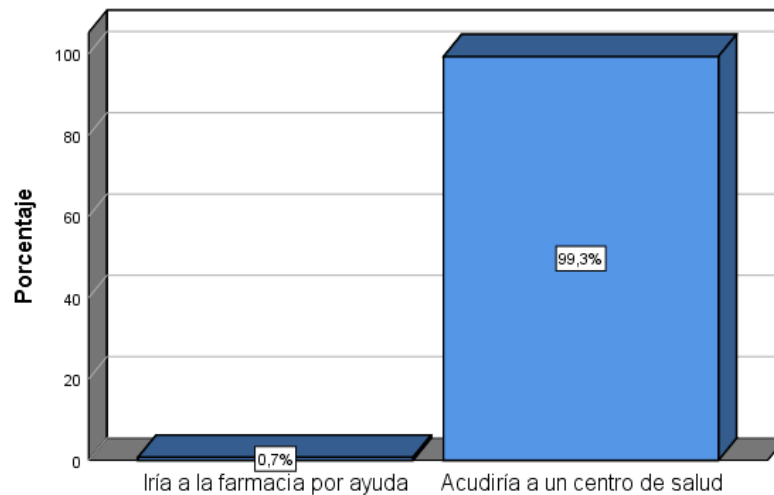
En la tabla 1 y en el figura 1 se puede observar que el 63,3% de las encuestadas sí reconocen que el dolor en la boca del estómago es una señal de peligro para su vida o la de su bebé. Por otro lado, el restante 36,7% indicó que no lo reconoce.

**Tabla 2**

*Conducta de las gestantes que reconocen dolor en epigastrio (63,3%) como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Iría a la farmacia por ayuda	1	0,7	0,7	0,7
	Acudiría a un centro de salud	137	99,3	99,3	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.





## Figura 2

*Conducta de las gestantes que reconocen dolor en epigastrio (63,3%) como signo o síntoma de alarma*

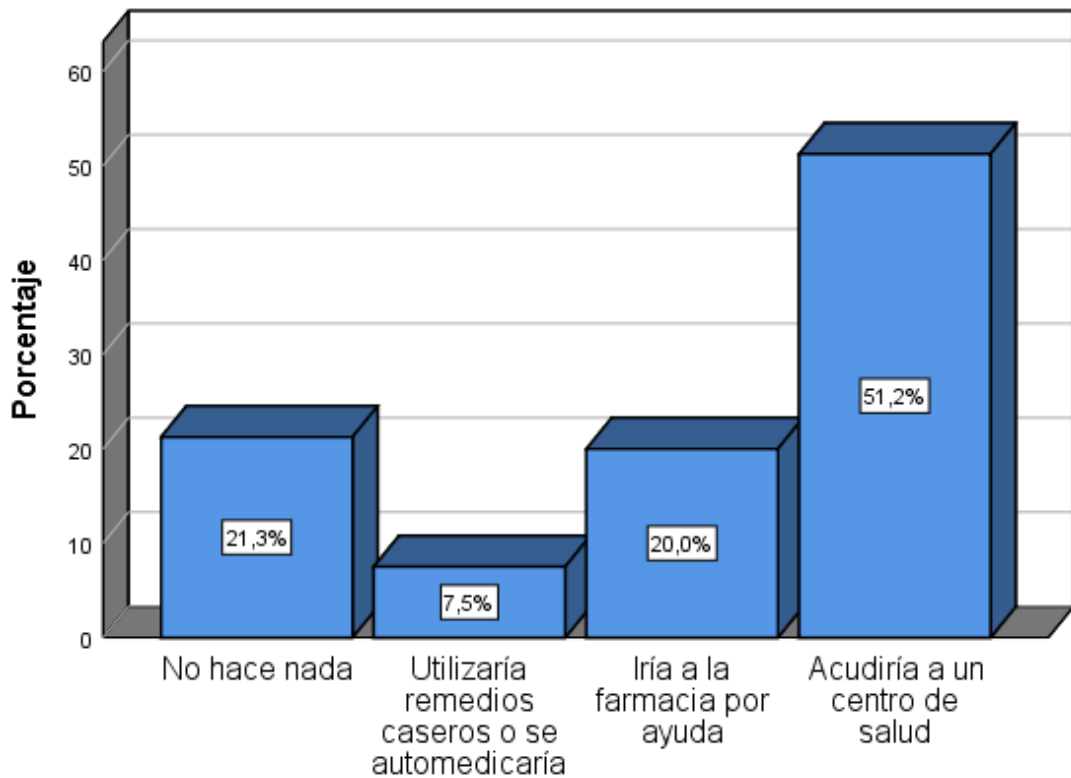
En la tabla 2 y en el figura 2 se observa que del 63,3% de las encuestadas que sí reconocen que el dolor en la boca del estómago es una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 99,3% indicó que acudiría a un centro de salud. Por su parte, solo el 0,7% indicó que iría a la farmacia por ayuda.

## Tabla 3

*Conducta de las gestantes que no reconocen dolor en epigastrio (36,7%) como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No hace nada	17	21,3	21,3	21,3
	Utilizaría remedios caseros o se automedicaría	6	7,5	7,5	28,7
	Iría a la farmacia por ayuda	16	20,0	20,0	48,8
	Acudiría a un centro de salud	41	51,2	51,2	100,0

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 3**

*Conducta de las gestantes que no reconocen dolor en epigastrio (36,7%) como signo o síntoma de alarma.*

En la tabla 3 y en el figura 3 se observa que del 36,7% de las encuestadas que no reconocen que el dolor en la boca del estómago es una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 51,2% indicó que acudiría a un centro de salud. Por su parte, el 21,3% no haría nada; el 20,0% iría a la farmacia por ayuda; y solo el 7,5% utilizaría remedios caseros o se automedicaría.

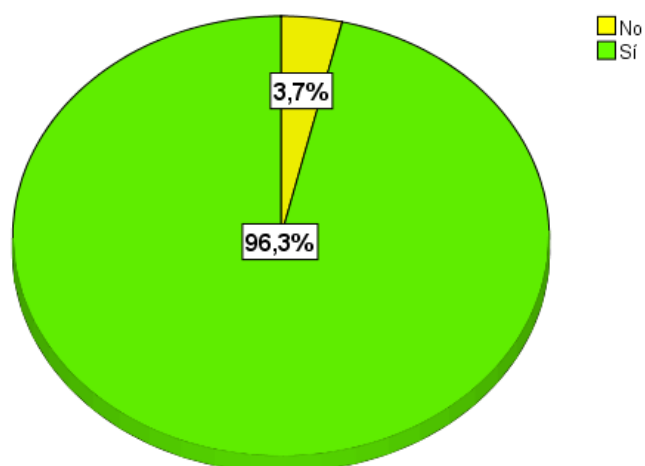
## PÉRDIDA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO

**Tabla 1**

*Reconocimiento de pérdida de líquido amniótico como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	8	3,7	3,7	3,7
	Sí	210	96,3	96,3	100,0
	Total	218	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 1**

