

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



Nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo en gestantes atendidas en el consultorio externo de gineco-obstetricia del C.S.

Maritza Campos Díaz, Zamacola - Arequipa 2025

Tesis presentada por la Bachiller:

Zaira Marquez, Veronica Fiorella

ORCID: 0009-0007-0701-5992

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Alpaca Cano, Cesar Guillermo

ORCID:0000-0002-9529-128X

Arequipa – Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 09 de Febrero del 2026

Dictamen: 017424-C-EPMH-2026

Visto el borrador del expediente 017424, presentado por:

2019101372 - ZAIRA MARQUEZ VERONICA FIORELLA

Titulado:

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL EMBARAZO EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL C.S.
MARITZA CAMPOS DIAZ, ZAMACOLA - AREQUIPA 2025**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

MEDICO CIRUJANO

**29448066 - AGUILAR FLORES JULIO DAMIAN
DICTAMINADOR**



**29318266 - GUTIERREZ MORALES JAVIER HERBERT
DICTAMINADOR**



**42259354 - VILCA CACERES JOSHEP
DICTAMINADOR**



NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL EMBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL C.S. MARITZA CAMPOS DIAZ, ZAMACOLA - AREQUIPA 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unsaac.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.uncp.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	Paredes Saravia, Diana Margaret. "Shock séptico en gestante adolescente en la unidad de cuidados intensivos del Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima 2023", Universidad Nacional del Altiplano de Puno (Peru), 2025 Publicación	1%

DEDICATORIA

A Dios por ser mi guía y fortaleza en cada momento de mi vida.

A mi familia, quienes me brindaron su apoyo incondicional todos estos años y gracias a ellos pude culminar esta etapa importante de mi vida, gracias por enseñarme a no rendirme ante las dificultades, motivarme a seguir adelante y haberme permitido cumplir una meta más en mi vida.

A mi querida abuela, Gavina, porque verme graduada siempre fue uno de tus más grandes sueños, este logro también es tuyo. Gracias por tu amor, tus consejos y por siempre creer en mí.

A mi primo, Sergio, cuyo ejemplo no solo es un motivo de orgullo, sino una inspiración constante en mi vida.

A la música, por ser mi fiel compañera en los momentos de alegría, cansancio, incertidumbre y esperanza, por darme fuerzas cuando las palabras no alcanzaban y acompañarme en cada etapa de mi vida.

Finalmente, me dedico este logro a mí misma, por no rendirme a pesar de las dificultades; por el esfuerzo, perseverancia y compromiso demostrados durante todo este proceso.

AGRADECIMIENTOS

*“Nada hay bajo el sol que no tenga solución,
nunca una noche venció a un amanecer”*

— Warcry

Agradezco en primer lugar a Dios y a la Virgen de Chapi por brindarme la fortaleza en momentos de debilidad y permitirme culminar esta etapa importante de mi formación profesional.

A mi familia, por su apoyo incondicional, comprensión, paciencia y amor a lo largo de este proceso. Aprecio que siempre han estado a mi lado, motivándome a no rendirme y a seguir persiguiendo mis metas. A mi abuelo, Max, porque sin su apoyo y confianza no habría sido posible llegar hasta aquí.

A mis amigos, quienes estuvieron conmigo desde el inicio de esta etapa, compartiendo esfuerzos, alegrías, dificultades y sueños. Gracias por su lealtad, compañía y apoyo constante. Asimismo, agradezco a los amigos que conocí durante el internado, por su compañerismo, solidaridad y por hacer más llevadero este camino.

Un agradecimiento especial a mi asesor de tesis, por su guía y conocimientos, que fueron esenciales para la creación y finalización de este estudio.

A las gestantes que participaron en esta investigación, por su disposición y colaboración, sin las cuales no se habría podido llevar a cabo este estudio.

A mi persona, por no rendirse y seguir adelante cuando todo parecía cuesta arriba, por creer en mis capacidades con esfuerzo, perseverancia y mucha fe.

A todos y cada uno de ellos mi más sincero agradecimiento.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo en gestantes atendida consultorio externo de gineco-obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamacola – Arequipa, en los meses de diciembre del 2025 y enero del 2026.

METODOS: La investigación fue de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo–correlacional y diseño no experimental de corte transversal. La población estuvo conformada por 178 gestantes y la muestra fue de 123 pacientes, seleccionadas mediante muestreo probabilístico. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario estructurado y validado. Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó el software estadístico Minitab versión 17, utilizando estadística descriptiva e inferencial. Para evaluar la asociación entre las variables se aplicó la prueba de Chi cuadrado de Pearson, considerando un nivel de significancia de $p < 0.05$.

RESULTADOS: Los resultados evidenciaron que el 88.6% de las gestantes presentó un nivel alto de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo, el 10.6% un nivel intermedio y el 0.8% un nivel bajo. Además, se encontró asociación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento ($p < 0.05$). Sin embargo, no se evidenció asociación significativa con la edad, estado civil, número de gestaciones ni número de controles prenatales ($p > 0.05$).

CONCLUSIONES: Se concluye que la mayoría de las gestantes posee un nivel adecuado de conocimiento. Sin embargo, el grado de instrucción constituye un factor determinante lo que resalta la importancia de fortalecer las estrategias educativas dirigidas especialmente a gestantes con menor nivel educativo.

Palabras claves: *Conocimiento, signos/ síntomas de alarma, gestante*

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the level of knowledge regarding warning signs and symptoms during pregnancy among pregnant women attended at the outpatient gynecology–obstetrics clinic of the Maritza Campos Díaz Health Center, Zamacola – Arequipa, during December 2025 and January 2026.

METHODS: This study had a quantitative approach, descriptive–correlational level, and a non-experimental cross-sectional design. The population consisted of 178 pregnant women, and the sample included 123 participants selected through probabilistic sampling. The data collection technique was a survey, and the instrument used was a structured and validated questionnaire. Data processing and statistical analysis were performed using Minitab version 17 software, applying descriptive and inferential statistics. The Pearson chi-square test was used to assess the association between variables, considering a significance level of $p < 0.05$.

RESULTS: The results showed that 88.6% of pregnant women had a high level of knowledge regarding warning signs and symptoms during pregnancy, 10.6% presented an intermediate level, and 0.8% had a low level. A statistically significant association was found between educational level and level of knowledge ($p < 0.05$). However, no significant association was observed with age, marital status, number of pregnancies, or number of prenatal visits ($p > 0.05$).

CONCLUSIONS: It is concluded that most pregnant women have an adequate level of knowledge. However, educational level constitutes a determining factor, highlighting the importance of strengthening educational strategies, especially among pregnant women with lower educational attainment.

Keywords: *Knowledge, warning signs/symptoms, pregnancy*

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCION 1

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO 3

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 4

1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA 4

1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA 6

1.3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 6

1.3.1. Área del Conocimiento 6

1.3.2. Análisis u operacionalización de variables e indicadores 6

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA 11

1.4.1. Justificación Científica 11

1.4.2. Justificación Social 11

1.4.3. Justificación Contemporánea 12

1.4.4. Originalidad 12

1.4.5. Interés Personal 13

1.5. INTERROGANTES DE LA INVESTIGACIÓN 13

1.5.1. Interrogante general 13

1.5.2. Interrogantes básicas 13

1.6. TIPO DE INVESTIGACIÓN 14

1.7. NIVEL DE INVESTIGACIÓN 14

1.8. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 14

2. OBJETIVOS 14

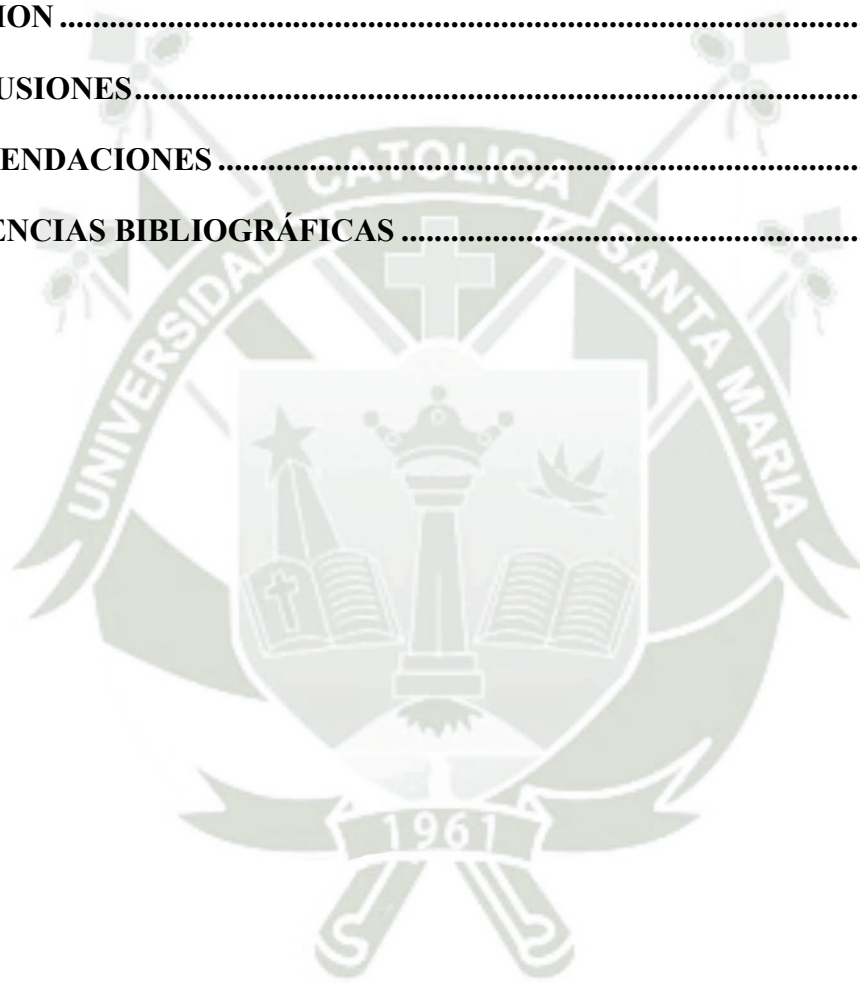
2.1. OBJETIVO GENERAL 14

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 14

3. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	16
3.1. DEFINICIONES	16
3.1.1. Definición de Embarazo.....	16
3.1.2. Definición de Conocimiento.....	16
3.2. ATENCIÓN PRENATAL.....	16
3.2.1. Primer trimestre:	17
3.2.2. Segundo trimestre:	18
3.2.3. Tercer trimestre:.....	19
3.3. COMPLICACIONES.....	20
3.3.1. Abortos.....	20
3.3.2. Parto Pretérmino	22
3.3.3. Hipertensión Gestacional, Preeclampsia Y Eclampsia	24
3.3.4. Hemorragia En El Embarazo.....	27
3.3.5. Muerte Materna	29
3.3.6. Muerte Fetal Y Neonatal	35
3.4. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO	45
3.5. REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	49
3.5.1. A Nivel Internacional	49
3.5.2. A Nivel Nacional	51
3.5.3. A Nivel local.....	53
4. HIPÓTESIS.....	55
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	56
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	57
1.1. TÉCNICAS.....	57
1.2. INSTRUMENTOS.....	57
1.2.1. Confiabilidad:	57
1.3. MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	58
1.4. PROCEDIMIENTOS.....	58
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	59

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL.....	59
2.2. UBICACIÓN TEMPORAL	59
2.3. UNIDADES DE ESTUDIO	59
2.4. POBLACIÓN	59
2.4.1. Universo	59
2.4.2. Criterios de Inclusión.....	59
2.4.3. Criterios de Exclusión.....	60
2.5. MUESTRA.....	60
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	62
3.1. ORGANIZACIÓN.....	62
3.1.1. Validación del instrumento.....	62
3.2. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	63
3.3. RECURSOS.....	63
3.3.1. Humanos.....	63
3.3.2. Materiales.....	64
3.3.3. Financieros	64
3.4. ASPECTOS ÉTICOS.....	64
CAPITULO III.....	65
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	66
A. Edad.....	66
B. Estado Civil.....	66
C. Nivel de Instrucción	67
DATOS OBSTÉTRICOS	68
A. Número de Gestación	68
B. Número de control Prenatal	69
NIVEL DE CONOCIMIENTO.....	70
NIVEL DE CONOCIMIENTO VS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ...	70
A. Nivel de conocimiento vs Edad de las gestantes.....	70
B. Nivel de conocimiento vs Estado civil del paciente.....	71

C. Nivel de conocimiento vs Nivel de instrucción del paciente	72
NIVEL DE CONOCIMIENTO VS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	73
A. Nivel de conocimiento vs Número de gestaciones.....	73
B. Nivel de conocimiento vs Número de Control Prenatal	74
PRUEBA DE CHI- CUADRADO PARA LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS	75
DISCUSION	77
CONCLUSIONES.....	84
RECOMENDACIONES	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización De Variables.	8
Tabla 2. Muerte Neonatal Según Causas, Perú, 2015 – 2025.....	40
Tabla 3. Muerte Fetal Según Causas, Perú, 2015 – 2025.....	41
Tabla 4. Muerte Neonatal Según Causas, Arequipa, 2015 – 2025	43
Tabla 5. Muerte Fetal Según Causas, Arequipa, 2015 – 2025.....	44
Tabla 6. Escala De Evaluación Del Instrumento	57
Tabla 7. Frecuencia De Las Edades De Las Gestantes Atendidas En Consultorio Externo De Gineco-Obstetricia Del C.S. Maritza Campos Diaz	66
Tabla 8. Frecuencia Del Estado Civil De Las Gestantes Atendidas En Consultorio Externo De Gineco-Obstetricia Del C.S. Maritza Campos Diaz.	67
Tabla 9. Frecuencia Del Nivel De Instrucción De Las Gestantes Atendidas En Consultorio Externo De Gineco-Obstetricia Del C.S. Maritza Campos Diaz.....	67
Tabla 10. Frecuencia Del Número De Gestación De Las Gestantes Atendidas En Consultorio Externo De Gineco-Obstetricia Del C.S. Maritza Campos Diaz.....	68
Tabla 11. Frecuencia Del Número De Controles Prenatales De Las Gestantes Atendidas En Consultorio Externo De Gineco-Obstetricia Del C.S. Maritza Campos Diaz.....	69
Tabla 12. Frecuencia De Nivel De Conocimiento De Las Gestantes Atendidas En Consultorio Externo De Gineco-Obstetricia Del C.S. Maritza Campos Diaz.....	70
Tabla 13. Relación Entre El Nivel De Conocimiento Sobre Los Signos Y Síntomas De Alarma Y La Edad De Las Gestantes Atendidas En Consultorio Externo De Gineco-Obstetricia Del C.S. Maritza Campos Diaz.....	70
Tabla 14. Relación Entre El Nivel De Conocimiento Sobre Los Signos Y Síntomas De Alarma Y El Estado Civil De Las Gestantes Atendidas En Consultorio Externo De Gineco-Obstetricia Del C.S. Maritza Campos Diaz	71
Tabla 15. Relación Entre El Nivel De Conocimiento Sobre Los Signos Y Síntomas De Alarma Y El Nivel De Instrucción De Las Gestantes Atendidas En Consultorio Externo De Gineco-Obstetricia Del C.S. Maritza Campos Diaz	72

Tabla 16. Relación Entre El Nivel De Conocimiento Sobre Los Signos Y Síntomas De Alarma Y El Número De Gestaciones De Las Gestantes Atendidas En Consultorio Externo De Gineco-Obstetricia Del C.S. Maritza Campos Diaz..... 73

Tabla 17. Relación Entre El Nivel De Conocimiento Sobre Los Signos Y Síntomas De Alarma Y El Número De Controles Prenatales De Las Gestantes Atendidas En Consultorio Externo De Gineco-Obstetricia Del C.S. Maritza Campos Diaz..... 74

Tabla 18. Prueba De Chi- Cuadrado Para Las Características Sociodemográficas Y Características Obstétricas 75

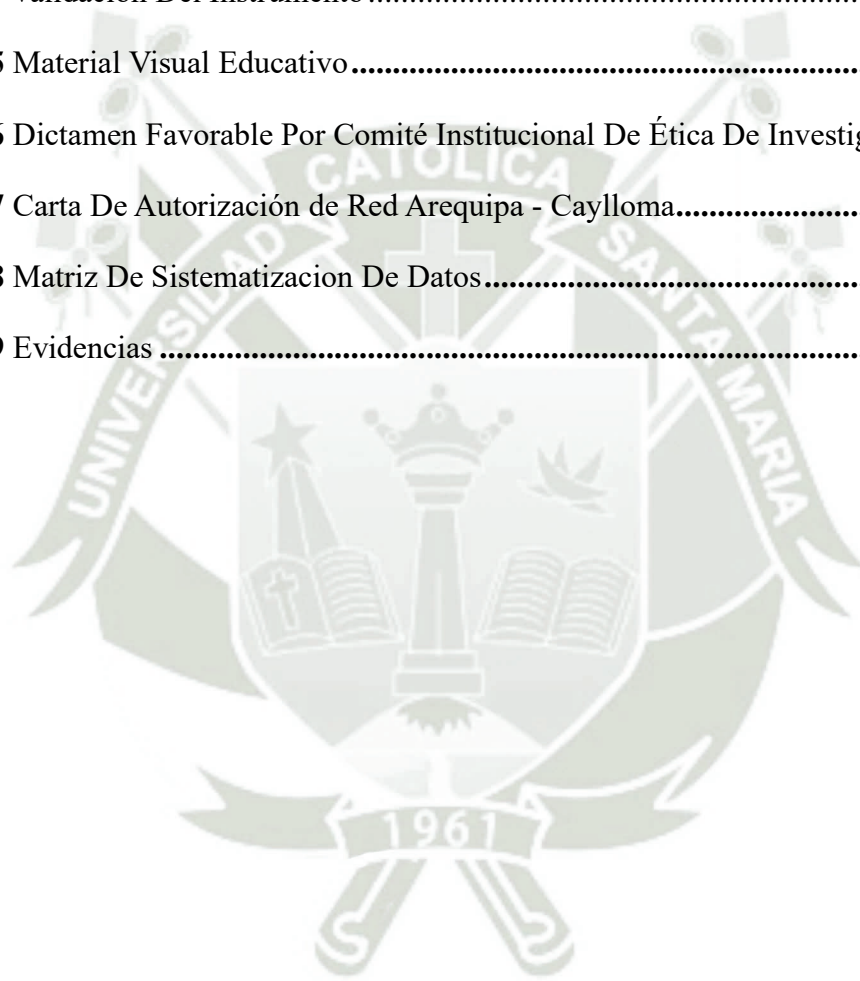


ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Proporción De Muertes Maternas Según Grupo Étnico, Perú, 2012 – 2025.....	31
Figura 2. Proporción De Muertes Maternas Según Estado Civil, Perú, 2012 – 2025	31
Figura 3. Proporción De Muertes Maternas Según Nivel Educativo, Perú, 2012 – 2025	32
Figura 4. Proporción De Muertes Maternas Según Causa, Perú, 2012 – 2025	33
Figura 5. Número De Muertes Maternas Anual, Arequipa, 2000 - 2025.....	34
Figura 6. Proporción De Muertes Maternas Según Causa, Arequipa, 2012 – 2025.....	34
Figura 7. Número De Muertes Fetales Y Neonatales Por Departamento En 2025	36
Figura 8. Número De Muertes Neonatales Por Departamento En 2025	37
Figura 9. Número De Muertes Fetales Por Departamento En 2025	37
Figura 10. Número De Muertes Fetales Y Neonatales En El Departamento De Arequipa Por Provincias 2025	38

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 01 Consentimiento Informado.....	95
Anexo 02 Ficha De Recolección De Datos.....	96
Anexo 03 Alfa De Cronbach.....	99
Anexo 04 Validacion Del Instrumento.....	101
Anexo 05 Material Visual Educativo.....	103
Anexo 06 Dictamen Favorable Por Comité Institucional De Ética De Investigación.....	107
Anexo 07 Carta De Autorización de Red Arequipa - Caylloma.....	109
Anexo 08 Matriz De Sistematizacion De Datos.....	110
Anexo 09 Evidencias	113



INTRODUCCION

El embarazo es una etapa en la que se producen importantes transformaciones físicas, emocionales y sociales. Durante esta etapa se pueden presentar signos y síntomas que pueden ser indicadores de alguna complicación, que de no ser identificados oportunamente puede ocasionar daños para el binomio madre-feto, por lo que se necesitan controles de la gestación para garantizar el buen estado de salud de la madre y del producto además de la educación a la gestante sobre los síntomas y signos de alerta que podrían poner en peligro la vida del binomio. (1)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2023, se registraron alrededor de 260 000 muertes maternas a predominio de países no desarrollados o en vías de desarrollo. Reporta que aproximadamente se registraron más de 700 muertes por causas prevenibles con controles adecuados, se estima que cada muerte ocurrió prácticamente cada 2 minutos. (2)

En el Perú se ha evidenciado una disminución de las cifras reportadas de muertes maternas en los últimos 5 años por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú) en la Sala situacional de Muerte Materna y Morbilidad Materna Extrema, cobrando gran importancia las estrategias implementadas por el gobierno para reducir estas cifras entre las que se encuentran el uso rutinario de los controles Prenatales, los cuales constituyen un pilar importante para la prevención de la morbimortalidad materna y fetal en el Perú. (3)

A nivel de Arequipa la Sala situacional de muerte materna reporta una reducción en los casos de mortalidad materna a 6 casos en el año 2025, comparado a 8 y 10 en el año 2024 y 2023 respectivamente. Entre las etiologías más frecuentes reportadas se encuentra la hemorragia obstétrica, Trastornos hipertensivos del embarazo e Infecciones obstétricas, las cuales muestran signos y síntomas de alarma en sus etapas tempranas por lo que el desconocimiento o la demora en la identificación estar podría llegar a ser mortal. (4)

Por todo lo anterior expuesto la presente investigación busca determinar el nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo en gestantes atendidas en el consultorio externo de gineco-obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Arequipa 2025, los resultados permitirán identificar brechas informativas además de aportar evidencia para el diseño de programas de orientación prenatal más eficaces.





CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del Problema

Las altas tasas de mortalidad materna y complicaciones pre, intra y postparto en muchas oportunidades pueden ser evitadas con una identificación e intervención temprana de los síntomas y signos de alarma en las gestantes, en la cual toma gran importancia el primer nivel de atención en nuestro país. Si las gestantes y sus familiares aprenden a reconocer y vigilar los signos y síntomas de alarma en el embarazo podríamos llegar a reducir el número de incidentes y mortalidad tanto para la madre como para el feto.

Al ser la morbilidad materna un problema de salud pública, estas tienen una mayor ocurrencia en las localidades rurales y en las áreas más desfavorecidas del país, donde existen más tasas de pobreza, analfabetismo, niveles de educación bajos, ingresos limitados, la exclusión social y las malas condiciones de salud; como personal de salud debemos implementar estrategias que ayuden a su reducción e incidencia, ayudando en el desarrollo del país, ya que esta impacta directamente en el bienestar familiar y la calidad de vida de la población. (5,6)

Las defunciones maternas pueden evitarse al ofrecer servicios e intervenciones apropiadas y asequibles para todo tipo de población, lo que incluye la posibilidad de recibir atención obstétrica profesional en establecimientos de salud, atención prenatal de alta calidad, disponibilidad de métodos de planificación familiar, orientación y consejería en salud reproductiva y sexual, el buen funcionamiento de los servicios de salud, lo que abarca la atención primaria, acceso a transfusiones sanguíneas seguras y contar con referencias y contrarreferencias adecuadas.(6)

Si a los problemas previamente comentados en el sistema de salud se le agrega la demora en la identificación de los signos y síntomas de alarma, demora en la toma de decisión de acudir a un establecimiento de salud, demora en la accesibilidad de un centro de salud donde tenemos que tener en cuenta la distancia, la facilidad del viaje y la disponibilidad de medios de transporte, y por último pero de gran importancia la demora en recibir el tratamiento adecuado, hay tener en cuenta que cada retraso que provoca que pasen horas, días e incluso semanas desde que aparecen los primeros signos hasta que se recibe atención, lleva a un empeoramiento de las complicaciones y disminuye las oportunidades de que las mujeres sobrevivan. La gran mayoría de las muertes maternas son prevenibles, y el gobierno se encuentra implementando medidas para prevenir y abordar las complicaciones más comunes que pueden resultar en el fallecimiento de la madre donde se incluyen: hemorragia después del parto, preeclampsia, infecciones y abortos espontáneos. (5,7,8)

Los signos y señales que una gestante debe tener en cuenta y que en caso de presentarlos se debe acudir de inmediato a recibir atención médica en un centro de salud o en el hospital más cercano son: la presencia de sangrado vaginal, palidez marcada, pérdida de líquido, flujo vaginal maloliente, cefalea, tinnitus, visión borrosa o acompañada de destellos luminosos, sensación de alza térmica, náuseas y vómitos, hinchazón de cara y extremidades, convulsiones especialmente si no tiene el antecedente de epilepsia, falta de movimientos fetales, un aumento repentino de peso de dos kilogramos por semana, inicio de contracciones antes de alcanzar las 37 semanas de gestación. (8–10)

Dado que la comprensión y la aplicación del conocimiento sobre las señales de alerta son elementos esenciales en las estrategias para reducir la mortalidad materna, el objetivo de

este estudio es medir el grado de conocimiento de estos signos y síntomas entre las mujeres embarazadas que reciben atención médica.

