

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE  
OBSTETRICIA



**TESIS**

**SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA RECONOCIDOS Y  
TIEMPO DE TRASLADO DE LA GESTANTE AL  
ESTABLECIMIENTO DE SALUD. PUESTO DE SALUD  
CHONTAPACCHA, 2020**

**Para optar el título profesional de:**

**OBSTETRA**

**Presentado por la Bachiller:**

Mantilla Briones July Paola

**ASESORA:**

Dra. Obsta. Julia Elizabeth Quispe Oliva

**Cajamarca. Perú**

**2021**

COPYRIGHT @2021

July Paola Mantilla Briones

Derechos Reservados

**SE DEDICA A:**

Dios, por darme la vida y guiar mi camino en el desarrollo de la noble carrera de Obstetricia.

Mis padres y hermanos por brindarme su apoyo incondicional para mi desarrollo académico-profesional y estar siempre a mi lado en lo bueno y lo malo.

**July**

### **SE AGRADECE A:**

La Universidad Nacional de Cajamarca y a los docentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia por brindarme conocimientos durante mi formación profesional.

Mi asesora Dra. Obst. Julia Elizabeth Quispe Oliva por brindarme el apoyo y soporte académico para la realización de la presente investigación.

Todo el personal del Puesto de Salud Chontapaccha; en especial al personal de Obstetricia por la facilidad de la información requerida.

Cada una de las gestantes que formaron parte de la investigación, por su amabilidad y disposición de contestar la llamada telefónica.

**July**

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>DEDICATORIA</b>	<b>iii</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>iv</b>
<b>INDICE DE CONTENIDOS</b>	<b>v</b>
<b>INDICE DE TABLAS</b>	<b>vii</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>ix</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA</b>	
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos Específicos	5
1.4. Justificación	5
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes	7
2.1.1. Antecedentes Internacionales	7
2.1.2. Antecedentes Nacionales	8
2.2. Bases Teóricas	9
2.2.1. Tiempo	9
2.2.2. Signos y síntomas de alarma del embarazo	10
2.2.3. Reconocimiento de los signos y síntomas de alarma	17
2.3. Variables	19
2.5. Conceptualización y Operacionalización de Variables	20
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>	
3.1. Diseño y tipo de estudio	21
3.2. Área de estudio y población	21
3.3. Muestra y muestreo	22
3.4. Unidad de análisis	22
3.5. Criterios de inclusión y exclusión	22
3.6. Técnicas de recolección de datos	23
3.7. Descripción del instrumento	23
3.8. Procesamiento y análisis de datos	24
3.9. Criterios éticos	24

3.10. Control de calidad de datos	24
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN Y DISCUSIÓN</b>	<b>25</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>34</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>35</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>36</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>42</b>

## Índice de tablas

	<b>Pág</b>
Tabla n°1: Caracterización sociodemográfica de las gestantes del Puesto Salud Chontapaccha, 2020.	25
Tabla n°2: Factores Obstétricos de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Chontapaccha, 2020.	28
Tabla n°3: Reconocimiento de los signos y síntomas de alarma del embarazo en gestantes atendidas en el Puesto de Salud Chontapaccha,2020.	30
Tabla n°4: Tiempo de traslado de la gestante al Establecimiento de Salud por signos y síntomas de alarma reconocidos. Puesto de Salud Chontapaccha, 2020.	33

## RESUMEN

El presente estudio, tuvo como objetivo, identificar los signos y síntomas de alarma reconocidos y el tiempo de traslado de la gestante al establecimiento de salud. Puesto de Salud Chontapaccha, 2020. **Metodología:** Corresponde a un diseño, no experimental de corte transversal de tipo descriptivo. **Resultados:** Se determinó; que la mayoría de gestantes el 49,1% de la muestra perteneció al grupo de 26 a 35 años de edad; el 82,5% tuvieron como procedencia la zona urbana, de grado de instrucción secundaria con un 35,1% ; el 28,1% con estudios superior técnico; el 89,5% de estado civil conviviente, y con un 70,2% de salario menor al mínimo vital; respecto a los factores obstétricos en su mayoría fueron multigestas con el 35,1% ; el 43,9% inició su atención prenatal, entre las 14 semanas y 26 semanas; sobre los signos y síntomas de alarma reconocidos, por cada signo y síntoma de alarma reconocieron al 100% seis: sangrado vaginal, dolor de cabeza, hinchazón de cara y/o pies, disminución de movimientos fetales, zumbido de oído y visión borrosa; así mismo se obtuvo con un 98,2% a las contracciones antes de las 37 semanas al igual que al no aumento de la altura uterina conforme a la edad gestacional; con el 96,5% a la fiebre; con el 94,7% a la pérdida de líquido amniótico, epigastralgia, disminución de peso; el 91,2% reconoció al ardor al orinar; y solo con un 78,9% reconocieron a las náuseas y vómitos. En cuanto, al tiempo de traslado de la gestante por signos y síntomas de alarma reconocidos, se obtuvo lo siguiente; en mayor cantidad, las gestantes reconocieron a las contracciones uterinas antes de las 37 semanas con un 28,0% y tardaron 3 horas 50 minutos (IQ: 5,5). El mayor tiempo de traslado por signos y síntomas de alarma reconocidos, fue de 18 horas (IQ: 36) al reconocer el ardor al orinar y con un menor tiempo, de 1 hora 30 minutos (IQ: 2,7) al reconocer la pérdida de líquido amniótico. **Conclusión:** El tiempo de traslado, en la mayoría de gestantes fue, de 3 horas 50 minutos.

**Palabras clave:** gestante; tiempo de traslado, signos y síntomas de alarma.

## ABSTRAC

The objective of this study was to identify the recognized alarm signs and symptoms and the transfer time of the pregnant woman to the health facility. Chontapaccha Health Post, 2020. Methodology: Corresponds to a descriptive, non-experimental, cross-sectional design. Results: It was determined; that the majority of pregnant women, 49.1% of the sample belonged to the group between 26 and 35 years of age; 82.5% came from the urban area, with a secondary education level with 35.1%; 28.1% with higher technical studies; 89.5% of cohabiting marital status, and with 70.2% of salary less than the vital minimum; Regarding obstetric factors, the majority were multigesta with 35.1%; 43.9% started their prenatal care, between 14 weeks and 26 weeks; Regarding the recognized alarm signs and symptoms, for each alarm sign and symptom, they recognized 100% six: vaginal bleeding, headache, swelling of the face and / or feet, decreased fetal movements, ringing in the ear and blurred vision; Likewise, 98.2% were obtained for contractions before 37 weeks, as well as no increase in uterine height according to gestational age; with 96.5% to fever; with 94.7% loss of amniotic fluid, epigastric pain, weight loss; 91.2% recognized burning when urinating; and only 78.9% recognized nausea and vomiting. Regarding the transfer time of the pregnant woman due to recognized alarm signs and symptoms, the following was obtained; in greater numbers, pregnant women recognized uterine contractions before 37 weeks with 28.0% and it took 3 hours 50 minutes (IQ: 5.5). The longest transfer time due to recognized alarm signs and symptoms was 18 hours (IQ: 36) when recognizing burning when urinating and with a shorter time, 1 hour 30 minutes (IQ: 2.7) when recognizing the loss of amniotic fluid. Conclusion: The transfer time in the majority of pregnant women was 3 hours 50 minutes.

**Keywords:** pregnant; travel time, warning signs and symptoms

## INTRODUCCIÓN

Disminuir el tiempo del acceso a los servicios de salud brindados por el Sistema de Salud Pública debe ser siempre el objetivo principal de cada gobierno; garantizando la atención oportuna de toda la población, especialmente de la población en riesgo, como las gestantes. Según el Fondo de Población de Naciones Unidas [UNFPA], informó; que el tiempo en buscar ayuda, en llegar a un Establecimiento de Salud o el tiempo de espera para la atención por una persona calificada, son tres obstáculos que enfrenta una mujer embarazada (1).

Para la disminución del tiempo del traslado oportuno a un Establecimiento de Salud, es importante el reconocimiento de los signos y síntomas de alarma; ya que, según la “Organización Mundial de la Salud los signos y síntomas de alarma son los que indican que la salud de la gestante y el feto están en riesgo; y el no reconocimiento aumentaría el riesgo de la mortalidad materno fetal” (2). Con respecto a identificar el tiempo de traslado al Establecimiento de Salud, se encontraron antecedentes, que miden el tiempo de traslado que tuvieron las gestantes, dichos estudios, encuentran como un tiempo mínimo de 6 minutos cuando presentaban convulsiones; y un tiempo máximo de 24 horas al presentar náuseas y vómitos, disuria y el no aumento de la altura uterina de acuerdo a la gestación (3) (4). Además; según, Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna- Ministerio de Salud; en cuanto al sangrado vaginal menciona que, dependiendo de la pérdida de sangre que tenga la gestante, existe un intervalo de 12 horas entre la vida y la muerte. Y cuando existe una pérdida de sangre en el pos parto, se tiene un intervalo de tiempo de 2 horas para resolver la complicación y evitar la muerte materna (5).

Respecto a lo mencionado anteriormente, es que se realizó la presente investigación con el objetivo de identificar los signos y síntomas de alarma reconocidos y el tiempo de traslado de la gestante al establecimiento de salud. Puesto de Salud Chontapaccha, perteneciente a la red de Salud Pachacútec, distrito de Cajamarca, llegando a identificar un tiempo de 3 horas 50 minutos de traslado al Establecimiento de Salud en la mayoría de gestantes.

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

– **Capítulo I:** planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos y justificación del problema.

- **Capítulo II:** consta de antecedentes, bases teóricas, la conceptualización y la operacionalización de la variable.
- **Capítulo III:** diseño metodológico y tipo de estudio, área de estudio y población, la muestra y unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, aspectos éticos, técnicas de recolección de datos y descripción del instrumento, procesamiento y análisis de datos.
- **Capítulo IV:** muestra los resultados de la investigación, así como el análisis y discusión de estos. Finalmente se consigna las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

La autora.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En la actualidad la mortalidad materna, es un problema de salud pública, por lo que, a nivel internacional y nacional, es prioridad la reducción mediante el planteamiento de diferentes estrategias (6). Según datos, la Organización Mundial de Salud (OMS), precisa que cada día fallecen alrededor de 830 mujeres por complicaciones concernientes al embarazo o el parto; en el año 2015 se evaluaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo, parto y posparto (2).

En América Latina y el Caribe para el año 2015, se estimó un número de 7,300 muertes maternas; los avances en cuanto, a la reducción de la mortalidad materna han sido distintos dentro de cada país y entre los países; del total, 13 países tienen una razón de mortalidad materna más alta que el promedio regional, es decir, entre 89 y 359 por 100,000 nacidos vivos (7). Se trata, en específico, de países con tasas de fecundidad altas, niveles superiores de pobreza, cobertura y calidad de atención deficientes (7). Asimismo, se informó que el tiempo que tarda la gestante; en buscar ayuda, en trasladarse a un Establecimiento de Salud o en tener acceso a la asistencia por una persona calificada, son tres obstáculos que enfrenta una mujer en la gestación (1).