*Reconocimiento de pérdida de líquido amniótico como signo o síntoma de alarma*

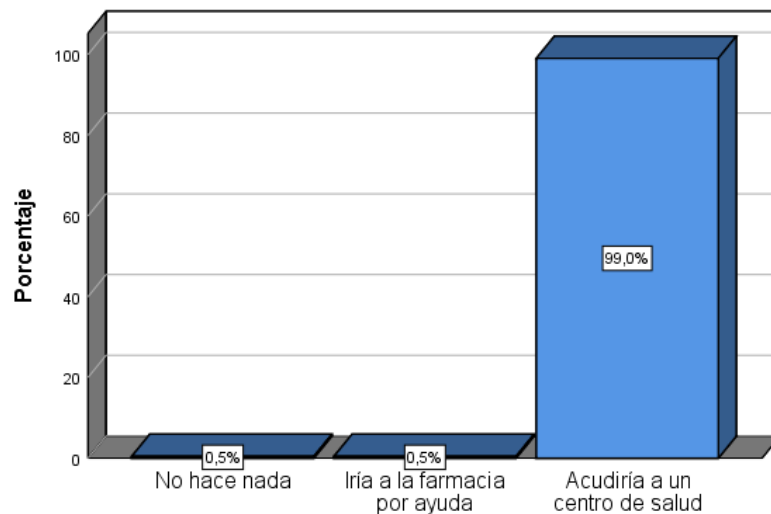
En la tabla 1 y en el figura 1 se puede observar que el 96,3% de las encuestadas sí reconocen que la pérdida de líquido claro con olor a lejía es una señal de peligro para su vida o la de su bebé. Solo el 3,7% indicó que no lo reconoce.

**Tabla 2**

*Conducta de las gestantes que reconocen pérdida de líquido amniótico (96,35%) como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No hace nada	1	0,5	0,5	0,5
	Iría a la farmacia por ayuda	1	0,5	0,5	1,0
	Acudiría a un centro de salud	208	99,0	99,0	100,0

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



## Figura 2

*Conducta de las gestantes que reconocen pérdida de líquido amniótico (96,35%)*

*como signo o síntoma de alarma*

En la tabla 2 y en el figura 2 se observa que del 96,3% de las encuestadas que sí reconocen que la pérdida de líquido claro con olor a lejía es una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 99,0% indicó que acudiría a un centro de salud. Por otro lado, el 0,5% iría a la farmacia por ayuda, y el otro 0,5% restante no haría nada.

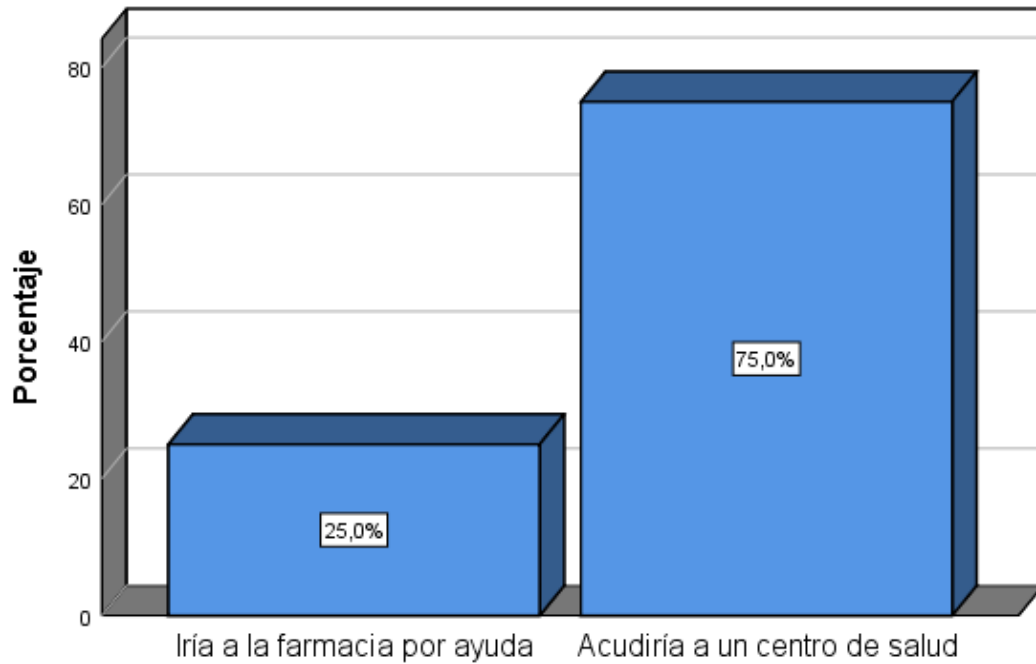
## Tabla 3

*Conducta de las gestantes que no reconocen pérdida de líquido amniótico (3,7%)*

*como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Iría a la farmacia por ayuda	2	25,0	25,0	25,0
	Acudiría a un centro de salud	6	75,0	75,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 3**

*Conducta de las gestantes que no reconocen pérdida de líquido amniótico (3,7%) como signo o síntoma de alarma.*

En la tabla 3 y en el figura 3 se observa que del 3,7% de las encuestadas que no reconocen que la pérdida de líquido claro con olor a lejía es una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 75,0% indicó que acudiría a un centro de salud. Por otro lado, el restante 25% iría a la farmacia por ayuda.

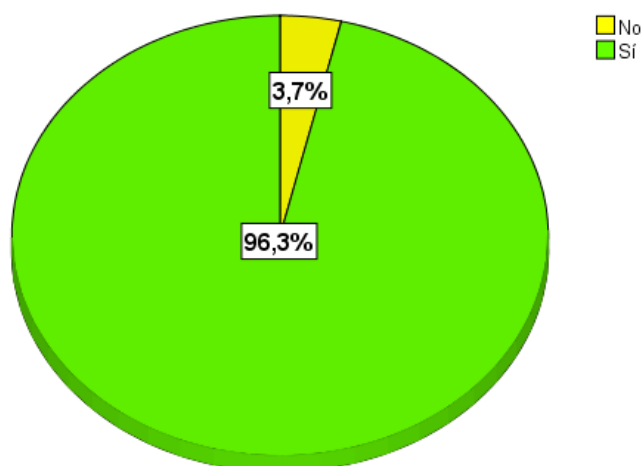
## DISMINUCIÓN O AUSENSIA DE MOVIMIENTOS FETALES

**Tabla 1**

*Reconocimiento de disminución o ausencia de movimientos fetales como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	8	3,7	3,7	3,7
	Sí	210	96,3	96,3	100,0
	Total	218	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 1**

*Reconocimiento de disminución o ausencia de movimientos fetales como signo o síntoma de alarma*