1.2. Enunciado del Problema

El embarazo es una etapa fisiológica que puede comprometerse por complicaciones diversas las cuales pueden manifestarse en un inicio como los signos de alarma los cuales se le enseña a las gestantes en sus controles prenatales. La identificación oportuna de estos por parte de la gestante o sus familiares puede ayudar a reducir desenlaces como: parto pretérmino, preeclampsia, eclampsia, hemorragias o incluso la muerte materna, fetal o neonatal. Estas situaciones nos llevan a evaluar el nivel de conocimiento que realmente tienen las gestantes sobre los signos y síntomas de alarma para su identificación en casos de emergencia pudiendo así cubrir las posibles brechas en la información y mejorar las estrategias educativas en las atenciones prenatales.

1.3. Descripción del Problema

1.3.1. Área del Conocimiento

- Área General: Ciencias de la Salud
- Área Específica: Medicina Humana
- Área de Investigación: Ginecología y Obstetricia
- Línea de Investigación: Salud materna y perinatal

1.3.2. Análisis u operacionalización de variables e indicadores

Para la presente tesis se contaron con 3 variables como se observa en la **Tabla 1**. La variable principal consistió en el Nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo que presentaron las gestantes.

Como Variables secundarias se tomaron las características Socio-demográficas y obstétricas las cuales fueron divididas en indicadores como:

A. Características Socio-demográficas: Se dividió en los indicadores:

- Edad
- Estado Civil
- Grado de instrucción

B. Características obstétricas: Se dividió en los indicadores:

- Número de Gestación
- Número de control prenatal

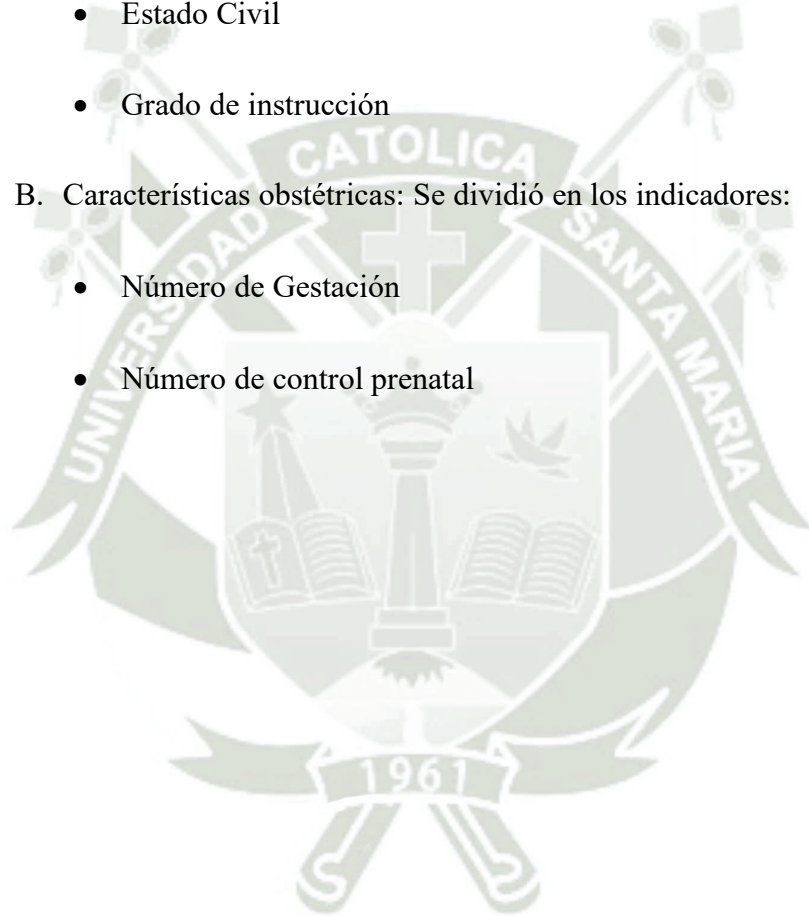


Tabla 1. Operacionalización de Variables.

VARIABLES	INDICADORES	DEFINICION CONCEPTUAL	SUB-INDICADORES	UNIDAD	ESCALA
<i>Nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma en la gestación</i>	Nivel de conocimiento sobre los signos de alarma en la gestación	Grado de información que posee la gestante sobre los signos de alarma con los que debe acudir a su establecimiento de salud más cercano	Signos de alarma en la gestación: - Fiebre: Elevación de la temperatura corporal por encima de 38 °C - Náuseas y Vómitos: los cuales son intensos e imposibilitan la alimentación y el consumo de líquidos orales. - Sangrado transvaginal: pérdida de sangre vía vaginal en cualquier trimestre de la gestación - Perdida de Líquido amniótico: Descenso de líquido claro, con olor a lejía vía vaginal. - Edemas: Acumulación anormal de líquido en los tejidos, observable como hinchazón en pies, manos o cara	Alto Intermedio Bajo	Ordinal
	Nivel de conocimiento sobre los síntomas de alarma en la gestación	Grado de información que posee la gestante sobre los síntomas de alarma con los que debe acudir a su establecimiento de salud más cercano	Síntomas de alarma en la gestación: - Alteraciones oculares: Visión borrosa, sensación de pérdida de nitidez visual o dificultad para enfocar. - Cefalea: Dolor de cabeza intenso y persistente, que no cede con analgésicos comunes. - Disminución de movimientos fetales: Percepción reducida o ausencia de movimientos del bebé por parte de la madre.		

				<ul style="list-style-type: none"> - Tinnitus o Acufenos: sensación de zumbido o pitido en los oídos - Epigastralgia: Dolor localizado en la región epigástrica. - Contracciones antes de las 37 semanas: Presencia de contracciones uterinas regulares antes de la semana 37. - Disuria: Dolor o ardor al orinar. 	
	Grado de Instrucción	Más alto nivel educativo completado de forma satisfactoria	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior no universitaria Superior universitaria		Ordinal
Características Socio-demográficas	Estado Civil	Situación Conyugal actual de la persona	Soltera Conviviente Casada Divorciada Viuda		Nominal
	Edad	Tiempo transcurrido en años desde el	Menor de 18		Años Nominal

		nacimiento hasta el momento del estudio	18-34 35 a más	
Características Obstétricas	Numero de control Prenatal	Cantidad de veces que ha acudido a su establecimiento para control de la gestación registrado en el carné perinatal de la gestante	0-3 4-5 6 a más	Ordinal
	Numero de Gestación	Cantidad de veces que una mujer ha estado embarazada a lo largo de su vida fértil	Primigesta (1) Segundigesta (2) Multigesta (3 o más)	Ordinal

Nota: Elaboración Propia

1.4. Justificación del Problema

La presente tesis se justifica en el conocimiento que tienen las gestantes sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo en el Centro de Salud Maritza Campos en Zamacola. Esta información es importante dado que brindará información sobre la efectividad de los programas de control prenatal y educación a las gestantes en el centro de salud, asimismo contribuye a la reducción de la morbilidad materna mediante la promoción de la salud y el autocuidado.

1.4.1. Justificación Científica

A nivel científico, la investigación se fundamenta en generar evidencia sobre el nivel de conocimiento en gestantes respecto a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo. Estudios han demostrado que el desconocimiento y la falla en su identificación temprana está asociado a un incremento en la morbilidad materna y perinatal. La medición del conocimiento en este grupo de personas permita identificar brechas en la educación y orientación prenatal brindada en el establecimiento.

Además, el estudio contribuye al cuerpo científico de la salud pública y obstetricia, aportando información contextualizada al ámbito urbano del distrito de Zamacola, Arequipa, donde los determinantes sociales de la salud pueden influir en el acceso y comprensión de la información médica.

1.4.2. Justificación Social

Desde una perspectiva social, esta investigación busca fortalecer el empoderamiento y la autonomía de las gestantes en el cuidado de su salud y la de sus hijos. El embarazo es una etapa crítica en la vida de la mujer, y el desconocimiento de los signos de alarma

puede derivar en consecuencias graves que afectan no solo a la madre, sino también a su entorno tanto familiar como comunitario. Al identificar el nivel de conocimiento en esta población, se podrán diseñar estrategias educativas más inclusivas, accesibles y culturalmente pertinentes, promoviendo así una maternidad segura y responsable. El estudio también responde a la necesidad de mejorar la equidad en salud, especialmente en zonas de escasos recursos con limitaciones en el acceso a información especializada

1.4.3. Justificación Contemporánea

En el contexto actual, con implementación de políticas nacionales de reducción de la mortalidad materna y neonatal, esta investigación se alinea con los objetivos estratégicos del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) para el año 2025. La vigilancia activa de los signos de alarma en el embarazo es una prioridad en los programas de atención primaria, y el fortalecimiento del conocimiento de las gestantes es clave para lograr una atención oportuna. Además, en tiempos donde la digitalización es creciente y abarca la mayor parte de nuestra vida, es necesario evaluar si los canales actuales están siendo efectivos en transmitir mensajes críticos de salud. Este estudio ofrece una mirada actualizada sobre la efectividad de las estrategias educativas en salud materna en un entorno urbano periférico.

1.4.4. Originalidad

La presente investigación se distingue por abordar el nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo desde una perspectiva local, contextualizada en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamacola. Aunque existen estudios similares en otras regiones del país, pocos han explorado esta temática en zonas urbanas periféricas de Arequipa, donde convergen

factores socioculturales, educativos y económicos que pueden influir en la percepción del riesgo obstétrico. Además, el estudio propone una metodología que permite identificar brechas específicas en el conocimiento de las gestantes, lo cual facilita el diseño de intervenciones educativas focalizadas. Esta combinación de enfoque territorial, aplicación práctica y relevancia institucional otorga al proyecto un carácter original y pertinente.

1.4.5. Interés Personal

El interés personal por desarrollar esta investigación surge de la preocupación surgida en la práctica clínica, donde se ha evidenciado un número significativo de gestantes que no reconocen adecuadamente los signos y síntomas de alarma, esta falta de conocimiento o de respuesta ante los síntomas deriva en complicaciones como el ingreso tardío a servicios de emergencia y desenlaces adversos como la muerte fetal. Como profesional en formación, me motiva contribuir con evidencia que pueda ser utilizada por el personal de salud para fortalecer las estrategias educativas en el primer nivel de atención, promoviendo una cultura de alerta y respuesta oportuna que contribuya a mejorar los resultados materno-perinatales.

1.5. Interrogantes de la investigación

1.5.1. Interrogante general

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo en gestantes atendidas en el consultorio externo de gineco-obstetricia del centro de salud Maritza Campos Diaz – Zamacola, Arequipa en el año 2025?

1.5.2. Interrogantes básicas

- ¿Existe relación entre las características sociodemográficas con el nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo?
- ¿Existe relación entre las características obstétricas con el nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo?

1.6. Tipo de Investigación

La presente investigación es de enfoque cuantitativo ya que busca medir el conocimiento mediante recolección de datos a través de encuestas estructuras.

1.7. Nivel de Investigación

Por su alcance, se trata de un estudio descriptivo, ya que tiene como propósito determinar el nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en una población específica sin establecer relaciones causales, además de ser correlacional ya que busca introducir variables independientes que podrían estar asociadas con el nivel de conocimiento.

1.8. Diseño de investigación

Por su enfoque metodológico se trata de un estudio no experimental, ya que no se manipularán variables. Por la forma en que se recolectará la información es un estudio transversal ya que los datos serán obtenidos en un único momento del tiempo.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo en gestantes atendidas en el consultorio externo de gineco-obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamacola – Arequipa 2025

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar si las características sociodemográficas influyen en el nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo.
- Identificar si las características obstétricas influyen en el nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo.



3. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

3.1. Definiciones

3.1.1. Definición de Embarazo

El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) considera la gestación de un feto único, con una duración promedio de 40 semanas (280 días) desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha probable de nacimiento. (11)

Según Williams en su libro define que el embarazo comienza en el momento de la fecundación, y los procesos que inician tras la implantación del blastocisto los cuales continúan hasta el momento del parto. (12)

3.1.2. Definición de Conocimiento

Según la Real academia de la Lengua Española se define como la acción y efecto de conocer, además del entendimiento, inteligencia y razón natural (13). Para la presente investigación tomamos la definición de conocimiento orientado al saber, el entendimiento de una persona o un objeto, incluyendo datos, conocimientos, relatos o capacidades, que se obtiene mediante la experiencia o el estudio al observar, encontrar o instruirse. (14)

3.2. Atención Prenatal

Según lo establecido en la Norma Técnica de Salud (NTS) N° 105 del MINSA en el Perú, la atención prenatal es un procedimiento esencial que consiste en una serie de consultas médicas programadas y valoraciones específicas para monitorear la evolución del embarazo lo que permite la detección temprana de signos de alarma, factores de riesgo además de brindar a la gestante educación sobre el autocuidado. Las atenciones se dividen por trimestres (15):

3.2.1. Primer trimestre:

Según lo dispuesto por el MINSA se considera desde la semana 0 hasta las 13.6 semanas, además se indica que este periodo consta habitualmente de la primera atención y supervisión del embarazo el cual consiste en la confirmación de la gestación y la realización de la primera ecografía prenatal. Así mismo, la Norma técnica N°105 del MINSA señala que esta primera consulta debe ser realizada por un médico gineco-obstetra o médico cirujano, según el nivel de atención del establecimiento de salud a fin de tener la oportunidad de revisar los antecedentes médicos y la existencia de factores de riesgo en el embarazo, se indagará sobre el ciclo menstrual de la gestante, antecedentes patológicos, exposición a toxinas, si la paciente toma medicación, el estilo de vida de la gestante, si ha realizado algún viaje a zonas donde hay dengue, malaria, tuberculosis, virus del zika, viruela del mono u otras enfermedades infecciosas, además de la identificación de patologías o complicaciones asociadas e iniciar el manejo en caso de que sea requerido. (15,16)

En las primeras atenciones o utilizando la primera ecografía se podrá realizar una aproximación de la Fecha Probable de Parto (FPP) definiéndose como la fecha en que el embarazo llegue a las 40 semanas. El médico se encargará de realizar un examen físico completo incluyendo la toma de los signos vitales y definiendo el peso y altura actual de la gestante, en caso de encontrar algo sospechoso o patológico la gestante pueda ser referida o atendida por la especialidad correspondiente. Incluso la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna recomienda llevar a cabo el examen vaginal durante la primera consulta prenatal, esto abarca una exploración con un espéculo para identificar vaginosis bacteriana, la recolección de una muestra

para el Papanicolaou y la evaluación de la pelvis. Además, En la primera visita prenatal el personal de salud indicar una serie de análisis de sangre que constan de: Grupo y Factor sanguíneo, Nivel de Hemoglobina, Glicemia basal, pruebas para detectar presencia o exposición previa agentes infecciosos como: hepatitis B, sífilis, gonorrea, clamidia y VIH, además de solicitarse un examen completo de orina junto a un urocultivo.(15–17)

Según lo señalado por el MINSA el personal de salud encargado realizará la prescripción de ácido fólico hasta la semana 13, además de consejerías sobre los cambios que son normales producto del embarazo y las indicaciones de los signos/síntomas de alarma obstétricos, notificar acerca de las consecuencias negativas en el feto por el uso de tabaco, cocaína, alcohol y otras sustancias perjudiciales e indicar la fecha del segundo control con el fin de evaluar los resultados de los exámenes de laboratorio, el cual no debe exceder los 15 días de la primera consulta. (15,16)

3.2.2. Segundo trimestre:

Consta de las semanas 14 a la semana 27.6, según lo establecido en la norma técnica N° 105 del MINSA en todas las consultas el personal de salud encargado se responsabiliza de interrogar por los signos y síntomas de alarma que se presentan en la gestación y de indagar sobre el cumplimiento de los controles de los exámenes de laboratorio indicados en la primera consulta. Entre los procedimientos establecidos por el MINSA se encuentra el control del aumento de peso materno, la toma de las funciones vitales, control del crecimiento intrauterino haciendo uso de la medición de la altura uterina, además recomienda realizar una prueba de proteinuria con ácido

sulfosalicílico o tira reactiva, evaluación de la edad gestacional, auscultación de los latidos cardíacos además de la percepción de los movimientos fetales alrededor de las 18-20 semanas de edad gestacional, prescripción de ácido fólico y sulfato ferroso a toda gestante desde la semana 14 y prescripción de calcio a partir de las 20 semanas (15,16)

El personal de salud puede programar los controles prenatales cada cuatro semanas durante el segundo trimestre. (16)

3.2.3. Tercer trimestre:

Según lo estipulado en la norma técnica de salud para la atención integral de salud materna en este trimestre se ahondará en la verificación de la situación, posición y presentación del producto a medida que se acerca la FPP, consta desde la semana 28 hasta el nacimiento. Se programarán los controles cada 2 o 4 semanas, dependiendo del estado de salud de la gestante y de los antecedentes de embarazo; a partir de la semana 36, se acortarán los controles a cada semana. El personal de salud encargado realizará las consejerías sobre los signos de alarma incluyendo la presencia de contracciones y/o pérdida de líquido o sangrado, incluso la percepción de la disminución de los movimientos fetales. En cada control se realizará la toma de funciones vitales a predominio de la presión arterial y el aumento de peso, así como la revisión de los latidos y los movimientos del bebé. A partir de la semana 35 se recomienda la realización de la pelvimetría interna y valoración feto-pélvica (15,16)

Actualmente el MINSA considera un mínimo de 6 controles prenatales con los cuales la gestante podrá obtener los conocimientos adecuados que le permitan detectar a ella

y a su familia los signos y síntomas de alarma además de la identificación de factores de riesgo de forma oportuna para prevenir complicaciones maternas y neonatales. (18)

3.3. Complicaciones

Entre las posibles complicaciones más frecuentes podemos encontrar:

3.3.1. Abortos

Según Williams en su libro “Obstetricia” en su 25ava edición, define el aborto como la interrupción o la pérdida del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o con un feto expulsado con un peso <500 g. Estos criterios, sin embargo, son algo contradictorios porque el peso promedio al nacer de un feto de 20 semanas es de 320 g, mientras que 500 g es el promedio de 22 a 23 semanas. (12,19)

Según la sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia (SAGO) en el año 2024, define el aborto como la interrupción o la pérdida del embarazo antes de las 22 semanas de gestación y/o de un feto expulsado con un peso de menos de 500 gramos o de otro producto de la gestación no viable (huevo no embrionado, mola hidatiforme), independientemente de si hay o no evidencia de vida. (20)

Según la SAGO es considerado la patología más frecuente en el embarazo además de la principal etiología de las hemorragias en el primer trimestre. Los abortos tienen etiología multifactorial entre los que destacan anomalías genéticas y cromosómicas, entre las causas maternas de consideran: anomalías uterinas y/o anatómicas, infecciones, trastornos endocrinos donde tienen gran importancia hormonas como la insulina o las hormonas tiroideas, patologías inmunológicas como el Síndrome antifosfolípido (SAF), exposición a tóxicos como alcohol, tabaco y las causas iatrogénicas. (20,21) Existen diferentes clasificaciones:

A. Según la edad gestacional:

- Aborto Precoz: Ocurre antes de las 12 semanas de gestación.(20–22)
- Aborto Tardío: Cuando el aborto se produce después de las 12 semanas de edad gestacional.(20–22)

B. Según la forma de presentación clínica:

- Amenaza de aborto: Caracterizado por presencia de sangrado vaginal escaso con o sin dolor en hipogastrio de intensidad leve. Se objetiva cérvix cerrado. (20,21)
- Aborto en curso, inevitable o inminente: Se refiere a la expulsión inminente o presente de restos ovulares con sangrado en cantidad mayor o igual que menstruación y mayor dolor. Al tacto el cérvix se encontrará abierto, pudiéndose visualizar los restos ovulares en cérvix o en canal vaginal.(20,21)
- Aborto incompleto: Se define como la expulsión parcial de los productos de la concepción. Suele cursar con hemorragia profusa con dolor hipogástrico tipo cólico. A nivel ecográfico se objetivan restos ovulares dentro de la cavidad uterina (grosor de $\geq 15\text{mm}$). (20,21)
- Aborto completo: expulsión completa de los productos de la concepción, aquí el cérvix se encuentra cerrado y el útero se encontrará contraído, desaparece el dolor y el sangrado vaginal activo. La exploración ecográfica muestra una cavidad uterina normal con grosor endometrial de menos de 15mm.(20,21)

- Aborto retenido o diferido: Se refiere a la presencia intraútero de los productos de la concepción pese a haberse producido la detención de la gestación. Suele ser asintomático o como síntoma único, el manchado vaginal, a la evaluación el cérvix se encontrará cerrado. El diagnóstico es netamente ecográfico. (20,21)
- Aborto séptico: Se refiere a un proceso infeccioso ascendente caracterizado por una endometritis en el contexto de un aborto. Los datos clínicos incluyen fiebre, escalofríos, mal estado general, dolor abdominal y sangrado vaginal, además de flujo frecuentemente de aspecto purulento. A la exploración se encontrará un útero blando con cérvix dilatado y secreción genital hematurulenta. (20,21)

Una vez establecido el diagnóstico de la pérdida gestacional precoz: El personal de salud encargado le explicará a la paciente las distintas opciones terapéuticas posibles y la más adecuada para cada caso en particular: conducta expectante, tratamiento médico ambulatorio y/o tratamiento quirúrgico entre los que se encuentra una Histeroscopia o un Legrado obstétrico. (20,21)

3.3.2. Parto Pretérmino

Según El Centro Nacional de Información Biotecnológica (NCBI) el parto prematuro espontáneo se caracteriza por cambios cervicales desencadenados por contracciones uterinas regulares con una frecuencia igual o mayor a 6 contracciones cada 30 minutos que ocurren entre las 20 0/7 y las 36 6/7 semanas de edad gestacional (EG). Los criterios diagnósticos varían: el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) lo define como una dilatación cervical de al menos 2 cm antes de las 37

semanas de EG, mientras que las guías internacionales sugieren un límite de 3 cm. (23,24)

La sociedad española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en su Guía de Asistencia Práctica y lo establecido en La Guía De Práctica Clínica Para El Diagnóstico Y Tratamiento De La Amenaza De Parto Pretérmino Y Parto Pretérmino del MINSA se refiere al parto pretérmino como la complicación más frecuente materno-fetal, en su guía diferencia 2 cuadros clínicos:

- La amenaza de parto pretérmino: definida como un cuadro clínico caracterizado por la presencia de contracciones uterinas regulares con una frecuencia igual o mayor a 6 contracciones cada 30 minutos, además de presencia de modificaciones cervicales entre las que se encuentra un borramiento menor de 50% y/o dilatación menor a 3 cm, que se producen entre las 22.0 y 36.6 semanas de gestación en gestantes con membranas amnióticas íntegras. (25,26)
- Parto pretérmino: el cual se define como aquel que se produce antes de las 37.0 semanas de gestación. Se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas regulares que originan modificaciones cervicales entre las que se encuentra el borramiento del cérvix mayor al 50% y una dilatación de 3cm o más. Este puede ser de inicio espontáneo o iatrogénico inducido por indicación médica secundaria a patología materna o fetal. (25,26)

