



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARREA DE ENFERMERÍA**

**TÍTULO**

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SIGNOS Y  
SÍNTOMAS DE ALARMA EN GESTANTES QUE ACUDEN  
AL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA**

**AUTORA:**

*Luz Benigna Escaleras Cabrera*

**DIRECTOR:**

*Dr. Wilmer Oscar Sarango Peláez Esp.*

**LOJA – ECUADOR  
2018**

# CERTIFICACIÓN

Dr. Wilmer Oscar Sarango Peláez, Esp.

**DIRECTOR DE TESIS**

## CERTIFICA

Que el presente trabajo investigativo de la Srta. Luz Benigna Escaleras Cabrera, cuyo título es **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE**, ha sido dirigido y revisado prolijamente en su forma y contenido de acuerdo a las normas de graduación vigentes en la Universidad Nacional de Loja, por lo que autorizo su presentación ante el respectivo Tribunal de Grado.

Loja, 24 de Mayo del 2018

  
Dr. Wilmer Oscar Sarango Peláez, Esp.  
**DIRECTOR DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo, Luz Benigna Escaleras Cabrera declaro ser autora del presente trabajo de Tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional- Biblioteca Virtual.

**Autora:** Luz Benigna Escaleras Cabrera



Luz Benigna Escaleras Cabrera  
AUTORA

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Cedula:** 1900805225

**Fecha:** 24 de Mayo del 2018

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Luz Benigna Escaleras Cabrera declaro ser autora de la Tesis titulada **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE**, como requisito para optar al grado Licenciatura en Enfermería; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la presente tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 24 días del mes de Mayo del 2018.



Luz Benigna Escaleras Cabrera  
AUTORA

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Autora:** Luz Benigna Escaleras Cabrera

**Cedula:** 1900805225

**Dirección:** Av. Pio Jaramillo entre Cuba y Chile

**Correo Electrónico:** luzescaleras09@outlook.com

**Celular:** 0959495534

### DATOS COMPLEMENTARIOS

**Director de Tesis:** Dr. Wilmer Oscar Sarango Peláez, Esp.

### Tribunal De Grado

**Presidente:** Lic. María del Cisne Agurto Erique, Mg. Sc.

**Vocal:** Lic. Denny Caridad Ayora Apolo, Mg. Sc.

**Vocal:** Lic. Maura Mercedes Guzmán Cruz, Mg. Sc.

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo se lo dedico a Dios y a la Virgen María, por sus bendiciones que han hecho que pueda concluir satisfactoriamente mi carrera, por sostenerme cuando me sentía decaída y por guiarme por el camino correcto.

A mi Madre por haber hecho hasta lo imposible para que cumpla mis propósitos, por ser un ejemplo de fortaleza, amor y perseverancia aunque ya no está a mi lado ha sido la razón de mi esfuerzo.

A mis hermanos por su apoyo incondicional y buenos consejos que me guiado para que hoy cumpla uno de mis grandes sueños.

Y a todas las docentes que con sabiduría y paciencia impartieron en mí sus conocimientos.

*Luz Benigna Escaleras Cabrera.*

## **AGRADECIMIENTO**

Mi gratitud perpetua a Dios, a mi familia, a cada una de las personas que directa e indirectamente me han apoyado en las diferentes etapas de mi vida.

Mi agradecimiento especial a la Universidad Nacional de Loja, Facultad de la Salud Humana, Carrera de Enfermería por haberme brindado los conocimientos científico-técnicos; a los docentes comprometidos con la formación profesional y también humana, pocos tienen estas virtudes, gracias por compartir momentos dentro y fuera de un aula de clases.

A las autoridades y personal del Hospital Universitario de Motupe por las facilidades brindadas para el desarrollo de la presente investigación.

Al Dr. Wilmer Oscar Sarango Peláez, Director de tesis, por haber dirigido el presente trabajo con profesionalismo y responsabilidad; y, a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron para alcanzar la meta propuesta.

*Luz Benigna Escaleras Cabrera.*

# ÍNDICE

CARATULA.....	i
CERTIFICACIÓN .....	ii
AUTORÍA .....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN .....	iv
DEDICATORIA .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN .....	2
3. INTRODUCCIÓN .....	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA .....	6
4.1. El embarazo.....	6
4.2. Conocimientos sobre signos y síntomas de alarma en gestantes .....	7
4.3. Signos de alarma en gestantes.....	8
4.3.1. Fiebre.....	8
4.3.2. Edemas.....	8
4.3.3. Sangrado vaginal.....	9
4.3.4. Pérdida de líquido amniótico. ....	10
4.3.5. Náuseas y vómitos excesivos.....	11
4.3.6. Hipertensión.....	11
4.3.7. Convulsiones.....	12
4.4. Síntomas de alarma en gestantes.....	13
4.4.1. Dolor de cabeza.....	13
4.4.2. Disminución de movimientos fetales. ....	13
4.4.3. Dolor o ardor al orinar.....	14
4.4.4. Trastornos visuales o auditivos .....	14
4.4.5. Contracciones Uterinas antes de las 37 semanas de gestación. ....	14
4.5. Actitudes sobre signos y síntomas de alarma en gestantes .....	15
4.5.1. Tipos de actitudes en las gestantes.....	16
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	18
5.1. Tipo de estudio.....	18
5.2. Área de estudio.....	18
5.3. Población de estudio .....	18
5.4. Muestra de estudio.....	18
5.5. Criterios de Inclusión.....	18
5.6. Criterios de Exclusión.....	19
5.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	19
6. RESULTADOS .....	21