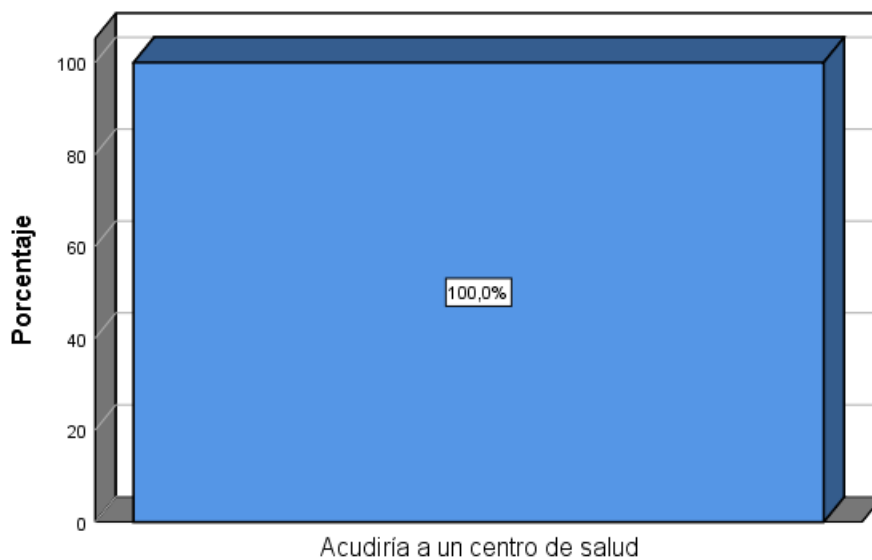
En la tabla 1 y en el figura 1 se puede observar que el 96,3% de las encuestadas sí reconocen que la disminución o ausencia de movimientos de su bebé es una señal de peligro para su vida o la de su bebé. Solo el 3,7% indicó que no lo reconoce.

**Tabla 2**

*Conducta de las gestantes que reconocen disminución o ausencia de movimientos fetales (96,3%) como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Acudiría a un centro de salud	210	100,0	100,0	100,0

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 2**

*Conducta de las gestantes que reconocen disminución o ausencia de movimientos fetales (96,3%) como signo o síntoma de alarma.*



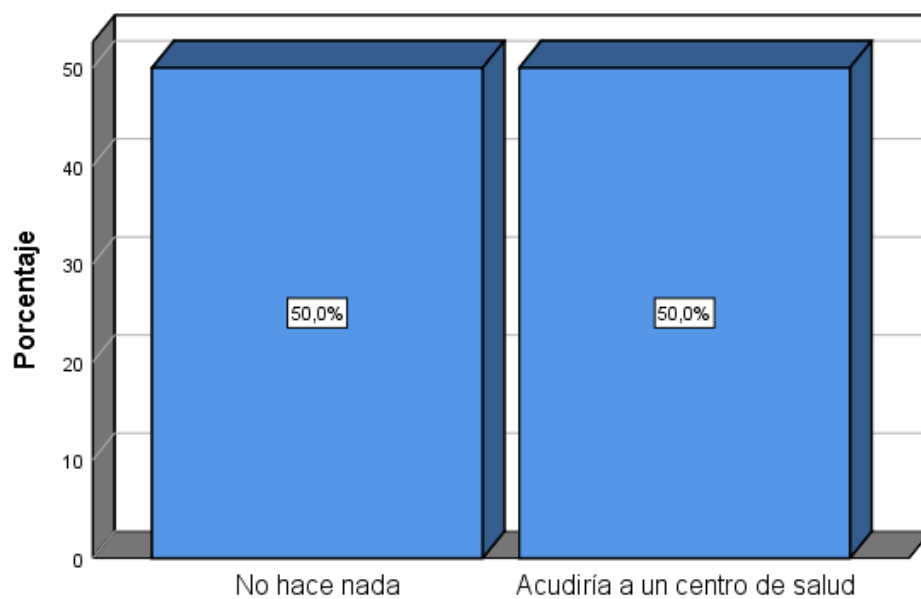
En la tabla 2 y en el figura 2 se observa del 96,3% de las encuestadas que sí reconocen que la disminución o ausencia de movimientos de su bebé es una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 100% indicó que acudiría a un centro de salud.

**Tabla 3**

*Conducta de las gestantes que no reconocen disminución o ausencia de movimientos fetales (3,7%) como signo o síntoma de alarma.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No hace nada	4	50,0	50,0	50,0
	Acudiría a un centro de salud	4	50,0	50,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



### Figura 3

*Conducta de las gestantes que no reconocen disminución o ausencia de movimientos fetales (3,7%) como signo o síntoma de alarma.*

En la tabla 3 y en el figura 3 se observa que del 3,7% de las encuestadas que no reconocen que la disminución o ausencia de movimientos de su bebé es una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 50% indicó que acudiría a un centro de salud, mientras que el otro 50% indicó que no haría nada.

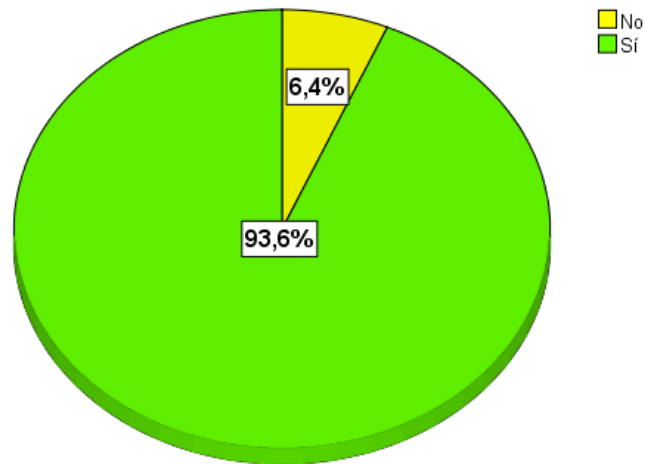
### CONTRACCIONES UTERINAS ANTES DE LAS 37 SEMANAS

**Tabla 1**

*Reconocimiento de contracciones uterinas antes de las 37 semanas como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	14	6,4	6,4	6,4
	Sí	204	93,6	93,6	100,0
	Total	218	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 1**

*Reconocimiento de contracciones uterinas antes de las 37 semanas como signo o síntoma de alarma*