Entre los factores de riesgo se encuentran: la sobredistensión uterina como en casos de gestación múltiple o polihidramnios), antecedentes personales de partos prematuros o abortos tardíos, malformaciones congénitas anatómicas del útero, antecedente de conización cervical, legrados y dilatación del cuello uterino, consumo de tabaco, bajo

índice de masa corporal, periodo intergenérico corto, infecciones como una inflamación intraamniótica subclínica, la cual es identificada como la causa más común de amenazas de parto prematuro en etapas tempranas del embarazo (menos de 32 semanas). (23,27)

La prematuridad del neonato se clasificará respecto a la edad gestacional:

- Prematuro extremo: aquel cuyo parto se produce antes de las 28.0 semanas de gestación.
- Prematuro grave: el que nace entre las 28.0 y 31.6 semanas de gestación.
- Prematuro moderado: aquel neonato que nace entre las 32.0 y 33.6 semanas de gestación.
- Prematuro leve: entre las 34.0 y 36.6 semanas.(25)

La prematuridad es un reto complejo que va más allá de lo clínico, impactando de manera profunda en la madre y el neonato sobre todo por los costos asociados a la atención médica. En el bebé, la falta de madurez fisiológica presentará problemas para su desarrollo en áreas como la neurociencia, la respiración y la digestión, lo que demanda atención médica especializada y prolongada. Al mismo tiempo, la madre carga con una gran presión emocional, marcada por la ansiedad, el estrés, esta situación puede llevar a trastornos emocionales como la depresión postparto, afectando el bienestar y la relación maternofilial. (23,25)

3.3.3. Hipertensión Gestacional, Preeclampsia Y Eclampsia

A. Hipertensión Gestacional:

Definida por la ACOG como la hipertensión que aparece durante el embarazo con valores de presión arterial sistólica que alcanza 140 mmHg o superiores, o una presión diastólica que llega a 90 mmHg o más, o ambas, registradas en dos momentos distintos con un intervalo mínimo de 4 horas después de la semana 20 de gestación, en una mujer que anteriormente tenía niveles de presión normal y en ausencia de proteinuria. (28–30)

B. Preeclampsia:

En su boletín sobre Hipertensión gestacional y preeclampsia la ACOG menciona que la preeclampsia se diagnostica cuando la presión arterial sistólica es igual o superior a 140 mmHg y/o la presión arterial diastólica es igual o superior a 90 mmHg en dos mediciones separadas por 4 horas, en mujeres de más de 20 semanas de embarazo que previamente tenía valores normales de presión. Este diagnóstico también se asocia a un nivel de proteinuria que supera los 300 mg en un periodo de 24 horas o un índice de proteinuria/creatinuria igual o mayor a 0,3 mg/dL o una lectura cualitativa en tira reactiva de 2+. (28–30). Además, el boletín también abarca:

I. Preeclampsia con signos de severidad:

Se clasifica como preeclampsia severa si la presión arterial sistólica alcanza o excede 160 mmHg y/o la presión arterial diastólica es igual o mayor a 110 mmHg en dos mediciones separadas por 15 minutos (29,30)

Además de la lectura de la presión arterial, se puede acompañar de lo siguiente:

- Trombocitopenia: conteo de plaquetas menor de 100.000/mm³

- Deterioro de la función hepática: Se encontrarán las transaminasas elevadas al doble del límite superior normal además de presencia de dolor persistente en cuadrante superior derecho o dolor epigástrico.
- Insuficiencia renal: con medición de creatinina sérica superior a 1,1 mg/dL o 2 veces el valor de referencia.
- Edema pulmonar.
- Cefalea de reciente aparición la cual no responde a la medicación.
- Alteraciones cerebrales o visuales de nueva aparición: como presencia de fotopsias, escotomas. (28–30)

II. *Síndrome de HELLP:*

Representa una de las formas más graves de preeclampsia ya que está asociada a mayores tasas de morbilidad materna de acuerdo con la ACOG. Por sus siglas definido como síndrome de hemólisis (H), enzimas hepáticas elevadas (EL) y recuento bajo de plaquetas (LP).(30)

Los criterios para el diagnóstico son niveles de: lactato deshidrogenasa (LDH) mayor a 600 UI/L, aspartato aminotransferasa (AST) y alanina aminotransferasa (ALT) mayor o igual a 70 U/l o elevadas más del doble del límite superior normal, y recuento de plaquetas inferior a 100.000×10^{-1} L. (29,30)

B. *Eclampsia*

Conforme a la ACOG la eclampsia es una causa importante de muerte materna que se presenta en mayor incidencia en lugares de bajos recursos. se manifiesta como convulsiones ocasionadas por trastornos hipertensivos durante el embarazo y se clasifica entre las complicaciones más severas de la afección. Se define como la aparición de convulsiones tónico-clónicas, focales o multifocales sin que existan otras condiciones que las expliquen, como epilepsia, isquemia, infarto en el cerebro, hemorragia intracraneal o el uso de drogas. Además, en su boletín indica que el 78-83% de los casos presentan signos premonitorios como cefalea intensa y persistente, presencia de visión borrosa, fotofobia o incluso la alteración del estado mental de la gestante. (28–30)

3.3.4. Hemorragia En El Embarazo

Se entiende como el sangrado vía transvaginal en cualquier momento de la gestación. El centro de medicina Fetal y Neonatal de Barcelona menciona que las principales causas de sangrado en el tercer trimestre son la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta y vasa previa. (31)

A. Placenta Previa (PP)

Cómo se menciona en la guía “Metrorragia De La Segunda Mitad De La Gestación” de la SAGO la define como la inserción placentaria en el segmento uterino inferior, ocluyendo el orificio cervical interno (OCI). Además, indica que se pueden clasificar en:

a. Oclusivas:

- i. Tipo I: PP total que recubre todo el OCI
- ii. Tipo II: PP parcial que recubre parcialmente el OCI

b. No oclusivas:

- i. Tipo III: PP marginal, presenta inserción hasta el borde del OCI
- ii. Tipo IV: PP de inserción baja a menos de 2cm del OCI. (32)

B. Desprendimiento Prematuro De Placenta

SAGO lo define como la separación parcial o completa de una placenta normalmente insertada antes del inicio del parto. Presenta múltiples factores de riesgo: Existen distintos factores de riesgo asociados entre los que se encuentran: trastornos hipertensivos del embarazo, antecedentes de desprendimiento placentario o cesárea, diabetes, multiparidad, sobredistensión uterina, rotura prematura de membranas, traumatismos abdominales, consumo de tóxicos y trombofilias. El diagnóstico se basa fundamentalmente en las manifestaciones clínicas. El uso de la ecografía tiene una utilidad muy limitada para el diagnóstico debido a su baja sensibilidad. (32,33)

C. Rotura Uterina

Se refiere a la solución de continuidad en la pared uterina, muy poco frecuente según la SAGO la clasifica en:

- a. *Ruptura Completa:* Desgarro completo de la pared uterina, incluye tanto el miometrio como el peritoneo comunicando la cavidad uterina con la cavidad abdominal.
- b. *Ruptura Incompleta:* Es segmentaria, conservando peritoneo visceral y membranas ovulares. Presenta mejor pronóstico fetal. (32)

D. Rotura De Vasa Previa

El centro de medicina Fetal y Neonatal de Barcelona indica que se trata de una complicación poco común en la que los vasos sanguíneos del cordón umbilical carecen de la protección que brinda la gelatina de Wharton y atraviesan las membranas amnióticas, ubicándose cerca del orificio cervical interno (a menos de 2 cm). Al romperse las membranas, estos vasos podrían romperse, lo que puede resultar en una hemorragia fetal considerable y con riesgos que pueden amenazar la vida materna-fetal. (31–33)

3.3.5. Muerte Materna

De acuerdo con la OMS, en 2023, alrededor de 260 000 mujeres perdieron la vida durante o después del embarazo o el parto, siendo aproximadamente el 92% de estas muertes ocurridas en naciones de ingresos bajos y medios-bajos. (2,34,35)

El Protocolo de vigilancia en salud pública: mortalidad materna resalta que el gran número de decesos maternos en ciertas regiones del mundo demuestra la gran desigualdad en el acceso a atención médica de calidad y resalta la distancia entre las clases sociales. La OMS indica que, en 2023, la tasa de mortalidad materna en naciones de ingresos bajos fue de 346 por 100 000 partos vivos, en comparación con 10 por 100 000 en países de altos ingresos. El peligro de mortalidad materna a lo largo de la vida es mayor en mujeres que residen en países con ingresos bajos. Este riesgo se define como la posibilidad de que una mujer de 15 años fallezca debido a problemas vinculados con la salud materna. En naciones con altos ingresos, esta cifra es de 1 en 7933, en contraste con 1 en 66 para los países de ingresos bajos. (2,35)

Las mujeres pueden fallecer a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. La mayoría de estas complicaciones surgen durante el embarazo y, en su

mayoría, son prevenibles o tratables. Algunas complicaciones pueden ya estar presentes antes del embarazo, pero se agravan durante la gestación, especialmente si no reciben el tratamiento adecuado dentro de la atención femenina. La OMS indica que las complicaciones principales, que representan aproximadamente el 75% de todas las muertes maternas, incluyen: hemorragias severas, principalmente postparto; infecciones como la endometritis; hipertensión durante el embarazo, ya sea preeclampsia o eclampsia; problemas durante el parto; y abortos peligrosos. (2,34,35)

En el Perú, según lo reportado por la CDC en la Sala Situacional de Muerte Materna y Morbilidad Materna Extrema en los últimos 5 años se ha evidenciado una reducción en los casos reportados de muerte materna: en el año 2021 fueron reportados 493, mientras que en el año 2025 se reportaron 200 casos. (4)

En lo reportado por MINSA tomando en cuenta los datos sociodemográficos hasta octubre del 2025 (4), se evidenció:

- *Grupo étnico*: Se evidenció en el año 2025 un 85.7% de casos en la etnia mestiza, 12.9% indígenas amazónicos y 1.4% de etnia andina como se observa en la **Figura 1.(4)**

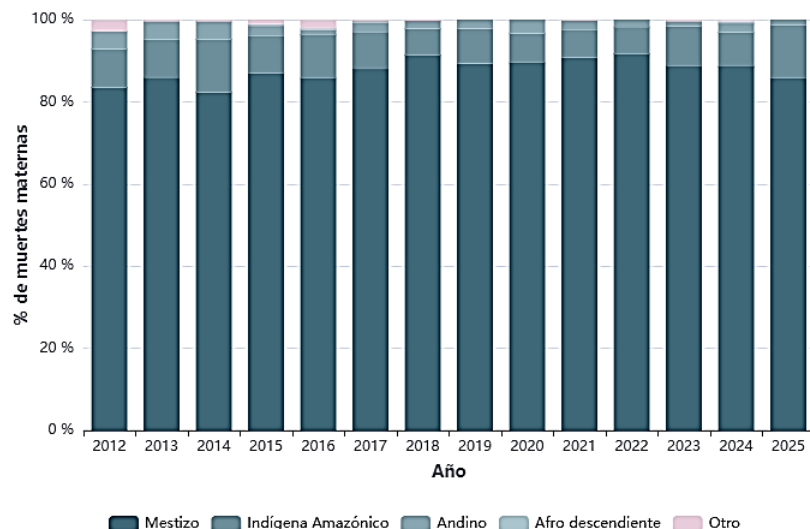


Figura 1. Proporción de muertes maternas según grupo étnico, Perú, 2012 – 2025.

Nota: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA

- Estado civil: Se evidenció un 64.5% de casos eran convivientes, 14.9% casadas, 14.2% Soltera y 6.4% de estado civil desconocido. **(Figura 2)(4)**

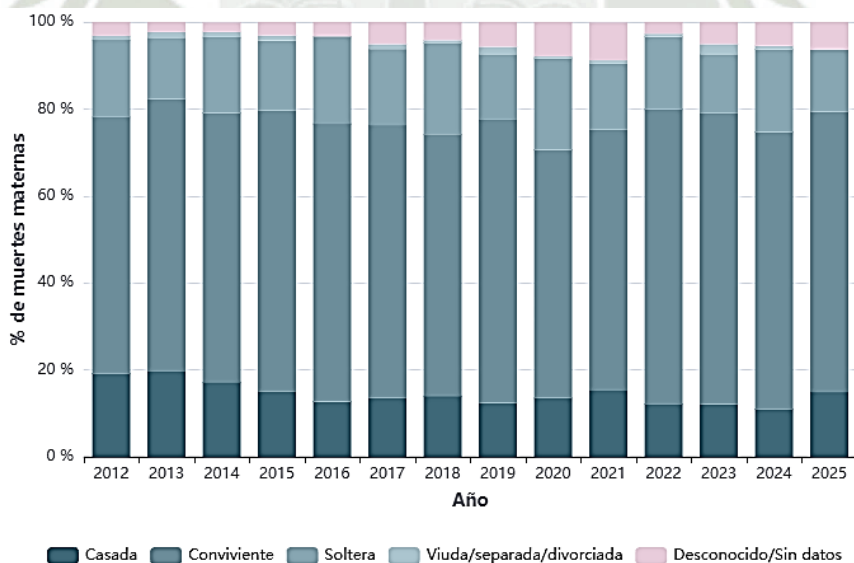


Figura 2. Proporción de muertes maternas según estado civil, Perú, 2012 – 2025

Nota: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA

- Nivel educativo: Tal como se puede observar en la **Figura 3** se reportó que el mayor porcentaje lo tenía el nivel de secundaria completa con 29.8%, seguido de Superior con 16.3%, Secundaria incompleta con 17%, Primaria completa con 12.8%, Primaria incompleta con 11.3%, Nivel educativo desconocido con 9.2% y Sin nivel educativo un 3.5%.(4)

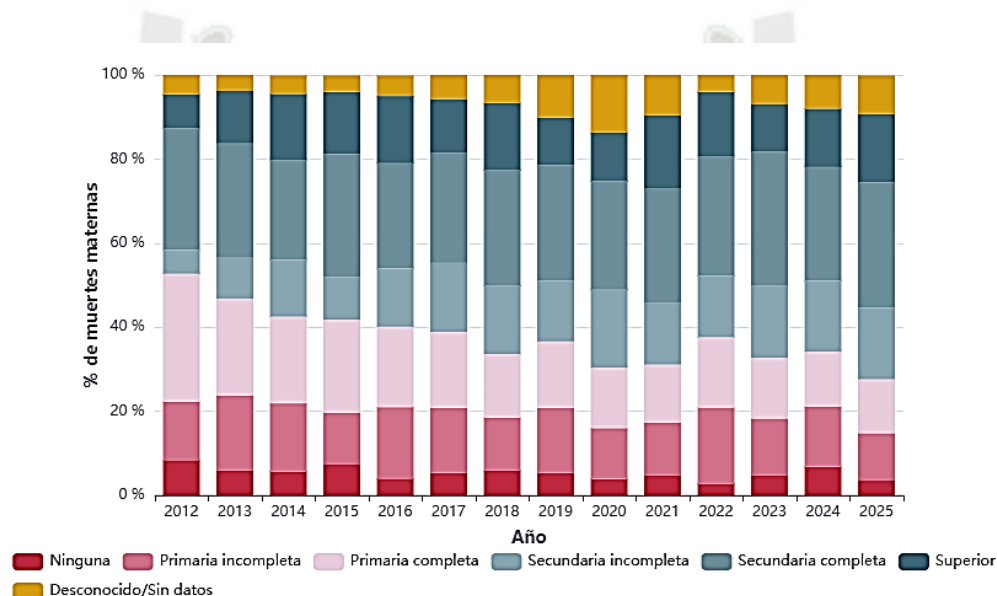


Figura 3. Proporción de muertes maternas según nivel educativo, Perú, 2012 – 2025

Nota: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA

Entre las causas de muerte la CDC reportó el mayor porcentaje en causas indirectas (31.6%), seguido por la Hemorragia obstétrica con 28.3%, Trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio con 17.8%, Otras causas directas e indirectas con un 13.2%, Infección obstétrica con 3.3%, otras causas obstétricas directas con 3.3%, Aborto y sus complicaciones con 2.6% como se muestra en la **Figura 4.**(4)

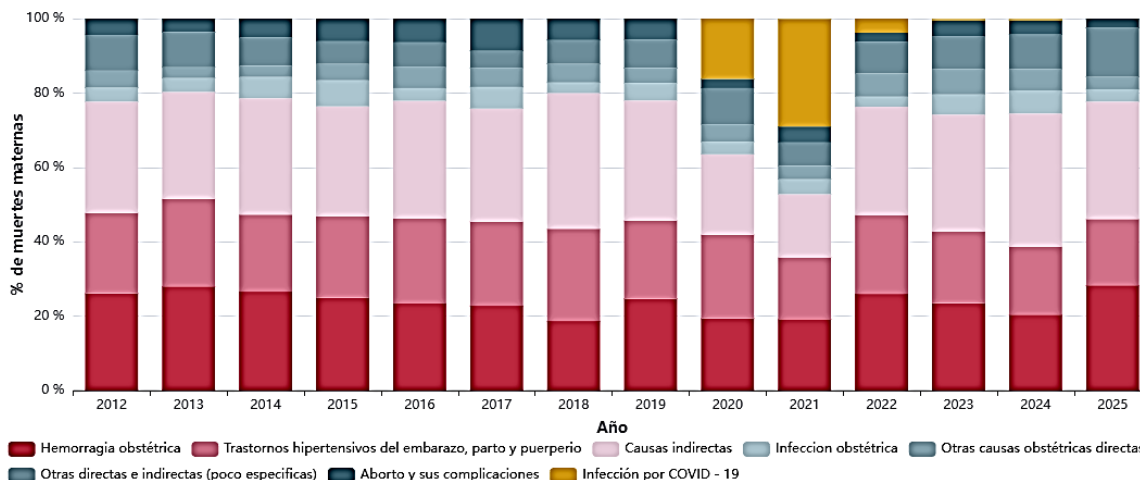


Figura 4. Proporción de muertes maternas según causa, Perú, 2012 – 2025

Nota: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA

En la Región de Arequipa se reportó a finales de 2025 un total de 6 casos de muerte materna, mostrando un descenso significativo comparado a los 16 casos reportados en el año 2021 (**Figura 5**), tomando en cuenta que la CDC considera los casos de muerte materna de clasificación preliminar directa e indirecta ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación. En lo reportado por el MINSA en proporción de muerte materna según la causa: con el mismo porcentaje de 33.3% se encuentra Hemorragia obstétrica, Trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio y Causas indirectas (**Figura 6**).

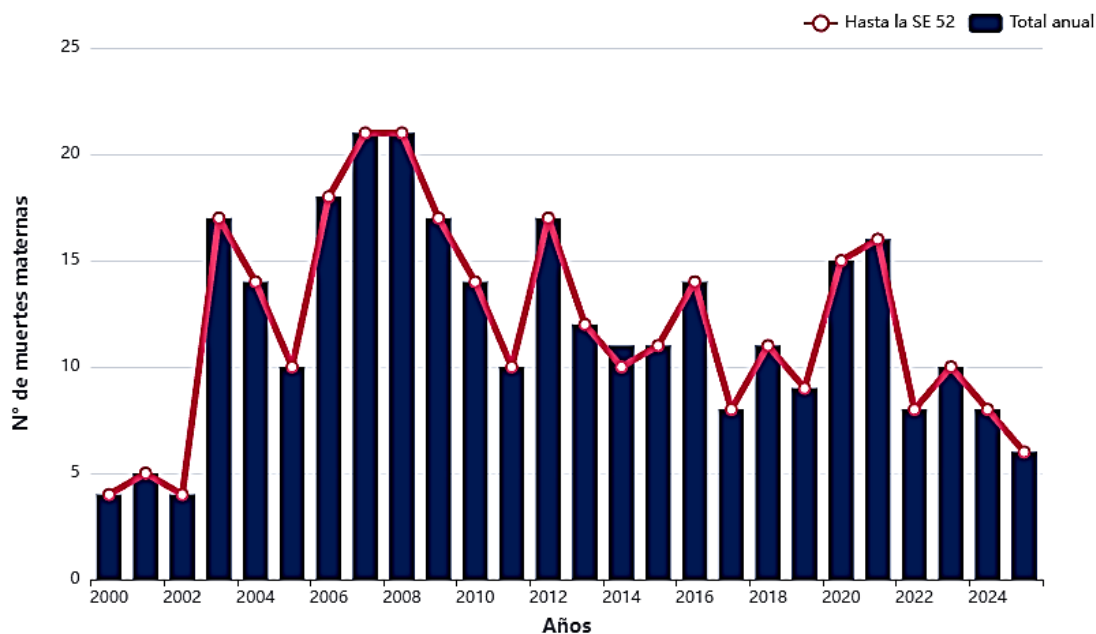


Figura 5. Número de muertes maternas anual, Arequipa, 2000 - 2025

Nota: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA

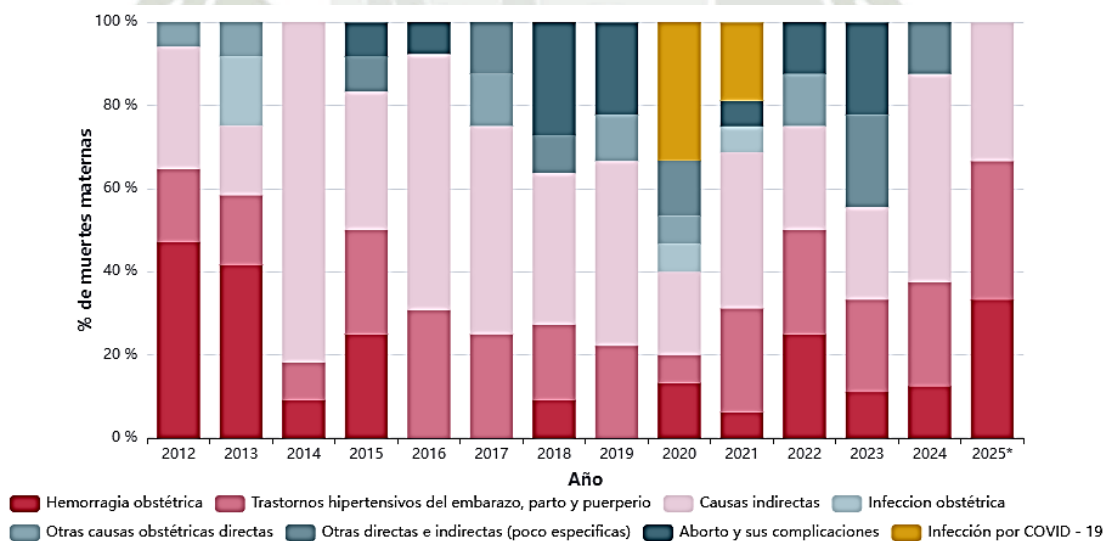


Figura 6. Proporción de muertes maternas según causa, Arequipa, 2012 – 2025

Nota: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA

3.3.6. Muerte Fetal Y Neonatal

El óbito fetal definido por la ACOG como el resultado adverso más común con una incidencia de 1:160 partos en Estados Unidos en esta cifra se toman en cuenta las muertes fetales que ocurren con 20 semanas o más de gestación o productos de la gestación de más de 500 gr. (36)

Entre los factores de riesgo más frecuentes mencionados por el Centro de medicina Fetal y Neonatal de Barcelona se encuentran la raza negra no hispana, nuliparidad, la edad materna avanzada, la obesidad, la diabetes preexistente, la hipertensión crónica, el tabaquismo, el consumo de alcohol, el embarazo mediante técnicas de reproducción asistida, el embarazo múltiple, el sexo masculino del feto, la soltería y los antecedentes obstétricos. (36,37)

La ACOG destaca que la evaluación de un mortinato debe incluir la autopsia fetal; el examen macroscópico e histológico de la placenta, el cordón umbilical y las membranas; y la evaluación genética. (36)

El término neonato se refiere a un bebé en los primeros 28 días posteriores al nacimiento. A nivel global, las muertes de RN representan el 45% de los fallecimientos en niños menores de cinco años. Tres cuartas partes de las muertes de RN son causadas por factores que se pueden prevenir y manejar, factores como la prematuridad, las condiciones del parto y las infecciones neonatales. (38)

En el Perú, la CDC reporta en el Tablero De Mortalidad Neonatal Y Perinatal en el año 2021 un total de 6101 muertes fetales y neonatales reportadas, mientras que en el año 2025 reportó 4482 muertes fetales y neonatales (**Grafico 7**). (39)