7. DISCUSIÓN .....	29
8. CONCLUSIONES .....	32
9. RECOMENDACIONES .....	33
10. BIBLIOGRAFÍA .....	34
11. ANEXOS .....	38



# **1. TÍTULO**

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS  
DE ALARMA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO DE MOTUPE.**

## 2. RESUMEN

Según la OMS el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; propicia además una adecuada atención del parto y asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos/as. Se ha demostrado que poseer un conocimiento adecuado ayuda a actuar rápida y apropiadamente ante la identificación de síntomas y signos anormales en el embarazo y contribuye a la adopción de conductas positivas. Las actitudes de las gestantes predisponen a desarrollar conductas que cuentan con una base afectiva y componente conductual, lo cual determinará el comportamiento de las gestantes. Esta investigación tiene como objetivos: Determinar los conocimientos y actitudes sobre signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe, Identificar el nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma del embarazo y Reconocer las actitudes de las gestantes frente a los signos y síntomas de alarma del embarazo. El estudio es de tipo descriptivo de corte transversal; se realizó un muestreo no probabilístico intencional, a través de dos encuestas aplicadas a 61 gestantes, obteniendo los siguientes resultados: El nivel de conocimientos medio es el que predomina con un 68.84%, sobresaliendo en la edad de 20–29 años; seguido del nivel de conocimiento alto con el 31.16 %. En la variable actitud los resultados muestran dominio en la actitud favorable con un 78.7 %; seguido del 21.3 % de actitud indiferente de las cuales la mayoría son primigestas.

**Palabras claves:** Embarazo, signos, síntomas, conocimiento, actitud

## SUMMARY

According to WHO, early, periodic and comprehensive pregnancy care substantially reduces the risk of complications in both maternal and perinatal death. It also promotes comprehensive delivery care and ensures favorable health conditions for mothers and their children. It has been shown that having adequate knowledge helps one to act quickly and appropriately when identifying symptoms and abnormal signs in pregnancy and contributes to the adoption of positive behaviours. The attitudes of pregnant women are therefore inclined to develop mannerisms that are both emotionally and behaviourally based, thus defining their conduct. This research aims to: Determine knowledge and attitudes with respect to pregnancy warning signs in prenatal women who attended the University Hospital of Motupe; Identify the knowledge level related to indications and symptoms of pregnancy warning signs and Recognize the attitudes of those same pregnant women with respect to indications and symptoms of pregnancy warning signs. This is a transversal study. Intentional non-probabilistic sampling was conducted via two surveys applied to 61 pregnant women, and the following results were obtained: An average level of knowledge was demonstrated by 68.84% of women aged 20-29 years; whereas a high level of knowledge was portrayed by 31.16% of the women. With respect to the attitude variable the results showed a positive trend towards a favorable attitude at 78.7%; followed by 21.3% demonstrating an indifferent attitude, the majority of which were primitive.

**Keywords:** Pregnancy, signs, symptoms, knowledge, attitude

### 3. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es inaceptablemente alta; Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Para finales de 2015 habrán muerto unas 303 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. Según la OMS el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; propicia además una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos/as.

De acuerdo a la información de los Indicadores Básicos de Salud 2013, la razón de mortalidad materna ha aumentado, teniendo una tendencia creciente (excepto el año 2012), Al comparar los resultados 2011 de Ecuador con el Área Andina, de los cuatro países que se tiene información (Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), el país se encuentra en segundo lugar por debajo de Venezuela con 69.3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Ahora comparando a Ecuador con el Cono Sur (Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay), la razón de mortalidad para el 2011 se encuentra por sobre 42% de lo registrado por este grupo.

La Organización Mundial de la Salud ha recomendado que se realicen al menos cuatro visitas de atención prenatal para asegurar el bienestar de las madres y de los recién nacidos. Durante estas visitas, las mujeres deberían recibir al menos el paquete de asistencia básico que incluye asesoramiento nutricional, también deberían ser informadas de las señales de advertencia que indiquen posibles problemas durante el embarazo y recibir apoyo para planificar un parto sin complicaciones.

Se ha demostrado que la falta de identificación y de reconocimiento temprano de signos y síntomas de alarma obstétrica complica el curso del embarazo y pone en peligro la salud materna y perinatal; entonces poseer un conocimiento adecuado ayuda a actuar rápida y apropiadamente ante la identificación de síntomas anormales y contribuye a la adopción de conductas positivas que beneficien la salud. Las actitudes que tienen las gestantes predisponen a desarrollar una cierta conducta que cuenta con una base afectiva y componente conductual el que puede ser de alta o baja intensidad; lo cual determinará el comportamiento de las gestantes frente a los signos y síntomas de alarma, es de mucha importancia que la familia tenga conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma que se pueden presentar durante el embarazo para que la mujer gestante tenga apoyo emocional y comprensión por parte de sus seres queridos

La importancia del presente estudio radica en que se encuentra enmarcado en las políticas y metas nacionales establecidas en Plan de Desarrollo para el Buen Vivir; objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población; en acuerdos internacionales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, objetivo 5: Mejorar la salud Materna; así como en las prioridades de investigación definidas en el Ministerio de Salud Pública, 2013-2017, área numero 5: Maternas. Por lo expuesto anteriormente es que decidí realizar el presente trabajo investigativo, ya que no hay estudios a nivel local sobre el tema, de ello surge la necesidad de contar con información acerca de los Conocimientos y Actitudes sobre signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe.