El Perú, adquirió como compromiso, el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en el 2016 con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS); la reducción de la mortalidad materna, está incluida en el compromiso a garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos y en todas las edades (8), pero el cumplimiento de estos objetivos se han visto afectados, puesto que, según datos publicados en el Boletín Epidemiológico de la semana N° 53 del año 2020, indican que desde el inicio de la pandemia por COVID-19, los cambios sanitarios, producidos en el acceso y atención en los servicios de salud, están afectando la atención prenatal, lo que produce un aumento de la mortalidad materna; esto genera un reto para el país, que obliga al replanteamiento de intervenciones, con énfasis en la priorización y diferenciación de escenarios, y que contribuya en la

reducción de la mortalidad materna (8). Durante el año 2020 semana N° 53, se notificaron al sistema de vigilancia epidemiológica 429 muertes maternas clasificadas, como directas e indirectas; según el lugar de fallecimiento el 75,5% fueron institucionales, correspondientes a Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud (MINSA), las muertes maternas extra institucionales, presentan disminución de menos del 1,1% comparado con el año anterior (8).

Asimismo, en el Boletín Informativo N° 52 del año 2017, de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) – Cajamarca presentó un incremento de muertes maternas, teniendo un total de 18 muertes maternas (58%); durante el embarazo 7 muertes maternas (23%), en el momento del parto 6 muertes maternas (19%) (9). Respecto al lugar de ocurrencia de la muerte materna hasta la Semana Epidemiológica 52, se presentó el mayor porcentaje de notificación en los Establecimientos de Salud referenciales de categoría II-1, II-2 y I-4, 14 con (45%) de muertes maternas, seguido de 11 (36%) muertes ocurridos en su domicilio y finalmente las muertes maternas ocurridas en el trayecto, 6 muertes maternas que representa el (19%) (9). En cuanto al tiempo que tardó la gestante en acudir al Establecimiento de Salud, se presentaron 6 muertes maternas (25%), por la poca accesibilidad al Establecimiento de Salud, influyendo también el poco reconocimiento del signo de alarma y el número de Atención Prenatal (9).

Según, lo antes mencionado, la realidad de la Región de Cajamarca no es indiferente a la situación, ya que, cada día acuden gestantes con complicaciones obstétricas a los Establecimientos de Salud, porque no se trasladaron a tiempo, luego de reconocer los signos de alarma que estaban presentando, por tal razón, es que surgió la inquietud de realizar el presente trabajo de investigación, con el objetivo de identificar el reconocimiento de los signos y síntomas y el tiempo de traslado de la gestante al Establecimiento de Salud, Puesto de Salud Chontapaccha; durante el período de mayo a octubre del 2020.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

- ¿Cuáles son los signos y síntomas de alarma reconocidos y el tiempo de traslado de la gestante al establecimiento de salud. Puesto de Salud Chontapaccha, 2020?

## **1.3. OBJETIVOS**

### **1.3.1. Objetivo general**

- Identificar los signos y síntomas de alarma reconocidos y el tiempo de traslado de la gestante al establecimiento de salud. Puesto de Salud Chontapaccha, 2020.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Caracterizar socio demográficamente a las gestantes de la muestra.
- Identificar y caracterizar los factores obstétricos más comunes de las gestantes de la muestra.
- Identificar el reconocimiento de los signos y síntomas de alarma por las gestantes.

## **1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

La salud materna sigue siendo uno de los temas más preocupantes a nivel nacional y mundial (6). Mejorar la salud materna es primordial para tratar algunas causas subyacentes de la mortalidad materna; la cual a nivel mundial constituye un problema de salud pública, puesto que representa un importante indicador de desarrollo humano para los países (6). En esta perspectiva, el reducir la mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos es uno de los trascendentales Objetivos de Desarrollo Sostenible, debido a la ocurrencia de muertes maternas ocasionadas por complicaciones del embarazo, parto o postparto. (ENDES 2016) (10). Para el año 2020 la salud materna se ha visto afectada por diferentes aspectos, como la dificultad para acceder a los Establecimientos de primer nivel de atención, por el estado de emergencia declarado por el gobierno ante la propagación del COVID 19 y ello ha puesto en evidencia las desigualdades sociales, económicas y el acceso limitado de servicios de salud en el lugar de residencia (urbano/rural) (8).

Además, según, Norma Técnica de Salud para la atención integral de Salud Materna- Ministerio de Salud; en relación al sangrado vaginal menciona que dependiendo de la pérdida de sangre que tenga la gestante, hay un intervalo de 12 horas entre la vida y la muerte. Y cuando la pérdida de sangre se presenta en el pos parto, se tiene un intervalo de tiempo de 2 horas para resolver la complicación y evitar la muerte materna. (5)

Considerando que se puede brindar atención oportuna y precoz a la gestante si se traslada a tiempo al Establecimiento de Salud, luego de reconocer los signos y síntomas de alarma; teniendo en cuenta que el tiempo que tarda en acudir, luego de reconocer los signos y síntomas de alarma; determina un riesgo mayor de tener como desenlace la muerte.

Por consiguiente, fue oportuno realizar el presente estudio con el objetivo de identificar los signos y síntomas de alarma reconocidos y el tiempo de traslado de la gestante al establecimiento de salud; ya que, según la Revista Epidemiológica de Cajamarca, en los casos de las muertes maternas existió un porcentaje considerable de muertes asociadas al tiempo que tardó la gestante en trasladarse a un Establecimiento de Salud, luego de haber reconocido los signos y síntomas de alarma (9). Además, debido a la escasa información, en la región de Cajamarca, el presente estudio busca proveer información veraz, que permita dar mayor claridad, sobre el reconocimiento de los signos y síntomas de alarma y el tiempo que tarda la gestante en acudir al Establecimiento de Salud; un aporte científico que generará evidencias que favorezcan a la atención oportuna e inmediata en los Establecimientos de Salud, sin importar la magnitud de gravedad de cada signos o síntomas presentados por la gestante; para que, de esta manera, la gestante se traslade inmediatamente al reconocerlos y evitar el riesgo de muerte materna.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES

##### 2.1.1. Antecedentes internacionales

**Olmos K. y Sánchez J. (Ecuador 2016)** en su estudio, que tuvo como objetivo determinar la frecuencia de mortalidad materna según modelo de las tres demoras; estudio cuantitativo observacional descriptivo, que tuvo como población a 49 casos de muertes maternas; presentando los siguientes resultados: la mayoría de las madres afectadas pertenecían a la edad de 20 a 34 años. El 53.1% de madres tuvieron instrucción primaria y el 36.7% secundaria. El 79.6% de las madres fueron casadas. El 85.7% residió en zona rural. El tiempo de traslado de la madre al Establecimiento de Salud fue una de las causas en su mayoría, de los penosos decesos con un total de 59,2%. Como conclusión se dio que la mayor frecuencia de mortalidad materna tuvo relación con el tiempo prolongado que tuvieron las madres en el traslado a un establecimiento de salud y el reconocimiento del signo de alarma (11).

**Rodríguez E y cols. (México, 2015)**, en su trabajo, presentaron como objetivo determinar según el tiempo de demora, la frecuencia de mortalidad materna; de tipo descriptivo - transversal, que tuvieron como población a 31 mujeres que presentaron alguna complicación Obstétrica. Tuvieron, en consideración para el análisis de los tiempos en la atención, según el modelo de las tres demoras; presentando como resultados: en relación al tiempo que tarda la mujer embarazada en reconocer los signos y síntomas de alarma, desde el momento de la aparición de éstos hasta que ella se dio cuenta de que puede ser indicio de algo malo, presentaron que 23 (74%) tardó menos de 1 hora en reconocer los signos y síntomas de alarma y 8 (26%) tardaron más de 1 hora. En cuanto al tiempo que tarda una mujer complicada desde que ya reconoció los signos de alarma de la complicación hasta que decide buscar ayuda se obtuvo que 24 (77%) tardaron menos de 1 hora desde que reconoció los signos y síntomas de alarma hasta que decide buscar ayuda y 7 (23%) tardaron más de 1 hora en decidir buscar ayuda. De la misma manera se consiguió el registro del

tiempo desde el inicio del traslado hasta la llegada al hospital de referencia, obteniéndose que solamente a 3 (10%) le tomó menos de 1 hora desde que consiguió el medio de transporte hasta que llegó al hospital de referencia y a 28 (90%) les tomó más de 1 hora en llegar al hospital (12).

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

**Guerrero P. (Huancayo 2019)**, en su estudio, tuvo como objetivo determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre signos y síntomas de alarma en embarazadas; estudio cuantitativo de tipo descriptivo, de corte transversal. Presentando como resultados en relación al reconocimiento de los signos y síntomas de alarma, fueron; el sangrado vaginal con 83.2%, seguido de fiebre un 73.2%, visión borrosa un 66.8% y cefalea con 66.4%, mientras que el signo menos reconocido fue el ardor al orinar con 57,2% (13).

**Gonzales B. (Lima 2016)**, en su investigación, tenía como objetivo determinar la relación entre el reconocimiento y la actitud frente a los signos y síntomas de alarma; estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo comparativo – correlacional. Presentando como resultados en relación al tiempo que tardaron, en llegar al Establecimiento de Salud, dependiendo de lo complicado que se presentó el signo de alarma, obtuvo que, al presentar convulsiones, se demoraron 6 minutos en llegar al establecimiento de salud y al presentar disminución de los movimientos fetales, demoraron 12 horas en promedio en llegar al establecimiento de salud. Donde concluyó que las gestantes que reconocieron los signos y síntomas de alarma, tienen actitudes favorables, comparadas con las que tienen alguna idea sobre los signos y síntomas de alarma; lo cual las lleva a ser indiferentes frente a los mismos, y consecuentemente, disminuyen el tiempo en acudir al establecimiento de salud (3).

**Ticona D y cols. (Lima 2015)**, realizaron una investigación, cuyo objetivo fue determinar el conocimiento y prácticas sobre signos de alarma en gestantes; investigación de tipo descriptivo transversal; presentando los siguientes resultados: 93% de las gestantes consideraron a los signos de alarma como indicadores de peligro para la madre y el feto; el 100% sabía que debe acudir a un Centro de Salud de inmediato, en relación a los signos, por los cuales la mayor proporción de gestantes acudieron a emergencia fueron convulsiones (100%), no crecimiento de barriga conforme a la gestación (100%), ardor al orinar (86,1%), sangrado vaginal (84,4%) y fiebre (84,2%); respecto al menor tiempo de traslado fue de 1 hora (IQ:2,5) para

sangrado vaginal y 1 hora (IQ:27) para pérdida de líquido amniótico; respecto al mayor tiempo de traslado fue de 24 horas (IQ: 64) para náuseas y vómitos (4).

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. Tiempo**

#### **2.2.1.1. Definición**

Según la Real Academia Nacional de Medicina de España; define al tiempo en primer alcance, como coordenada referencial que permite ordenar la secuencia de los sucesos, estableciendo un pasado, un presente y un futuro (14).