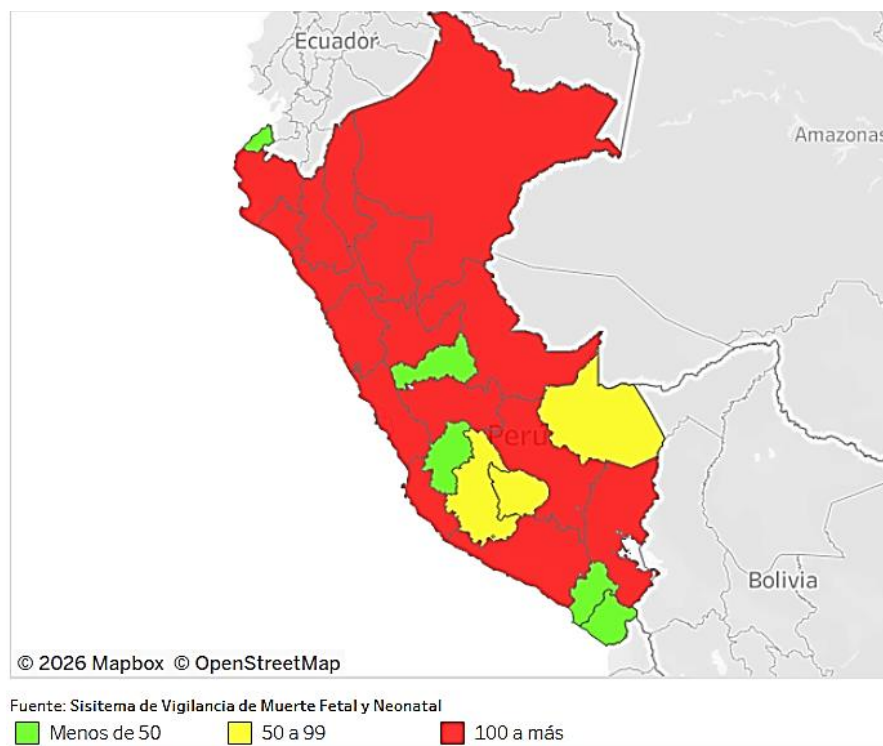


Figura 7. Número de muertes fetales y neonatales por departamento en 2025

Nota: Sistema de Vigilancia de Muerte Fetal y Neonatal – MINSA

De lo reportado en el año 2025, 2148 muertes reportadas correspondían a muertes neonatales exclusivamente (**Figura 8**) y 2334 corresponden a muertes fetales (**Figura 9**). (39)

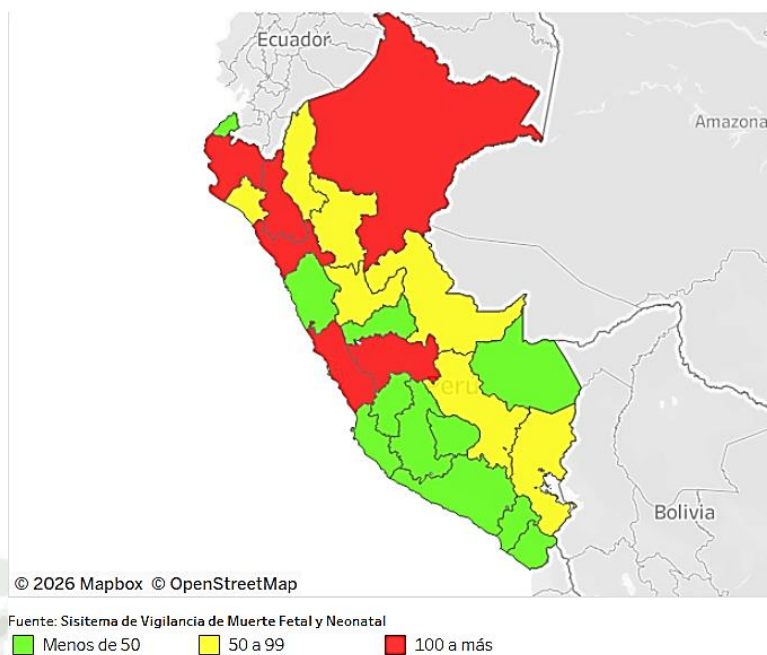


Figura 8. Número de muertes neonatales por departamento en 2025

Nota: Sistema de Vigilancia de Muerte Fetal y Neonatal – MINSa

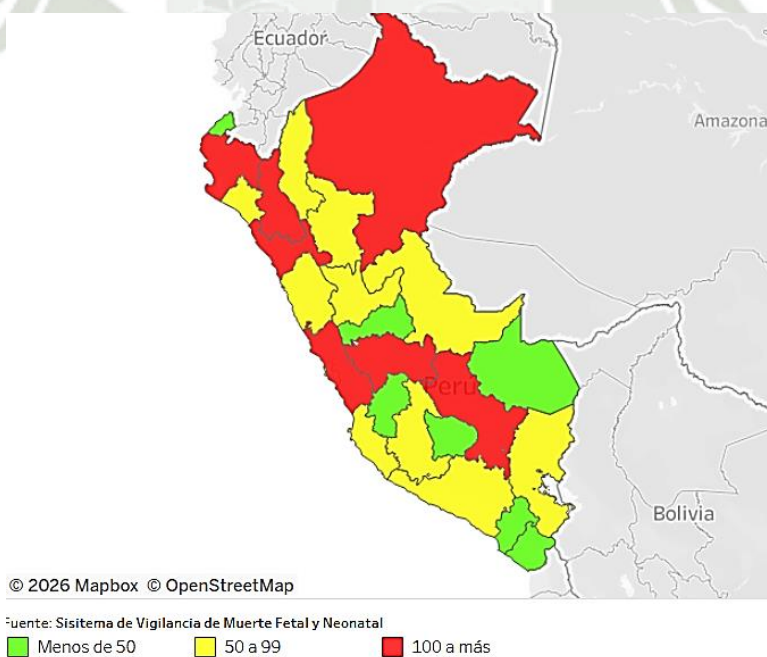


Figura 9. Número de muertes fetales por departamento en 2025

Nota: Sistema de Vigilancia de Muerte Fetal y Neonatal – MINSa

En la Región Arequipa en el año 2021 se reportaron un total de 169 defunciones neonatales y fetales, mientras que en el año 2025 se evidenció una disminución a un total de 110 casos reportados, de los cuales 95 de ellos pertenecían a la provincia de Arequipa (**Figura 10**). (39)

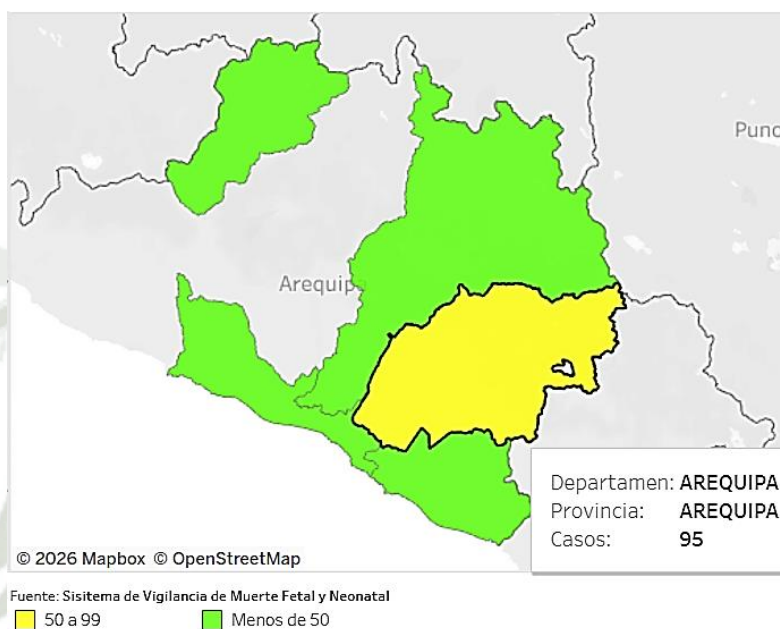


Figura 10. Número de muertes fetales y neonatales en el departamento de Arequipa por provincias 2025

Nota: Sistema de Vigilancia de Muerte Fetal y Neonatal – MINSA

En todo el Perú, según lo indicado por el Sistema de Vigilancia de Muerte Fetal y Neonatal del MINSA, entre las causas de Muerte Neonatal más frecuente en el año 2025 reportado en la **Tabla 2**, se encuentra la prematuridad-inmadurez con 33.6% de los casos reportados, seguido de otras causas con 23.7%, infecciones con 17.1%, presencia de malformación congénita letal con 16.8%, asfixia y causas relacionadas con 7.8% y la aspiración neonatal de leche / alimento regurgitado con 0.9%. (39)

Respecto a las causas de Muerte Fetal se encuentra con mayor frecuencia la muerte fetal de causa no especificada con 29.7%, seguido por hipoxia intrauterina con 23.4%, feto afectado por complicaciones de placenta, cordón y membranas con 12.1%, otras causas 11.7%, presencia de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con 7.5%, feto afectado por condiciones de la madre no relacionadas con el embarazo presente con 6.7%, feto afectado por complicaciones maternas del embarazo con 6% y feto afectado por la duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte con 2.8% (**Tabla 3**). (39)

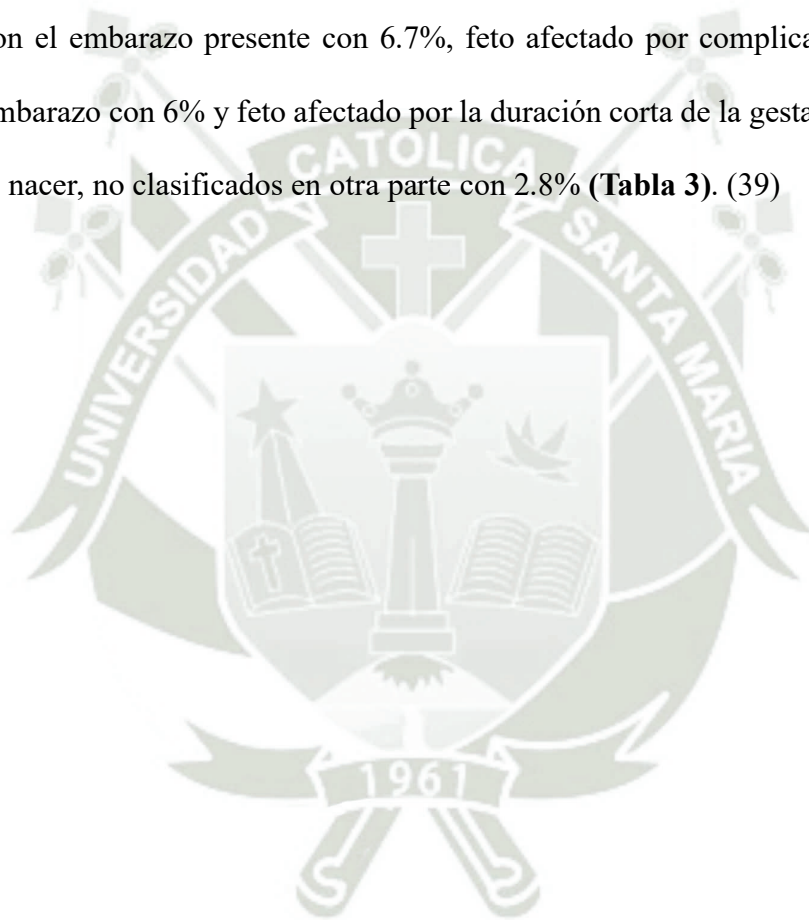


Tabla 2. Muerte Neonatal según causas, Perú, 2015 – 2025.

		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Total general	Casos	3,278	3,298	3,156	3,232	3,038	2,934	2,966	2,925	2,586	2,348	2,148
	Proporción	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
PREMATUREZ- INMATURIDAD	Casos	939	929	842	887	938	882	843	865	805	738	725
	Proporción	28.6%	28.2%	26.7%	27.4%	30.9%	30.1%	28.4%	29.6%	31.1%	31.4%	33.8%
INFECCIONES	Casos	656	713	641	669	565	590	517	483	445	409	367
	Proporción	20.0%	21.6%	20.3%	20.7%	18.6%	20.1%	17.4%	16.5%	17.2%	17.4%	17.1%
MALFORMACIÓN CONGÉNITA LETAL	Casos	451	467	534	541	470	426	485	475	381	383	360
	Proporción	13.8%	14.2%	16.9%	16.7%	15.5%	14.5%	16.4%	16.2%	14.7%	16.3%	16.8%
ASFIXIA Y CAUSAS RELACIONADAS	Casos	446	397	371	355	335	302	314	270	258	202	167
	Proporción	13.6%	12.0%	11.8%	11.0%	11.0%	10.3%	10.6%	9.2%	10.0%	8.6%	7.8%
ASPIRACIÓN NEONATAL DE LECHE Y ALIMENTO REGURGITADO	Casos	55	43	59	57	50	29	33	46	23	25	19
	Proporción	1.7%	1.3%	1.9%	1.8%	1.6%	1.0%	1.1%	1.6%	0.9%	1.1%	0.9%
OTRAS CAUSAS	Casos	729	749	709	723	680	705	770	783	672	588	510
	Proporción	22.2%	22.7%	22.5%	22.4%	22.4%	24.0%	26.0%	26.8%	26.0%	25.0%	23.7%

Nota: Sistema de Vigilancia de Muerte Fetal y Neonatal – MINSA

Tabla 3. Muerte Fetal según causas, Perú, 2015 – 2025.

		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Total general	Casos	3,690	3,561	3,518	3,494	3,341	3,081	3,135	2,953	2,648	2,492	2,334
	Proporción	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
OTRAS CAUSAS	Casos	200	194	190	204	177	192	171	272	268	240	272
	Proporción	5.4%	5.4%	5.4%	5.8%	5.3%	6.2%	5.5%	9.2%	10.1%	9.6%	11.7%
FETO AFECTADO POR COMPLICACIONES DE PLACENTA, CORDÓN Y MEMBRANAS	Casos	273	311	261	316	292	232	292	322	288	242	282
	Proporción	7.4%	8.7%	7.4%	9.0%	8.7%	7.5%	9.3%	10.9%	10.9%	9.7%	12.1%
FETO AFECTADO POR COMPLICACIONES MATERNAS DEL EMBARAZO	Casos	190	161	160	121	161	148	213	219	122	131	141
	Proporción	5.1%	4.5%	4.5%	3.5%	4.8%	4.8%	6.8%	7.4%	4.6%	5.3%	6.0%
FETO AFECTADO POR CONDICIONES DE LA MADRE NO RELACIONADAS CON EL EMBARAZO PRESENTE	Casos	382	492	599	493	399	364	327	230	259	163	157
	Proporción	10.4%	13.8%	17.0%	14.1%	11.9%	11.8%	10.4%	7.8%	9.8%	6.5%	6.7%
FETO AFECTADO POR LA DURACIÓN CORTA DE LA GESTACIÓN Y CON BAJO PESO AL NACER, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	Casos	124	105	104	151	140	131	83	103	85	53	65
	Proporción	3.4%	2.9%	3.0%	4.3%	4.2%	4.3%	2.6%	3.5%	3.2%	2.1%	2.8%
HIPOXIA INTRAUTERINA	Casos	911	758	708	677	632	644	686	599	565	599	546
	Proporción	24.7%	21.3%	20.1%	19.4%	18.9%	20.9%	21.9%	20.3%	21.3%	24.0%	23.4%
MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	Casos	372	300	287	279	271	252	210	196	193	218	175
	Proporción	10.1%	8.4%	8.2%	8.0%	8.1%	8.2%	6.7%	6.6%	7.3%	8.7%	7.5%
MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA	Casos	1,238	1,240	1,209	1,253	1,269	1,118	1,153	1,007	863	844	694
	Proporción	33.6%	34.8%	34.4%	35.9%	38.0%	36.3%	36.8%	34.1%	32.6%	33.9%	29.7%

Nota: Sistema de Vigilancia de Muerte Fetal y Neonatal – MINSA

En la región Arequipa de los 49 casos reportados de Muertes Neonatales en el año 2025 según la CDC la causa más frecuente fue la prematurez-inmaturidad con 46.9%, seguido por malformación congénita letal con 24.5%, otras causas con 14.3%, asfixia y causas relacionadas con 10.2% e infecciones con 4.1%, como se puede observar en la **Tabla 4**.

Respecto a las Muertes Fetales se reportaron 61 casos en la región Arequipa de las cuales la causa con mayor proporción fue hipoxia intrauterina con 47.5%, la siguiente fue muerte fetal de causa no especificada con 26.2%, feto afectado por complicaciones de placenta, cordón y membranas 13.1 %, otras causas con 8.2%, presencia de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con 3.3% y con menor proporción se encontró feto afectado por condiciones de la madre no relacionadas con el embarazo presente 1.6% (**Tabla 5**). (39)

Tabla 4. Muerte Neonatal según causas, Arequipa, 2015 – 2025

		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Total general	Casos	111.0	84.0	94.0	93.0	103.0	94.0	84.0	65.0	64.0	64.0	49.0
	Proporción	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
PREMATUREZ- INMATURIDAD	Casos	31.0	29.0	45.0	37.0	39.0	38.0	31.0	29.0	20.0	32.0	23.0
	Proporción	27.9%	34.5%	47.9%	39.8%	37.9%	40.4%	36.9%	44.6%	31.3%	50.0%	46.9%
INFECCIONES	Casos	25.0	21.0	13.0	9.0	19.0	16.0	7.0	9.0	13.0	12.0	2.0
	Proporción	22.5%	25.0%	13.8%	9.7%	18.4%	17.0%	8.3%	13.8%	20.3%	18.8%	4.1%
MALFORMACIÓN CONGÉNITA LETAL	Casos	29.0	15.0	20.0	26.0	23.0	15.0	17.0	12.0	10.0	7.0	12.0
	Proporción	26.1%	17.9%	21.3%	28.0%	22.3%	16.0%	20.2%	18.5%	15.6%	10.9%	24.5%
ASFIXIA Y CAUSAS RELACIONADAS	Casos	10.0	5.0	1.0	7.0	6.0	5.0	13.0	4.0	6.0	6.0	5.0
	Proporción	9.0%	6.0%	1.1%	7.5%	5.8%	5.3%	15.5%	6.2%	9.4%	9.4%	10.2%
ASPIRACIÓN NEONATAL DE LECHE Y ALIMENTO REGURGITADO	Casos			1.0	1.0							
	Proporción			1.1%	1.1%							
OTRAS CAUSAS	Casos	16.0	14.0	14.0	13.0	16.0	20.0	16.0	11.0	15.0	7.0	7.0
	Proporción	14.4%	16.7%	14.9%	14.0%	15.5%	21.3%	19.0%	16.9%	23.4%	10.9%	14.3%

Nota: Sistema de Vigilancia de Muerte Fetal y Neonatal – MINSA

Tabla 5. Muerte Fetal según causas, Arequipa, 2015 – 2025.

		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Total general	Casos	81.0	94.0	59.0	88.0	92.0	101.0	85.0	74.0	60.0	51.0	61.0
	Proporción	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
OTRAS CAUSAS	Casos	5.0		2.0	6.0	2.0	5.0		6.0	2.0	2.0	5.0
	Proporción	6.2%		3.4%	6.8%	2.2%	5.0%		8.1%	3.3%	3.9%	8.2%
FETO AFECTADO POR COMPLICACIONES DE PLACENTA, CORDÓN Y MEMBRANAS	Casos	2.0	5.0	3.0	8.0	13.0	24.0	14.0	13.0	5.0	5.0	8.0
	Proporción	2.5%	5.3%	5.1%	9.1%	14.1%	23.8%	16.5%	17.6%	8.3%	9.8%	13.1%
FETO AFECTADO POR COMPLICACIONES MATERNAS DEL EMBARAZO	Casos	1.0	3.0		5.0	4.0	3.0	7.0	7.0			
	Proporción	1.2%	3.2%		5.7%	4.3%	3.0%	8.2%	9.5%			
FETO AFECTADO POR CONDICIONES DE LA MADRE NO RELACIONADAS CON EL EMBARAZO PRESENTE	Casos	5.0	2.0	2.0	8.0	7.0	21.0	3.0	1.0		3.0	1.0
	Proporción	6.2%	2.1%	3.4%	9.1%	7.6%	20.8%	3.5%	1.4%		5.9%	1.6%
FETO AFECTADO POR LA DURACIÓN CORTA DE LA GESTACIÓN Y CON BAJO PESO AL NACER, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	Casos			1.0		4.0	3.0	1.0	2.0			
	Proporción			1.7%		4.3%	3.0%	1.2%	2.7%			
HIPOXIA INTRAUTERINA	Casos	47.0	60.0	45.0	43.0	42.0	27.0	26.0	13.0	36.0	20.0	29.0
	Proporción	58.0%	63.8%	76.3%	48.9%	45.7%	26.7%	30.6%	17.6%	60.0%	39.2%	47.5%
MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	Casos	6.0	11.0	5.0	8.0	5.0	10.0	11.0	5.0			2.0
	Proporción	7.4%	11.7%	8.5%	9.1%	5.4%	9.9%	12.9%	6.8%			3.3%
MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA	Casos	15.0	13.0	1.0	10.0	15.0	8.0	23.0	26.0	17.0	21.0	16.0
	Proporción	18.5%	13.8%	1.7%	11.4%	16.3%	7.9%	27.1%	35.1%	28.3%	41.2%	26.2%

Nota: Sistema de Vigilancia de Muerte Fetal y Neonatal – MINSA

3.4. Signos Y Síntomas De Alarma Durante El Embarazo

El embarazo marca una etapa en la vida de la mujer el cual llega acompañado de cambios fisiológicos y psicológicos los que debe comprender y asimilar. Durante la gestación pueden presentarse complicaciones como las ya mencionadas anteriormente las cuales surgirán con presencia de signos o síntomas que pueden servir de alarma para identificar las anormalidades. Como indica la Norma técnica N° 105 de salud: para la Atención Integral de Salud Materna es crucial que la gestante este capacitada para reconocer y diferenciar los signos y síntomas de alarma que constituyen una complicación que las debe llevar a acudir de inmediato a los establecimientos de salud o al hospital. (9,15,40)

A. Fiebre

Como lo indica el MINSA la fiebre es un indicador que se manifiesta como una reacción del sistema inmunológico ante la presencia de bacterias o virus, definida como el aumento de la temperatura del cuerpo por encima de 38°C. Entre las enfermedades infecciosas que pueden representar un riesgo durante el embarazo se encuentran el VIH, varicela, infecciones del tracto urinario, corioamnionitis. Además, existe la posibilidad de desarrollar sepsis lo que aumentaría la morbimortalidad materna y fetal. (9,41,42)

B. Nauseas Y Vómitos

La emesis gravídica según SAGO en su guía asistencial “Hiperemesis Gravidica” señala que usualmente aparece entre la 4 y 6 semana de gestación hasta las 16-18 semanas- Se caracteriza por presencia de vómitos que interfieren en las actividades diarias los cuales no presentan mejoría con el tratamiento, asociado a deshidratación, trastornos hidroelectrolíticos y pérdida de peso, de etiología desconocida. (40,42,43)

C. Acufenos O Tinnitus

MINSA se refiere a Tinnitus como la percepción de pitidos o golpes auditivos sin una fuente externa identificable, además suele estar asociado a trastornos hipertensivos (9,40,42)

D. Epigastralgia:

La ACOG se refiere a epigastralgia como el malestar en la zona superior del abdomen y a la espalda del esternón. Se relaciona con un signo premonitorio de preeclampsia y eclampsia. (30,40)

E. Alteraciones Oculares

Ubicado entre las complicaciones más comunes y graves que pueden ocurrir durante la gestación según la ACOG, mayormente asociado a cuadros hipertensivos como preeclampsia y eclampsia. La gravedad de las anomalías en la retina está estrechamente relacionada con el grado de hipertensión arterial presente. Además de estos trastornos, pueden surgir complicaciones a largo plazo, como trastornos neurológicos. (9,30,41,44)

F. Cefalea

La cefalea leve es común durante la gestación puede ser de causa tensional, migraña, entre otros. Entre sus causas en el embarazo es importante mencionar trastornos hipertensivos como preeclampsia, en este caso según lo indicado en su boletín “Hipertensión Gestacional y Preeclampsia” de la ACOG la cefalea se caracterizará por ser intensa y no cede con medicación analgésica, entre otras posibles etiologías como trombosis venosa cerebral, hemorragia subaracnoidea. (30,40)