## 4. REVISIÓN DE LITERATURA

### 4.1. El embarazo

El embarazo es un proceso fisiológico, por tanto, la atención prestada a las gestantes debe estar basada en los cuidados para su desarrollo normal, el uso de la tecnología apropiada y en el reconocimiento del importante papel que tiene la propia mujer en la toma de las decisiones que le afectan. Según la OMS el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; propicia además una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos/as en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita (MSP, 2015).

Según el Ministerio de Salud Pública, (2015) un embarazo en riesgo “es aquel que se tiene la certeza o existe mayor probabilidad de presentar estados patológicos o anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y el producto” (p. 10). Las gestantes de riesgo constituyen de 20 a 30 % del total de embarazadas, y son responsables de 70 a 80 % de la mortalidad perinatal. El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo. Se les dará su valor clínico, y planificará la adecuada atención de éstas, con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal (Herrear, Oliva, & Dominguez, 2013).

#### **4.2. Conocimientos sobre signos y síntomas de alarma en gestantes**

Se ha demostrado que la falta de identificación y de reconocimiento temprano de signos y síntomas de alarma obstétrica ante los cuales habrá que intervenir en forma oportuna y eficaz, complica el curso del embarazo y pone en peligro la salud materna y perinatal. Poseer un conocimiento adecuado ayuda a actuar rápida y apropiadamente ante la identificación de síntomas anormales y contribuye a la adopción de conductas positivas que beneficien la salud. Se afirma que el interés por informarse requiere un estímulo y que el embarazo debe ser visto como una señal de necesidad para adquirir conocimiento.

Es así que los programas enfocados en la educación de las mujeres embarazadas mejoran la identificación temprana de signos de alarma y, por ende, disminuyen las complicaciones obstétricas. El conocimiento de los signos de alarma obstétrica está relacionado con haber tenido partos previos y la labor de educación y prevención que realiza el médico familiar durante las consultas prenatales.

Se debe tener presente que la orientación, comunicación e información sobre los signos y síntomas de alarma del embarazo es un proceso eficaz para adquirir el conocimiento de múltiples procesos así como para que el individuo modifique su modo de ser y pensar e identifique tempranamente los signos y síntomas de alarma del embarazo y tenga mayor interés en tomar medidas al respecto, lo cual se traduce: actuar teniendo en cuenta las medidas preventivas (García Regalado & Montañez Vargas, 2012).

Según la norma técnica materna en su última modificación del año 2013, en cual prevalece hasta la fecha, los signos y síntomas de alarma que su presencia obliga a referir inmediatamente al establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive, según caso para su atención son los siguientes:

- Fiebre/escalofrío
- Hinchazón de cara manos y pies
- Sangrado Vaginal
- Pérdida de líquido amniótico
- Nausea y vómitos incoercibles
- Hipertensión Arterial
- Convulsiones
- Disuria
- Disminución o ausencia de movimientos fetales
- Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación

### **4.3. Signos de alarma en gestantes**

**4.3.1. Fiebre.** El embarazo normal no causa fiebre. La mujer embarazada es susceptible a muchas infecciones y enfermedades infecciosas. Algunos de estos pueden ser muy graves y potencialmente mortales para la madre, mientras que otros tienen un gran impacto sobre el pronóstico neonatal debido a la probabilidad elevada de infección fetal. Algunos estudios han indicado un riesgo más alto en las malformaciones conocidas como defecto del tubo neural en bebés de mujeres quienes estuvieron a altas temperaturas en la primera etapa del embarazo. Por lo tanto si la fiebre es muy alta y persistente indica que es posible que se esté produciendo una infección, enfermedad de vías urinarias, respiratorias, infección dentro de útero e infección en todo el cuerpo y es preciso acudir al hospital (Chen, Ramin, & Hepner, 2015).

**4.3.2. Edemas.** La hinchazón o edema es un proceso normal que aparece durante el embarazo, especialmente durante el último trimestre y en los primeros 10 días después del



parto. El edema clínicamente significativo de la cara y manos ocurre en aproximadamente el 50% de las mujeres embarazadas, mientras que el edema de los miembros inferiores no asociado a hipertensión ocurre en el 80% de las embarazadas. Son múltiples los factores que contribuyen a su aparición: aumento de la retención hídrica, de la permeabilidad capilar y del flujo sanguíneo; disminución de la presión osmótica del plasma a consecuencia de las hormonas del embarazo. Si el edema compromete la cara, las extremidades superiores y se presenta un aumento exagerado de peso, especialmente en el tercer trimestre de la gestación, debemos pensar y descartar un síndrome hipertensivo del embarazo o una enfermedad renal (Flores Bazán & Ylatoma Meléndez, 2012).

**4.3.3. Sangrado vaginal.** La embarazada puede presentar sangrado vaginal o simplemente manchado con o sin cólicos, dolor de espalda o dolores de parto. El sangrado puede ir desde un manchado escaso, color marrón o café oscuro a abundante y con coágulos de color rojo brillante. El sangrado vaginal es común en el primer trimestre, se producen en un 20 a 40 % de las mujeres embarazadas, Sangrado relacionado al aborto es la causa no traumática más común de sangrado del primer trimestre con una prevalencia de 15 a 20 % de los embarazos. Por lo tanto, el primer paso en la evaluación es el ultrasonido, para buscar la causa del sangrado. Los estudios muestran consistentemente una asociación entre hemorragia del primer trimestre y resultados adversos (por ejemplo, aborto involuntario, parto prematuro, ruptura prematura de membranas, la restricción del crecimiento fetal) más tarde en el embarazo.