“Según EsferaSalud, página electrónica en español de artículos de salud; define al tiempo como el periodo que transcurre entre dos instantes apreciables para un observador o aparato de medida” (15). El tiempo en las ciencias biológicas no puede tener una interpretación lineal porque corresponde a fenómenos que evolucionan, cambian y se adaptan a velocidades muy diferentes. Aunque en Medicina se utilice el tiempo en términos absolutos, está claro que su percepción, significado e interpretación varía en función de los espectadores, los protagonistas y el tipo de fenómeno medido (15).

#### **2.2.1.2. Unidades de medida del tiempo:**

“El instrumento que se usa para medir el tiempo es el reloj. La unidad de referencia es el día. Con respecto al día, hay unidades de tiempo menores y mayores que el día” (16).

##### **2.2.1.2.1. Unidades menores:**

###### **Minuto:**

El minuto es una unidad de tiempo que equivale a la sexagésima parte de una hora; 60 segundos forman parte de un minuto. El símbolo de la comilla simple ' se emplea para el minuto como sexagésima parte de un grado (16).

###### **Hora:**

La hora es una unidad de tiempo que representa la vigésimo cuarta parte de un día solar. Es utilizada para organizar las distintas actividades del día en el tiempo civil. (16)

### **2.2.1.3. Factor tiempo en medicina:**

**Tiempo clínico:** todas las fases de las enfermedades, son diferentes y poco destacadas a la vez, el tiempo, fundamental para el abordaje adecuado. Por ejemplo, en el periodo de incubación de una enfermedad infecciosa no podemos establecer su duración con exactitud ni qué fase es fuente de infección. Solo nos aproximamos en la duración de los cuadros clínicos (15).

**Tiempo en el diagnóstico:** La optimización de las pruebas diagnósticas dependen, de la fase en que esté la enfermedad. En cada periodo predominarán unos u otros signos que se van sucediendo según la evolución patogénica (15).

**Tiempo en la faceta terapéutica:** la enfermedad tiene obscuridades y luces. ¿Cuándo iniciar y terminar un tratamiento? ¿Qué pautas se deben seguir? La moderna farmacología esta masivamente impregnada del concepto tiempo. Ejemplos: El “proceso clínico”, “régimen terapéutico”, “frecuencia”, etc (15).

### **2.2.2. Signos y síntomas de alarma en el embarazo:**

En la duración del embarazo puede presentarse diferentes signos y síntomas de alarma que pueden servir para identificar irregularidades en el transcurso del mismo (3,4). La gestante debe estar capacitada para reconocer y distinguir los signos y síntomas de alarma que la obliguen a trasladarse oportunamente al Establecimiento de Salud (3,4,11).

#### **2.2.2.1. Definición:**

Según Schwartz, los signos clínicos; son manifestaciones objetivas, clínicamente fidedigno, y observadas en la exploración médica. Los síntomas son relatos subjetivos que da un paciente de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad (17).

La Organización Mundial de la Salud define a los signos y síntomas de alarma en el embarazo como: “Todos los signos y síntomas que muestran que la salud de la embarazada y el feto están en riesgo” (2).

Según el Ministerio de Salud (MINSA) se puede identificar los signos y síntomas de alarma cuando ocurra lo siguiente: “fuerte dolor de cabeza o zumbido en el oído, visión borrosa con puntos de lucecitas, náuseas y vómitos frecuentes”, además estos síntomas se presentan con la “ausencia de movimientos del feto, palidez marcada,

hinchazón de pies, manos o cara, pérdida de líquido o sangre por la vagina” , entre otros, “como fiebre y las contracciones uterinas de 3 a 5 minutos de duración antes de las 37 semanas” (4) (12).

#### **2.2.2.2. Clasificación de los signos y síntomas de alarma**

La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias consideradas propias de la gestación (cefalea, náuseas, vómitos, pérdida de líquido amniótico, sangrado vaginal, edema, etc.) de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y por lo tanto la obliguen a concurrir oportunamente al servicio obstétrico donde se atenderá su parto (13) (18). De ahí que la embarazada y su grupo familiar deben conocer la ubicación geográfica exacta del establecimiento de salud. La embarazada debe estar capacitada para reconocer el flujo genital hemático y su trascendencia, tanto en la primera mitad de la gestación, como en la segunda mitad de esta, como también debe ser instruida para el reconocimiento y diferenciación de flujos genitales blancos como el escape urinario, la leucorrea y el líquido amniótico (18). Debe ser informada de su edad gestacional actual, fecha probable de parto y tiempo máximo de espera del trabajo de parto espontáneo. Este último punto genera angustia en la madre y su grupo familiar, cuando se cumplen las 40 semanas y no se ha producido el parto. Se debe informar que el rango normal es entre 39 y 41 semanas. “Además, informar que el reconocimiento de los movimientos fetales ocurrirá cerca de las 20 semanas y que la frecuencia o intensidad de ellos son un signo de vida y salud fetal” (18). También debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto para evitar concurrencias innecesarias al establecimiento de salud; capacitada en el reconocimiento de contracciones uterinas, las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro (embarazo gemelar, incompetencia cervical, partos prematuros medios, etc.) (18).

A continuación, se detalla brevemente los signos y síntomas de alarma del embarazo:

#### **Náuseas y Vómitos:**

Se conoce como náusea a la “sensación de vomitar”; mientras que el vómito es considerado como la “acción de arrojar bruscamente por la boca el contenido gástrico”, según la RAE. (RAE, 2020) (19).

Las náuseas son producto de la aparición de las hormonas placentarias, especialmente la gonadotropina coriónica y la progesterona. Estas hormonas hacen que el proceso digestivo sea mucho más lento y por esta razón los alimentos permanecen más tiempo

en el estómago (20). Se estima que entre el 50 – 80% de las embarazadas experimentan náuseas y vómitos exagerados, que comienzan alrededor de la cuarta semana, y se extiende hasta las 12 a 15 semanas (20), estas van desapareciendo a medida que los niveles de las hormonas disminuyen por el desarrollo del embarazo. Este signo tiende a presentarse frecuentemente en madres primerizas y adolescentes (20).

### **Fiebre:**

El embarazo es un evento fisiológico en la mujer motivo por lo que, no causa fiebre; pero durante el embarazo existe la eventualidad de presentar infecciones a lo que, conlleva al aumento del nivel de temperatura corporal causando riesgo para la madre y el feto (21).

Las causas más frecuentes de fiebre en el embarazo de origen infeccioso son: infección de vías urinarias, infecciones bacterianas o virales de la vía aérea superior, neumonía bacteriana o neumonitis viral y gastroenteritis o enterocolitis aguda (21). De origen no infeccioso se encuentran las reacciones secundarias a drogas, transfusiones sanguíneas, tromboflebitis, cateterismos y embolia pulmonar (21).

### **Sangrado Vaginal:**

El sangrado vaginal independientemente en que trimestre del embarazo o puerperio se presente, es una de las principales causas de mortalidad materna y fetal sobresaliendo la hemorragia post parto como causa de muerte materna (22). El sangrado vaginal como también se la conoce, es el signo de alarma más reconocido dentro de las pacientes obstétricas según Etiopía por Hailu y Berhe donde el 49,1% de las mujeres embarazadas reconocían a este sangrado vaginal como emergencia obstétrica (23).

La hemorragia vaginal se la clasifica dependiendo del momento en que sucede, puede ser hemorragia ante parto, donde es importante mencionar que pueden ser diferentes causas dependiendo de cuando suceda, si es en la primera mitad o en la segunda mitad del embarazo, y las hemorragias postparto (22). Las hemorragias en la primera mitad del embarazo, son aquellos sangrados vaginales que suceden antes de las primeras 22 semanas del embarazo, y mayormente tienen que ver con problemas propios del producto, causando un menor número de muertes maternas que los sangrados que se presentan más tarde en el embarazo o en el puerperio. Las principales causas de hemorragias de la primera mitad del embarazo son el aborto, amenaza de aborto, el embarazo ectópico, embarazo trofoblasto (24). Las hemorragias de la segunda mitad

del embarazo mantienen una importante morbi - mortalidad materna por lo que siempre debe ser tratado como una emergencia obstétrica; además es la causa principal de morbimortalidad perinatal, lo que se relaciona también a condiciones más severas, como; la coagulación intravascular diseminada, muy presente en casos de desprendimiento prematuro de placenta. Las causas de sangrado de la segunda mitad son muy variadas y son: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina, vasa previa, pueden existir otras causas que no tengan causas obstétricas como procesos infecciosos cervico vaginales, tumoraciones como pólipos, miomas, o neoplasias, traumatismos en genitales, várices vulvovaginales además que el mismo inicio del trabajo de parto puede traer consigo sangrado vaginal debido a diferentes causas como desgarros cervicales. (11) (24).

Las hemorragias postparto son la principal causa de muerte dentro de las hemorragias obstétricas y la principal causa de mortalidad en las primeras horas del puerperio, de acuerdo a Zaragoza “un 60% de todas las muertes maternas ocurren en el periodo postparto y un 45% en las primeras 24 horas” (22). Las principales causas de hemorragia postparto son la atonía uterina con el mayor porcentaje de 50 a 60% de los casos, placenta retenida, restos placentarios, los traumatismos propios del parto como laceraciones vaginales o cervicales, casos de placenta acreta (22).

Según el Ministerio de Salud; menciona que dependiendo la cantidad de sangrado que presenta la mujer hay un intervalo de 12 horas entre la vida y la muerte de la gestante. Y cuando se presenta en el posparto, se tiene un tiempo de 2 horas disponibles para la atención oportuna y evitar una muerte materna (5).

### **Pérdida de líquido amniótico:**

El líquido amniótico rodea al feto durante todo el embarazo, es muy importante ya que cumple diversas funciones, por ejemplo: proporciona el medio para que el feto se pueda mover libremente, es protección contra agresiones externas y agresiones por las contracciones uterinas, mantiene la temperatura fetal y es un medio útil para la evaluación de la madurez; por todo lo mencionado, si existe alguna alteración en el líquido amniótico como aumento (poligohidramnios), disminución (oligohidramnios) o tinción por meconio hace que aumente la mortalidad perinatal (25).

La salida de líquido amniótico se asocia en su mayoría con enfermedades infecciosas, desencadenando así la ruptura prematura de membranas (RPM) es decir; la salida del líquido amniótico antes del parto. Actualmente se considera previsible el parto cuando

hay pérdida de líquido amniótico producido por la rotura prematura de membranas ovulares, se produce antes de las 24 semanas de gestación, lo cual hace que se le tome en cuenta como un signo de alarma obstétrica importante (26).

#### **Disminución de movimientos fetales:**

Es uno de los primeros signos de viabilidad fetal, aunque no es detectado por la gestante hasta las 18-22 semanas (27). En condiciones normales, a las 20 semanas de gestación ya han aparecido todos los movimientos fetales, alcanzando su máxima intensidad a partir de las 28 semanas (27). Los movimientos fetales son detectados a partir de las 18 a 22 semanas en nulíparas y en multíparas sucede antes aproximadamente a las 16 a 18 semanas de gestación. La percepción de la disminución de movimientos fetales es causa del 5 al 15% de las consultas en urgencia obstétrica, y el manejo inadecuado de este síntoma de alarma es la causa del 10 al 15% de muertes fetales prevenibles (27).