G. Disminución De Los Movimientos Fetales

La disminución de movimientos fetales puede ser signo de compromiso fetal. Las gestantes pueden empezar a percibir los movimientos fetales a partir de las 18-20 semanas, es normal presentar un incremento de la actividad fetal especialmente posterior a la ingesta de alimentos, pero su disminución es un probable signo de hipoxia fetal según lo indicado por el MINSA. Algunos estudios optan por utilizar el método de Cardiff, el cual es mayormente utilizado en naciones occidentales, y consiste en contar 10 movimientos fetales dentro de un lapso de 10 horas; en otros países, el enfoque para el conteo será de 10 movimientos en un lapso de 2 horas. (42,45)

H. Sangrado Transvaginal

La presencia de sangrado en cualquier trimestre del embarazo es motivo de preocupación. Como lo señala Torres-Pineda en su revisión sistemática las causas del sangrado varían según el trimestre de gestación: durante el primer trimestre, las patologías más frecuentes son: aborto, mola hidatiforme y embarazo ectópico.(22) Según lo indica SAGO en el segundo y tercer trimestre las etiologías más frecuentes son alteraciones en la placenta como placenta previa, Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, vasa previa, Insuficiencia cervical o rotura uterina. (42,45)

I. Perdida De Líquido Amniótico

Como lo indica Araujo-Vargas et al en su artículo de revisión “Rotura prematura de membranas: diagnóstico y manejo”, la pérdida de líquido amniótico ocurre secundario a la rotura prematura de membranas, la cual existe como barrera contra el ascenso de gérmenes a través del cuello uterino y la vagina hacia el feto. La rotura de las membranas se evidenciará como la pérdida espontánea de líquido claro a través de la vagina con un

característico olor similar al cloro, puede ser evidenciado a través del examen físico por medio del especulo utilizando la maniobra de valsaba. Esto puede traer complicaciones como corioamnionitis, endometritis, sepsis, shock séptico. (40,46)

J. Edema

Se define como un incremento en el volumen del líquido intersticial, lo cual se evidencia clínicamente al observar una hendidura en la piel al presionarla (signo de fóvea positivo). Como lo indica la Norma técnica N° 105 del MINSA, es común durante la gestación un leve edema fisiológico, el cual no causa dolor y se localiza en tobillos y pies. pero es importante que se diferencie del edema patológico, usualmente asociado con preeclampsia, este puede afectar otras áreas como manos y rostro, además que se localizará a nivel de pantorrillas y rodillas en miembros inferiores. (9,15,40,42)

K. Disuria

Como lo indica SAGO en su guía “Protocolo Infecciones Del Tracto Urinario En El Embarazo” si bien es frecuente experimentar alteraciones en la micción en el embarazo, sintomatología como urgencia urinaria, incontinencia y disuria pueden ser manifestaciones de una infección urinaria o enfermedades venéreas. Aproximadamente el 8% de gestantes presentaran infección urinaria. (40,47)

L. Contracciones Uterinas Antes De Las 37 Semanas

MINSA menciona en su “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna” que, si las contracciones uterinas son dolorosas, frecuentes y regulares y se manifiestan antes de las 37 semanas, indica que el parto puede adelantarse por lo que la gestante debe de igual manera acudir al hospital para un parto seguro. (15,40,42)

3.5. Revisión de Antecedentes Investigativos

3.5.1. A Nivel Internacional

En las últimas décadas la salud materna ha cobrado mayor importancia por lo que han aumentado el número de estudios con la finalidad de disminuir las complicaciones en la gestación y la prevención de la mortalidad materna. En el año 2023, un estudio realizado por Tiruye, M et al. titulado “Conocimiento de las señales de peligro durante el embarazo y sus factores asociados entre las mujeres embarazadas de la ciudad de Hosanna, zona de Hadiya, sur de Etiopía.”, el cual fue llevado a cabo en los kebeles Hosanna Zuria, en Etiopía, durante el periodo del 30 de junio al 30 de julio del año 2021, examinó el entendimiento que poseían estas mujeres embarazadas de un país africano actualmente considerado en desarrollo. La información se obtuvo a través de entrevistas en persona utilizando un cuestionario que había sido previamente validado. En esta investigación se encontró que había una notable proporción de buen conocimiento, alcanzando el 63. 2%. Los signos de alerta más reconocidos fueron el sangrado vaginal intenso (55. 4%), seguido de la visión borrosa (n = 224, 54. 6%). En las conclusiones se registró un nivel adecuado de conocimiento sobre los signos de riesgo en el embarazo entre las mujeres gestantes, en comparación con otros estudios realizados en Etiopía. Además, este análisis sugiere que los centros de salud y los trabajadores del área deberían enfocarse en la atención prenatal, así como en la edad y el número de partos de la madre, al proporcionar información sobre los signos de riesgo durante el embarazo.(48)

En una revisión sistemática realizada por Yunitasari et al. en el año 2023 titulada “Conocimiento de los signos de alarma obstétricos por parte de las mujeres

embarazadas en un país en desarrollo: revisión sistemática” la cual realiza una revisión de literatura global, incluyendo principalmente países en desarrollo como Indonesia, Etiopía, India, que analiza el nivel de conocimiento de las mujeres embarazadas sobre los signos de alarma durante el embarazo. Los hallazgos mostraron predominio en el nivel de conocimiento bajo a moderado, además que elementos como un nivel educativo más alto, experiencias previas de embarazo, un mayor número de consultas prenatales y dar a luz en centros de salud están vinculados a un entendimiento más claro de las señales de advertencia. No obstante, hay obstáculos culturales y familiares, principalmente en lo que respecta al apoyo del cónyuge y de los mayores de la familia, que complican las decisiones para buscar atención médica. En este estudio los autores sugieren potenciar la educación en salud mediante iniciativas enfocadas en eliminar barreras a nivel familiar y comunitario, además de aprovechar herramientas como guías de salud materno-infantil, nos indican que reconocer y superar los impedimentos en la búsqueda de atención médica en el hogar es crucial para disminuir la mortalidad materna en regiones en desarrollo. (49)

En Libia, Elhage et al. llevaron a cabo un estudio titulado “Evaluación del conocimiento sobre los signos de alarma del embarazo y sus factores asociados entre mujeres embarazadas en Libia: Un estudio transversal” con el objetivo de evaluar los conocimientos de los signos de alarma obstétricos en mujeres embarazadas atendidas en consultorio externo del Centro Médico de Tobruk entre los meses de agosto y octubre del año 2023, se entrevistaron 301 mujeres con un cuestionario previamente aprobado. Los resultados revelaron que el 79.4% conocían los signos de alarma, entre los cuales los más conocidos eran fatiga (41,5 %) y el dolor de cabeza intenso (23,3

%), mientras que el menos común fue la pérdida repentina de líquidos (10,6 %). Además, se observó que el estado civil podía ser considerado un factor predictor sobre el conocimiento ya que las más propensas a tener mayor conciencia y conocimiento sobre estos signos de peligro eran mujeres casadas. Los autores concluyeron que hubo un gran manifiesto de un alto nivel de conocimiento sobre los signos de alarma obstétricos entre las encuestadas, además invita al personal de salud a mantener y mejorar aún más este conocimiento ya que podría contribuir a la reducción de la morbilidad materna y neonatal en la región. (50)

En conjunto, estos análisis demuestran que, aunque se han hecho progresos en la sensibilización sobre los signos de peligro en el embarazo, todavía existen disparidades relacionadas con el entorno sociocultural, educativo y estructural. La recomendación general es evidente: es necesario reforzar la formación en salud materna, fomentar el acceso a chequeos prenatales y elaborar planes que tomen en cuenta las dinámicas comunitarias y familiares. Solo de esta manera se logrará avanzar hacia una disminución efectiva de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal en áreas desfavorecidas.

3.5.2. A Nivel Nacional

En Perú, en los últimos años se ha visto una reducción en el número de muertes maternas a nivel nacional desde el año 2022, teniendo mayor porcentaje de casos en instituciones del Ministerio de Salud (MINSA). Podríamos deber esta marcada reducción a la importancia dada por el gobierno a la prevención de la morbilidad materna y neonatal, cobrando aquí gran importancia el seguimiento de los controles prenatales, la enseñanza a las gestantes de los signos de alarma en el embarazo y la

mejora respecto a la atención de emergencias obstétricas por parte del personal de salud. (4)

En el año 2023, Huarcaya M., realizó una investigación titulada “Nivel de Conocimiento sobre Signos y Síntomas de Alarma en Gestantes Controladas, Hospital Regional de Ica, 2023” la cual tuvo como finalidad hallar la relación entre el nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en gestantes del Hospital Regional de Ica. Se utilizó una muestra de 85 gestantes a las que se le realizó una encuesta a modo de entrevista. En los resultados se evidenció que el 64.7% mostró un nivel medio de conocimientos de signos y síntomas, el 57.6% mostraba niveles altos respecto a los signos de alarma y el 47.1% evidenció un nivel medio de conocimientos sobre síntomas de alerta. Concluyendo que el conocimiento en el área fue regular en su mayoría. (51)

En Lima, Rodríguez C. Realizó una investigación en el año 2024 titulada “Nivel De Conocimiento Sobre Signos De Alarma Durante El Embarazo En Gestantes Atendidas En El Hospital Hipólito Unanue 2024” la cual tenía como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre los signos de alarma en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue-Lima, Perú. Se entrevistaron a 174 gestantes que se atendían en el servicio Obstetricia mediante el uso de un cuestionario personal. En los hallazgos se evidenció que del total de las encuestadas el nivel de conocimiento fue de un nivel alto en un 74,14%, nivel medio de 15,52% y de un nivel bajo en un 10,34%. El autor concluyó que la mayoría de las gestantes atendidas en este hospital de Lima tienen un nivel adecuado de conocimientos generales sobre los signos de alarma durante el embarazo.(9)

En Piura, el año 2025, Bances J. y Gonzales W. realizaron un estudio titulado “Nivel de Conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas en el Centro de Salud I-4 Tambogrande – Piura, 2024” cuyo propósito fue identificar el grado de conocimiento sobre señales y síntomas de alerta entre mujeres embarazadas. Entre los resultados en cuanto al conocimiento, el 32. 2% mostró un nivel alto, el 59. 2% un nivel medio y el 8. 6% un nivel bajo. Los síntomas como fiebre (95. 4%) y la reducción en los movimientos fetales (86. 8%) fueron reconocidos adecuadamente, mientras que la pérdida de líquido amniótico (36. 8%) y las cefaleas severas (36. 8%) presentaron carencias en su identificación. El autor llegó a la conclusión de que había un déficit en la identificación de síntomas críticos como la pérdida de líquido amniótico y las cefaleas intensas, que están relacionados con complicaciones serias. En su estudio sugiere la urgencia de establecer programas educativos dirigidos a embarazadas con menor nivel educativo y de mejorar la calidad de los controles prenatales para disminuir los riesgos materno-fetales.(52)

En conjunto, estos descubrimientos resaltan que, a pesar de los logros en la promoción de la salud materna, continúan existiendo diferencias regionales y educativas que deben ser atendidas a través de iniciativas de sensibilización más inclusivas y enfoques adaptados al contexto local. El constante mejoramiento en la calidad de los cuidados prenatales y la instrucción sobre signos de alerta es esencial para afianzar los progresos alcanzados y seguir minimizando los riesgos materno-fetales en el país.

3.5.3. A Nivel local

En un estudio titulado “Relación Entre Conocimiento Y Actitudes Frente A Los Signos Y Síntomas De Alarma En El Embarazo De Gestantes Del Hospital Regional Honorio

Delgado Espinoza, Arequipa 2023” realizado por Vilca, J. en el año 2023, se tomó como muestra a 100 pacientes a quienes se les aplicó un cuestionario previamente aprobado. Entre los hallazgos se evidenció que lo más frecuente eran un nivel alto de conocimientos en un 88% seguido del nivel medio en un 12%, en este estudio se resalta que no se encontró nivel bajo. Respecto a la relación con las actitudes, se evidenció que el 78% de pacientes que poseían un nivel de conocimiento alto presentaban también una actitud favorable, mientras que las pacientes que mostraron un conocimiento intermedio en el tema tenían actitudes favorables en un 100%. El autor concluyó que no existía una relación significativa entre los conocimientos y actitudes frente a los signos y síntomas de alarma en el embarazo en la muestra medida. (42)

En el año 2021, Arenas L. realizó una investigación titulada “Características De La Atención Prenatal En Gestantes Durante El Contexto Del Covid- 19, En El Hospital Honorio Delgado Espinoza. Arequipa Enero – Febrero 2021”, donde se utilizó de muestra a 278 gestantes referidas de centros de atención primaria que dieron a luz en el Hospital Honorio Delgado Espinoza entre enero y febrero de 2021, Respecto a la atención prenatal durante la pandemia de COVID-19, específicamente sobre los signos y síntomas de alarma se evidencio que el 82,01% fue capacitado por un profesional de salud para identificar señales de alerta durante el embarazo y qué acciones tomar ante ellas, y el 52,16% fue instruido de forma particular sobre las señales que indican el inicio del parto. La autora resalta la importancia de fortalecer la atención prenatal, implementar estrategias de atención temprana, y garantizar la continuidad de los controles obstétricos a pesar de las restricciones sanitarias, para reducir complicaciones. (53)

En conjunto, ambos estudios enfatizan la relevancia de mantener y potenciar la educación prenatal como herramienta fundamental para prevenir complicaciones en las madres. Además, demuestran que tener información no es suficiente para asegurar actitudes adecuadas, por lo que es necesario un enfoque holístico que combine información clara, apoyo emocional y acceso oportuno a servicios de salud.

4. HIPÓTESIS

Dado que el nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo en las gestantes atendidas en el consultorio externo de gineco-obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz está significativamente relacionado con sus características sociodemográficas y obstétricas, es probable que aquellas mujeres con mayor grado de instrucción, estado civil estable (conviviente o casada), mayores de edad, multigestas y con mayor número de controles prenatales presenten un mejor reconocimiento de dichos signos y síntomas.



1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

El método empleado fue la encuesta, por su efectividad en la recolección de datos organizados de forma veloz y asequible sobre la variable en cuestión, además de garantizar la homogeneidad en cuanto a la recolección de datos y favorecer la medición precisa de la variable a estudiar.

1.2. Instrumentos

Se aplicó el cuestionario de Bances L. y Gonzales W. el cual consta de 17 ítems: 3 de datos sociodemográficos y 2 de obstétricos, 7 de signos de alarma obstétrica y 5 de síntomas de alarma obstétrica (**Anexo 02**), el cual permitió recopilar información a través de las respuestas proporcionadas por nuestra muestra.

En las secciones destinadas a recopilar datos sobre el conocimiento, cada respuesta fue calificada asignando un valor de 1 punto por respuestas incorrectas y 2 puntos por respuestas correctas, de acuerdo con la opción seleccionada. Se utilizó una escala de evaluación que categorizó los resultados como se observa en la **Tabla 6:** (52)

Tabla 6. Escala de Evaluación del Instrumento

Nivel de Conocimiento	Puntaje
Alto	21 a 24 puntos
Intermedio	17 a 20 puntos
Bajo	12 a 16 puntos

Nota: Elaboración Propia

1.2.1. Confiabilidad:

Bances L. y Gonzales W. realizaron un análisis de confiabilidad del instrumento utilizando el programa SPSS, el cual reportó un alfa de Cronbach de 0.83, valor que se interpreta como una consistencia interna aceptable conforme a los datos obtenidos.

(Anexo 03)

1.3. Materiales de Verificación

Para la recolección y análisis de la información en este estudio, se emplearon los siguientes recursos:

- Instrumento digital: Se implementó un formulario organizado, modificado para la herramienta "Google Forms", lo que facilitó una difusión eficaz y una recolección automática de la información entre las gestantes atendidas en consultorio.
- Herramientas de análisis estadístico: Los datos obtenidos fueron procesados y sistematizados mediante los programas Minitab y Microsoft Excel.
- Equipos y recursos informáticos: Se emplearon ordenadores, unidades de almacenamiento, imprenta y herramientas de oficina para la elaboración, estructuración, respaldo y conservación de la información recopilada a lo largo de la investigación.

1.4. Procedimientos

Para la obtención de los datos se aplicó una encuesta estructurada de tipo autoadministrada, la cual fue presentada de manera virtual a través de la plataforma Google Forms a cada gestante. En este procedimiento, el entrevistador realizó la encuesta de tipo personal, se leía cada pregunta a la gestante y, en función de sus respuestas, se registraron directamente en el formulario. De esta manera, se garantizó que la información fuera recogida de forma

estandarizada, eficiente y con plena garantía de confidencialidad. Este procedimiento permitió un acceso sencillo a las gestantes atendidas en el consultorio externo de gineco-obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

El estudio fue realizado en las instalaciones del centro de salud Maritza Campos Diaz – Zamacola, en el distrito de Cerro Colorado, en la ciudad de Arequipa.

2.2. Ubicación Temporal

El estudio se realizó durante los meses de diciembre del año 2025 y enero del 2026.

2.3. Unidades de Estudio

Las unidades de estudio fueron las gestantes atendidas en consultorio de gineco-obstetricia del centro de salud Maritza Campos Diaz durante los meses de diciembre del año 2025 y enero del 2026, cuyos controles prenatales sean realizados en el mismo establecimiento.

2.4. Población

La población fueron las gestantes atendidas en consultorio de gineco-obstetricia del centro de salud Maritza Campos Diaz – Zamacola durante los meses de diciembre 2025 y enero 2026 que realicen sus controles prenatales en el C.S. Maritza Campos Diaz.

2.4.1. Universo

La población fueron las gestantes atendidas en consultorio de gineco-obstetricia del centro de salud Maritza Campos Diaz – Zamacola.

2.4.2. Criterios de Inclusión

- Pacientes con gestación confirmada por prueba de embarazo o ecografía.
- Gestantes de cualquier trimestre del embarazo
- Pacientes gestantes que hayan sido atendidas en el consultorio externo de gineco-obstetricia del centro de salud Maritza Campos Diaz – Zamacola durante los meses de diciembre del año 2025 y enero del año 2026.
- Gestantes que realicen sus controles prenatales en el C.S. Maritza Campos Diaz
- Gestantes que acepten participar voluntariamente en el estudio mediante el consentimiento informado.
- Gestantes que comprendan el español para responder adecuadamente el instrumento.

2.4.3. Criterios de Exclusión

- Gestantes con diagnóstico de alteraciones cognitivas que limiten la comprensión del cuestionario.
- Gestantes que se encuentren en situación de emergencia obstétrica al momento de la entrevista.
- Gestantes que realicen sus controles prenatales en otro Centro de salud.
- Gestantes que no completen el instrumento aplicado.
- Gestantes que no acepten participar voluntariamente en el estudio.

2.5. Muestra

El estudio empleó un muestreo probabilístico, en el que se encuestó a gestantes atendidas en el consultorio de gineco-obstetricia del centro de salud Maritza Campos Diaz – Zamacola que realicen sus controles prenatales en el mismo y además que aceptaron participar y estuvieron disponibles en el momento de la recolección de datos. La población objetivo del estudio está conformada por gestantes atendidas en consultorio de gineco-obstetricia del centro de salud Maritza Campos Diaz que realicen sus controles prenatales en este mismo, según lo reportado por el servicio de estadística del establecimiento en los meses de octubre y noviembre del año 2025 se atendieron 179 gestantes que cumplían con los requisitos, por lo que se trabajará con este número para obtener la muestra.

Para determinar el tamaño de muestra se utilizó la fórmula de poblaciones finitas con su respectiva fórmula de factor de corrección; de tal forma que con un 95% de confiabilidad y 5 % de error, el tamaño de muestra es de 123 unidades de estudio.

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Donde:

- N= 178 (gestantes que cumplían los criterios de inclusión)
- Z=1.96 (nivel de confianza 95%)
- p=0.5 (proporción esperada, máxima variabilidad)
- d=0.05 (margen de error)

Considerando un nivel de confianza del 95% ($Z = 1.96$), una proporción esperada de 0.5 ($p = 0.5$) por máxima variabilidad, y un margen de error del 5% ($d = 0.05$). Con estos parámetros, se obtuvo un tamaño muestral mínimo de 123 participantes. El estudio se llevó a cabo a través de un muestreo probabilístico y se buscó igualar esta cifra mínima de participantes para asegurar que los resultados sean estadísticamente válidos.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

La recolección de datos se llevó a cabo previa autorización de las autoridades académicas correspondientes del comité de ética de la Universidad Católica Santa María (Anexo 06) y previa autorización de la Red de Salud Arequipa-Caylloma (Anexo 07) además del Centro de Salud Maritza Campos Díaz. Se explicó a las participantes la finalidad del estudio y se solicitó su consentimiento informado de manera voluntaria antes de aplicar el instrumento. El cuestionario fue administrado de forma virtual, utilizando la plataforma Google Forms, lo que permitió una recolección más eficiente y segura. Las fichas de recolección fueron anónimas y se garantizó en todo momento la confidencialidad de la información obtenida, resguardando la identidad y privacidad de las gestantes participantes.

Posterior de la aplicación del instrumento, a cada gestante se le entregó un folleto sobre los signos y síntomas de alarma obstétrica más comunes durante la gestación (Anexo 05) como material informativo visual. Asimismo, se brindó una breve explicación oral con el objetivo de promover el correcto reconocimiento de estos signos y síntomas, observándose una respuesta positiva e interés por parte de las participantes.

3.1.1. Validación del instrumento

El instrumento que se empleó en la recopilación de datos consiste en un cuestionario confidencial. Considerando la validación en la investigación realizada por Bances L. y Gonzales W. que fue otorgada por la Obstetra Luz Liliana Cevallos Crisanto (Código 2918-E.09); y la Obstetra Flor Jaqueline Moran Rosillo (Código 2908-E.09). **(Anexo 04)** teniendo en cuenta su experiencia profesional y saberes en la disciplina, además de su especialización en Emergencias Obstétricas. La herramienta fue considerada adecuada y con la solidez suficiente para ser utilizada en población de gestantes atendidas en el consultorio externo de gineco-obstetricia dentro del contexto académico peruano.

3.2. Plan de análisis de datos

Los datos recolectados de las encuestas se pueden observar en el Anexo 08, los que se obtuvieron mediante encuestas tipo entrevista personal, fueron categorizados y clasificados en el programa Microsoft Excel 2019 para su posterior clasificación, codificación, recuento, tabulación y graficación.

Para hallar la asociación entre variables se empleó el análisis estadístico bivariado realizando el tratamiento estadístico, donde se exportó la matriz realizada en Microsoft Excel al software estadístico Minitab versión 17, mediante el uso de la prueba Chi cuadrado de Pearson (X^2) para variables cualitativas considerando las relaciones estadísticamente significativas con un valor de p menor 0.05.

3.3. Recursos

3.3.1. Humanos

- Investigadora: Verónica Fiorella Zaira Márquez

3.3.2. Materiales

- Computadora
- Celular
- Internet
- Folletos

3.3.3. Financieros

Autofinanciado

3.4. Aspectos éticos

La recolección de datos se llevó a cabo previa autorización de las autoridades académicas correspondientes de la Universidad Católica Santa María, de la Red de Salud Arequipa – Caylloma y del Centro de Salud Maritza Campos Díaz donde se realizó el estudio.

A las gestantes participantes se les explicó de manera clara la finalidad de la investigación y se solicitó su consentimiento informado de forma voluntaria antes de la aplicación del cuestionario.

El instrumento fue administrado de manera virtual mediante la plataforma Google Forms, lo que permitió una recolección eficiente y segura. Las fichas de recolección fueron anónimas y se garantizó en todo momento la confidencialidad de la información obtenida, resguardando la identidad y privacidad de las gestantes participantes.

Asimismo, se aseguró que la participación no implique riesgos físicos ni psicológicos, respetando los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, en concordancia con las normas éticas internacionales de investigación en salud.