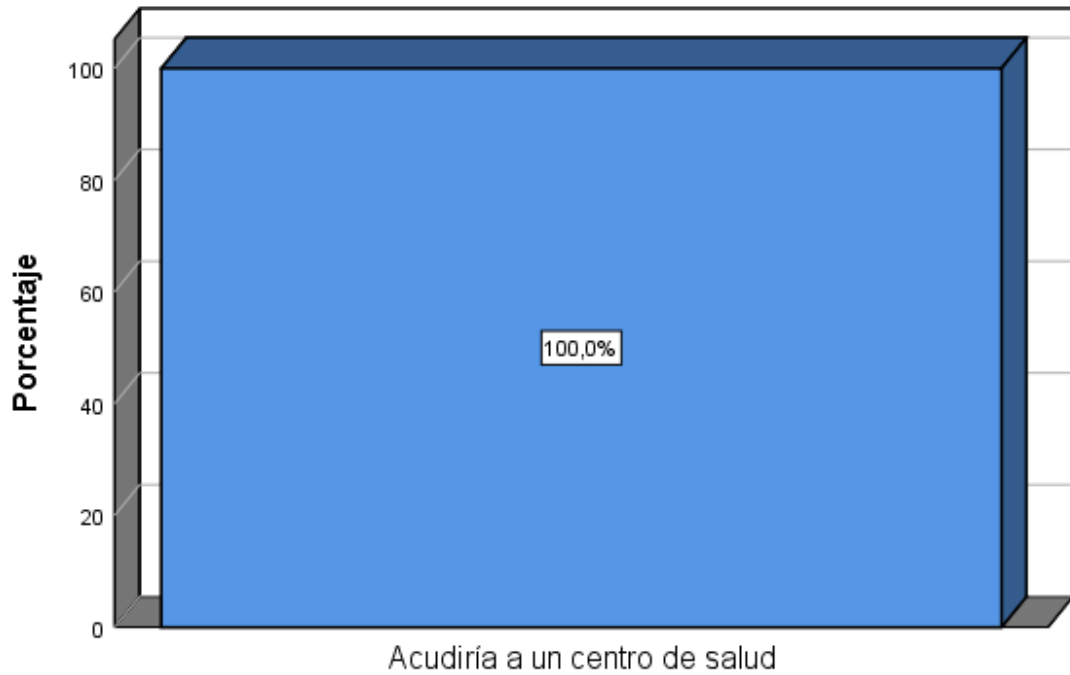
En la tabla 1 y en el figura 1 se puede observar que el 93,6% de las encuestadas sí reconocen que el dolor en el bajo vientre (contracciones) antes de las 37 semanas es una señal de peligro para su vida o la de su bebé. Solo el 6,4% indicó que no lo reconoce.

**Tabla 2**

*Conducta de las gestantes que reconocen contracciones uterinas antes de las 37 semanas (93,6%) como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Acudiría a un centro de salud	204	100,0	100,0	100,0

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 2**

*Conducta de las gestantes que reconocen contracciones uterinas antes de las 37 semanas (93,6%) como signo o síntoma de alarma*

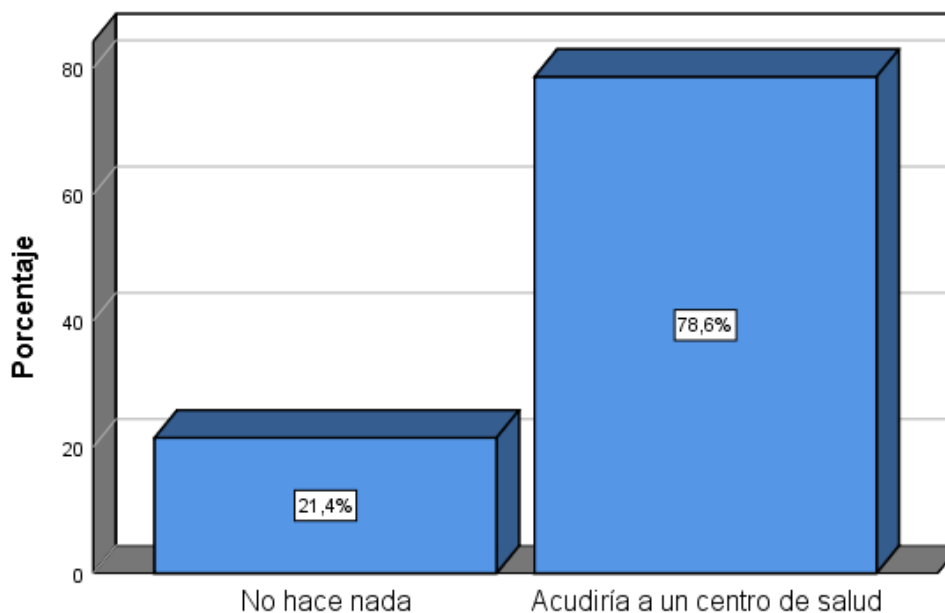
En la tabla 2 y en el figura 2 se observa que del 93,6% de las encuestadas que sí reconocen que el dolor en el bajo vientre (contracciones) antes de las 37 semanas es una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 100% indicó que acudiría a un centro de salud.

**Tabla 3**

*Conducta de las gestantes que no reconocen contracciones uterinas antes de las 37 semanas(6,3%) como signo o síntoma de alarma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No hace nada	3	21,4	21,4	21,4
	Acudiría a un centro de salud	11	78,6	78,6	100,0
	Total	14	100,0	100,0	

Nota: Elaboración por el autor con base de datos de encuesta.



**Figura 3**

*Conducta de las gestantes que no reconocen contracciones uterinas antes de las 37 semanas(6,3%) como signo o síntoma de alarma*

En la tabla 3 y en el figura 3 se observa que que del 6,4% de las encuestadas que no reconocen que el dolor en el bajo vientre (contracciones) antes de las 37 semanas es una señal de peligro para su vida o la de su bebé, el 78,6% indicó que acudiría a un centro de salud; por otro lado, el 21,4% expresó que no haría nada.

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Ccohuanqui (2019) concluye que los signos y síntomas de alarma más identificados por las gestantes atendidas en el servicio de emergencia del Hospital Regional del Cusco durante el mes de agosto del 2018 fueron: pérdida de líquido amniótico, dolor tipo cólico en región pélvica y sagrado vaginal, en ese orden; al comparar éstos con la conclusión del presente estudio coinciden como signos y síntomas de alarma más reconocidos por las gestantes el sangrado vaginal y la pérdida de líquido amniótico, mientras que las convulsiones y la disminución de ausencia de movimientos fetales no son tan identificados por las gestantes como señales que ponen en peligro su vida o la de su bebé.

En cuanto a la conducta a seguir, el resultado de Ccohuanqui (2019) fue que el 70,41% tuvo una conducta favorable que es la de acudir al centro de salud más cercano, mientras que el porcentaje restante tuvo una conducta desfavorable, que en este estudio la catalogan como buscar ayuda en la farmacia o no hacer nada; esto guarda relación con los resultados de nuestro estudio, pues la mayoría de las gestantes atendidas (99,5%), adoptarían una conducta adecuada en caso se presentaran signos y síntomas de alarma durante su embarazo.

Reyes y Cosar (2019) mencionan como resultado, con respecto a la actitud prestada por las gestantes atendidas en el centro de salud de Acobamba-Tarma en el 2018, que el 73.9% tienen una actitud favorable, el 15.2% tienen una actitud indiferente y el 10.9% tienen actitud desfavorable; esto guarda concordancia con los resultados de nuestra investigación, ya que la mayoría de las gestantes atendidas, en un porcentaje mayor, tendrían una conducta adecuada en caso se presentaran signos y síntomas de alarma durante su embarazo.

El estudio realizado por Reyes y Cosar (2019) fue descriptivo correlacional en el que, con la estimación estadística, concluyen que nivel de conocimientos sobre los signos y

síntomas de alarma del embarazo sí se relacionan significativamente con la actitud de las gestantes, ésta conclusión es similar a la nuestra donde se sostiene que existe relación entre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo reconocidos por las gestantes, y la conducta que adoptarían al estar frente a éstos en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante febrero del 2020.