#### **Edema:**

El edema se define como el aumento del líquido en el intersticio originado por diversas causas, por general el edema es común que se presente en el embarazo, este edema es de inicio gradual , principalmente se ubica a nivel de los tobillos, de predominio al atardecer, e indoloro, suele ser más común a partir del segundo trimestre, todo esto es debido a todas la modificaciones circulatorias que sufre el cuerpo de la mujer durante el embarazo, como el aumento de la volemia, los cambios electrolíticos y el aumento de la presión venosa en los miembros inferiores debido a compresión que ejerce el útero sobre las venas cava inferior e iliacas (28) (29).

El edema constituye un signo de alarma cuando está relacionado con los estados hipertensivos del embarazo, como preeclampsia y eclampsia (28) (29). El edema en la preeclampsia se caracteriza por ser un edema súbito, que se presenta a partir de la semana 20, se localiza a nivel de la cara, manos y los miembros pélvicos, es blando, blanco, indoloro, aumenta con la posición de pie, disminuye, pero no desaparece. La importancia de la identificación del edema como un signo importante de alarma es cuando este es generalizado, no cede con el reposo y viene acompañado de hipertensión arterial y proteinuria, por lo que puede significar la antesala de un ataque convulsivo tónico clónico, como es la eclampsia (29).

### **Zumbido de oídos (Tinnitus)**

Tinnitus es el término médico para las “sensaciones de sonido en ausencia de sonido externo”, es un síntoma común y las mujeres lo pueden referir normalmente como zumbidos en el oído (30). Puede ser de tres tipos, tinnitus objetivo cuando el sonido percibido es causado por una función del cuerpo, tinnitus subjetivo que es la percepción de sonido en ausencia de algún sonido físico, y la alucinación auditiva ambos considerados como sonidos fantasmas (30). El tinnitus del embarazo es de tipo pulsátil, del tipo objetivo debido al aumento del gasto cardiaco durante el mismo que causa de flujos turbulentos. El tinnitus en el embarazo puede ser considerado como un signo de alarma, debido a que se puede presentar en síndromes hipertensivos del embarazo. Esto quiere decir que el “zumbido en el oído”, siempre debe investigarse en patologías como preeclampsia, eclampsia (30).

### **Visión borrosa:**

Los trastornos oculares y visuales no son raros en el embarazo, al igual que otros síntomas estos pueden ser causados o bien por los mismos cambios fisiológicos del embarazo que causen molestias oculares como la migraña ocular o por patologías sistémicas propias del embarazo como la preeclampsia (31).

La preeclampsia por lo general es la primera causa de deterioro de la agudeza visual, las complicaciones visuales aparecen cuando esta supera tensiones arteriales diastólicas mayores 100 mmHg y sistólicas mayores de 150mmHg, apareciendo alteraciones visuales además de la disminución de la agudeza, escotomas, diplopía, fotopsias. Las tres complicaciones visuales más comunes causadas por la preeclampsia y los estados hipertensivos del embarazo son la retinopatía hipertensiva, la ceguera cortical y el desprendimiento de retina exudativo. Siendo la retinopatía la manifestación ocular más común de la preeclampsia (32).

### **Contracciones uterinas antes de las 37 semanas:**

Las contracciones uterinas se pueden percibir como un dolor en la parte inferior del abdomen, causadas por el útero que se contrae y luego se relaja desapareciendo el dolor (12) (24). Las contracciones uterinas son parte de la labor de parto normal y estas significan un síntoma de alarma para parto pretérmino cuando se presentan antes de la semana 37 del embarazo (24).

Normalmente desde el principio del embarazo existen contracciones uterinas inofensivas e indoloras, muchas veces imperceptibles, denominadas contracciones de Braxton Hicks, estas mientras el embarazo avanza se vuelven más rítmicas y perceptibles, generalmente no producen dolor, pero si las contracciones se presentan en mayor cantidad de veces, 3 o más en una hora y con mayor intensidad, se puede estar iniciando un trabajo de parto, y si es antes de la semana 37 puede ser una señal de amenaza de parto pretérmino, con todas las complicaciones que eso implica. Las contracciones uterinas también aparecen durante el aborto (antes de las 22 semanas de gestación), acompañadas de sangrado vaginal (24).

### **Convulsiones:**

Según la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud (GPC), las convulsiones durante el embarazo son asociadas en su mayoría con los trastornos hipertensivos, ya que es un insumo importante para la definición de eclampsia. Se estima que la incidencia es 1 por cada 100 a 1700 mujeres; y 1 a 2 casos de eclampsia por cada 100 mujeres con preeclampsia severa (33).

La eclampsia es la aparición de convulsiones tónico clónicas generalizadas y/o coma que no sean causadas por epilepsia u otros síndromes convulsivos en mujeres embarazadas con preeclampsia, estas pueden ocurrir durante el embarazo o en el postparto (34).

Las convulsiones tónico clónicas tipo gran mal, aproximadamente la mitad de las eclampsias aparecen antes del trabajo de parto, congruentemente junto a las convulsiones. Esta puede presentarse hasta 48 horas después del parto y se han descrito convulsiones hasta 10 días del post parto (35).

### **Cefalea intensa y persistente:**

El dolor de la cabeza es una de las causas clínicas con más atención en la consulta del servicio de neurología (24). En una paciente embarazada se la puede clasificar de la siguiente manera según la guía de práctica clínica:

- a) Pacientes con diagnóstico previo al embarazo de cefalea primaria y que presentan dolor habitual (24).
- b) Pacientes con diagnóstico previo al embarazo de cefalea primaria y que durante el embarazo esta cambia en frecuencia, intensidad y calidad (24).

c) Pacientes sin diagnóstico de cefalea primaria y que durante su embarazo esta se presenta por vez (24).

Es importante recalcar que los pacientes con una clasificación dos y tres hacen sospechar de la presencia de un diagnóstico de cefalea secundaria. Motivo por el cual se tiene que investigar la causa de la cefalea para poder disminuir los riesgos obstétricos que este signo representa (24).

### **Mareo**

El mareo es una sensación desagradable de disturbio en la orientación espacial. La descripción del paciente suele ser muy vaga e imprecisa, ya que no conoce la definición de los términos y, aun conociéndolas, es común no poder definir los síntomas con precisión (36). Puede referir confusión, visión borrosa, cefalea u hormigueos y, en realidad, tener mareos; o lo contrario, referir que tiene mareos y en realidad tener otra patología como, por ejemplo, diplopía o trastornos en la marcha. El paciente no sabe que es un mareo (36).

### **Disuria**

La disuria o ardor al orinar es un síntoma sugestivo de infección del tracto urinario (ITU), en el embarazo esta infección tiene una incidencia aproximadamente de 5 a 10%; representa una de las importantes causas de consulta obstétrica (37).

Los microorganismos más frecuentes en la ITU de las mujeres embarazadas son: Escherichia coli representando el 80-90% de todos los casos, conforme avanza el embarazo se tiende a presentar más microorganismos Gram positivos especialmente el Streptococo agalactiae (37).

### **Epigastralgia:**

Es un dolor localizado en una zona que médicamente se conoce como epigastrio y el motivo es la inflamación de cápsulas que recubren a los órganos internos que se localizan en esa zona, por lo que forma parte también de la elevación de la presión arterial ya con complicaciones. Se asocia a un signo premonitorio de pre eclampsia y eclampsia (38).

### **2.2.3. Reconocimiento sobre los signos y síntomas de alarma del embarazo:**

Se debe tener presente que la orientación, comunicación e información sobre los signos y síntomas de alarma del embarazo es un proceso eficaz para obtener el conocimiento de múltiples procesos, así como para que el individuo modifique su modo de ser y pensar e identifique tempranamente los signos y síntomas de alarma del embarazo y tenga mayor interés en tomar medidas al respecto, lo cual se traduce: actuar teniendo en cuenta las medidas preventivas (39). En este contexto podemos visualizar que la carencia de conocimiento y de información sobre los signos y síntomas de alarma puede determinar el comportamiento equivocado y valoraciones erróneas con respecto a la salud. Así mismo se debe considerar que la educación viene a ser un factor determinante en la conducta de la mujer embarazada (39).

#### **2.2.3.2. Reconocimiento**

Es la capacidad que tiene el cerebro para identificar los estímulos que ha apreciado con anterioridad (situaciones, personas, objetos, etc). El reconocimiento de los signos y síntomas es un tipo de recuerdo o recuperación, es una habilidad cognitiva que permite recuperar información almacenada en la memoria y compararla con la información que se presenta en la actualidad (40). Estos procesos de la memoria se han estudiado clásicamente mediante la presentación de una lista de palabras (o imágenes) que un sujeto tendría que memorizar y, más tarde, recordar. Atendiendo a las condiciones de la fase de recuperación se pueden dar diferentes formas o tipos de recuerdo (40).

##### **Recuerdo libre:**

Tras retirar la lista de palabras, se pediría al sujeto que dijese las palabras que recuerda de la lista, en cualquier orden, sin ayuda alguna. No obstante, también se daría este tipo de recuerdo si se quiere recordar de memoria todas las capitales de un país (40).

##### **Recuerdo serial:**

Tras retirar la lista de palabras, se pediría al sujeto que dijese las palabras que recuerda de la lista en el mismo orden que estaban en la lista, sin ayuda alguna. Sería el mismo tipo de recuerdo si queremos recordar de memoria la serie de pasos que tenemos que seguir para cocinar una receta elaborada (40).

**Recuerdo con clave:**

Tras retirar la lista de palabras, se facilitaría al sujeto una serie de “pistas o claves”. Éstas pueden ser las propias palabras que hay que recordar (pero mezcladas con otras que no estaban en la lista) que es lo que entendemos por reconocimiento (40).

**2.3. VARIABLES:**

**Variable:** Tiempo de traslado al Establecimiento de Salud según signo de alarma reconocido.

**Variable interviniente:**

- Características sociodemográficas.
- Factores obstétricos.

## 2.4. Conceptualización y operacionalización de la variable

Variable	Definición conceptual	Indicadores	Ítems	Escala de medición
<b>Tiempo de traslado al Establecimiento de Salud</b>	Tiempo que tarda la gestante en estudio en trasladarse al Establecimiento de Salud Chontapaccha, luego del reconocimiento del signo de alarma.	Tiempo en Minutos Horas	<p>≤ a 15 minutos</p> <p>De 16 minutos a 10 horas 15 minutos</p> <p>De 10 horas 16 minutos a 20 horas 15 minutos</p> <p>≥ a 20 horas 16 minutos</p>	Intervalo
<b>Variable interviniente</b>				
<b>Características Sociodemográficas</b>	Es el conjunto de características de la unidad de estudio como: su edad, procedencia, nivel de educación, estado civil, ingreso económico (41).	Edad	<p>&lt; 18 años</p> <p>18 – 25 año</p> <p>26 - 35 años</p> <p>&gt; 35 años</p>	Intervalo
		Procedencia	Rural Urbano	Nominal
		Grado de instrucción	Superior Universitaria Superior técnica Secundaria Primaria Iletrada	Ordinal
		Estado civil	Soltera Casada Conviviente	Nominal
		Ingreso mensual	> mínimo vital < mínimo vital	Nominal
<b>Factores Obstétricos</b>		Gestación	Primigesta Segundigesta Multigesta	Ordinal
		Paridad	Nulípara Primípara Multípara	Ordinal
		Inicio de atención prenatal	<p>≤13 semanas</p> <p>14 - 26 semanas</p> <p>27 - 40 semanas</p>	Intervalo

## CAPITULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1 Diseño y tipo de investigación

El diseño de la investigación es, no experimental de corte transversal de tipo descriptivo.