CAPITULO III

RESULTADOS

Se encuestó a 123 gestantes que acudieron para recibir atención en Consultorio Externo de Gineco-Obstetricia del C. S. Maritza Campos Diaz en los meses de diciembre de 2025 y enero del 2026 para conocer el nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo y los factores asociados a su nivel de conocimiento, de las cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A. Edad

Tabla 7. Frecuencia de las edades de las gestantes atendidas en Consultorio Externo de Gineco-Obstetricia del C.S. Maritza Campos Diaz

Edad	N	(%)
18 a 34 años	98	(79.7)
Más de 35 años	25	(20.3)
TOTAL	123	(100)

Nota: Elaboración Propia

La **Tabla 7** expone la distribución de las edades que presentaron las gestantes entrevistadas que fueron atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz durante los meses de diciembre de 2025 y enero del año 2026. Se observa que el grupo etario predominante corresponde a gestantes de 18 a 34 años, quienes concentran el 79.7% (n=98) del total de la muestra. Seguido de las gestantes del grupo etario de más de 35 años las que constituían el 20.3% (n=25) de la muestra total.

Se destaca que no se registraron pacientes menores de 18 años en la muestra recolectada, este hallazgo se considera relevante ya que evidencia la baja frecuencia de embarazo adolescente en el contexto y población estudiada.

B. Estado Civil

Tabla 8. Frecuencia del estado civil de las gestantes atendidas en Consultorio Externo de Gineco-Obstetricia del C.S. Maritza Campos Diaz.

Estado Civil	N	(%)
Soltera	13	(10.6)
Conviviente	92	(74.8)
Casada	17	(13.8)
Divorciada	1	(0.8)
TOTAL	123	(100.0)

Nota: Elaboración Propia

En la **Tabla 8** se evidencia la distribución del estado civil en las gestantes entrevistadas. Se observa que el estado civil predominante corresponde a conviviente con un porcentaje de 74.8% (n=92) de la muestra total. En segundo lugar, se encontraron las mujeres casadas con 13.8% (n=17) de la población; seguido de las mujeres solteras que constituían el 10.6% (n=13) y por último las mujeres divorciadas con 0.8% (n=1). Se destaca que no se encontraron entre los hallazgos mujeres viudas lo que evidencia la baja frecuencia de este estado civil entre la muestra estudiada.

C. Nivel de Instrucción

Tabla 9. Frecuencia del Nivel de Instrucción de las gestantes atendidas en Consultorio Externo de Gineco-Obstetricia del C.S. Maritza Campos Diaz

Nivel de Instrucción	N	(%)
Primaria	2	(1.6)
Secundaria	103	(83.7)
Superior no universitaria	13	(10.6)
Superior universitaria	5	(4.1)

TOTAL	123	(100.0)
-------	-----	---------

Nota: Elaboración Propia

La distribución del nivel de instrucción se muestra en la **Tabla 9**, en la cual se aprecia que la mayor proporción la obtuvieron gestantes con secundaria completa con el 83.7% (n=103) del total de la muestra. El 10.6% (n=13) pertenecía a gestantes que llegaron a cursar estudios superiores no universitarios mientras que aquellas que cursaron estudios universitarios correspondían al 4.1% (n=5) del total de la muestra. Seguido de aquellas gestantes cuyo grado de instrucción era primaria se concentraron en el 1.6% (n=2) de la muestra estudiada.

Es importante señalar que no se registraron gestantes sin grado de instrucción en la muestra recolectada, lo que constituye un hallazgo metodológico que señala la baja incidencia de analfabetismo en la población estudiada.

DATOS OBSTÉTRICOS

A. Número de Gestación

Tabla 10. Frecuencia del Número de Gestación de las gestantes atendidas en Consultorio Externo de Gineco-Obstetricia del C.S. Maritza Campos Diaz

Numero de Gestación	N	(%)
Primigesta (1)	60	(48.8)
Segundigesta (2)	42	(34.1)
Multigesta (3 o más)	21	(17.1)
TOTAL	123	(100.0)

Nota: Elaboración Propia

La **Tabla 10** señala la frecuencia del número de gestaciones de las pacientes atendidas en Consultorio Externo de Gineco-Obstetricia en donde se observa que el mayor porcentaje

correspondía a las mujeres primigestas con el 48.8% (n=60), seguido por las que cursaban su segundo embarazo que concentraron el 34.1% (n=42) del total de la muestra. Además, las pacientes multigestas definido como las que cursan su tercera gestación o más correspondieron al 17.1% (n=21) de la muestra estudiada.

B. Número de control Prenatal

Tabla 11. Frecuencia del Número de Controles Prenatales de las gestantes atendidas en Consultorio Externo de Gineco-Obstetricia del C.S. Maritza Campos Diaz

Numero de Controles Prenatales	N	(%)
0-3	11	(8.9)
4-5	28	(22.8)
6 o más	84	(68.3)
TOTAL	123	(100.0)

Nota: Elaboración Propia

La distribución del número de controles prenatales de las gestantes se presenta en la **Tabla 11**, donde se evidencia que la mayor proporción corresponde a aquellas con 6 o más controles, representando el 68.3% (n=84) del total de la muestra. Este resultado indica que la mayoría de las participantes alcanzó el número mínimo de controles prenatales establecido por el MINSA, lo cual puede influir positivamente en la comprensión de información relacionada con el cuidado de la salud materna.

Asimismo, el 22.8% (n=28) de las gestantes indicó una asistencia entre 4-5 controles prenatales, mientras que el 8.9% (n=11) manifestó estar la asistencia entre 0 a 3 controles reflejando una menor proporción de participantes que estaban iniciando sus controles prenatales.

NIVEL DE CONOCIMIENTO

Tabla 12. Frecuencia de Nivel de Conocimiento de las gestantes atendidas en Consultorio Externo de Gineco-Obstetricia del C.S. Maritza Campos Diaz

Nivel de conocimiento	Puntaje	N	(%)
Alto	21 a 24 puntos	109	(88.6)
Intermedio	17 a 20 puntos	13	(10.6)
Bajo	12 a 16 puntos	1	(0.8)
TOTAL		123	(100.0)

Nota: Elaboración Propia

La **Tabla 12** presenta cómo se distribuye el conocimiento entre las mujeres embarazadas que acudieron al consultorio de gineco-obstetricia del C.S. Maritza Campos Diaz. Se destaca que la mayor parte de las participantes mostró un alto nivel de conocimiento con un 88.6% (n=109) del total de la muestra.

Por otro lado, un 10.6% (n=13) de las mujeres embarazadas logró un nivel intermedio de conocimiento, sugiriendo que tienen información parcial. Además, solo el 0.8% (n=1) de las participantes tuvo un bajo nivel de conocimiento, lo que representa la menor porción de la población estudiada.

NIVEL DE CONOCIMIENTO VS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A. Nivel de conocimiento vs Edad de las gestantes

Tabla 13. Relación entre el nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma y la edad de las gestantes atendidas en consultorio externo de Gineco-Obstetricia del C.S. Maritza Campos Diaz.

Edad de la gestante		
18 a 34 años	Más de 35 años	TOTAL

		N	(%)	N	(%)	N	(%)
Nivel de Conocimiento	Alto	89	(90.8)	20	(80.0)	109	(88.6)
	Intermedio	8	(8.2)	5	(20.0)	13	(10.6)
	Bajo	1	(1.0)	0	(0.0)	1	(0.8)
TOTAL		98	(100.0)	25	(100)	123	(100.0)

Nota: Elaboración Propia

La **Tabla 13** presenta la relación entre el nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo y la edad de las gestantes atendidas en el consultorio de gineco-obstetricia del C.S. Maritza Campos Diaz en la muestra entrevistada (n=123).

En la presente tesis no se identificaron gestantes menores de edad, por lo que la población evaluada estuvo conformada exclusivamente por mujeres de 18 años a más.

Del rango de edad entre 18-34 años (n=98), el 90.8% (n=89) de las gestantes presentaron un alto nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo, mientras que el 8.2% (n=8) presentaron un nivel intermedio de conocimiento y el 1% (n=1) contaron con un nivel de conocimiento bajo.

En las gestantes con más de 35 años (n=25), predominó el nivel alto de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo con un 80% (n=20), mientras que el 20% (n=5) alcanzó un nivel intermedio.

B. Nivel de conocimiento vs Estado civil del paciente

Tabla 14. *Relación entre el nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma y el estado civil de las gestantes atendidas en consultorio externo de Gineco-Obstetricia del C.S. Maritza Campos Diaz*

Estado civil

		Soltera		Conviviente		Casada		Divorciada		TOTAL	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Nivel de conoci miento	Alto	10	(76.9)	83	(90.2)	16	(94.1)	0	(0.0)	109	(88.6)
	Intermedio	3	(23.1)	8	(8.7)	1	(5.9)	1	(100.0)	13	(10.6)
	Bajo	0	(0.0)	1	(1.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.8)
TOTAL		13	(100.0)	92	(100.0)	17	(100.0)	1	(100.0)	123	(100.0)

Nota: Elaboración Propia

La **Tabla 14** presenta la relación del nivel de conocimiento con el estado civil donde, predominó el nivel alto de conocimiento en las gestantes convivientes, con el 90.2% (n=83) de estas, 8.7% (n=8) presentaron un nivel intermedio de conocimiento además que 1.1% (n=1) de gestantes convivientes presentaron un nivel bajo de conocimientos sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo.

En mujeres casadas el 94.1% (n=16) alcanzó un nivel alto de conocimiento mientras que el nivel intermedio se concentró en el 5.9% (n=1). En el grupo de solteras, el 76.9% (n=10) presentó un nivel alto y el 23.1% (n=3) un nivel intermedio. Asimismo, se identificó una gestante divorciada con nivel intermedio de conocimiento. Cabe destacar que no se encontraron gestantes viudas durante el desarrollo de la presente tesis.

C. Nivel de conocimiento vs Nivel de instrucción del paciente

Tabla 15. Relación entre el nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma y el nivel de instrucción de las gestantes atendidas en consultorio externo de Gineco-Obstetricia del C.S. Maritza Campos Diaz

		Nivel de Instrucción				TOTAL
		Primaria	Secundaria	Superior no universitaria	Superior universitaria	

		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Nivel de conocimiento	Alto	0	(0.0)	92	(89.3)	13	(100.0)	4	(80.0)	109	(88.6)
	Intermedio	1	(50.0)	11	(10.7)	0	(0.0)	1	(20.0)	13	(10.6)
	Bajo	1	(50.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.8)
TOTAL		2	(100.0)	103	(100.0)	13	(100.0)	5	(100.0)	123	(100.0)

Nota: Elaboración Propia

Del total de gestantes según Nivel de instrucción como se observa en la **Tabla 15**, se observó que la mayoría correspondía a aquellas con educación secundaria, de ellas el 89.3% (n=92) presentó un nivel alto de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo, mientras que el 10.7% (n=11) evidenció un nivel intermedio.

En las gestantes con educación superior no universitaria, el 100% alcanzó un nivel alto de conocimiento. De igual manera, en aquellas con educación superior universitaria el 80% (n=4) presentó un nivel alto y el 20% (n=1) un nivel intermedio.

Por otro lado, entre las gestantes con educación primaria, el 50% (n=1) presentó un nivel intermedio y el 50% (n=1) un nivel bajo de conocimiento. No se registró en el presente estudio gestantes sin instrucción.

NIVEL DE CONOCIMIENTO VS CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

A. Nivel de conocimiento vs Número de gestaciones

Tabla 16. *Relación entre el nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma y el número de gestaciones de las gestantes atendidas en consultorio externo de Gineco-Obstetricia del C.S. Maritza Campos Diaz*

						Numero de gestaciones			TOTAL	
		Primigesta		Segundigesta		Multigesta				
N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	

Nivel de conocimiento	Alto	53	(88.3)	39	(92.9)	17	(81.0)	109	(88.6)
	Intermedio	6	(10.0)	3	(7.1)	4	(19.0)	13	(10.6)
	Bajo	1	(1.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.8)
TOTAL		60	(100.0)	42	(100.0)	21	(100.0)	123	(100.0)

Nota: Elaboración Propia

El análisis de la relación entre el número de gestaciones y el nivel de conocimiento se puede observar en la **Tabla 16**. En las primigestas, el 88.3% (n=53) alcanzó un nivel alto de conocimiento, mientras que el 10.0% (n=6) presentó un nivel intermedio y el 1.7% (n=1) evidenció un nivel bajo en su conocimiento sobre signos y síntomas de alarma.

Entre las gestantes que cursaban su segundo embarazo, el 92.9% (n=39) mostró un nivel alto de conocimiento, seguido del 7.1% (n=3) con nivel intermedio.

En las pacientes multigestas el 81.0% (n=17) presentó un nivel alto de conocimiento; además las gestantes que presentaron un nivel intermedio se concentraron en el 19.0% (n=4), no se presentaron casos con nivel bajo.

B. Nivel de conocimiento vs Número de Control Prenatal

Tabla 17. *Relación entre el nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma y el número de controles prenatales de las gestantes atendidas en consultorio externo de Gineco-Obstetricia del C.S. Maritza Campos Diaz*

Nivel de conocimiento	Alto	Numero de Controles Prenatales						TOTAL	
		0-3		4-5		6 o más		N	(%)
		N	(%)	N	(%)	N	(%)		
		8	(72.7)	24	(85.7)	77	(91.7)	109	(88.6)
	Intermedio	3	(27.3)	3	(10.7)	7	(8.3)	13	(10.6)

	Bajo	0	(0.0)	1	(3.6)	0	(0.0)	1	(0.8)
TOTAL		11	(100.0)	28	(100.0)	84	(100.0)	123	(100.0)

Nota: Elaboración Propia

El análisis de la relación entre el número de controles prenatales y el nivel de conocimiento se puede evidenciar en la **Tabla 17**. Entre las gestantes que tuvieron 0–3 controles, el 72.7% alcanzó un nivel alto de conocimiento, mientras que el 27.3% se ubicó en nivel intermedio. En el grupo que asistió a 4 o 5 controles prenatales, el conocimiento alto se incrementa al 85.7%, con un 10.7% en nivel intermedio y con un nivel bajo de conocimiento el 3.6%. En quienes realizaron 6 o más controles, el 91.7% presentó un nivel alto de conocimiento y solo el 8.3% se mantiene en nivel intermedio.

PRUEBA DE CHI- CUADRADO PARA LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS

Tabla 18. Prueba de Chi- cuadrado para las Características Sociodemográficas y Características Obstétricas

Variable	Indicadores	Nivel de conocimiento						Total	χ^2	p
		Alto		Intermedio		Bajo				
		N	Conteo esperado	N	Conteo esperado	N	Conteo esperado			
Edad	18–34 años	89	86.846	8	10.358	1	0.797	98	3.159	0.206
	≥35 años	20	22.154	5	2.642	0	0.203	25		
	Total	109		13		1		123		
Estado civil	Soltera	10	11.52	3	1.374	0	0.106	13	11.659	0.070
	Conviviente	83	81.528	8	9.724	1	0.748	92		
	Casada	16	15.065	1	1.797	0	0.138	17		
	Divorciada	0	0.886	1	0.106	0	0.008	1		

	Total	109		13		1		123		
Grado de instrucción	Primaria	0	1.772	1	0.211	1	0.016	2		
	Secundaria	92	91.276	11	10.886	0	0.837	103		
	Superior no univ.	13	11.52	0	1.374	0	0.106	13	62.248	0.000
	Superior univ.	4	4.431	1	0.528	0	0.041	5		
	Total	109		13		1		123		
Número de gestaciones	Primigesta	53	53.171	6	6.341	1	0.488	60		
	Segundigesta	39	37.22	3	4.439	0	0.341	42	3.188	0.527
	Multigesta	17	18.61	4	2.22	0	0.171	21		
	Total	109		13		1		123		
Controles prenatales	0-3	8	9.748	3	1.163	0	0.089	11		
	4-5	24	24.813	3	2.959	1	0.228	28	7.123	0.130
	≥6	77	74.439	7	8.878	0	0.683	84		
	Total	109		13		1		123		

Nota: Elaboración propia

La **Tabla 18** muestra los resultados de Chi- cuadrado y el valor de p de las características sociodemográficas y obstétricas.

Se evidencia que el grado de instrucción presentó una asociación estadísticamente altamente significativa con el nivel de conocimiento mostrando un $X^2 = 67.248$ y un valor de $p < 0.05$, siendo $p = 0.000$. Mostrando que el grado de instrucción de las gestantes y el nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo presentan una relación real y no atribuible al azar, siendo la educación secundaria y superior, las categorías que presentan mayor proporción de alto conocimiento.

DISCUSION

El presente estudio tuvo como objetivo general determinar el nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo de las gestantes atendidas en consultorio externo de gineco-obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Diaz, Zamacola – Arequipa, 2025.

Los resultados de la presente tesis reportan que el nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo fue en su mayoría de un nivel alto como se muestra en la **Tabla 12**, lo que evidencia que la mayor proporción presenta un nivel de conocimiento adecuado sobre el tema estudiado. En segundo lugar, se reportó un nivel de conocimiento intermedio y siendo minoría el nivel bajo. Estos hallazgos reflejan una adecuada difusión de la información sobre la salud materna lo cual es fundamental para la prevención de complicaciones obstétricas y la reducción de la morbilidad materna.

Los resultados de este estudio guardan relación con los hallazgos descritos por Rodriguez C. en el año 2024 quien buscaba establecer el nivel de conocimiento sobre los signos de alarma en la gestación en mujeres que acudían al Hospital Nacional Hipólito Unanue, encontró en su estudio el predominio de un nivel alto de conocimiento correspondiendo a la mayoría de su población; en segundo lugar, las gestantes con nivel medio y en último lugar el nivel bajo de conocimiento (9). Asimismo, Vilca J. en el 2023 en su estudio que buscaba encontrar la relación entre el conocimiento y actitudes frente a los signos y síntomas de alarma en el embarazo en gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza determinó que la mayoría de las gestantes presentó un nivel elevado de conocimiento lo que coincide con los hallazgos descritos en la presente tesis en la **Tabla 12**. (42)

Sin embargo, el resultado hallado fue diferente al que presentó Huarcaya M. en el año 2023 quien pretendía describir el grado de conocimiento que presentaban las gestantes en el Hospital Regional

de Ica, el cual confirma que la gran mayoría de su muestra estudiada evidenció un nivel medio de conocimientos, en segundo lugar, se evidenció un nivel bajo y la menor proporción se concentró en el nivel alto de conocimientos sobre signos y síntomas de alarma en la gestación. La diferencia se puede entenderse por las características sociodemográficas de su población estudiada, dado que en dicha investigación el 36.5% de las gestantes no tenía ningún grado educativo, lo cual impacta directamente en la comprensión de la información brindada durante el embarazo, mientras que en la presente tesis la mayor proporción contaba con nivel secundario o superior como se evidencia en la **Tabla 9**. Este hallazgo refuerza la relación observada en la presente tesis entre el nivel educativo y el conocimiento sobre signos y síntomas de alarma. (51)

Según Bances L. y Gonzales W. en el año 2025, quienes buscaron determinar el nivel de conocimientos sobre los signos y síntomas de alarma obstétricos en gestantes atendidas en el Centro de Salud I-4 Tambogrande en el departamento de Piura, en los hallazgos que reportaron se evidenció que el 59.2% presentó un nivel medio de conocimiento, el 32.2% obtuvieron un alto nivel de conocimiento, mientras que el 8.6% presentó un nivel bajo. Los resultados hallados en dicho estudio difieren con los presentados en esta tesis, la diferencia podría deberse que a pesar de haber sido realizados en Centros de Salud de nivel I-4, existen diferencias en la cobertura de los programas educativos, disponibilidad de personal capacitado además de la continuidad de los controles prenatales los cuales pueden influir significativamente en el nivel de comprensión de las gestantes. (52)

Verduzco et al, en el 2023 realizaron la descripción del nivel de conocimientos de signos y síntomas de alarma obstétrica en la Unidad de Medicina Familiar 16, del Instituto Mexicano del Seguro Social en Baja California, de las 150 pacientes estudiadas el 58.7% de ellas presentó un nivel alto de conocimiento concentrando la mayor proporción del estudio, en cuanto a las

características sociodemográficas se halló predominio en el nivel de instrucción secundaria, estos resultados concuerdan los presentados en la presente tesis como se evidencia en la **Tabla 9**.(54)

Como lo reportó Ortiz J. en el año 2021, quien evaluó el conocimiento en embarazadas atendidas en el Hospital primario Yolanda Mayorga, Nicaragua; donde la mayoría de las gestantes evidenció un nivel bueno de conocimientos sobre signos de alarma con el 53% de la muestra e identificó la mayor proporción en el conocimiento medio de síntomas de alarma con el 45% de la muestra. Esta diferencia con los resultados de la presente tesis puede deberse a la lejanía geográfica del Hospital en el que fue llevado a cabo dicho estudio, además del difícil acceso a la atención médica según lo reportado por el autor.(40)

Alvites L. y Cabrera R. en su estudio sobre el nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en gestantes de dos establecimientos de salud en Chiclayo, las autoras reportaron que el 87.4% obtuvieron un alto nivel de conocimiento seguido de las pacientes con un nivel de conocimiento moderado concentrándose en el 12.6% de su muestra estudiada, además que la mayoría de las gestantes cursaron el nivel educativo secundaria siendo el 63% de la muestra. Estos hallazgos son similares a los reportados en el presente estudio además que refuerza la relación entre el nivel educativo y el nivel de conocimientos sobre signos y síntomas de alarma obstétrica observada en la presente tesis.(45)

En cuanto al objetivo específico de hallar la relación entre las características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes entrevistadas y el nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma alcanzadas por las mismas, se evidenció que la característica sociodemográfica: *Grado de instrucción* mostró una relación altamente significativa con el nivel de conocimiento ($p < 0.05$) como se evidencia en la **Tabla 18**, mientras que las otras variables sociodemográficas estudiadas como: edad de la gestante, estado civil y las características obstétricas: número de gestaciones y

número de controles prenatales no presentaron una asociación estadísticamente significativa. Este resultado sugiere que el nivel educativo constituye un factor determinante en la comprensión, asimilación y retención de la información brindada durante la atención prenatal.