Carrera (2019) enuncia como resultado, con respecto a la actitud adoptada, que un 72.9% (70 gestantes) presentarán una actitud favorable, un 21.9% (21 gestantes) será indiferente y sólo un 5.2% (35 gestantes) tienen una actitud desfavorable; se observa que la variable actitud se ha dividido en tres niveles, mientras que en nuestro estudio se clasificó en dos niveles, sin embargo, coincide en que el mayor porcentaje de gestantes atendidas adoptarían una conducta adecuada, o buena actitud, en caso de presentarse signos y síntomas de alarma durante su embarazo.

Asimismo, Carrera (2019) determinó la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes con un valor de  $p$  significativo (0.000), por lo que se concluyó que a mayor nivel de conocimiento, mejor es la actitud de las gestantes frente a los signos y síntomas de alarma, esta conclusión correlacional guarda mucha relación con la nuestra pues, en nuestro caso, existe relación entre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo reconocidos por las gestantes, y la conducta que adoptarían al presentarse éstos.

Salas (2019) concluye que los signos y síntomas de alarma más reconocidos por las gestantes atendidas en el Hospital El Carmen, Huancayo durante el periodo comprendido entre julio a diciembre del 2018 fueron: el sangrado vaginal (93%) y la pérdida de líquido amniótico (63%); al comparar éstos con la conclusión de la presente investigación coinciden ambos como signos y síntomas de alarma más reconocidos por las gestantes, siendo un 99,5%



las gestantes que reconocieron el sangrado vaginal y un 96,3% las que reconocieron a la pérdida de líquido amniótico como signos y síntomas de alarma durante su embarazo.

También, Carrera (2019) concluye como signos y síntomas de alarma menos identificados por las gestantes a la fiebre, náuseas/vómitos excesivos y disuria con un porcentaje menor o igual al 10%, al contratar éstos con nuestra conclusión coincide como uno de los signos y síntomas de alarma menos reconocidos por las gestantes las náuseas y vómitos excesivos, mientras que el dolor epigástrico, las alteraciones auditivas y las alteraciones visuales no son enunciados por esta autora como los menos reconocidos, como sí pasa en nuestro estudio.

Julca y Palacios (2018) exponen como resultado, en relación a la actitud tomada por la gestante frente a los signos y síntomas de alarma, que ésta es indiferente en el 82%, desfavorable en el 12% y favorable sólo en el 6%; aunque se percibe que la variable actitud se ha dividido en tres niveles, mientras que en nuestro estudio se clasificó en dos niveles, los resultados obtenidos en nuestro caso son totalmente opuestos a dichas cifras enunciadas por los investigadores, ya que el mayor porcentaje de gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales en febrero del 2020 adoptaría una conducta adecuada en caso de estar frente a signos y síntomas de alarma durante su embarazo.

En cuanto a la relación entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo, Julca y Palacios (2018) evidenció una relación significativa, hallazgo que es compatible con la conclusión alcanzada en nuestro caso, sin embargo en nuestro caso el valor de p significativo es de 0.000, mientras que el de ésta investigación es de 0.02.

Jimenez y Justiniano (2017) llegan a la conclusión que los signos y síntomas de alarma más reconocidos por las gestantes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia,

Huaraz en el 2017 fueron: la disuria con 86.9%, la cefalea intensa con 83.2%, la disminución de movimientos fetales con 79.4%, náuseas y vómitos excesivos con 78.5%, la presencia de edemas con 77.6%, sangrado vaginal con 74.8%, trastornos visuales o auditivos con 73.8% y la pérdida de líquido amniótico con un 71.0%; con lo antes mencionado, coinciden con nuestro estudio el sangrado vaginal, la pérdida de líquido amniótico y la disminución o ausencia de movimiento fetales como signos y síntomas de alarma durante el embarazo más reconocidos por las gestantes

De igual forma, Jimenez y Justiniano (2017) concluyen como signos y síntomas de alarma menos reconocidos por las gestantes a la fiebre con 66.4% y la presencia de contracciones uterinas antes de las 37 semanas con 57.9%, lo que es incompatible con nuestra conclusión ya que tenemos como signos y síntomas de alarma menos identificados por las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante febrero del 2020 al dolor epigástrico, las alteraciones auditivas, las alteraciones visuales y las náuseas y vómitos excesivos, en este orden.

Cabe mencionar que en esta misma investigación de Jimenez y Justiniano (2017) se aseveró que existe relación significativa entre conocimientos y actitudes sobre los signos y síntomas de alarma en gestantes, conclusión que es similar a la nuestra: los signos y síntomas de alarma durante el embarazo reconocidos por las gestantes, y la conducta que adoptarían al estar frente a éstos presentan una fuerte relación.

## VI. CONCLUSIONES

1. Existe relación entre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo reconocidos por las gestantes, y la conducta que adoptarían al estar frente a éstos en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante febrero del 2020. Esto quiere decir que las gestantes que reconocen los signos y síntomas de alarma durante el embarazo adoptarían una actitud adecuada al estar frente a éstos; y las gestantes que no reconocen dichos signos y síntomas adoptarían una actitud inadecuada al estar frente a éstos.

2. Los signos y síntomas de alarma más reconocidos por las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante febrero del 2020 fueron el sangrado vaginal, las convulsiones, la pérdida de líquido amniótico y la disminución o ausencia de movimientos fetales, en este orden.

3. Los signos y síntomas de alarma menos reconocidos por las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante febrero del 2020 fueron el dolor epigástrico, las alteraciones auditivas, las alteraciones visuales y las náuseas y vómitos excesivos, en este orden.

4. La conducta adecuada será la más adoptada por las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante febrero del 2020 en caso se presenten signos y síntomas reconocidos por éstas.

5. Las conductas inadecuadas adoptadas por las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante febrero del 2020 aumentarán en incidencia en caso se presenten signos y síntomas no reconocidos por éstas.

## VII. RECOMENDACIONES

Les recomendamos a los futuros investigadores:

1. Realizar una entrevista personal con cada gestante, donde el investigador sea quien complete la encuesta física, haciendo preguntas abiertas donde no se den opciones múltiples que puedan influenciar en las respuestas y causen sesgos en la investigación.
2. Considerar como variable grado de conocimiento de signos y síntomas de alarma durante el embarazo en lugar de reconocimiento para que nos permita tener un panorama más amplio de qué tanto conoce las gestantes aquellas señales que ponen peligro a su vida y la de su bebé.
3. Hacer un estudio descriptivo correlacional donde las variables en cuestión sean las características socio-demográficas de las gestantes atendidas en determinado hospital y la actitud que éstas tomarían al estar frente a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo.
4. Desarrollar estudios de éste tipo y de los recomendados, acerca de signos y síntomas de alarma durante el embarazo, en centros de salud de menor complejidad.