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

angular en la evaluación de sangrado en el segundo trimestre, los objetivos principales son determinar si la placenta está cubriendo el orificio cervical (placenta previa), si existe evidencia de hemorragia decidual causando la separación de la placenta (es decir, desprendimiento prematuro de la placenta), el diagnóstico es de exclusión ya que la separación de la placenta por lo general no se puede visualizar en la ecografía; solo un 2% se visualiza (Norwitz & Park, 2015).

**4.3.4. Pérdida de líquido amniótico.** Consideramos el líquido amniótico (LA) como un medio hídrico que va a proteger al embrión y al feto de influencias externas adversas, favoreciendo con su elasticidad la estática fetal. La ruptura prematura de membranas (RPM) se produce en el 3 % de los embarazos y es responsable de aproximadamente un tercio de los nacimientos prematuros. RPM se refiere a la ruptura de la membrana antes de la aparición de las contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación. La presentación clínica clásica es una pérdida repentina de líquido amarillo claro o pálido de la vagina.

Sin embargo, muchas mujeres describen fuga intermitente o constante de pequeñas cantidades de líquido o sólo una sensación de humedad dentro de la vagina o en el perineo. El diagnóstico se basa en una historia característica y el examen físico visualización directa de líquido que fluye desde el conducto cervical, complementando con pruebas de laboratorio estándar (nitrazina, helechito) en los casos de incertidumbre diagnóstica. Aproximadamente un tercio de las mujeres con rotura prematura de membranas desarrollan infecciones potencialmente graves como la infección intraamniótica (corioamnionitis y funisitis), endometritis y septicemia, lo cual contribuye al aumento de morbilidad materna. El feto y el recién nacido se encuentran con mayor riesgo de morbilidad y está

relacionada con la prematuridad la cual depende de la edad gestacional y es mayor cuando se presenta corioamnionitis (Ananth & Kinzler, 2015).

**4.3.5. Náuseas y vómitos excesivos.** Son producto de la aparición de las hormonas placentarias, especialmente la gonadotrofina coriónica y la progesterona. Estas hormonas hacen que el proceso digestivo sea mucho más lento y por esta razón los alimentos permanecen más tiempo en el estómago. Este signo tiende a presentarse con mayor frecuencia en madres primerizas y adolescentes.

El exceso de vómitos durante el embarazo, a diferencia de las habituales náuseas matutinas, pueden llevar a la madre a una deshidratación, hiponatremia, hipokalemia, alcalosis metabólica y otras deficiencias nutricionales, con pérdida de peso y cetosis; en etapas avanzadas muy graves hay trastornos neurológicos, lesión hepática, renal y hemorragias retinianas. En este caso la madre debe ser hospitalizada para recibir líquidos y los nutrientes perdidos vía intravenosa, y en el tercer trimestre nos puede alertar sobre aumento de la presión arterial, situación que es muy grave para la madre embarazada (Flores Bazán & Ylatoma Meléndez, 2012).

**4.3.6. Hipertensión.** La hipertensión que se presenta durante la gravidez es una de las entidades obstétricas más frecuentes y tal vez la que más repercusión desfavorable ejerce sobre el producto de la concepción y a su vez sobre la madre, trayendo graves y diversas complicaciones para ambos. La hipertensión inducida por el embarazo según la Organización Mundial de la Salud (2016) tiene una incidencia estimada en un 10 a 20 % aunque se han publicado cifras superiores (38%) e inferiores (10%).

La presión arterial comienza a disminuir a finales del primer trimestre, alcanza su nivel mínimo en el segundo trimestre y aumenta de nuevo en el tercero para alcanzar su punto

máximo al término del embarazo. La magnitud del incremento tensional en el tercer trimestre depende además de otros factores como la posición de la mujer, ruido de Korotkoff que se considere, estrés, momento del día en que se toma la presión arterial. La presión arterial normalmente se eleva gradualmente, alcanzando el rango hipertensivo ( $\geq 140 / 90$  mmHg) en algún momento del tercer trimestre, a menudo después de la semana 37 de la gestación. Sin embargo, en algunas mujeres, la hipertensión se desarrolla rápidamente o antes de las 34 semanas de gestación (Flores Bazán & Ylatoma Meléndez, 2012).

La preeclampsia se refiere a la nueva aparición de la hipertensión y proteinuria o disfunción de órganos diana después de 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa y se define como presión arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg y presión arterial diastólica  $\geq 90$  mmHg, medida en dos ocasiones por lo menos con seis horas de diferencia y proteinuria  $> 0,3$  g/día. Una presión arterial sistólica de  $\geq 160$  mm Hg o presión arterial diastólica de  $\geq 110$  mm Hg en dos ocasiones por lo menos cuatro horas de diferencia es una característica de preeclampsia severa. La preeclampsia se estima que ocurre en 4.6 % de los embarazos en todo el mundo (American College of Obstetricians & Gynecologists, 2013).