Según el estudio realizado por Quiñonez P. y Nuñez V. buscaron determinar los factores asociados al nivel de conocimiento y actitudes sobre los signos y síntomas de alarma en gestantes del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” en 2023, observaron una relación significativa con el grupo etario ($p=0.012$), el grado de instrucción ($p=0.003$), número de gestaciones ($p=0.017$), tipo de parto ($p<0.021$), el periodo de inicio del control prenatal ($p<0.002$) y la fuente de información ($p<0.001$), lo cual difiere a los datos encontrados en el estudio presentado excepto en la variable *grado de instrucción* en la que guardan relación mostrando una asociación altamente significativa además que las gestante con nivel secundario presentaron un predominio en el nivel de conocimiento alto lo cual guarda relación con lo presentado en esta tesis como se evidencia en la **Tabla 15** concentrándose en el 89.3% de la muestra estudiada las gestantes con nivel alto de conocimiento y nivel secundario.(55)

De manera similar, Valverde N. en 2023, tuvo como objetivo hallar los factores asociados al nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en las gestantes del establecimiento de salud I-4 Centro Materno Infantil San Fernando, Lima. En este estudio con respecto a variables sociodemográficas como la edad, donde predominaron las gestantes en el rango de 18 a 34 años, el estado civil, donde obtuvo que más del 50% de la muestra eran convivientes, el grado de instrucción, con predominio a las gestantes que culminaron secundaria completa; estos hallazgos reportados presentan valores similares a los reportado en la presente tesis como se muestra en la **Tabla 7** respecto a la edad se reportó un predominio de gestantes en el rango de edad de 18 a 34 años correspondiendo al 79.7% de la muestra, respecto al factor estado civil en la presente tesis se

halló un predominio de gestantes convivientes como se muestra en la **Tabla 8**, mientras que en el factor grado de instrucción también se obtuvo un predominio de gestantes con nivel educativo secundario o mayor como se pudo observar en la **Tabla 9**. Con respecto a los factores obstétricos en dicho estudio predominaron las pacientes segundigestas lo que difiere con nuestro estudio en donde existió un predominio de primigestas como se evidencia en la **Tabla 10**; sobre el análisis bivariado se halló un resultado similar al presente estudio con la asociación altamente significativa del *grado de instrucción* ($p=0.000$) con el nivel de conocimiento sobre los signos de alarma obstétrica como se muestra en la **Tabla 18**. (14)

Carmen J. en su estudio del año 2023 que buscaba determinar los factores asociados al nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma en el establecimiento de salud Zarumilla, reportó una asociación estadísticamente significativa del nivel de conocimiento con los factores sociodemográficos como: edad, estado civil, grado de instrucción, convive con; y obstétricos como: gravidez, paridad, número de control prenatal, presencia de signos y síntomas de alarma. Si bien los factores obstétricos no se relacionan con los resultados de esta tesis ya que evidencian una relación significativa con valores de $p<0.05$, esto podría deberse a la diferencia en los hallazgos ya que respecto al número de gravidez Carmen reportó un predominio de multigestas, mientras que hay en el presente estudio se halló un predominio de primigestas como se evidencia en la **Tabla 10**; sin embargo se halló una similitud respecto al número de controles prenatales en dicho estudio la autora reporta que la mayoría de gestantes de su muestra presentaron 6 o más controles prenatales lo que se evidencia también en los resultados de la presente tesis en la **Tabla 11**. No obstante, la autora reportó que el factor sociodemográfico: *grado de instrucción* mostró una asociación altamente significativa con valor de $p=0.000$, resultado que respalda los hallazgos presentados en esta tesis.(56)

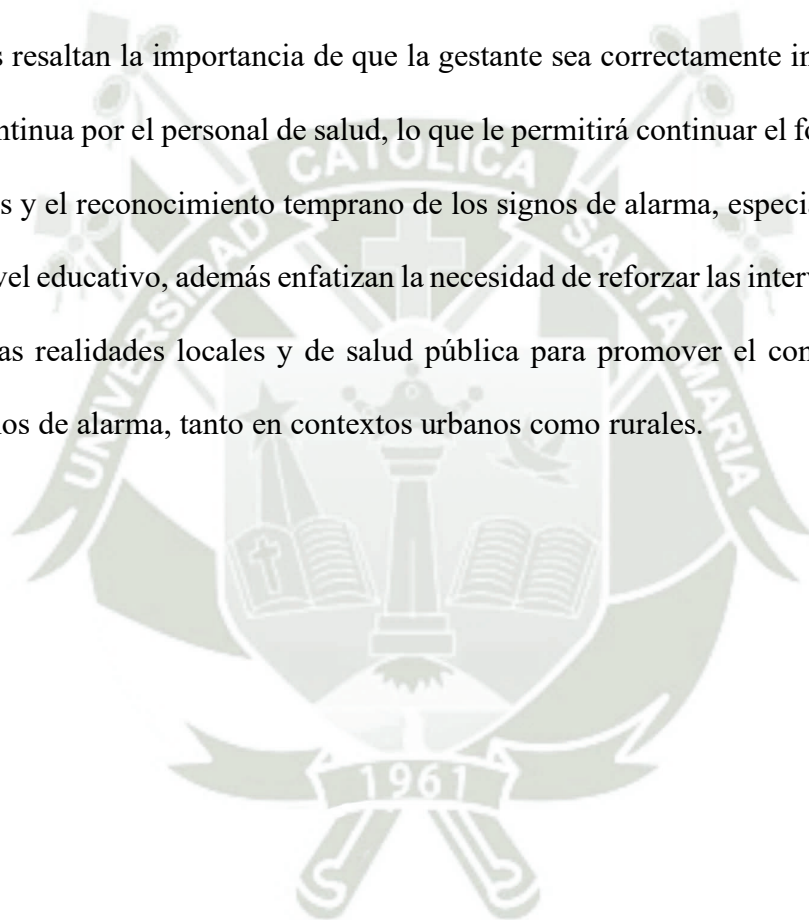
Sin embargo, los resultados difieren de los presentado por Torres-Castillo D. y Roque J. en el año 2020 quienes hallaron una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y variables sociodemográficas en gestantes atendidas por teleconsulta en el instituto nacional materno perinatal, ellos mencionan que existe una asociación con variables como el estado civil ($p < 0.001$) en donde las gestantes casadas presentaron un nivel alto de conocimientos y la edad ($p < 0.001$) donde la mayoría de pacientes añosas evidenciaron un nivel de conocimiento alto. Esta diferencia podría explicarse por el carácter unicéntrico de dicho estudio, el tipo de atención virtual, así como por el mayor acceso a recursos tecnológicos de la población evaluada, lo cual podría favorecer la adquisición de conocimientos.

Tiruye et al, en el año 2023 estudiaron el conocimiento de signos de alarma en la gestación y los factores asociados en gestantes del Sur de Etiopia, en los hallazgos presentados la mayor proporción obtuvo un buen nivel de conocimiento concentrándose en el 63.2% de la muestra estudiada lo que guarda relación con los hallazgos presentados en la **Tabla 12** donde se evidencia el predominio de gestantes con nivel alto de conocimiento presentado por la muestra estudiada, además hallaron que el nivel educativo que presentaban las gestantes tenía una relación significativa con el nivel de conocimientos con un valor de $p < 0.05$, estos hallazgos guardan estrecha relación con los presentados en esta tesis, obteniendo también un predominio de gestantes con nivel secundario que presentan un nivel alto de conocimiento como se representa en la **Tabla 15**.(48)

Desde la perspectiva de salud pública, las cuatro demoras siguen siendo causales de muerte materna en el Perú por lo que el conocimiento materno es un factor crucial para evitar complicaciones y disminuir las demoras en la búsqueda de atención médica para recibir un tratamiento adecuado y oportuno. (8)

En conjunto, la evidencia científica nacional e internacional respalda los hallazgos obtenidos y resalta que la educación prenatal constituye una herramienta fundamental para la mujer embarazada, el reconocimiento temprano de los signos y síntomas de alarma y la prevención de complicaciones obstétricas con el acceso temprano a los servicios de salud, contribuyendo así a la reducción de la morbilidad materna.

Los hallazgos resaltan la importancia de que la gestante sea correctamente informada y orientada de manera continua por el personal de salud, lo que le permitirá continuar el fortalecimiento de sus conocimientos y el reconocimiento temprano de los signos de alarma, especialmente en gestantes con menor nivel educativo, además enfatizan la necesidad de reforzar las intervenciones educativas adaptadas a las realidades locales y de salud pública para promover el conocimiento adecuado sobre los signos de alarma, tanto en contextos urbanos como rurales.



CONCLUSIONES

Primero

Se determinó que el nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo en gestantes atendidas en consultorio externo de gineco-obstetricia del Centro de salud Maritza Campos Diaz tuvo predominio de un nivel alto de entendimiento, lo que evidencia la adecuada comprensión de estos signos y síntomas para la prevención de complicaciones maternas y perinatales.

Segundo:

Respecto a las características sociodemográficas se identificó que la edad ($p>0.05$) y el estado civil ($p>0.05$) no mostraron una asociación significativa, mientras que el grado de instrucción ($p<0.05$) influyó significativamente en el nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo. Evidenciando que, a mayor nivel educativo, mayor conocimiento sobre el tema estudiado.

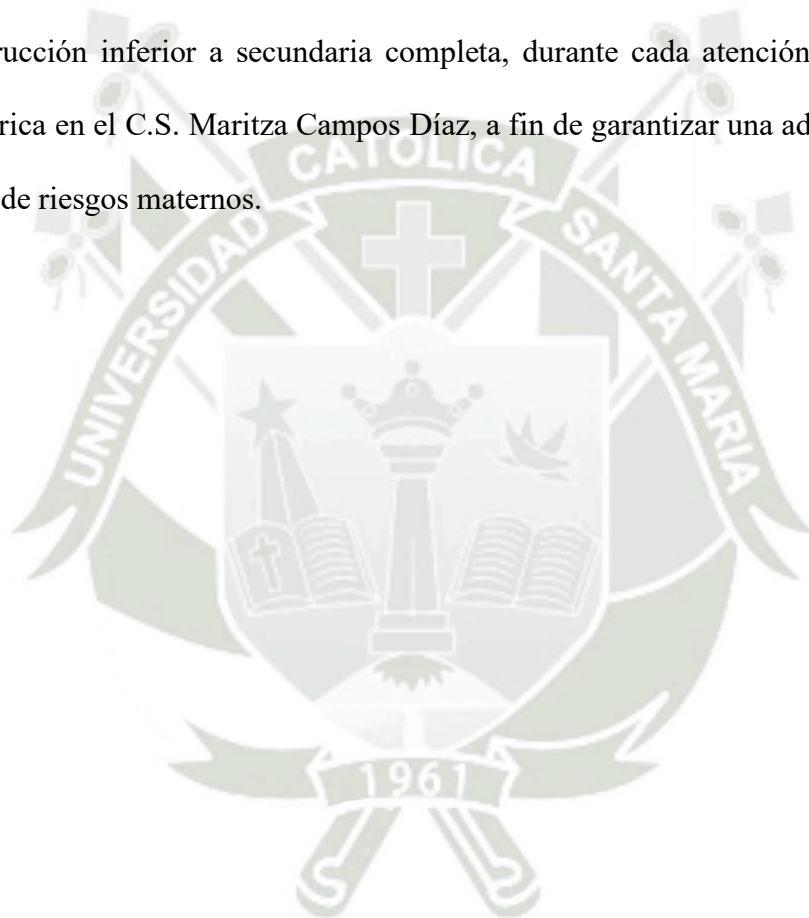
Tercero:

Con relación a las características obstétricas, se concluye que tanto el número de gestaciones ($p>0.05$) y el número de controles prenatales ($p>0.05$) no influyeron significativamente en el nivel de conocimiento que presentaron las gestantes sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo, lo que sugiere que estas variables no constituyen factores determinantes para el conocimiento que pueden alcanzar las gestantes.

RECOMENDACIONES

Primero:

Es necesario continuar fortaleciendo las estrategias de educación prenatal, priorizando la calidad de la información brindada sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo, independientemente del número de gestaciones previas, con especial énfasis en las gestantes con nivel de instrucción inferior a secundaria completa, durante cada atención prenatal y consulta gineco-obstétrica en el C.S. Maritza Campos Díaz, a fin de garantizar una adecuada comprensión y prevención de riesgos maternos.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Condiciones Biológicas Ideales para un Embarazo Exitoso [Internet]. 2025 [citado el 1 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://uaeh.edu.mx/onutmi/condiciones-biologicas.html>
2. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. 2025 [citado el 25 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. del Carpio Ancaya L, Pacheco-Romero J. Evolución de la mortalidad materna en Perú 2019 - 2023. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. el 1 de abril de 2024 [citado el 15 de enero de 2026];70(2):1. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322024000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Ministerio de Salud. Sala Situacional de Muerte Materna y Morbilidad Materna Extrema [Internet]. 2025 [citado el 25 de octubre de 2025]. Disponible en: https://app7.dge.gob.pe/maps/muerte_materna/
5. Gutiérrez de Alarcón R. Mortalidad materna un Problema Multifactorial de Salud Pública – Hospital Belén de Trujillo (Factores de Riesgo). Rev Cienc Tecnol [Internet]. 2021 [citado el 25 de octubre de 2025]; Disponible en: <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/view/4076/4583>
6. Sub Grupo “Salud Materna y Neonatal” en MCLCP. Balance Anual de Salud Materna y Neonatal, Año 2024 [Internet]. 2024 [citado el 25 de octubre de 2025]. Disponible en: www.mesadeconcertacion.org.pe Coordinación del documento:
7. Gutiérrez Ramos M, Mendoza De Souza W. Mortalidad Materna: Todavía lejos de la meta al 2030. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2024 [citado el 25 de octubre de 2025];70(2):1. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322024000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

8. Ministerio de Salud. Norma Técnica De Salud Para La Vigilancia Epidemiológica De La Muerte Materna En El Perú [Internet]. 2025. Disponible en: www.gob.pe/minsa
9. Rodríguez Navarro C. Nivel De Conocimiento Sobre Signos De Alarma Durante El Embarazo En Gestantes Atendidas En El Hospital Hipólito Unanue 2024. 2024.
10. Ortiz Artola J. Conocimiento y prácticas antes los signos y síntomas de alarma en embarazadas atendidas en el Hospital primario Yolanda Mayorga, Tipitapa Managua, Octubre, 2019 a Septiembre 2020. 2020.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists. Definition of term pregnancy. Obstetrics and Gynecology [Internet]. noviembre de 2013 [citado el 8 de enero de 2026];122(5):1139–40. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2013/11/definition-of-term-pregnancy>
12. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, et al. Williams Obstetrics, 25th ed. . McGraw-Hill Education; 2018.
13. Real Academia Española. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española [Internet]. 23.^a. [citado el 15 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.rae.es/>
14. Valverde Samamé NJ. Factores Asociados Al Nivel De Conocimiento Sobre Signos Y Síntomas De Alarma En Gestantes Atendidas En Un Establecimiento De Salud Categoría I-4, Lima 2022 [Internet]. [Lima]: Universidad Nacional Federico Villareal; 2023 [citado el 6 de enero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6432>
15. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna [Internet]. 2013. Lima; 2013 [citado el 15 de enero de 2026]. Report No.: 105. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/202170/198935_RM827_2013_MINSAs.pdf?v=1594243717
16. Ministerio de Salud. Atenciones prenatales para tener un embarazo saludable - Orientación - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. [citado

- el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/40283-atenciones-prenatales-para-tener-un-embarazo-saludable>
17. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente durante el Embarazo, Parto y Puerperio [Internet]. Lima; 2017 [citado el 15 de enero de 2026]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/bvsminsa.asp>
 18. Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano. Recomendaciones para una maternidad saludable [Internet]. 2024 [citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/33919-recomendaciones-para-una-maternidad-saludable>
 19. Shakhathreh HJM, Salih AJ, Aldrou KKAR, Alazzam FAF, Issa MSB. Medico-Legal Aspects of Abortion: Updates of the Literature. Medical Archives [Internet]. 2022 [citado el 29 de octubre de 2025];76(5):373. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9760240/>
 20. Chaves Márquez R, Rodríguez González N, Aranda Corona C. Aborto Espontáneo Del Primer Trimestre. Guías Asistenciales: Perinatología. 2024;
 21. Llaroca C, Chaquiriand V. Manejo inicial del aborto. Rev urug med interna. junio de 2021;
 22. Torres-Pineda M, Urrego-Pachón MA. Hemorragias durante el primer trimestre del embarazo: revisión narrativa. Ginecol Obstet Mex [Internet]. el 1 de julio de 2022 [citado el 15 de enero de 2026];90(7):590–8. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412022000700006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 23. Jenkins SM, Mikes BA. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2025 [citado el 25 de octubre de 2025]. Preterm Labor. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK536939/>
 24. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetrics and Gynecology. 2023 [citado el 15 de enero de 2026]. Prediction and Prevention of Spontaneous Preterm Birth. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical->

guidance/practice-bulletin/articles/2021/08/prediction-and-prevention-of-spontaneous-preterm-birth

25. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Parto Pretérmino. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2020;
26. Ministerio de Salud. Guía Técnica: Guía De Práctica Clínica Para El Diagnóstico Y Tratamiento De La Amenaza De Parto Pretermino Y Parto Pretérmino [Internet]. Lima; 2024 [citado el 15 de enero de 2026]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6687622/5807406-rd-191-2024-dg-hsr-minsa.pdf?v=1721831835>
27. Moreno Jiménez M, Sevilla Rabelo M, Muñoz García M. Manejo De La Gestante Con Riesgo De Parto Pretérmino. *Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia*. 2023;
28. Luna SD, Martinovic TC. Hipertensión y embarazo: revisión de la literatura. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. el 1 de enero de 2022 [citado el 30 de octubre de 2025];34(1):33–43. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-hipertension-embarazo-revision-literatura-S0716864023000081>
29. Dirección de Guías de Práctica Clínica F y T del I de E de T en S e I (IETSÍ), del SS de S del P. Clinical practice guideline for the prevention and management of hypertensive disorders of pregnancy. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2022;73(1):48–141.
30. American College of Obstetricians & Gynecologists - ACOG. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstetrics and gynecology* [Internet]. el 1 de junio de 2020 [citado el 30 de octubre de 2025];135(6):E237–60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32443079/>
31. Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona. Anomalías Placentarias: Placenta Previa, Placenta Accreta Y Vasa Previa. Centro de medicina

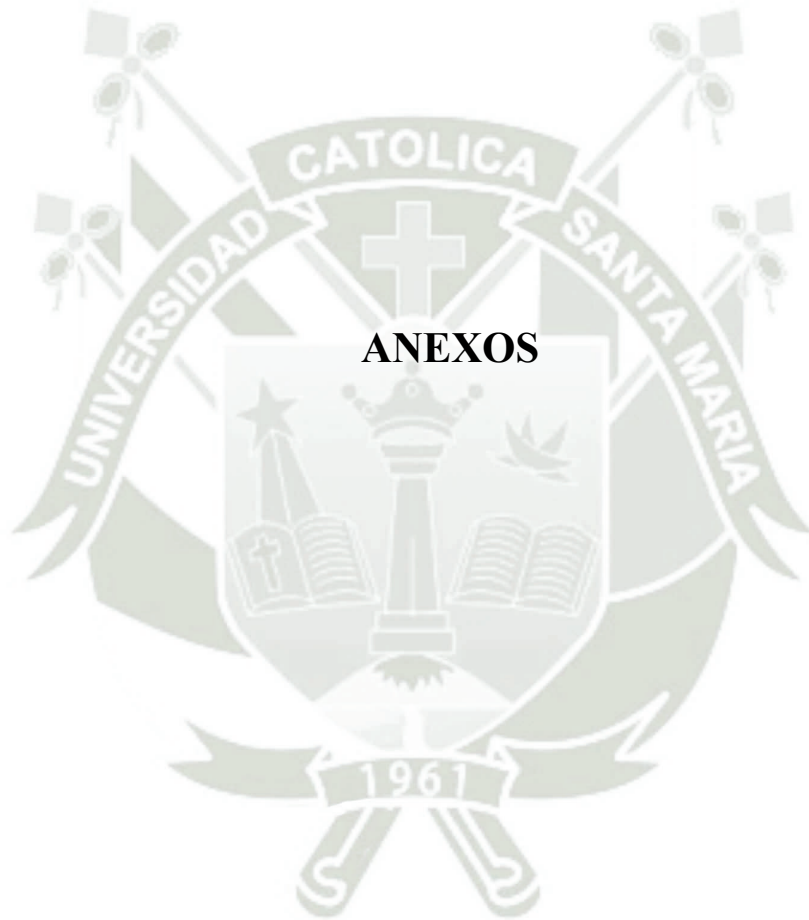
- Fetal y Neonatal de Barcelona [Internet]. 2024 [citado el 15 de enero de 2026]; Disponible en: www.medicinafetalbarcelona.org
32. Rodríguez Pareja MA, López Zájara J, Melero Jiménez V. Metrorragia De La Segunda Mitad De La Gestación. 2023;
 33. Erazo Flores SA, Reyes Murillo KK, Bermúdez Rojas AK, Erazo Carabajo MF. Hemorragia en el parto y en el embarazo. RECIAMUC. el 29 de noviembre de 2022;6(4):66–74.
 34. Organización Panamericana de la Salud. Salud materna [Internet]. [citado el 15 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
 35. Instituto Nacional de Salud - Colombia. Protocolo de vigilancia en salud pública mortalidad materna [Internet]. Colombia; 2024 [citado el 15 de enero de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.33610/UFOZ8779>
 36. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of Stillbirth: Obstetric Care Consensus No, 10. Obstetrics and Gynecology. el 1 de marzo de 2020;135(3):E110–32.
 37. Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona. Pérdida Gestacional Segundo Trimestre Y Exitus Fetal. Centro de medicina Fetal y Neonatal de Barcelona [Internet]. 2024 [citado el 31 de octubre de 2025]; Disponible en: www.medicinafetalbarcelona.org
 38. Calle-Munzón JS, Mesa-Cano IC, Ramírez-Coronel AA, Moyano-Brito EG. Factores de riesgo de mortalidad neonatal: revisión sistemática. Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación. el 30 de septiembre de 2021;5(40):312–29.
 39. Ministerio de Salud. Tablero de Mortalidad Neonatal y Perinatal [Internet]. 2025 [citado el 13 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/sala-muerte-fetal-neonatal/#grafico01>
 40. Ortiz Artola JF. Conocimiento y prácticas antes los signos y síntomas de alarma en embarazadas atendidas en el Hospital primario Yolanda Mayorga, Tipitapa Managua,

- Octubre, 2019 a Septiembre 2020. [Managua]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2021.
41. Rivera Herrera E, Valdiviezo Maygua M. Signos de peligro materno en gestantes y cuidado de enfermería. *Revista Cubana de Reumatología*. 2024;
 42. Vilca Rosas J. Relación Entre Conocimiento Y Actitudes Frente A Los Signos Y Síntomas De Alarma En El Embarazo De Gestantes Del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2023. 2023.
 43. Facio Fernández MC, Fajardo Expósito MA, López Guerrero MÁ. Hiperémesis Gravídica. *Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia*.
 44. Pourali L, Vatanchi A, Zamani G, Rezaei M. Decreased Visual Acuity as the First Alarm Sign of Severe Preeclampsia: A Case Report. 2023;
 45. Alvites Delgado L, Cabrera Céspedes RG. Nivel De Conocimiento Sobre Síntomas Y Signos De Alarma En Gestantes De Dos Establecimientos De Salud De Chiclayo, 2023. Universidad Señor de Sipán; 2023.
 46. Araujo-Vargas K, León-Villavicencio L, Villegas-Márquez C. Rotura prematura de membranas: diagnóstico y manejo. *Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]*. marzo de 2024 [citado el 16 de enero de 2026];84. Disponible en: <https://doi.org/10.51288/00840110>
 47. Fontán Atalaya IM, Bravo-Ferrer Acosta J, de Cueto López M. Protocolo Infecciones Del Tracto Urinario En El Embarazo. *Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia*. 2023;
 48. Tiruye Tilahun M, Asmra Tesfahun S, Eshetie Amare M. Knowledge of danger signs in pregnancy and their associated factors among pregnant women in Hosanna Town, Hadiya Zone, southern Ethiopia. *Frontiers in Reproductive Health*. el 10 de marzo de 2023;5:1097727.
 49. Yunitasari E, Matos F, Zulkarnain H, Kumalasari DI, Kusumaningrum T, Putri TE, et al. Pregnant woman awareness of obstetric danger signs in developing country: systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth [Internet]*. el 1 de diciembre de 2023

- [citado el 26 de octubre de 2025];23(1):1–24. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-023-05674-7>
50. Elhage JC, Mohamed Z, El Bizri N, Khalefa AB, Fakh N. Assessing awareness of danger signs of pregnancy and its associated factors among pregnant women in Libya: A cross-sectional study. *Sexual & Reproductive Healthcare* [Internet]. el 1 de diciembre de 2024 [citado el 27 de octubre de 2025];42:101044. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877575624000995>
51. Huarcaya Huamani M. Nivel de Conocimiento sobre Signos y Síntomas de Alarma en Gestantes Controladas, Hospital Regional de Ica, 2023. 2023.
52. Bances Juarez L, Gonzales Neira WA. Nivel de Conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas en el Centro de Salud I-4 Tambogrande – Piura, 2024. 2025.
53. Arenas León LM. Características de la atención prenatal en gestantes durante el contexto COVID-19, en el Hospital Honorio Delgado Espinoza , Arequipa enero-febrero 2021 [Internet]. Universidad Católica de Santa María; 2021 [citado el 28 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/11347>
54. Verduzco Dena SG, García Ontiveros BE, Andrade Torres AG, Haro Acosta ME, Ayala Figueroa RI, Verduzco Dena SG, et al. Descripción del nivel de conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétrica en mujeres embarazadas. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. el 1 de septiembre de 2023 [citado el 23 de octubre de 2025];91(9):637–44. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412023000900002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
55. Quiñonez Inga Pi, Nuñez Ango Ve. Factores Asociados Al Nivel De Conocimiento Y Actitudes Sobre Signos Y Síntomas De Alarma En Gestantes Atendidas En El Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, En Abril Del 2023. [Huancayo]: Universidad Nacional Del Centro Del Perú; 2023.

56. Carmen Córdova J. Factores asociados al nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas en el Establecimiento de salud Zarumilla, 2023. [Tumbes]: Universidad Nacional De Tumbes; 2024.
57. Torres-Castillo D, Roque Quezada JC. Factores asociados al nivel de conocimiento y actitudes sobre signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas por teleconsulta en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2020. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. el 19 de julio de 2021;10(2):17–23.