**No experimental:** Porque no se manipuló la variable, solo se la describió.

**Descriptivo:** Se buscó describir el tiempo de traslado de la gestante al Establecimiento de Salud según signo de alarma reconocido, en el Puesto de Salud Chontapaccha.

**Transversal:** El estudio se realizó en un tiempo determinado.

#### 3.2. Área de estudio y población:

La presente investigación se llevó a cabo en el Puesto de Salud Chontapaccha, de categoría I-2 perteneciente a la Micro Red Pachacútec, sitiado en el distrito de Cajamarca, ciudad ubicada en la sierra norte del Perú, con una distancia de 856 Km de la capital del país, Lima, a una altitud de 2,720 m.s.n.m.

#### **Población:**

La población estuvo constituida por las gestantes que se han atendido en el Puesto de Salud Chontapaccha, durante los meses de mayo a octubre del 2020, provenientes de los sectores aledaños al puesto, teniendo un total de 140 gestantes.

#### 3.3 Muestra y muestreo

La selección de la muestra para el presente estudio se dio a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, según los criterios de inclusión y exclusión.

### **Tamaño de la muestra**

El tamaño de la muestra fue de 57 gestantes, por conveniencia no probabilístico, pertenecientes al Puesto de Salud Chontapaccha.

### **Unidad de análisis:**

Estuvo conformada por cada una de las gestantes, que se atendieron en el Puesto de Salud Chontapaccha, que cuentan con un número de celular y que cumplieron con los criterios de inclusión correspondientes.

### **3.4 Criterios de inclusión y exclusión**

#### **3.5.1. Criterios de inclusión:**

- Gestantes que iniciaron su control durante los meses mayo - octubre, en el Puesto de salud de Chontapaccha.
- Gestantes que cuenten con un número de celular registrado en el Sistema de Vigilancia de Gestantes y Puérperas (SIVIGYP).
- Gestantes que han presentado algún signo de alarma y acudieron a los Establecimientos de Salud, referenciales del Puesto de Salud Chontapaccha, considerándose al Centro de Salud Pachacútec y Hospital Simón Bolívar.
- Gestantes que hayan contabilizado y recuerden el tiempo en trasladarse al Establecimiento de Salud, según signo de alarma reconocido.

#### **3.5.2. Criterios de exclusión:**

- Gestantes que no aceptaron participar voluntariamente en el estudio.
- Gestantes que no cuentan con un celular.
- que no tomaron en cuenta el tiempo de traslado al Establecimiento de Salud.

### **3.6 Técnicas de recolección de datos:**

Para la realización del presente estudio, se solicitó permiso para acceder a la información, a la Jefe del Puesto de Salud Chontapaccha, luego se solicitó la información del Sistema de Vigilancia de Gestantes y Puérperas (SIVIGYP) a la profesional de salud encargada del área Materno - Perinatal.

Posteriormente, por el contexto actual, de la Emergencia Sanitaria y el distanciamiento social dadas por el Gobierno Central por la presencia del COVID 19, se creyó

conveniente aplicar el instrumento, no presencial, mediante llamada telefónica, para evitar la exposición de la gestante, siendo esta una población en riesgo; a lo que se le informó detalladamente a la gestante sobre la investigación, posteriormente se solicitó su consentimiento de participación a cada una de las gestantes, y finalmente se aplicó el cuestionario.

Se utilizó la técnica de la encuesta con el objetivo de obtener información sobre el tiempo de traslado de la gestante al Establecimiento de Salud, según signo de alarma reconocido. La información se recolectó en quince días, considerando la disponibilidad de tiempo de las gestantes.

La encuesta tiene un tiempo de 6 minutos como máximo para recabar la información por cada gestante seleccionada.

### **3.7. Descripción de Instrumento:**

El instrumento de medición fue tomado del estudio “Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas en la unidad de alto riesgo obstétrico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”; de la misma manera esta investigación usó el instrumento validado en el estudio “Conocimientos y Prácticas sobre signos y síntomas de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre- Niño San Bartolomé Lima Perú” (3,4).

El instrumento está estructurado por 2 partes; la primera parte consta de datos generales y obstétricos; la siguiente parte está estructurado para medir el reconocimiento de los signos de alarma y el tiempo que tardaron las gestantes en acudir al Establecimiento de Salud con un total de 16 ítems (4). Anexo 1

### **3.8. Criterios éticos:**

**Autonomía:** fue prioridad la información brindada por las gestantes atendidas en el Puesto de Salud.

**No maleficencia:** el estudio se realizó sin dañar a las gestantes, ante todo priorizando su bienestar físico.

**Confidencialidad:** la información brindada por las gestantes no fue, ni será revelada en ningún momento; siendo utilizada solo para fines de la investigación.

**Consentimiento Informado:** se tuvo en cuenta mediante la llamada telefónica en todo momento el deseo e interés de la encuestada de querer ser parte de la presente investigación.

### **3.8 Procesamiento y análisis de datos**

Luego de haber recolectado la información manualmente, se procedió a la tabulación electrónica, a través del paquete estadístico Microsoft Excel 2016 y el programa IBM SPSS Versión 25; el proceso estuvo orientado a organizar los datos y resumirlos en tablas simples, mediante frecuencias/porcentajes y expresando con la mediana/rango intercuartílico al tiempo de traslado al Establecimiento de Salud por tener una distribución anormal.

### **3.9 Control de calidad de datos:**

La calidad y confiabilidad de la información se determinó mediante la prueba de operatividad y funcionalidad del instrumento de recolección de datos (cuestionario) en base a una prueba piloto realizada en 20 gestantes que se atendieron en el Puesto de Salud Chontapaccha. Así como también, comparando los resultados con los antecedentes y marco teórico. Se asume un 95% de confiabilidad en la recolección de datos ya que la información ha sido recogida por la investigadora.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Tabla 01. Características sociodemográficas de las gestantes del Puesto de Salud Chontapaccha, 2020.

<b>Edad</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
<18 años	3	5,3
18 a 25 años	19	33,3
26 a 35 años	28	49,1
> 35 años	7	12,3
<b>Procedencia</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Rural	10	17,5
Urbano	47	82,5
<b>Grado de Instrucción</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Superior		
Universitaria	9	15,8
Superior Técnico	16	28,1
Secundaria	20	35,1
Primaria	11	19,3
Iletrada	1	1,8
<b>Estado Civil</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Soltera	3	5,3
Casada	3	5,3
Conviviente	51	89,5
<b>Ingreso Mensual</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
> mínimo vital	17	29,8
< mínimo vital	40	70,2
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: cuestionario de recolección de datos**

En la presente tabla, se muestran las características sociodemográficas de las gestantes; se observa que el mayor porcentaje (49,1%) de gestantes de la muestra perteneció al grupo etario de 26 a 30 años, seguido con un (33,3%) que corresponden

a las gestantes de entre los 18 a 25 años; solo un pequeño porcentaje (5,3%) de gestantes son menores de 18 años.

Los presentes datos difieren en parte con los encontrados por González (2016), debido a que, determinó que el 30,8 % de las gestantes tuvieron alguna complicación entre el rango de edad de 26 a 35 años (3), mientras que en el presente estudio para este mismo grupo es de (49,1%).

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo durante la gestación. El embarazo antes de los 20 años y después de los 35 años se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal (42). Según el Ministerio de Salud (2015) menciona como un factor de riesgo a las edades comprendidas entre 15 años o mayor de 35 años; por otra parte, considera como edad óptima para tener un embarazo entre las edades de 20 a 30 años (43).

En cuanto a la procedencia se encontró que con un mayor porcentaje (82,5%) de las gestantes provenían de la zona urbana y el (17,5%) procedían de la zona rural.

Olmos y Sánchez (2016) obtuvieron que el 85,7% de su muestra residía en zona rural (11), lo que difiere totalmente con los resultados obtenidos de la presente investigación, en donde se obtuvo que un (17,5%) del total de gestantes residen en la zona rural.

Los datos encontrados en el presente estudio son similares a los reportados por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES (2019), donde se informó que el (99,4%) de las gestantes con atención prenatal residían en la zona urbana. (44)

La procedencia tiene gran importancia, ya que está relacionada con la distancia al establecimiento de salud y el acceso de transporte, y de tal forma la disminución de tiempo en acudir a un establecimiento de salud, en muchos estudios publicados no priorizan tal importancia.

Con respecto al grado de instrucción de las gestantes, se tiene que el mayor porcentaje (35,1%) tuvieron estudios secundarios, seguido con un (28,1%) de estudios superior técnico, y solo un pequeño porcentaje (1,8%) no tuvieron estudios.

Guerrero (2019) en su investigación obtuvo similares resultados, con un (46,4%) de su muestra tienen estudios secundarios (13) lo que concuerda con el estudio presente, ya que se obtuvo un (35,1%).

Es importante el grado de estudios en lo que respecta a la salud materna, ya que el nivel educativo es un indicador importante para que se logren resultados positivos en

dicho tema; y al tener grado de estudios conlleva, tener un nivel de conocimiento alto, que se requiere presentar en la etapa de gestación, puesto que al conocer por ejemplo señales de alarma del embarazo se pedirá inmediatamente ayuda (10)

En relación al estado civil, se obtuvo un mayor porcentaje (89.5%) de gestantes convivientes y con porcentajes equitativos de (5.3%) de gestantes que eran casadas y solteras.

Los datos presentados por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES (2019) en relación al estado civil, difiere al resultado encontrado en el presente estudio, ya que encontraron que la mayoría de gestantes (35,9%) eran convivientes y que solo el 19,3% estaban casadas (44). Además, mencionan que la formación de uniones legales o consensuales constituye un indicador de la exposición al riesgo de embarazo, por lo que tiene implicancia en la fecundidad (44).

En este punto es necesario comentar porque al buscar información de la pareja (a que se dedica actualmente) se carece de los datos tales como la escolaridad, ocupación, lo que obliga a repensar sobre cuál era la situación real de la mujer. Esta unión libre refleja el machismo que existe en la región Cajamarca (45).

En lo que respecta al ingreso mensual se obtuvo que la mayoría de gestantes (70,2%) tenían un ingreso menor del mínimo vital y con solo un (29,8%) un ingreso mayor al mínimo vital.