**4.3.7. Convulsiones.** Las convulsiones en una mujer con preeclampsia significan un cambio en el diagnóstico de eclampsia, se caracteriza por ser de tipo tónico clónico generalizado. Uno de cada 400 preeclampsia leve y 1 en 50 mujeres con preeclampsia severa desarrollan convulsiones eclámpticas. Las complicaciones fetales incluyen bajo peso al nacer, parto prematuro, y muerte perinatal. El pronóstico fetal es particularmente malo en la preeclampsia que ocurre antes de las 34 semanas de gestación, en la eclampsia, y en el síndrome de HELLP: hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y recuento plaquetario

bajo. Los estados hipertensivos en el embarazo constituyen una causa de riesgo de primer orden de prematuridad, bajo peso al nacimiento, retraso de crecimiento intrauterino y morbilidad perinatal.

Las mujeres con preeclampsia tienen un mayor riesgo de eventos que amenazan la vida, incluyendo desprendimiento de la placenta, injuria renal aguda, hemorragia cerebral, insuficiencia o ruptura hepática, edema pulmonar, coagulación intravascular diseminada, y la progresión de la eclampsia. A nivel mundial, del 10 al 15 por ciento de las muertes maternas directas están asociados con la preeclampsia / eclampsia, por ello es importante reconocer los signos y síntomas de alarma (Harmon QE, 2015).

#### **4.4. Síntomas de alarma en gestantes**

**4.4.1. Dolor de cabeza.** Es un síntoma frecuente durante el embarazo, puede aparecer en una mujer que nunca lo padeció o bien como reaparición de un síntoma ya presente fuera del embarazo. El momento de aparición más típico es durante el primer trimestre. La gestante después de los tres primeros meses no debe presentar dolor de cabeza, visión borrosa y mareos, ya que puede obedecer a diferentes factores asociados al embarazo, tales como: Preeclampsia moderada o grave; Eclampsia. Si presenta síntomas como intenso dolor de cabeza, zumbido o ruidos en los oídos, mareos, ver lucecitas o visión borrosa repentina, dolor repentino en la boca del estómago, con o sin hinchazón de los pies, manos o cara, significa que tu presión arterial está subiendo.

**4.4.2. Disminución de movimientos fetales.** Es un síntoma clínico que se utiliza para el diagnóstico de la condición fetal y debe ser evaluado en cada atención prenatal desde que es percibido por la madre. La percepción materna de los movimientos fetales es entre las 18 y 22 semanas de amenorrea. El aumento de la actividad fetal, especialmente

postprandial es un signo de salud, mientras que su disminución es un signo sospechoso de hipoxia fetal. Si los movimientos fetales disminuyen considerablemente o están ausentes se debe concurrir al médico para realizar un monitoreo y un examen ecográfico para verificar vitalidad fetal o complicaciones fetales.

**4.4.3. Dolor o ardor al orinar.** Las infecciones de vías urinarias y genitales son muy comunes durante la vida de una mujer. Durante el embarazo estas infecciones pueden presentarse con síntomas como dolor y ardor al orinar, mal olor en la orina, secreciones vaginales o ningún síntoma. Las infecciones de vías urinarias o genitales pueden producir disminución en el crecimiento de tu bebé y que el parto se dé antes de tiempo; por eso es importante acudir al control prenatal para poder detectarlas a tiempo y recibir el tratamiento médico adecuado. Este es uno de los chequeos que el médico realizará durante los controles prenatales. Algunas infecciones de vías urinarias pueden desencadenar cuadros infecciosos que ponen en riesgo tu vida y la de tu bebé.

**4.4.4. Trastornos visuales o auditivos.** La visión borrosa puede ser un síntoma de preeclampsia, enfermedad propia del embarazo que ocasiona un aumento de la presión arterial (hipertensión), retención de líquidos y pérdida de proteínas en la orina (proteinúria). Suele producirse en el último trimestre del embarazo, y además de la visión borrosa, existen otros síntomas como zumbido de oídos, dolor de cabeza y náuseas.

**4.4.5. Contracciones Uterinas antes de las 37 semanas de gestación.** Puede ser normal o fisiológico que el útero se ponga duro a finales del segundo y en el tercer trimestre de gestación, es lo que conocemos como contracciones de Braxton Hicks. Sólo cuando las contracciones son dolorosas, simulando el dolor propio de la menstruación, y esto ocurre antes de las 37 semanas hablamos de una posible amenaza de parto prematuro

y obliga a la valoración por parte de un profesional médico ya que el producto puede morir por ser inmaduro (Manuyama Solsol, 2017).

#### **4.5. Actitudes sobre signos y síntomas de alarma en gestantes**

Las actitudes que tienen las gestantes frente a los signos y síntomas de alarma y todo lo que corresponde, predispone a que las gestantes desarrollen una cierta conducta que cuenta con una base afectiva y componente conductual el que puede ser de alta o baja intensidad; lo cual determinará el comportamiento de las gestantes frente a estos, es de mucha importancia que la familia tenga conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma que se pueden presentar durante el embarazo para que la mujer gestante tenga apoyo emocional y comprensión por parte de sus seres queridos (Pérez & Gardey, 2012).

Según Pérez y Gardey (2012), en las teorías del aprendizaje las actitudes se aprenden al igual que todo en la vida; Captamos nueva información y aprendemos los sentimientos, acciones y pensamientos que se encuentran relacionados con ellos. En esta línea de pensamiento se concibe a las personas como seres sujetos pasivos donde el aprendizaje es el detonador de la actitud que puedan tomar, la misma depende íntimamente de la cantidad de elementos positivos y negativos que haya aprendido el sujeto.