## VIII. REFERENCIAS

- Ministerio de Salud del Perú. (2019). *Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú*. Boletín Epidemiológico; pág: 533-536.
- Ccohanqui, J. (2019). *Nivel de conocimientos y conducta sobre los signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas en el Hospital Regional del Cusco*, agosto 2018. [Tesis de pregrado] Universidad Nacional De San Antonio Abad Del Cusco, Perú.
- Reyes, T. y Cosar, C. (2019). *Nivel de conocimiento y actitudes sobre signos y síntomas de alarma del embarazo, en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Acobamba*. Tarma 2018. [Tesis de pregrado] Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, Perú.
- Carrera, A. (2019). *Nivel de conocimientos y actitudes sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo, en gestantes atendidas en el C.S. Las Moras – Huánuco. Período octubre a diciembre 2018*. [Tesis de pregrado] Universidad Nacional “Hermilio Valdizán”, Huánuco-Perú.
- Salas, A. R. (2019). *Nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en las gestantes del Hospital El Carmen, Huancayo*. [Tesis de pregrado] Universidad Peruana Los Andes, Huancayo-Perú.
- Julca, S., y Palacios, C. (2018). *Relación entre el nivel de conocimiento y actitudes en signos y síntomas de alarma en gestantes del puesto de salud Gerardo Gonzales Villegas – Tumbes 2018*. [Tesis de pregrado] Universidad Nacional de Tumbes, Perú.
- Manuyama, A. (2017). *Nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo de las gestantes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos "Cesar Garayar García" en febrero del año 2017*. [Tesis de pregrado] Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Iquitos-Perú.

- Jimenez, S., y Justiniano, E. (2017). *Conocimientos y actitudes sobre signos y síntomas de alarma en gestantes, hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2017*. [Tesis de pregrado] Universidad Nacional “Santiago Antúnez De Mayolo” Facultad De Ciencias Médicas, Huaraz-Perú.
- Aquino, V. (2016). *Nivel de conocimiento sobre los síntomas y signos de alarma en las gestantes atendidas en el Hospital III Iquitos del Seguro Social de Salud, agosto del 2016*. [Tesis de pregrado] Universidad Nacional De La Amazonía Peruana, Iquitos-Perú.
- Dirección general de salud de las personas. (2009). *Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015 / Ministerio de Salud*. pág: 12.
- Peña, E. y Martínez, M. (2010). *Principales Complicaciones Obstétricas en un Hospital General con servicio de Obstetricia, distrito nacional. Ciencia y Salud*. vol. XXXV, núm.1, pp.87-101.
- OMS | *Mortalidad materna* [Internet]. WHO. [citado el 11 de noviembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Ministerio de Salud del Perú. (2013). *NTS N°105 - MINSA/DGSP.V.01. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna*, pág. 16.
- Ministerio de Salud del Perú. (2001). *Proyecto 2000. Instrumento: Información y orientación en el control prenatal*.
- Guevara, E. (2010). *Hemorragias de la primera mitad del embarazo*. Rev Per Ginecol Obstet.; 56:10-17.
- Pontius, E., et al. (2019). *Complications in Early Pregnancy*. Emerg Med Clin N Am 37 219–237.
- Rana, P., Kazmi, I., et al. (2013). *Ectopic pregnancy: a review*. Archives of Gynecology and Obstetrics. 288(4), 747–757.

- Huixian H., et al. (2018). *Embarazo ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico*. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD V.9 N.1: 28-36
- Farquhar, C. (2005). *Ectopic pregnancy*. The Lancet, 366(9485), 583–591.
- Seckl, M., et al. (2010). *Gestacional trophoblastic disease*. The Lancet; 376: 717-729.
- Khanna, P. (2016). *Enfermedad trofoblástica gestacional*. Revista médica de Costa Rica y Centroamerica LXXIII (618) 173-178.
- Acho, S., et al. (2011). *Hemorragia de la segunda mitad del embarazo, en un hospital nacional de Lima*. Rev Per Ginecol Obstet; 57: 243-247.
- Pérez, C. (2010). *Hemorragias en la Segunda Mitad del Embarazo*. Rev Per Ginecol Obstet.; 56:18-22.
- Véliz, F., et al. (2018). *Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador*. Rev Chil Obstet Ginecol; 83(5): 513 – 526.
- Arnedillo M., et al. (2008). *Actuación en un desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. Estudio de un caso*. Matronas Prof.; 9 (2): 24-26.
- Silva C., et al. (2006). *Hiperemesis gravídica*. Rev Obstet Ginecol Venez v.66 n.3
- Lombardía, J. y Fernández, M. (2003). *Emesis e hiperemesis gravídica*. Semergen; 29(8):411-4
- Doblas P., et al. (2002). *Tratamiento con sonda de yeyunostomía en hiperemesis gravídica refractaria*. Clin Invest Gin Obst; 29(3):114-9.
- Sanz S. (2017). *Fiebre*. Farmacia Profesional. Vol. 31, Núm. 6.
- Lara F. (2007) *Fiebre durante el embarazo*. Manual Profesional Merck Sharp & Dohme.  
Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y->

obstetricia/complicaciones-no-obstetricas-durante-el-embarazo/fiebre-durante-el-embarazo

Bello, Z. (2018). *Resistencia antimicrobiana en embarazadas con urocultivo positivo*. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta Vol. 43, número 4.

Roche M., et al. (2009). *Patología médica y embarazo. Trastornos respiratorios, urológicos, infecciosos y endocrinológicos*. An. Sist. Sanit. Navar.; 32 (Supl. 1): 121-134.

Acosta J., Ramos M., Zamora L. (2014). *Prevalencia de infección de vías urinarias bajas en pacientes hospitalizadas con amenaza de parto pretermino*. Rev. Ginecol Obstet Mex; 82:737-743.

Herráiz, M., et al. (2005). *Infección del tracto urinario en la embarazada*. Enferm Infecc Microbiol Clin.; 23(Supl. 4):40-6

Pacheco, J. (2017). *Introduction to the Preeclampsia Symposium*. Rev Peru Ginecol Obstet.; 63(2).

Lacunza, R., et al. (2015). *Implicancias neurológicas de la preeclampsia, más que solo eclampsia*. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.

Fernández, M., et al. (2015). *Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible y Embarazo: Reporte de un Caso*. Horiz. Med. vol.15 no.3 Lima.

Grillo, M., et al. (2010). *Síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) durante la gestación*. Acta Neurol Colomb Vol. 26 No. 4.

Cuan, Y., et al. (2016). *Alteraciones oftalmológicas durante el embarazo*. Revista Cubana de Oftalmología.; 29(2):292-307.

Carrillo, R., et al. (2017). *Encefalopatía posterior reversible en preeclampsia*. Med Crit; 31(1):45-47.



- Gómez, A. (2005). *Hipertensión arterial y embarazo*. Rev Far Profesional Vol. 19, Núm. 11.
- Huarte, M., et al. (2009). *Conducta ante los estados hipertensivos del embarazo*. An. Sist. Sanit. Navar., Vol. 32, Suplemento 1.
- Parra, P. (2005). *Diagnóstico y Manejo Oportuno del Síndrome de HELLP*. Acta méd. costarric vol.47 n.1 San José.
- Duárez, M. (2012). *Eclampsia y encefalopatía posterior reversible*. Progresos de Obstetricia y Ginecología Vol 56, Issue 5, Pages 261-265.
- Guevara, E., et al. (2014) *Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú*. Rev Per Ginecol Obstet Vol. 60, Núm. 4 pgs. 385 – 393.
- Rodríguez, M., et al. (2018). *Tratamiento de la ruptura prematura pretérmino de membranas*. Ginecol Obstet Mex. ; 86(5):319-334.
- Vargas, K., et al. (2014). *Ruptura Prematura de Membranas*. Revista Médica De Costa Rica Y Centroamerica Lxxi (613) 719 – 723.
- Valencia, E., et al. (2017). *Disminución de los movimientos fetales y resultante perinatal en embarazos a término*. Avances en Biomedicina, 6(2), ISSN: 2477-9369 / 2244-7881.
- Quirós, G. (2015). *Amenaza de Parto Pretérmino*. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. Vol 1 N° 1.
- Huertas, E. (2018). *Parto pretérmino: causas y medidas de prevención*. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018; 64(3).