ANEXOS

ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada Gestante, soy Verónica Fiorella Zaira Márquez, estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana y actualmente estoy llevando a cabo un estudio que tiene como finalidad evaluar el grado de comprensión sobre los signos y síntomas de alarma del embarazo en gestantes, por ello está invitada a participar de manera voluntaria, completando un cuestionario que es completamente anónimo y confidencial. Tenga en cuenta que la información que proporcione se utilizará únicamente para los objetivos del estudio.

MANIFIESTO:

Que “Habiendo entendido y estando conforme con todas las explicaciones y aclaraciones proporcionadas sobre el estudio mencionado, OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que me sea realizado el cuestionario. Considerando que mi participación será para el beneficio de mi persona, acepto libre y voluntariamente a participar en la presente investigación”

Al marcar la opción de “si acepto”, usted está brindando su consentimiento informado y voluntario para participar en este estudio.

- a) Si acepto
- b) No acepto

ANEXO 02**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS****REALIZADO POR BANCES L. Y GONZALES W.****“Cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre signos de alarma en el embarazo en gestantes atendidas en el consultorio externo de gineco-obstetricia del C.S Maritza Campos Diaz - Zamacola, Arequipa 2025”**

Estimada gestante, el presente cuestionario confidencial tiene como objetivo específico determinar el nivel de conocimientos sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo. Se solicita su colaboración sincera ya que resulta fundamental para esta investigación. Agradezco de antemano su participación.

SECCIÓN I: DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Y OBSTETRICOS

- 1) Edad
 - a. Menor de 18 años
 - b. 18 a 34 años
 - c. Más de 35 años
- 2) Estado civil
 - a. Soltera
 - b. Conviviente
 - c. Casada
 - d. Divorciada
 - e. Viuda
- 3) Grado de Instrucción
 - a. Sin instrucción
 - b. Primaria
 - c. Secundaria
 - d. Superior no universitaria
 - e. Superior universitaria
- 4) Numero de gestaciones
 - a. 1
 - b. 2

- c. 3 o más
- 5) Número de Controles Prenatales
- a. 0-3
 - b. 4-5
 - c. 6 o más

SECCION II: CONOCIMIENTOS SOBRE SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

CONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA

- 6) ¿Que son los signos y síntomas de alarma del embarazo? Respuesta Única
- a. Son producidas por bacterias o virus
 - b. Es normal en todos los embarazos
 - c. Son aquellos que informan que la salud de la madre y del niño están en riesgo
- 7) ¿Cree usted que es normal tener fiebre durante el embarazo?
- a. Si
 - b. No
- 8) ¿Cómo reconoce usted la perdida de líquido amniótico?
- a. Cuando hay salida de líquido por la vagina con olor a lejía
 - b. Cuando hay salida de líquido por la vagina con olor a pescado
 - c. Cuando hay salida de líquido por la vagina blanco lechoso
- 9) ¿Cree usted que es normal tener sangrado por la vagina durante el embarazo?
- a. Si
 - b. No
- 10) Para usted la hinchazón de los pies, manos y cara es:
- a. Es un signo de alarma
 - b. Es porque camino mucho
 - c. Es porque tomo mucha agua
- 11) ¿Cuándo cree usted que su bebe puede estar en peligro?
- a. Cuando mi bebe se mueve
 - b. Cuando mi bebe se mueve poco o no se mueve
 - c. Cuando mi bebe se mueve demasiado
- 12) Los dolores en el bajo vientre o contracciones uterinas antes de las 37 semanas

- a. Indican que el embarazo es normal
- b. Indican que el parto puede adelantarse
- c. Indican que el embarazo es seguro

CONOCIMIENTO DE LOS SINTOMAS DE ALARMA

13) ¿en qué momento las náuseas y vómitos que se presentan en el embarazo se convierten en una señal de alarma?

- a. Cuando solo se presenta por las mañanas, al despertar
- b. Cuando no me permiten comer o tomar líquidos
- c. Cuando ingiero alimentos que no son de mi agrado o al oler algo desagradable

14) el zumbido de oídos es un signo de alarma cuando:

- a. Se asocia a palpitaciones del corazón
- b. Se asocia al dolor abdominal
- c. Se asocia a dolor de cabeza y visión borrosa

15) ¿Cree usted que la visión borrosa y la presencia de mosquitos o manchitas flotando son normales durante el embarazo?

- a. Si
- b. No

16) Los dolores de cabeza intensos y persistentes indica:

- a. Dificultad para conciliar el sueño
- b. Estrés
- c. Signo de alarma en la gestante

17) ¿Cree usted que el ardor o dolor al momento de orinar son normales durante el embarazo?

- a. Si
- b. No

MUCHAS GRACIAS

"La espera es corta ante la inmensidad del amor que se avecina"

ANEXO 03 ALFA DE CRONBACH

NRO	EDAD	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCIÓN	N. DE EMBARAZOS	N. DE CONTROLES	NIVEL DE CONOCIMIENTOS											
						CONOCIMIENTOS DE SIGNOS						CONOCIMIENTOS DE SINTOMAS					
						P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12
1	b) 18 a 34 años	c) Conviviente	b) Secundaria	c) 3 a más	b) 6 a más	c	b	a	b	a	b	b	b	c	b	c	b
2	b) 18 a 34 años	c) Conviviente	universitario	a) 1	a) 1 a 5	c	b	a	b	a	b	b	b	c	b	c	b
3	b) 18 a 34 años	c) Conviviente	a) Primaria	c) 3 a más	a) 1 a 5	c	b	b	b	a	b	a	c	c	b	b	b
4	b) 18 a 34 años	c) Conviviente	a) Primaria	c) 3 a más	a) 1 a 5	a	b	b	b	a	b	b	c	b	b	c	b
5	a) >18 años	c) Conviviente	b) Secundaria	a) 1	b) 6 a más	a	b	c	b	b	b	c	c	c	b	c	b
6	c) 35 a más	c) Conviviente	a) Primaria	b) 2	a) 1 a 5	b	b	c	b	a	c	b	c	a	b	b	b
7	c) 35 a más	c) Conviviente	universitario	c) 3 a más	a) 1 a 5	c	b	a	b	a	b	b	b	c	b	c	b
8	b) 18 a 34 años	c) Conviviente	universitario	c) 3 a más	a) 1 a 5	c	b	a	b	a	b	b	b	c	b	c	b
9	b) 18 a 34 años	c) Conviviente	universitario	a) 1	a) 1 a 5	c	b	a	b	a	b	b	c	b	c	b	b
10	b) 18 a 34 años	c) Conviviente	b) Secundaria	a) 1	a) 1 a 5	c	b	a	b	a	b	b	b	c	b	c	b

VALORES N° PARA TABULACIÓN INDIVIDUAL

P01		P03		P05		P06	
A	1	A	2	A	2	A	1
B	1	B	1	B	1	B	2
C	2	C	1	C	1	C	1

LEYENDA

PREGUNTAS CON A, B y C
PREGUNTAS CON A,B
VALOR MAS ALTO

P07		P08		P09		P11	
A	1	A	1	A	1	A	1
B	2	B	2	B	1	B	1
C	1	C	1	C	2	C	2

P: 2,4,10,12	
A	1
B	2

CONVERSION A VALORES CORRESPONDIENTES

NRO	EDAD	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCIÓN	N. DE EMBARAZOS	N. DE CONTROLES	NIVEL DE CONOCIMIENTOS												TOTAL
						CONOCIMIENTOS DE SIGNOS						CONOCIMIENTOS DE SINTOMAS						
						P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	
1	b) 18 a 34 años	c) Conviviente	b) Secundaria	c) 3 a más	b) 6 a más	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24
2	b) 18 a 34 años	c) Conviviente	c) Superior no universitario	a) 1	a) 1 a 5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24
3	b) 18 a 34 años	c) Conviviente	a) Primaria	c) 3 a más	a) 1 a 5	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	20	
4	b) 18 a 34 años	c) Conviviente	a) Primaria	c) 3 a más	a) 1 a 5	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	20	
5	a) >18 años	c) Conviviente	b) Secundaria	a) 1	b) 6 a más	1	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	19	
6	c) 35 a más	c) Conviviente	a) Primaria	b) 2	a) 1 a 5	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	18	
7	c) 35 a más	c) Conviviente	c) Superior no universitario	c) 3 a más	a) 1 a 5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24	
8	b) 18 a 34 años	c) Conviviente	c) Superior no universitario	c) 3 a más	a) 1 a 5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24	
9	b) 18 a 34 años	c) Conviviente	c) Superior no universitario	a) 1	a) 1 a 5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24	
10	b) 18 a 34 años	c) Conviviente	b) Secundaria	a) 1	a) 1 a 5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24	
VARIANZA						0.21	0	0.24	0	0.09	0.09	0.16	0.24	0.16	0	0.16	0	5.69
																	< VARIANZA TOTAL	

NIVEL DE CONFIABILIDAD: ALFA DE CRONBACH

$$\alpha = \frac{N}{N-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k \sigma_i^2}{\sigma_{total}^2} \right)$$

Donde:

- N es el número de ítems en el cuestionario.
- k es el número de ítems.

- σ_i^2 es la varianza de cada ítem.
- σ_{total}^2 es la varianza total del cuestionario.

Los valores serían:

- $N = 12$
- $\sum_{i=1}^k \sigma_i^2 = 1.35$
- $\sigma_{total}^2 = 5.69$

Reemplazando en la fórmula:

$$\alpha = \frac{12}{12-1} \left(1 - \frac{1.35}{5.69}\right)$$

$$\alpha = \frac{12}{11} \left(1 - \frac{1.35}{5.69}\right)$$

$$\alpha = \frac{12}{11} (1 - 0.237053)$$

$$\alpha = \frac{12}{11} \times 0.762947$$

$$\alpha \approx 0.8317$$

El coeficiente de alfa de Cronbach obtenido se aproxima a 0.83, lo que nos indica una consistencia interna buena y que el instrumento es confiable para medir nuestra variable.

ANEXO 04

VALIDACION DEL INSTRUMENTO

REALIZADO POR BANCES L. Y GONZALES W.

Juicio de expertos sobre el cuestionario

Nivel de Conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas en el Centro de Salud I-4 Tambogrande
– Piura, 2024.

Instrucciones: Coloque en cada casilla un aspa correspondiente al aspecto cualitativo de cada ítem y alternativa de respuesta según los criterios que continuación se detallan.

Las categorías a evaluar son: Redacción, contenido, congruencia y pertinencia con los indicadores y variables de estudio. En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o mejora de cada pregunta.

Dimensiones	Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia		Inducción a la respuesta (sesgo)		Lenguaje adecuado al nivel del informante		Mide lo que corresponde		Esencial para su medición		Observaciones (Indique alguna sugerencia adicional si fuera el caso)
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Dimensión I	1	X		X			X	X		X		X		
	2	X		X			X	X		X		X		
	3	X		X			X	X		X		X		
	4	X		X			X	X		X		X		
	5	X		X			X	X		X		X		

Dimensión II	1	X		X			X	X		X		X		
	2	X		X			X	X		X		X		
	3	X		X			X	X		X		X		
	4	X		X			X	X		X		X		
	5	X		X			X	X		X		X		
	6	X		X			X	X		X		X		
	7	X		X			X	X		X		X		
Dimensión III	1	X		X			X	X		X		X		
	2	X		X			X	X		X		X		
	3	X		X			X	X		X		X		
	4	X		X			X	X		X		X		
	5	X		X			X	X		X		X		

Dra. Jaqueline Marian Román
OBSTETRA COP. 10331
Inscripción en el Registro de Obstetras
RRE. 2008 - E.01

FIRMA Y SELLO

Juicio de expertos sobre el cuestionario

Nivel de Conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas en el Centro de Salud I-4 Tambogrande
– Piura, 2024.

Instrucciones: Coloque en cada casilla un aspa correspondiente al aspecto cualitativo de cada ítem y alternativa de respuesta según los criterios que continuación se detallan.

Las categorías a evaluar son: Redacción, contenido, congruencia y pertinencia con los indicadores y variables de estudio. En la casilla de observaciones puede sugerir el cambio o mejora de cada pregunta.

Dimensiones	Ítems	Claridad en la redacción		Coherencia		Inducción a la respuesta (sesgo)		Lenguaje adecuado al nivel del informante		Mide lo que corresponde		Esencial para su medición		Observaciones (Indique alguna sugerencia adicional si fuera el caso)
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Dimensión I	1	X		X			X	X		X		X		
	2	X		X			X	X		X		X		
	3	X		X			X	X		X		X		
	4	X		X			X	X		X		X		
	5	X		X			X	X		X		X		

Dimensión II	1	X		X			X	X		X		X		
	2	X		X			X	X		X		X		
	3	X		X			X	X		X		X		
	4	X		X			X	X		X		X		
	5	X		X			X	X		X		X		
	6	X		X			X	X		X		X		
	7	X		X			X	X		X		X		
Dimensión II	1*	X		X			X	X		X		X		
	2	X		X			X	X		X		X		
	3	X		X			X	X		X		X		
	4	X		X			X	X		X		X		
	5	X		X			X	X		X		X		

Lidiana Cevallos Crespo
Lidiana Cevallos Crespo
OSSTETA CGP. 13809
Escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María

FIRMA Y SELLO

ANEXO 05

MATERIAL VISUAL EDUCATIVO

FOLLETO SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN LA GESTACIÓN

Signos y Síntomas de alarma en la Gestación

*Un embarazo saludable es un embarazo vigilado. No ignores
ninguna señal inusual*



SIGNOS DE ALARMA

- Fiebre: Temperatura mayor de 38°C
- Náuseas y Vómitos intensos que imposibilitan la alimentación y el consumo de líquidos orales
- Sangrado transvaginal en cualquier trimestre de la gestación
- Pérdida de Líquido amniótico: líquido claro, con olor a lejía
- Hinchazón en pies, manos o cara

SÍNTOMAS DE ALARMA

- Visión borrosa, ver "lucécitas, mosquitos o manchitas"
- Dolor de cabeza intenso y persistente
- Disminución o ausencia de movimientos fetales por aproximadamente 2 horas
- Escuchar un zumbido o pitido en los oídos
- Contracciones antes de las 37 semanas
- Dolor o ardor al orinar.

Si presentas estos signos y/o síntomas, actúa a tiempo, acude al médico o al establecimiento de salud más cercano. Reconocerlos puede salvar vidas.



SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN LA GESTACIÓN

UN EMBARAZO SALUDABLE ES UN EMBARAZO VIGILADO.
NO IGNORES NINGUNA SEÑAL INUSUAL.

SIGNOS DE ALARMA

- Fiebre: Temperatura mayor de 38°C
- Náuseas y Vómitos intensos que imposibilitan la alimentación y el consumo de líquidos orales
- Sangrado transvaginal en cualquier trimestre de la gestación
- Pérdida de Líquido amniótico: líquido claro, con olor a lejía
- Hinchazón en pies, manos o cara



SÍNTOMAS DE ALARMA

- Visión borrosa, ver "lucecitas, mosquitos o manchitas"
- Dolor de cabeza intenso y persistente
- Disminución o ausencia de movimientos fetales por aproximadamente 2 horas
- Escuchar un zumbido o pitido en los oídos
- Contracciones antes de las 37 semanas
- Dolor o ardor al orinar.



Si presentas estos
signos y/o síntomas,
actúa a tiempo, acude al
médico o al
establecimiento de
salud más cercano.
Reconocerlos puede
salvar vidas.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN LA GESTACIÓN


Un embarazo saludable es un
embarazo vigilado.
No ignores ninguna señal inusual

SIGNOS DE ALARMA

- Fiebre: Temperatura mayor de 38°C
- Náuseas y Vómitos intensos que imposibilitan la alimentación y el consumo de líquidos orales
- Sangrado transvaginal en cualquier trimestre de la gestación
- Pérdida de Líquido amniótico: líquido claro, con olor a lejía
- Hinchazón en pies, manos o cara

SÍNTOMAS DE ALARMA

- Visión borrosa, ver "lucécitas, mosquitos o manchitas"
- Dolor de cabeza intenso y persistente
- Disminución o ausencia de movimientos fetales por aproximadamente 2 horas
- Escuchar un zumbido o pitido en los oídos
- Contracciones antes de las 37 semanas
- Dolor o ardor al orinar.



Si presentas estos signos
y/o síntomas, actúa a
tiempo, acude al médico o
al establecimiento de salud
más cercano. Reconocerlos
puede salvar vidas.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN LA GESTACIÓN

Un embarazo saludable es un embarazo vigilado.
No ignores ninguna señal inusual



SIGNOS DE ALARMA

- Fiebre: Temperatura mayor de 38°C
- Náuseas y Vómitos intensos que imposibilitan la alimentación y el consumo de líquidos orales
- Sangrado transvaginal en cualquier trimestre de la gestación
- Pérdida de Líquido amniótico: líquido claro, con olor a lejía
- Hinchazón en pies, manos o cara

SÍNTOMAS DE ALARMA

- Visión borrosa, ver “lucecitas, mosquitos o manchitas”
- Dolor de cabeza intenso y persistente
- Disminución o ausencia de movimientos fetales por aproximadamente 2 horas
- Escuchar un zumbido o pitido en los oídos
- Contracciones antes de las 37 semanas
- Dolor o ardor al orinar.

**Si presentas estos signos y/o síntomas,
actúa a tiempo, acude al médico o al
establecimiento de salud más cercano.
Reconocerlos puede salvar vidas.**

ANEXO 06
**DICTAMEN FAVORABLE POR COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA DE
INVESTIGACIÓN**

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



**DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA**

Arequipa, 12 de diciembre de 2025

Investigadora Zaira Márquez, Verónica Fiorella

Presente.-

De mi especial consideración.

Me dirijo a usted para hacerle llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO: "Nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo en gestantes atendidas en el consultorio externo de gineco-obstetricia del C.S. Maritza Campos Díaz, Zamacola - Arequipa 2025".

Investigadora: Zaira Márquez, Verónica Fiorella.

TIPO Y DISEÑO: Cuantitativo, descriptivo, correlacional, no experimental.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo en gestantes atendidas en el consultorio externo de gineco-obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamacola – Arequipa 2025.

PROCEDIMIENTOS: Aplicación de cuestionario.



COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

SUJETOS DE ESTUDIO:

Gestantes atendidas en consultorio externo de gineco-obstetricia del centro de salud Maritza Campos Díaz – Zamacola durante el año 2025.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE 459 - 2025 CIEI-UCSM



VIGENCIA:

La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente dictamen hasta el 12 de diciembre de 2026.



Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com

ANEXO 07
CARTA DE AUTORIZACIÓN
RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"



GERENCIA REGIONAL DE SALUD

MEMORANDUM N° 2779-2025-GRA/GRS/GR-RSAC-D-OA-J-PERS-CAP Y SERUMS.

PARA : CIR. DENT. JUAN ROSENDO ALARCON ARENAS
JEFE DE LA MICRORRED DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ - ZAMACOLA
ASUNTO : TRABAJO DE INVESTIGACION
FECHA : AREQUIPA, 04 DE DICIEMBRE DEL 2025

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y en mérito al documento de la referencia me permito presentar a VERONICA FIORELLA ZAIRA MARQUEZ, egresada de la carrera de Medicina de la "Universidad Católica de Santa María" quien realizara su trabajo de investigación titulado "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL EMBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL C. S. MARITZA CAMPOS DIAZ, ZAMACOLA – AREQUIPA 2025" en la Microred de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola, debiendo coordinar con el responsable de Personal, sobre los horarios para la realización de las mismas.

Así mismo al culminar la aplicación del instrumento se deberá realizar la entrega de la constancia de aplicación del instrumento por el establecimiento en el que se aplicó.

Sin otro particular, agradeceré brindarles las facilidades del caso.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCION EJECUTIVA

EPChCh/MJM/MAHA/IPBR/mcl.
Se adjunta Doc. N°
SISGEUD Reg. Doc.
Fólio : (01)

Reg. Expediente: 5441489

AREQUIPA SOMOS TODOS

Av. Independencia con Paucarpata, Edificio
Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424
T. 054-200923 - 206777 - 202279

ANEXO 08

MATRIZ DE SISTEMATIZACION DE DATOS

	Puntuación	Edad	Estado civil	Grado de Instrucción	Numero de gestaciones	Numero de Controles Prenatales
1	2	1	0	4	0	0
2	2	1	0	2	0	1
3	2	1	0	2	0	0
4	2	1	1	2	1	2
5	2	1	1	2	0	1
6	1	1	1	4	1	0
7	2	1	1	2	2	0
8	1	1	0	2	0	2
9	1	1	1	2	0	2
10	2	1	1	2	1	2
11	2	1	1	2	0	2
12	2	1	1	2	2	1
13	2	1	1	2	1	2
14	2	1	1	2	0	2
15	2	1	1	2	2	2
16	2	1	1	2	1	2
17	2	1	1	4	0	2
18	2	1	1	2	0	1
19	2	1	1	2	0	2
20	2	1	1	2	1	2
21	0	1	1	1	0	1
22	2	1	0	2	0	2
23	2	2	1	2	1	1
24	2	2	2	3	2	1
25	1	1	1	2	0	2
26	2	2	1	3	1	2
27	2	1	0	2	0	2
28	2	1	1	2	1	2
29	2	2	2	2	2	2
30	2	1	1	2	0	2
31	2	1	1	2	0	1
32	2	1	1	2	1	2
33	2	2	2	3	1	2
34	2	2	0	2	0	2
35	2	1	1	2	0	2
36	2	1	1	2	1	2

37	2	2	2	3	1	0
38	1	1	1	2	1	1
39	2	1	1	3	1	2
40	2	1	1	2	0	1
41	2	2	1	2	1	0
42	2	1	1	3	1	1
43	2	2	1	2	0	2
44	1	2	1	2	1	2
45	2	1	2	3	2	2
46	1	2	3	2	2	0
47	2	2	1	2	2	2
48	2	1	1	2	1	2
49	2	2	2	2	2	2
50	2	1	1	2	1	2
51	2	1	1	2	1	2
52	2	1	2	4	2	2
53	2	2	2	2	2	2
54	2	1	1	2	2	0
55	2	1	1	3	2	2
56	2	1	0	4	0	0
57	1	1	1	2	0	2
58	2	1	1	2	1	1
59	2	1	1	2	0	1
60	2	1	2	2	0	1
61	2	1	1	2	0	2
62	1	2	2	1	2	2
63	2	1	1	2	1	1
64	2	1	1	2	0	1
65	2	1	1	2	1	2
66	2	1	1	2	0	2
67	2	1	1	3	0	2
68	2	1	0	2	0	2
69	2	2	1	3	2	0
70	2	1	2	2	1	2
71	2	2	1	2	2	2
72	1	2	0	2	2	1
73	2	1	1	2	0	2
74	2	1	2	2	0	2
75	1	2	0	2	2	2
76	2	1	1	2	0	2
77	1	1	1	2	0	0
78	2	1	1	2	1	2
79	2	2	1	2	1	2
80	2	1	1	2	0	2
81	2	1	1	2	0	2
82	2	1	1	2	0	2

83	2	1	1	2	2	2
84	2	1	1	2	1	2
85	2	1	1	2	0	2
86	2	1	1	2	0	2
87	2	1	1	2	0	2
88	2	1	1	2	0	2
89	2	1	1	3	1	2
90	2	1	2	2	0	1
91	2	1	1	2	0	2
92	2	1	1	2	0	1
93	2	1	1	2	1	2
94	2	1	2	2	1	2
95	2	1	1	2	0	2
96	2	1	1	2	0	2
97	2	1	2	2	0	2
98	2	1	1	2	0	1
99	2	1	1	3	0	2
100	2	1	1	2	0	1
101	2	1	1	2	1	2
102	2	1	0	2	0	2
103	2	2	1	2	1	2
104	2	1	1	2	0	2
105	2	1	1	2	0	1
106	2	2	1	2	1	1
107	2	1	1	2	0	2
108	2	1	1	2	2	2
109	2	2	1	2	2	2
110	2	1	2	2	0	2
111	2	1	1	3	0	1
112	1	1	1	2	0	1
113	2	2	2	2	1	2
114	2	1	1	2	1	1
115	2	1	1	2	0	2
116	2	2	1	2	1	2
117	2	1	1	2	1	1
118	2	1	0	2	0	2
119	2	1	1	2	1	1
120	2	1	1	2	1	2
121	2	1	1	2	0	2
122	2	1	1	2	1	2
123	2	1	1	2	1	2

ANEXO 09
EVIDENCIAS