Un aspecto a considerar en el embarazo es la ambivalencia la cual es promovida por las actitudes implicando cambios y crisis que se consideran normales y esperables tales como: asumir el rol maternal, hacer un lugar para él bebe en el mundo de la madre, cambios en la relación consigo misma, con la pareja, con la familia, la pérdida del estilo de vida y la adquisición de una nueva identidad (Orellana H, 2012).

Las mujeres han modificado su comportamiento en lo referente al cuidado de su salud, y actualmente esperan actuar como participante activo. El enfoque de riesgo, con la ventaja

de este cambio de actitud, consiste en obtener mediante un interrogatorio cuidadoso todo lo referente a la identificación, historia y datos en relación con los problemas de la gestante, lo cual se complementa con los datos obtenidos por el examen físico y los exámenes del laboratorio (Herrear, Oliva, & Dominguez, 2013).

#### **4.5.1. Tipos de actitudes en las gestantes**

**4.5.1.1. Actitud favorable/ Positiva.** Sin duda alguna, la conducta a seguir debe ceñirse más al adecuado ajuste de la mujer consigo misma que a seguir unas estrictas pautas con mil y una reglas que en ocasiones confunden y estresan a la embarazada más que guiarla. La mayoría de las mujeres necesitan ayuda para conseguir ese equilibrio consigo mismas durante el embarazo. Las consultas al ginecólogo, el asesoramiento de las escuelas de maternidad, la gimnasia pre-parto, las visitas a la matrona, basan sus orientaciones en un principio elemental: quitar miedo y darle ánimos a la madre para prevenir al máximo los trastornos del desarrollo fisiológico y potenciar su salud psicológica y espiritual (Orellana H, 2012)

El pensamiento positivo es un componente importante de mejorar sus ocasiones de conseguir el equilibrio entre la actitud positiva y la realidad. Los estudios han encontrado que el pensamiento positivo disminuye niveles de tensión y el riesgo de la depresión la cual alternadamente llevó a las probabilidades crecientes a que el producto de ese embarazo es decir el feto tenga las mejores opciones de salud las cuales increíblemente se gestan en el sistema nervioso central siendo su base el cerebro y el pensamiento. La clave de un embarazo feliz es la información, aceptar lo que nos pasa y nutrirnos de respuestas de fuentes confiables; Evacuar dudas y sobre todo mitos, enfatizar en la actitud positiva y



saber qué cosas cambiarán en la vida. Todas las acciones durante el desarrollo del embarazo serán cruciales y repercutirán en el parto y la nueva etapa (Orellana H, 2012).

**4.5.1.2. Actitud indiferente.** El estado de ánimo en que una embarazada no siente inclinación ni rechazo hacia algo, o un asunto determinado. Es decir demuestra una actitud indiferente al saber o conocer los signos y síntomas de alarma del embarazo, que se caracteriza por resultar ni positivo ni negativo. La indiferencia, por lo tanto, es un punto intermedio entre el aprecio y el desprecio, por ejemplo no se darían los cuidados y preocupaciones respecto a la gestación, acudiendo a escasos o nulos controles prenatales, no pensarían en el nombre del bebé, ni tampoco habría una preparación del espacio físico del bebé, ropa, alimentos, pediatra.

**4.5.1.3. Actitud desfavorable/Negativa.** Una actitud desfavorable se entiende cuando la gestante no demuestra en absoluto interés por conocer aquellos signos y síntomas que podrían afectarle en el transcurso del embarazo. Aquellas actitudes desfavorables son las que impiden o limitan al personal de salud identificar e intervenir ante una posible complicación gestacional. Se consideran actitudes negativas hacia el embarazo o la maternidad el deseo de terminar el embarazo, el deseo de dar al niño en adopción, la ambivalencia excesiva, los síntomas psicósomáticos excesivos, intensos o inexplicados, el temor a la obesidad, talla, etc. En relación con lo anterior, los autores establecen como vivencias anormales del embarazo la negación del embarazo, en la cual la mujer y su pareja actúan como siempre. No se presentaría ningún síntoma y/o antojo; habría una negación de la realidad, “olvidándoseles” que está embarazada (Orellana H, 2012).

## **5. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **5.1. Tipo de estudio**

El presente estudio es de tipo descriptivo y de corte transversal. Descriptivo porque detalla los conocimientos y las actitudes que tienen las gestantes frente a los signos y síntomas de alarma que atentan con el embarazo; y es transversal porque el estudio de las variables fue en un tiempo determinado, en el cual no se realizó seguimiento posterior.

### **5.2. Área de estudio**

El estudio se realizó en el Hospital Universitario de Motupe ubicado en el Barrio Motupe Bajo, el mismo que se encuentra al Norte de la ciudad de Loja.

### **5.3. Población de estudio**

La población en estudio fueron 80 gestantes registradas en estadística del Hospital Universitario de Motupe y acudieron a sus controles prenatales.

### **5.4. Muestra de estudio**

Se realizó un muestreo no probabilísticos intencional constituidas por las 61 gestantes que acudieron al control prenatal durante el periodo del 23 enero al 23 de febrero 2018, periodo en el que se recolectó la información.

### **5.5. Criterios de Inclusión**

- Embarazadas que desearon participar en la investigación.
- Embarazadas que acudieron al control prenatal durante el periodo de recolección de la información.

## 5.6. Criterios de Exclusión

- Embarazadas que no desearon participar en la investigación.
- Embarazadas que no asistieron al control prenatal.