## IX. ANEXOS

### ANEXO 1: ENCUESTA PARA LA GESTANTE

Edad: ..... Estado civil: ..... Grado de instrucción: ..... Distrito: .....

Número de gestaciones: ..... Número de controles prenatales: .....

PARTE A	PARTE B
RECONOCIMIENTO	CONDUCTA
<p>1. ¿Cree que el <b>SANGRADO POR LA VAGINA</b> es una señal de peligro para su vida o la de su bebe?</p> <p>a) Sí b) No</p>	<p>1- Si presentara esto, ud:</p> <p>a) Acudiría a un centro de salud b) Iría a la farmacia por ayuda. c) Utilizaría remedios caseros o se automedicaría. d) No hace nada.</p>
<p>2. ¿Cree que las <b>NÁUSEAS Y VÓMITOS INTENSOS Y REPETIDOS</b> es una señal de peligro para su vida o la de su bebe?</p> <p>a) Sí b) No</p>	<p>2. Si presentara esto, ud:</p> <p>a) Acudiría a un centro de salud b) Iría a la farmacia por ayuda. c) Utilizaría remedios caseros o se automedicaría. d) No hace nada.</p>
<p>3. ¿Cree que el <b>HINCHAZÓN DE CARA, MANOS Y PIES</b> es una señal de peligro para su vida o la de su bebe?</p> <p>a) Sí b) No</p>	<p>3. Si presentara esto, ud:</p> <p>a) Acudiría a un centro de salud b) Iría a la farmacia por ayuda. c) Utilizaría remedios caseros o se automedicaría. d) No hace nada.</p>
<p>4. ¿Cree que la <b>FIEBRE</b> es una señal de peligro para su vida o la de su bebe?</p> <p>a) Sí b) No</p>	<p>4. Si presentara esto, ud:</p> <p>a) Acudiría a un centro de salud b) Iría a la farmacia por ayuda. c) Utilizaría remedios caseros o se automedicaría. d) No hace nada.</p>

<p>5. ¿Cree que el <b>DOLOR O ARDOR AL ORINAR</b> es una señal de peligro para su vida o la de su bebe?  a) Sí  b) No</p>	<p>5. Si presentara esto, ud:  a) Acudiría a un centro de salud  b) Iría a la farmacia por ayuda.  c) Utilizaría remedios caseros o se automedicaría.  d) No hace nada.</p>
<p>6. ¿Cree que el <b>DOLOR INTENSO DE CABEZA</b> es una señal de peligro para su vida o la de su bebe?  a) Sí  b) No</p>	<p>6. Si presentara esto, ud:  a) Acudiría a un centro de salud  b) Iría a la farmacia por ayuda.  c) Utilizaría remedios caseros o se automedicaría.  d) No hace nada.  e)</p>
<p>PARTE A</p>	<p>PARTE B</p>
<p>RECONOCIMIENTO</p>	<p>CONDUCTA</p>
<p>7. ¿Cree que las <b>CONVULSIONES</b> son una señal de peligro para su vida o la de su bebe?  a) Sí  b) No</p>	<p>7. Si presentara esto, ud:  a) Acudiría a un centro de salud  b) Iría a la farmacia por ayuda.  c) Utilizaría remedios caseros o se automedicaría.  d) No hace nada.</p>
<p>8. ¿Cree que el <b>ZUMBIDO DE OÍDOS</b> es una señal de peligro para su vida o la de su bebe?  a) Sí  b) No</p>	<p>8. Si presentara esto, ud:  a) Acudiría a un centro de salud  b) Iría a la farmacia por ayuda.  c) Utilizaría remedios caseros o se automedicaría.  d) No hace nada.</p>
<p>9. ¿Cree que la <b>VISIÓN BORROSA O DE MOSQUITAS O MANCHITAS FLOTANDO</b> es una señal de peligro para su vida o la de su bebe?  a) Sí  b) No</p>	<p>9. Si presentara esto, ud:  a) Acudiría a un centro de salud  b) Iría a la farmacia por ayuda.  c) Utilizaría remedios caseros o se automedicaría.  d) No hace nada.</p>

<p>10. ¿Cree que el <b>DOLOR EN LA BOCA DEL ESTÓMAGO</b> es una señal de peligro para su vida o la de su bebe?</p> <p>a) Sí b) No</p>	<p>10. Si presentara esto, ud:</p> <p>a) Acudiría a un centro de salud b) Iría a la farmacia por ayuda. c) Utilizaría remedios caseros o se automedicaría. d) No hace nada.</p>
<p>11. ¿Cree que el <b>PÉRDIDA DE LÍQUIDO CLARO CON OLOR A LEJÍA</b> es una señal de peligro para su vida o la de su bebe?</p> <p>a) Sí b) No</p>	<p>11. Si presentara esto, ud:</p> <p>a) Acudiría a un centro de salud b) Iría a la farmacia por ayuda. c) Utilizaría remedios caseros o se automedicaría. d) No hace nada.</p>
<p>12. ¿Cree que la <b>DISMINUCIÓN O AUSENCIA DE MOVIMIENTOS DE SU BEBÉ</b> es una señal de peligro para su vida o la de su bebe?</p> <p>a) Sí b) No</p>	<p>12. Si presentara esto, ud:</p> <p>a) Acudiría a un centro de salud b) Iría a la farmacia por ayuda. c) Utilizaría remedios caseros o se automedicaría. d) No hace nada.</p>
<p>13. ¿Cree que el <b>DOLOR EN EL BAJO VIENTRE (CONTRACCIONES) ANTES DE LAS 37 SEMANAS</b> es una señal de peligro para su vida o la de su bebe?</p> <p>a) Sí b) No</p>	<p>13. Si presentara esto, ud:</p> <p>a) Acudiría a un centro de salud b) Iría a la farmacia por ayuda. c) Utilizaría remedios caseros o se automedicaría. d) No hace nada.</p>

## ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	ESCALA DE VALORACIÓN	ESTADÍSTICA
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>  RECONOCIMIENTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA	Capacidad de la gestante para identificar aquellos signos y síntomas de alarma durante el embarazo que puede poner en riesgo su vida o la de su bebé.	Reconocimiento de signos y síntomas.  No reconocimiento de signos y síntomas.	Independiente cualitativa	Nominal	1= Sí reconoce  0= No reconoce	Porcentaje
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>  CONDUCTA ADOPTADA POR LAS GESTANTES	Comportamiento manifestado espontáneamente por las gestantes en el caso de estar frente a los signos y síntomas de alarma reconocidas por éstas.	Adecuado  No adecuado	Dependiente cualitativa	Nominal	<p style="text-align: center;"><b>Adecuado</b></p> 3= Acudiría a un centro de salud  <p style="text-align: center;"><b>No adecuado</b></p> 2= Iría a la farmacia por ayuda  1= Utilizaría remedios caseros o se automedicaría  0= No hace nada	Porcentaje

### ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Propósito del Estudio:** La estamos invitando a participar en un estudio con la finalidad de determinar si ud RECONOCE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO Y CUÁL SERÍA SU CONDUCTA FRENTE A ESTOS.