Pero no siempre se cuenta con el ingreso económico mayor al mínimo vital, como se manifiesta en el presente estudio y es respaldado por Ocas (2018) en su investigación encontrando también que en su mayoría de su población (86,7%), tuvo un ingreso económico menor al mínimo vital (46).

En la mayoría de hogares el ingreso económico influye en el acceso rápido de los servicios de salud, debido a que, si el ingreso económico supera al mínimo vital, entonces hay una mayor oportunidad de acudir a un establecimiento privado, donde la atención va ser rápida y con el mínimo trámite administrativo.

**Tabla 02. Factores obstétricos de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud. Chontapaccha, 2020.**

<b>Gravidez</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Primigesta	19	33,3
Segundigesta	18	31,6
Multigesta	20	35,1
<b>Paridad</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Nulípara	7	12,3
Primípara	23	40,4
Múltipara	27	47,4
<b>Edad gestacional que inició su atención prenatal</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
□13 ss	21	36,8
14 ss - 26 ss	25	43,9
27 ss - 40 ss	11	19,3
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: cuestionario de recolección de datos**

En la presente tabla se observa que el (35,1%) de gestantes son multigestas, un (33,1%) son primigestas, y con un menor porcentaje (31,6%) del total de gestantes son segundigestas.

Los datos encontrados coinciden con los obtenidos por Guerrero (2019), en cuanto al segundo con un (26%) (13).

El número de gestaciones que se evidencia en el presente estudio, es de relevancia significativa por la experiencia que adquirió la gestante en sus anteriores embarazos, ya que si alguna de las gestantes presentó una complicación, en la gestación actual podrá reconocer en un menor tiempo y acudirá oportunamente al establecimiento de salud, a diferencia de aquellas que no cuentan con experiencia previa, la mayoría de las veces ante la presencia de un signo de alarma creerían que es algo normal o que esperan que estos se presenten de una manera más severa, y no por querer tener experiencia ante la presencia de algún signo, es recomendable que una mujer tenga muchos hijos, ya que tendría un alto riesgo para su salud y la de sus hijos (42).

Las experiencias enriquecen los conocimientos; siempre se desea tener la experiencia necesaria para enfrentar los trances que la vida trae consigo, pero sólo en ese momento, al enfrentarlas y superarlas se logra aprender, bien sea porque se aborda

los problemas de manera efectiva y se sale airoso, o porque a pesar de haber hecho el mejor esfuerzo se muestra derrota ante la dificultad y no queda más remedio que examinar los fracasos y aprender de ellas (42).

Respecto a la paridad, se obtuvo que el (47,4%) del total de gestantes son multíparas, un (40,4%) son primíparas y con un menor porcentaje (12,3%) de nulíparas.

Los resultados obtenidos acerca de la paridad, difieren en gran manera con Guerrero (2019), ya que encontró que la mayoría de su población eran primíparas con un (38,8%). (13) y en la presente investigación, se encontró que la mayoría de gestantes eran multíparas.

En cuanto a la edad gestacional que inició su atención prenatal, se obtuvo un (43,9%) de gestantes que iniciaron su atención entre las 14 semanas y 26 semanas de edad gestacional, le sigue con un (36,8%) de gestantes que iniciaron su atención prenatal antes o las 13 semanas de edad gestacional y solo con un (19,3%) de gestantes que iniciaron su atención prenatal entre las 27 a 40 semanas.

La atención prenatal es un objetivo importante en cualquier Establecimiento de Salud donde se brinda atención materna, ya que, si son adecuados y oportunos se logra con ello la identificación y corrección a tiempo en caso se presente alguna posible complicación, ya sea en la madre o en el recién nacido, y se corrobora esta importancia por la tendencia decreciente de la morbilidad materno perinatal en los últimos años, a lo cual uno de los factores asociados es la mayor cobertura que se está dando con los controles prenatales (42) (44), además el inicio temprano del control prenatal, brinda a la gestante mayor conocimiento de los cambios que va a presentar durante el embarazo, al mismo tiempo del conocimiento que debe tener en cuanto a los signos de alarma, ya que de esa manera reconocerá a tiempo y visitará el establecimiento de salud a pedir ayuda.

Los datos presentados por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES (2019), encontró que la cobertura de atención prenatal es mayor con un (92,6%), y que cada vez inician su atención a una edad gestacional menor; en los tres primeros meses de gestación (44), con un 81,1%, este dato difiere con lo encontrado en la presente investigación en relación a la edad gestacional de inicio de la atención prenatal, obteniendo que la mayoría de gestantes iniciaron su atención prenatal entre las 14 semanas y 26 semanas con un (43,9%); y le sigue, con un (36,8%) las gestantes que iniciaron su atención prenatal antes de las 13 semanas.

**Tabla 03. Reconocimiento de los signos y síntomas de alarma del embarazo en gestantes atendidas en el Puesto de Salud Chontapaccha, 2020.**

<b>Reconocimiento de los signos y síntomas de alarma</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Sangrado por vía vaginal	57	100,0
Dolor de cabeza	57	100,0
La hinchazón de cara, manos y/o pies	57	100,0
La disminución de movimientos fetales	57	100,0
El zumbido de oído	57	100,0
Visión borrosa	57	100,0
Contracciones antes de las 37 semanas	56	98,2
No aumento de la altura uterina conforme a la edad gestacional	56	98,2
Fiebre	55	96,5
Pérdida de líquido amniótico	54	94,7
Dolor abdominal - en la boca del estómago	54	94,7
Disminución de peso	54	94,7
Ardor al orinar	52	91,2
Náuseas y vómitos	45	78,9

**Fuente: cuestionario de recolección de datos**

En la presente tabla, respecto al reconocimiento de los signos y síntomas de alarma, se puede evidenciar, que con un (100,0%), de los signos y síntomas reconocidos fueron: sangrado vaginal, dolor de cabeza, hinchazón de cara manos y/o pies, la disminución de movimientos fetales, zumbido de oídos y visión borrosa; (98,2%) a las contracciones antes de las 37 semanas al igual que al no aumento de la altura uterina conforme a la edad gestacional; (96,5%) a la fiebre; con (94,7%) a la pérdida de líquido amniótico, Epigastralgia, disminución de peso; (91,2%) ardor al orinar; y solo con (78,9%) reconocieron a las náuseas y vómitos.

Los resultados de la presente investigación difiere en parte, con los resultados encontrados por Guerrero (2019) (13) donde presenta, que los signos y síntomas más reconocidos por las gestantes fueron el sangrado vaginal (83,2%), seguido de fiebre (73,2%), visión borrosa (66,8%), dolor de cabeza (66,4%), pérdida de líquido amniótico (65,2%), zumbido de oídos (64,8%), disminución de movimientos fetales (64,4%), Hinchazón de cara, manos y/o pies (64,0%), contracciones antes de las 37

semanas (63,2%), dolor abdominal - en la boca del estómago - epigastalgia (62,0%), no aumento de la altura uterina conforme a la edad gestacional (61.6%), disminución de peso (60,8%), náuseas y vómitos (60.0%) y ardor al orinar (57,2%).

González (2016) (3) tiene similitud en cuanto a los signos y síntomas, que más reconocieron las gestantes, presentando como resultado al signo más reconocido; el sangrado vaginal con (93,2%) y en la presente investigación se encontró (100%), preexiste una gran diferencia sobre el síntoma menos reconocido, según González, fue el ardor al orinar (57,2%) difiriendo con el resultado obtenido, que fue náuseas y vómitos (78%).

Existe una similitud en los resultados encontrados por Ticona. Col. (2015) (4) demostraron que los signos, más reconocido fue la hemorragia vaginal con el 87,3% y el síntoma más desconocido cefalea intensa con un 20%. En el presente estudio también se encontró un valor significativo en cuanto a las gestantes que desconocen falta de movimientos fetales como un signo de alarma, lo que evidentemente indica un gran problema porque la disminución de movimientos fetales puede ser un indicador de un déficit del desarrollo neurológico; de la presencia de infecciones, de la necesidad de un parto de urgencia o restricción del crecimiento fetal (4). Otro de los síntomas que desconocen las gestantes es la cefalea intensa y es un riesgo no reconocerlo, debido a que una fuerte cefalea en una gestante sumado una alta presión arterial, puede ser un síntoma de preeclampsia. Según un estudio del Albert Einstein College of Medicine en Nueva York (EEUU) el 38% de las mujeres que presentan cefalea durante el embarazo padece preeclampsia, una enfermedad relacionada con una interacción anormal de los vasos sanguíneos que proveen de sangre a la placenta y más de la mitad de las afectadas también presentaba hipertensión (47).

Las gestantes al reconocer los signos y síntomas de alarma, disminuyen el riesgo de potenciar dicha complicación; además habla de un importante punto en la disminución de la primera demora, relacionado con el conocimiento según el Centro Latinoamericano de Perinatología y la Organización Mundial de la Salud (2). El conocimiento de las gestantes sobre este tema ayudará a mejorar la salud materna; acudiendo a tiempo al Establecimiento de Salud. (2,47).

**Tabla 04. Tiempo de traslado de la gestante al Establecimiento de Salud por signos y síntomas de alarma reconocido. Puesto de Salud Chontapaccha, 2020.**

<b>Signos y síntomas de alarma</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>	<b>Mediana</b>	<b>Rango Intercuartil – IQ</b>
Dolor de cabeza	8	9%	8 horas 50 minutos	12,0
Sangrado vaginal	6	7%	4 horas 20 minutos	9,4
Pérdida de líquido amniótico	11	13%	1 hora 30 minutos	2,7
Náuseas y vómitos intensos y repetidos	8	9%	13 horas	7,0
Ardor al orinar	9	10%	18 horas	36
Fiebre	7	8%	3 horas	3,4
Desmayos y mareos	2	2%	8 horas 50 minutos	5,5
Hinchazón de manos, cara o pies	2	2%	13 horas	1,0
Disminución o ausencia de movimientos fetales	12	14%	4 horas 50 minutos	3,3
Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación	25	28%	3 horas 50 minutos	5,5
No aumento de la altura uterina conforme a la edad gestacional	1	1%	9 horas	0,0

**Fuente: cuestionario de recolección de datos**

En la presente tabla se describe el tiempo de traslado por reconocimiento de signos y síntomas de alarma al Establecimiento de Salud, obteniendo que los signos y síntomas de alarma más frecuentes que presentaron las gestantes fueron: contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación en un (28,0%), con un tiempo de traslado de 3 horas 50 minutos (rango intercuartílico-IQ de 5,5); seguido de disminución de movimientos fetales (14,0%) con un tiempo de traslado de 4 horas 50 minutos (IQ: 3,3); seguido de pérdida de líquido amniótico con un (13,0%) con un tiempo de traslado de 1 hora 30 minutos (IQ:2,7); seguido de ardor al orinar con un (9,0%) con un tiempo de traslado de 18 horas (IQ:36); seguido de dos signos, náuseas y vómitos y dolor de cabeza con el mismo porcentaje (9,0%) con un tiempo de traslado de 13 horas (IQ: 7); y 8 horas 50 minutos (IQ: 12); respectivamente; seguido de sangrado vaginal con un (7,0%) con un tiempo de traslado de 4 horas 20 minutos

(IQ:9,4); mientras el signo que menos presentaron fue, el no aumento de la altura uterina conforme a la gestación con un (1,0%), con un tiempo de traslado de 9 horas (IQ:0) al Establecimiento de Salud.