## 5.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada para la recolección de los datos fue mediante la aplicación de dos encuestas; el primer instrumento para la medición de la variable Conocimiento fue un cuestionario que consta de 16 preguntas (2 generales y 14 específicas de cada signo y síntoma de alarma) en escala de Likert (totalmente de acuerdo, de acuerdo, indiferente, desacuerdo y totalmente en desacuerdo), este cuestionario se encuentra validado, fue tomado del estudio “Conocimientos y Prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé Lima Perú”, 2012. El cuestionario se modificó al presente estudio reagrupando la variable conocimiento en las siguientes categorías:

- **Nivel de conocimiento alto: respuestas** (desacuerdo y totalmente en desacuerdo) con una valor de 2.33 cada una, con excepción de las preguntas 1 y 2 son generales y de respuesta positiva.
- **Nivel de conocimiento medio: respuesta** (indiferente) con un valor de 3.66 cada una.
- **nivel de conocimiento bajo:** respuestas (totalmente de acuerdo y de acuerdo= 3.88 c/u).

VARIABLE	NIVEL	PUNTUACIÓN
CONOCIMIENTO	Alto	hasta 37.3
	Medio	37.4-58.6
	Bajo	58.7 a mas

El segundo instrumento fue un cuestionario tomado del estudio “Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma en el embarazo en las gestantes atendidas en el centro de salud Morale”, de Flores Bazán, M. N., y Menlédez, C. Y, (2012). El cuestionario cuenta con 12 preguntas cada una de ellas con 05 alternativas en escala de Likert cuyo valor es de 5 a 1 puntos según las afirmaciones vertidas por el encuestado, haciendo una puntuación total de 60 puntos. Las preguntas (1,4, 7 y 8) son positivas mientras que las preguntas (2, 3, 5, 6, 9, 10, 11, 12) son negativas por lo que se invierte el valor de su calificación.

VARIABLE ACTITUDE S	Totalmente de acuerdo	5
	En acuerdo	4
	Indiferente	3
	En desacuerdo	2
	Totalmente en desacuerdo	1

El instrumento fue modificado al presente estudio, se agrupó las respuestas para llegar a establecer rangos de puntuación de la siguiente manera.

- Favorable: 42- 60 puntos
- Indiferente: 29- 41 puntos
- Desfavorable: 12 – 28 puntos

## 6. RESULTADOS

**Tabla N° 1**

*Estado civil y edad de las gestantes participantes*

ESTADO CIVIL	RANGOS DE EDAD						TOTAL	
	12-19		20-29		30-49		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Casada	2	3.28	11	18.03	7	11.48	<b>20</b>	<b>32.79</b>
Unión libre	4	6.56	12	19.67	5	8.20	<b>21</b>	<b>34.43</b>
Separada	1	1.63	3	4.91	2	3.28	<b>6</b>	<b>9.82</b>
Divorciada	0	0	2	3.28	0	0	<b>2</b>	<b>3.28</b>
Viuda	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>0</b>
Soltera	5	8.20	6	9.83	1	1.64	<b>12</b>	<b>19.68</b>
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>19.67 %</b>	<b>34</b>	<b>55.73 %</b>	<b>15</b>	<b>24.6 %</b>	<b>61</b>	<b>100 %</b>

**Nota:** Encuesta aplicada a las gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe

**Elaborado por:** Luz Escaleras

El rango de edad que predomina en las gestantes participantes es de (20-29 años) que corresponde a gestantes jóvenes con más del 50 %, en segundo lugar están las gestantes añosas de (30-49 años), lo que representa un factor de riesgo ya que estas edades constituyen un extremo de la vida en la mujer reproductiva, siendo en estas edades donde se muestran tasas más elevadas de morbi-mortalidad materno infantil. En cuanto al estado civil de las gestantes en primer lugar se ubica la Unión libre, seguida de las gestantes casadas, pero existen gestantes solteras esto representa riesgo de inestabilidad familiar la cual es indispensable para el desarrollo óptimo de futuro bebe.

Tabla N° 2

*Grado de Instrucción y Edad en las gestantes participantes*

GRADO DE INSTRUCCIÓN	RANGOS DE EDAD						TOTAL	
	12-19		20-29		30-49		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Primaria incompleta	1	1.63	3	4.91	1	1.64	<b>5</b>	<b>8.20</b>
Primaria completa	2	3.28	5	8.20	1	1.64	<b>8</b>	<b>13.11</b>
Secundaria incompleta	4	6.56	7	11.48	2	3.28	<b>13</b>	<b>21.31</b>
Secundaria completa	5	8.20	13	21.30	7	11.48	<b>25</b>	<b>40.98</b>
Superior/ Universidad	0	0	6	9.83	4	6.56	<b>10</b>	<b>16.40</b>
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>19.67 %</b>	<b>34</b>	<b>55.73 %</b>	<b>15</b>	<b>24.6 %</b>	<b>61</b>	<b>100 %</b>

**Nota:** Encuesta aplicada a las gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe

**Elaborado por:** Luz Escaleras

Los resultados de la encuesta muestran que el grado de instrucción que presenta mayor porcentaje es la Secundaria completa, de las cuales de acuerdo a los rangos de edad podemos ver que predominan las gestantes jóvenes de 20-29 años; en segundo lugar se encuentra la Secundaria incompleta, sobresaliendo el mismo rango de edad; y en último lugar se encuentra la educación Superior; esto quiere decir que más del 80% no han culminado sus estudios, y muchas gestantes adolescentes y jóvenes han tenido que paralizar sus estudios debido al embarazo, lo cual tiene consecuencias a corto y largo plazo.