**Procedimientos:** Si usted acepta participar en este estudio se le hará algunas preguntas sobre filiación y se realizará un cuestionario sobre los signos y síntomas de alarma y su 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.

.....

Firma y nombre de la Participante

DNI:

.....

Firma y nombre de apoderado en caso

DNI:

Que la participante sea menor de edad

## **ANEXO 4: SOLICITUD DE PERMISO AL HNSB PARA ENCUESTAR A GESTANTES**

### **SOLICITO:**

AUTORIZACIÓN PARA PODER ENCUESTAR A LAS GESTANTES ATENDIDAS POR CONSULTORIO EXTERNO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES

Señor director del Hospital Nacional Sergio Bernales.

Yo, **CHACON ESPINOZA MAJHORIE STEPFANIE**, identificada con DNI 71744159 y código de matrícula 2013020342, estudiante de la Facultad de Medicina Humana Hipólito Unanue de la Universidad Nacional Federico Villarreal; ante Ud. con el debido respeto me presento.

Por medio de la presente, me es grato dirigirme a su persona, para saludarlo muy cordialmente y a su vez solicitarle su autorización para poder encuestar a las gestantes atendidas por consultorio externo de obstetricia del centro de salud a su cargo: HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES, ya que vengo realizando mi tesis: **SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO RECONOCIDOS POR LAS GESTANTES Y SU CONDUCTA FRENTE A ESTOS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALES, FEBRERO 2020.**

Por lo cual requiero de su autorización para llevar a cabo mi investigación.

### **ADJUNTO:**

Plan de tesis.

### **POR LO EXPUESTO:**

Espero su atención al presente y se sirva darme la autorización correspondiente.

Lima, Enero del 2020.

## ANEXO 5

Tabla. *Niveles y rangos de la variable Signos y síntomas*

Nivel	Rango		
No reconoce	00	-	06
Reconoce	07	-	13

Tabla. *Niveles y rangos de la variable Conducta*

Nivel	Rango		
Inadecuada	00	-	19
Adecuada	20	-	39

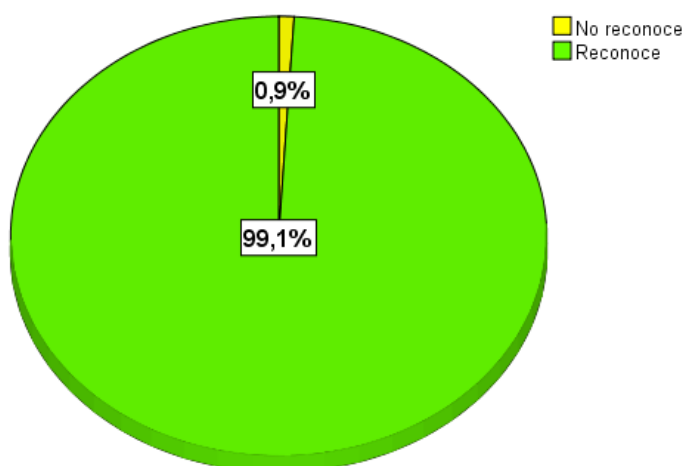


## ANEXO 6

Tabla  
Variable: Signos y síntomas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No reconoce	2	0,9	0,9	0,9
	Reconoce	216	99,1	99,1	100,0
	Total	218	100,0	100,0	

Gráfico  
Variable: Signos y síntomas



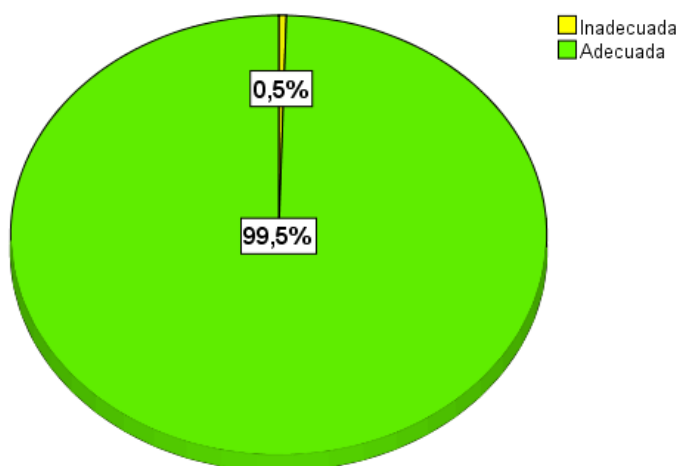
En la tabla y en el gráfico se aprecia que la mayoría, el 99,1%, de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernal, durante febrero del 2020, sí reconocen los signos y síntomas de alarma durante el embarazo. Por otro lado, el restante 0,9%, denotó que no reconocen los signos y síntomas de alarma.

## ANEXO 7

Tabla.  
Variable: Conducta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inadecuada	1	0,5	0,5	0,5
	Adecuada	217	99,5	99,5	100,0
	Total	218	100,0	100,0	

Gráfico  
Variable: Conducta



En la tabla y en el gráfico se aprecia que la mayoría, el 99,5%, de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales, durante febrero del 2020, adoptarían conductas adecuadas en caso se presentaran signos y síntomas de alarma durante su embarazo. Por otro lado, el restante 0,5% denotaron que adoptarían conductas inadecuadas.

## ANEXO 8

Tabla. *Características sociodemográficas*

		Recuento	% de N columnas
Edad	Menor o igual a 17 años	11	5,0%
	De 18 a 34 años	156	71,6%
	Mayor o igual a 35 años	51	23,4%
Estado civil	Soltera	64	29,4%
	Conviviente	119	54,6%
	Casada	35	16,1%
Grado de instrucción	Primaria incompleta	3	1,4%
	Primaria completa	11	5,0%
	Secundaria incompleta	28	12,8%
	Secundaria completa	108	49,5%
	Tec. Superior incompleta	6	2,8%
	Tec. Superior completa	21	9,6%
	Superior incompleta	14	6,4%
	Superior completa	27	12,4%
Distrito	Comas	142	65,1%
	Carabayllo	70	32,1%
	Loma provincias	3	1,4%
	San Martín de Porres	3	1,4%
Número de gestaciones	1	54	24,8%
	2	69	31,7%
	3	66	30,3%
	4	14	6,4%
	5	12	5,5%
	6	2	0,9%
	7	1	0,5%
Número de controles prenatales	1	11	5,0%
	2	29	13,3%
	3	21	9,6%
	4	29	13,3%
	5	32	14,7%
	6	27	12,4%
	Más de 6	69	31,7%