Con diferentes resultados, Ticona. Col. (2015) encontraron que los signos y síntomas más presentados por las gestantes fue ardor al orinar (86,1%) con un tiempo de traslado de 24 horas (IQ:74), seguido de dolor de cabeza (28,0%), con un tiempo de traslado de 6 horas (IQ:21,8), seguido de náuseas y vómitos (28,0%), con un tiempo de traslado de 24 horas (IQ:64), seguido de contracciones uterinas antes de las 37 semanas (23,0%), con un tiempo de traslado de 5 horas (IQ:47,3) en acudir al establecimiento de salud, sangrado vaginal con un (22,0%) con un tiempo de traslado de 1 hora (IQ:2,5); el signo de alarma que menos presentaron las gestantes fue de convulsiones (3,0%) quienes acudieron inmediatamente al establecimiento de salud con un tiempo de 30 minutos (IQ:0) (4).

Los resultados de la presente investigación, dan a conocer que el tiempo de traslado de las gestantes al Establecimiento de Salud va a depender mucho de la consideración que las gestantes tengan respecto a la gravedad de cada signo, además, como apreciación se puede decir que las gestantes muchas veces no acuden de inmediato a los Establecimientos de Salud, por el temor de no ser atendidas por el personal especialista, ya que en muchos casos algunos profesionales necesitan que las gestantes presenten los signos de alarma ya muy avanzados o más complicados que comprometan la salud de la madre y el feto; sin darse cuenta que por más leve que sea el signo, ya es una complicación y este puede generar una muerte materna.

Además, ante la presencia de signos y síntomas de alarma, la inmediata decisión de acudir a un establecimiento de salud, para recibir tratamiento oportuno genera una menor probabilidad de complicaciones y por lo tanto disminución de la mortalidad materna.

## CONCLUSIONES

Al finalizar el presente trabajo de investigación se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Las gestantes, en su mayoría pertenecieron al grupo etáreo de 26 a 35 años, de procedencia urbana, con grado de instrucción secundaria, seguida de superior técnico; con estado civil conviviente y con un ingreso mensual menor al mínimo vital.
2. Las gestantes, en su mayoría fueron multigestas - multíparas y con un inicio de atención prenatal a la edad gestacional de 14 semanas a 26 semanas.
3. Las gestantes mayoritariamente identificaron a seis signos y síntomas de alarma: sangrado vaginal, dolor de cabeza, hinchazón de cara - manos y/o pies, disminución de movimientos fetales, zumbido de oídos, visión borrosa; además de contracciones uterinas y pérdida de líquido amniótico.
4. El tiempo de traslado, en la mayoría de gestantes fue, de 3 horas 50 minutos.

## RECOMENDACIONES

Al personal de salud Obstetra de los establecimientos de salud, brindar atención inmediata cuando acuden las gestantes sin importar la gravedad de los signos y síntomas presentados, para contribuir en la reducción del tiempo desde el reconocimiento de los signos y síntomas de alarma, el traslado al establecimiento de salud y la atención especializada.

Al personal de salud Obstetra, que labora en el área asistencial, enfocarse en la retroalimentación de cada uno de los signos y síntomas de alarma del embarazo a las gestantes, además de la disposición de examinar a las gestantes que acuden al establecimiento de salud, por más leve que sea el signo o síntoma reconocido; de tal manera incentivar a las gestantes, a trasladarse en un menor tiempo a los establecimientos de salud, para que reciban una atención oportuna y especializada.

A los futuros tesis de la Escuela Profesional de Obstetricia, realizar estudios posteriores de tipo cualitativo donde se evalúe las causas por las cuales, a pesar del reconocimiento de los signos y síntomas de alarma, algunas gestantes tardan en acudir al Establecimiento de Salud, y estudiar la relación del reconocimiento de los signos y síntomas de alarma y el tiempo que tardan las gestantes en acudir al Establecimiento de Salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) [Internet]. Estados Unidos; 2018 [actualizado 28 feb 2018; citado 4 Sep 2020]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/news/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-m%C3%A1s-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-1>
2. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]; Suiza: OMS; 2019 [citado 28 Set 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. Gonzales B. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas en la unidad de alto riesgo obstétrico del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima 2016. [Tesis de grado] Perú: Universidad Ricardo Palma Repositorio Institucional 2016. [https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/521/Gonzales\\_b.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/521/Gonzales_b.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
4. Ticona D, Torres L, Veramendi L, Zafra J. Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, Perú. Rv. Per Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2015 [13 Feb 2021]; 60(2): 1-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n2/a05v60n2.pdf>
5. Ministerio de Salud. NTS N° 007-MINSA/ DGSP-V.01; “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna”. Resolución Ministerial N° 007-2017/MINSA. <http://colegiodeobstetras.pe/wp-content/uploads/2018/01/NORMA-DE-SALUD-MATERNA-PARTO.pdf>
6. Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible. [Internet] Estados Unidos: OPS; 2020 [citado 30 Set 2019]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51963/9789275322106-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Panorama de la situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe. Uruguay; 2017 [citado el 4 de abril 2021]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>
8. Boletín Epidemiológico del Perú; 2020 [Actualizado 30 de diciembre del 2020; citado 8 Jun 2021]. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_202053.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202053.pdf)
9. SIAL Cajamarca. Perú; 2017 [actualizado 22 Abr 2017; citado 29 Sep 2019]. Disponible en:

<http://sial.municaj.gob.pe/documentos/boletin-epidemiologico-2017-cajamarca>

10. ENDES: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima: INEI; 2018 [citado 16/08/2020]. Disponible en:  
[https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/ppr/Indicadores\\_de\\_Resultados\\_de\\_Los\\_Programas\\_Presupuestales\\_ENDES\\_Primer\\_Semestre\\_2018.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_Los_Programas_Presupuestales_ENDES_Primer_Semestre_2018.pdf)
11. Olmos Galaz k. Sánchez Fernández JP. Frecuencia de la mortalidad materna según las tres demoras de la atención. Zona 6 del Ecuador, años 2012 – 2015. [Tesis de pregrado] Ecuador: Universidad de Cuenca Repositorio Institucional 2016. Disponible en:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25766/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
12. Rodríguez E, Urtecho C, Andueza G, Hoil J, Oliva Y. Factores relacionados con complicaciones obstétricas en embarazadas de Yaxcabá, Yucatán, México. Dialnet [Internet]. 2015 [citado 26 de septiembre de 2020]; 282(2): 171-180. Disponible en:  
[https://www.ecorfan.org/handbooks/Ciencias%20Naturales%20T-II/Articulo\\_19.pdf](https://www.ecorfan.org/handbooks/Ciencias%20Naturales%20T-II/Articulo_19.pdf)
13. Guerrero P. Conocimientos, actitudes, y prácticas sobre signos y síntomas de alarma en embarazadas de alto riesgo. Huancayo; 2019. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Huancayo, Perú: Universidad Peruana Los Andes; 2019]; [citado 20 de septiembre 2020]. Disponible en:  
<https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/640/GUERRERO%20ROMERO%20PAMELA%20LIZET.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. RAE: Real Academia Española Medica [Internet]. Madrid: RAE; 2016 [citado 13 sept 2020]. Enclave definición de tiempo [aprox. 1 pantalla]. Disponible en:  
[http://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL\\_BUS=3&LEMA\\_BUS=Tiempo](http://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=Tiempo)
15. Prieto J. Esfera Salud [Internet]. España: José Prieto, 2017 [citado; 13 jun 2021]. Disponible en:  
<https://esferasalud.com/ensayos/patocronia-reflexiones-factor-tiempo-medicina>
16. Smartick.es [Internet]. España 2017 [actualizado 26 Ene 2020; citado 21 sept 2020]. Disponible en: <https://www.smartick.es/blog/matematicas/medidas-y-datos/medidas-de-tiempo/>
17. Schwartz R. Obstetricia. 7ta edición. Buenos Aires-Argentina: Ed. El ateneo; 2016.

18. Bravo L, Molina M. Nivel de conocimientos sobre signos de alarma durante el embarazo en adolescentes de 15 – 18 años y gestantes añosas en el Centro de Salud de San Agustín de Cajas – 2015. [Tesis de grado; Huancayo, Perú: Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt; 2015]; [citado 20 de septiembre 2020]. Disponible en:  
[http://repositorio.uroosevelt.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/ROOSEVELT/75/T105\\_47598452\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uroosevelt.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/ROOSEVELT/75/T105_47598452_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
19. Real Academia Española. Significado náuseas. España 2020. Disponible en:  
<https://dle.rae.es/n%C3%A1usea>
20. Palacios M. Hiperémesis gravídica. CLÍNICA [Internet]. 2017 [citado 21 sept 2020] 30(2):1-4. Disponible en:  
<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/hiperemesis%20gravidica.pdf>
21. Malvino E. Patología Obstétrica. [Internet]. 1era ed. Buenos Aires. CC (by). [Feb 2016; citado 23 sept 2020]. Disponible en:  
[http://www.obstetriciacritica.com/doc/Patologia\\_Obstetrica.pdf](http://www.obstetriciacritica.com/doc/Patologia_Obstetrica.pdf)
22. Zaragoza J. Hemorragia Obstétrica. Medigraphic [Internet]. 2016 [citado; 23 sept 2020]; 39(1): 1-2. Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161j.pdf>
23. Hailu D, Berhe H. Knowledge about Obstetric Danger Signs and Associated Factors among Mothers in Tsegedie District, Tigray Region, Ethiopia: Community Based Cross-Sectional Study. PLOS ONE [Internet]. 2015 [citado; 23 sept 2020]; 9(2):1-8. Disponible en:  
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0083459>
24. Carvajal J., Ralph C. Manual de Obstetricia y Ginecología. [Internet]. 9 nva ed. 2019. [citado 23 set 2020]. Disponible en:  
<https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
25. MedinePlus. Líquido Amniótico. [Internet]. Estados Unidos; 2020. [Citado 28 Sept.2020]. Disponible en:  
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002220.htm>
26. Cobo, T., Ferrero, S., Migliorelli, F., Rodriguez, A., Lorente, N., Baños, et al. Rotura Prematura de Membranas a término y pretérmino. CLINIC [Internet]. 2016 [citado 23 sept 2020]20(1):1-12. Disponible en:  
<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/rotura%20prematura%20de%20membranas%20hcp-hsjd.pdf>

27. Illa M, Figueras F. Protocolo: Disminución De Los Movimientos Fetales (DMF). 106 Unidad de Bienestar Fetal, Servicio de Medicina Materno-Fetal. BCNatal, Hospital Clínic i Hospital de Sant Joan de Déu, Barcelona. 2016. [actualizado 15 ene 2021; citado 12 junio 2021].  
Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-fetal/disminucion%20movimientos%20fetales.pdf>
28. Leon W, Villamarin S. Trastornos Hipertensivos del Embarazo, Guía de Práctica Clínica. Ministerio De Salud Publica 2017 (Vol. 1). Disponible en: [http://www.saludzona1.gob.ec/cz1/images/PROGRAMAS/GUIASCLINICAS/2013/1.%20Guia\\_de\\_trastornos\\_hipertensivos.pdf](http://www.saludzona1.gob.ec/cz1/images/PROGRAMAS/GUIASCLINICAS/2013/1.%20Guia_de_trastornos_hipertensivos.pdf)
29. Flores-Villegas B, Lazcano IF-, Lazcano-Mendoza M de L. Edema. Enfoque clínico. Med Interna México. 2016; 30(1): 1-5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2014/mim141g.pdf>
30. Páez M, Caicedo E, Espinosa J, Ladino L, López S, González C. Tinnitus: avances en fisiopatología y tratamiento. Medigraphic [Internet]. 2016 [citado 23 sept 2020]; 11(2):1-11. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane062g.pdf>
31. Aguilar C, Martínez J, Díaz M. Alteraciones oftalmológicas durante el embarazo Ocular alterations during pregnancy. SCIELO [Internet] 2016 [citado 24 sept 2020], 29(2), 292–307. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/oft/v29n2/oft11216.pdf>
32. Aguilar C, Martínez J, Díaz M. Alteraciones oftalmológicas durante el embarazo Ocular alterations during pregnancy. SCIELO [Internet] 2016 [citado 24 sept 2020], 29(2), 292–307. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/oft/v29n2/oft11216.pdf>
33. León W, Yépez E, Nieto M. Componente Normativo Materno-Neonatal. (L. Calderón, Ed.), Msp (1st ed.). Quito: MSP. Disponible en: <https://cssr-ecuador.org/downloads/2016/11/12.-Componente-normativo-materno-neonatal.pdf>
34. Peralta P, Guzmán M, Avelar A., Basavilvazo M, Sánchez A, Martínez M. Utilidad para establecer diagnóstico y severidad de los síntomas y signos más frecuentes en la paciente pre ecláptica. SCIELO [Internet] 2016 [citado 24 sept 2020], 140(5), 513–517. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-38132004000500006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000500006)
35. Leon W, Villamarin S. Trastornos Hipertensivos del Embarazo, Guía de Práctica Clínica. Ministerio De Salud Publica 2017 (Vol. 1). Disponible en:

- [http://www.saludzona1.gob.ec/cz1/images/PROGRAMAS/GUIASCLINICAS/2013/1.%20Guia\\_de\\_trastornos\\_hipertensivos.pdf](http://www.saludzona1.gob.ec/cz1/images/PROGRAMAS/GUIASCLINICAS/2013/1.%20Guia_de_trastornos_hipertensivos.pdf)
36. Annetta M. Mareos y Vértigo. OSECAC [Internet]. 2015 [citado 24 sept 2020]; 60(2):1-20. Disponible en: [http://www.osecac.org.ar/documentos/guias\\_medicas/gpc%202008/Clinica-Medica/Cli-60%20Mareos%20y%20V%C3%A9rtigo\\_v2-14.pdf](http://www.osecac.org.ar/documentos/guias_medicas/gpc%202008/Clinica-Medica/Cli-60%20Mareos%20y%20V%C3%A9rtigo_v2-14.pdf)
37. López M, Cobo T, Palacio M, Goncé A. Infección vías urinarias y gestación. CLINIC [Internet]. 2017 [citado 24 sept 2020]; 45(1): 1-8. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/infecciones%20urinarias%20y%20gestaci%C3%B3n.pdf>
38. Berhan Y, Endeshaw G. Clinical and Biomarkers Difference in Prepartum and Postpartum Eclampsia. Ethiopian Journal of Health Sciences, 25(3), 257–66. 2015. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4650881&tool=pmc-entrez&rendertype=abstract>
39. De Baños. Signos de alarma en el embarazo. El Salvador, 2016. Disponible en: [https://www.paho.org/canada/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=el-salvador&alias=6630-producto-cida-els-38&Itemid=308&lang=es](https://www.paho.org/canada/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=el-salvador&alias=6630-producto-cida-els-38&Itemid=308&lang=es)
40. Cognifit.com [Internet] España: Cognifit; 2017[actualizado Mar 2017; citado 20 sept 2020]. Disponible en: <https://www.cognifit.com/es/habilidad-cognitiva/reconocimiento>
41. Rabines J. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados. Lima, 2015. Disponible en: [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines\\_J\\_A/CAP%C3%8DTULO1-introduccion.pdf](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines_J_A/CAP%C3%8DTULO1-introduccion.pdf)
42. Martínez H. Control prenatal inadecuado asociado a complicaciones perinatales en el hospital nacional Sergio E. Bernales en el periodo enero junio del 2019 [Tesis de grado] Perú: Universidad Ricardo Palma Repositorio Institucional 2020. Disponible: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2965/HMARTINEZ.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
43. Ministerio de Salud – Dirección General de Salud Materno Infantil y Población. El embarazo de alto riesgo en el Perú. Lima, 2015. [citado el 4 de abril 2021]. Pág. 1-61. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2337.pdf>

44. ENDES: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima: INEI; 2019 [citado 12 Feb 2021]. Disponible en:  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Endes2019/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/)
45. Ñontol D. Conocimientos y actitud de las gestantes sobre signos y síntomas de alarma del embarazo. Centro de Salud Pachacútec. Cajamarca 2015. [Tesis de grado; Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2015]; [citado 20 de septiembre 2020]. Disponible en:  
<http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1567/Signos%20y%20S%20c3%adntomas%20de%20alarma.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
46. Ocas J. Morbilidad materna externa y su relación con las demoras obstétricas de pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. Cajamarca 2017. [Tesis de grado; Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2018]; [citado 20 de septiembre 2020]. Disponible en:  
<http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/1800/Morbilidad%20Materna%20Extrema%20y%20su%20Relacion%20con%20las%20Demoras%20Obst%20c3%a9tricas%20de%20Pacientes%20Atendidas%20en%20el.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
47. Diario enfermero. España 2015. [consultado; el 14 jun 2021] Disponible en:  
<https://diarioenfermero.es/las-embarazadas-con-dolor-de-cabeza-e-hipertension-tienen-mas-riesgo-de-sufrir-preeclampsia/>

## **ANEXOS**

## Anexo N°1



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**  
**SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA RECONOCIDOS Y TIEMPO**  
**DE TRASLADO DE LA GESTANTE AL ESTABLECIMIENTO DE**  
**SALUD. PUESTO DE SALUD CHONTAPACCHA, 2020**



El presente trabajo de investigación tiene por finalidad averiguar sobre el reconocimiento de los signos y síntomas de alarma y el tiempo de traslado de la mujer gestante al Establecimiento de Salud. Por ello estimada participante las siguientes preguntas tienen como propósito obtener datos del tema mencionado. La encuesta es de carácter anónimo, por tal motivo puede responder con total confianza y libertad. Anticipadamente gracias por su participación.

**Número de entrevista:**

**Fecha:**

**I. DATOS GENERALES:**

1. Edad: ( ) < 18 años ( ) 18 – 25 años ( ) 26 - 35 años ( ) > 35 años
2. Procedencia: ( ) Rural ( ) Urbano
3. Grado de instrucción: ( ) Superior Universitaria ( ) Superior Técnico ( ) Secundaria ( ) Primaria ( ) Ilustrada
4. Estado civil: ( ) Soltera ( ) Casada ( ) Conviviente
5. Ingreso mensual: ( ) > mínimo vital ( ) < mínimo vital

**II. DATOS GINECO - OBSTÉTRICOS:**

6. Gestación: ( ) Multigesta ( ) Segundigesta ( ) Primigesta
7. Paridad: ( ) Nulípara ( ) Primípara ( ) Multípara
8. Edad gestacional que inició su atención prenatal: ( ) ≤13ss ( ) 14-26ss  
( ) 27-40 ss

III. Diagnóstico del tiempo de demora en acudir al puesto de salud:

Signos y síntomas de Alarma	Ha presentado durante el embarazo		Acudió a un centro de salud/hospital por presentar esto		Tiempo transcurrido desde que presentó el signo hasta que se trasladó a un Centro de Salud ( En minutos y horas)			
	SI	NO	SI	NO	≤ a 15´	De 16´ a 10h15´	De 10h 16´ a 20h15´	≥ a 20 h16´
1. Dolor de cabeza intenso o permanente								
2. Visión borrosa o moscas flotantes								
3. Zumbido de oídos								
4. Convulsiones								
5. Sangrado vía vaginal								
6. Pérdida de líquido amniótico								
7. Náuseas y vómitos intensos o repetidos								
8. Ardor al orinar								
9. Fiebre								
10. Desmayos y mareos								
11. Hinchazón de manos, cara o pies								
12. Disminución o ausencia de movimientos fetales								
13. Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación								
14. No aumento de la altura uterina conforme a la edad gestacional								
15. Disminución o no ganancia de peso								
16. Dolor abdominal o en la boca del estómago								

Fuente: El instrumento de medición se encuentra validado; fue tomado de los estudios de: Ticona. Col, Gonzáles, Guerrero.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación:

**“SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA RECONOCIDOS Y TIEMPO DE TRASLADO DE LA GESTANTE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD. PUESTO DE SALUD CHONTAPACCHA, 2020”**

**Investigadora:** Mantilla Briones July Paola

Se aplicará un cuestionario de preguntas por parte de la investigadora tendrá como finalidad recolectar información sobre el tiempo que demora la gestante en acudir al establecimiento de salud, según signo de alarma reconocido.

**Confidencialidad:** La información obtenida a través de este cuestionario que se le aplicará será mantenida bajo estricta confidencialidad. No se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento

**Riesgos:** No existe ningún riesgo al participar de este trabajo de investigación.

**Consentimiento:**

Yo....., con número de celular: ....., he sido informada vía llamada telefónica acerca del cuestionario, la confidencialidad y el anonimato de la información brindada por mi persona. De tal manera autorizo mi participación contestando la llamada.

Anexo N° 2

**SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA REALIZACIÓN DE  
PROYECTO DE TESIS EN SU INSTITUCIÓN**

**Sra. JEFE DEL PUESTO DE SALUD CHONTAPACCHA**

**Lic. Eliana Culqui Vásquez**

De mi especial consideración:

Yo, July Paola Mantilla Briones, identificada con DNI N° 76872608, con domicilio legal en Villa Huacariz Sector N° 24, del distrito de Cajamarca, alumna de Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca. Ante usted, respetuosamente me presento y expongo:

Que habiendo elaborado el proyecto de Investigación de tesis titulado: **“SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA RECONOCIDOS Y TIEMPO DE TRASLADO DE LA GESTANTE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD. PUESTO DE SALUD CHONTAPACCHA, 2020”**, por tal motivo solicito a su despacho la autorización y facilitación de información para la realización de este proyecto.

Sin otro particular, es gracia que espero alcanzar por ser de gran importancia.

Cajamarca 23 de noviembre del 2020

---

July Paola Mantilla Briones

76872608