Tabla N° 3

*Signos y Síntomas de Alarma presentados según la edad de las gestantes*

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DE EMBARAZO	RANGOS DE EDAD						TOTAL	
	12-19		20-29		30-49			
	f	%	f	%	f	%	f	%
Dolor de cabeza intenso	2	3.28	0	0	0	0	2	3.28
Dolor abdominal en epigastrio	3	4.91	0	0	0	0	3	4.91
Dolor y ardor al orinar	0	0	3	4.91	1	1.64	4	6.55
Sangrado vía vaginal	0	0	3	4.91	1	1.64	4	6.55
Náuseas y vómitos intensos	0	0	0	0	1	1.64	1	1.64
Visión borrosa, zumbidos en oídos	0	0	1	1.64	1	1.64	2	3.28
Hinchazón de cara, manos y pies	0	0	5	8.20	0	0	5	8.20
Contracciones antes de las 37 semanas	0	0	2	3.28	2	3.28	4	6.55
Sin sintomatología	7	11.47	20	32.78	9	14.76	36	59.01
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>19.67</b>	<b>34</b>	<b>55.73</b>	<b>15</b>	<b>24.6</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

**Nota:** Encuesta aplicada a las gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe

**Elaborado por:** Luz Escaleras

De las 61 encuestas aplicadas, 36 gestantes no presentaron ninguna sintomatología, y las 25 gestantes restantes refiere haber presentado y conoce al menos un signos y síntomas de alarma. En primer lugar se encuentra: Hinchazón de cara, manos y pies, seguida de los síntomas: ardor-dolor al orinar, sangrado vía vaginal y contracciones antes de las 37 semanas. El rango de edad con mayor porcentaje en la presencia de sintomatología fue de 20-29 años que correspondes a embarazadas jóvenes. Cabe recalcar que a esta edad representa un factor de riesgo ya que tanto el estado físico como mental de las jóvenes no están preparados para la gestación.

Tabla N° 4

*Nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma según rangos de edad de las gestantes participantes*

NIVEL DE CONOCIMIENTO	RANGOS DE EDAD						TOTAL	
	12-19		20-29		30-49		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Alto	0	0	10	16.40	9	14.76	19	31.16
Medio	12	19.67	24	39.33	6	9.84	42	68.84
Bajo	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>19.67 %</b>	<b>34</b>	<b>55.73 %</b>	<b>15</b>	<b>24.6 %</b>	<b>61</b>	<b>100 %</b>

**Nota:** Encuesta aplicada a las gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe

**Elaborado por:** Luz Escaleras

De acuerdo al nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma el nivel medio es quien predomina con más del 60%, sobresaliendo en el rango de edad de 20–29 años; seguido del nivel de conocimiento alto, prevaleciendo mayor porcentaje en el mismo rango de edad. Las gestantes adolescentes de 12-19 años no tienen un nivel de conocimiento alto; es decir, no tienen los conocimientos suficientes para implementar acciones de protección durante la gestación y afrontar posibles complicaciones.



Tabla N° 5

*Nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma según grado de instrucción de las gestantes participantes*

GRADO DE INSTRUCCIÓN	NIVEL DE CONOCIMIENTO						TOTAL	
	ALTO		MEDIO		BAJO		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Primaria incompleta	0	0	5	8.20	0	0	5	8.20
Primaria completa	4	6.56	4	6.56	0	0	8	13.11
Secundaria incompleta	1	1.63	12	19.67	0	0	13	21.31
Secundaria completa	10	16.39	15	24.58	0	0	25	40.98
Superior/ Universidad	4	6.56	6	9.83	0	0	10	16.4
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>31.16</b>	<b>42</b>	<b>68.84</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>61</b>	<b>100 %</b>

**Nota:** Encuesta aplicada a las gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe

**Elaborado por:** Luz Escaleras

Según los grados de instrucción, el nivel de conocimiento medio está en la cima con el 68.84 %, predominando el grado de instrucción de Secundaria completa; en segundo lugar se encuentra el nivel de conocimiento alto con el 31.16% de igual manera sobresaliendo las gestantes con Secundaria completa. Es importante señalar que la mayoría de las gestantes se encuentran cursando sus estudios básicos como de bachillerato, es decir no cuentan con conocimientos suficientes y que para lograr un 100% de conocimientos en el tema es fundamental la educación oportuna, especialmente por parte de los profesionales de salud.

Tabla N° 6

*Actitud de las gestantes frente a signos y síntomas de alarma según rangos de edad*

ACTITUDES	RANGOS DE EDAD						TOTAL	
	12-19		20-29		30-49			
	f	%	f	%	f	%	f	%
Favorable	8	13.11	27	44.25	13	21.32	48	78.70
Indiferente	4	6.56	7	11.48	2	3.28	13	21.30
Desfavorable	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>19.67 %</b>	<b>34</b>	<b>55.73 %</b>	<b>15</b>	<b>24.6 %</b>	<b>61</b>	<b>100 %</b>

**Nota:** Encuesta aplicada a las gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe

**Elaborado por:** Luz Escaleras

Según las actitudes de las gestantes frente a los signos y síntomas del alarma, las encuestas muestra mayor porcentaje en la actitud favorable con un 78.70%, con predominio en las gestantes jóvenes de 20-29 años, pero existe un 21.30% que representa las actitudes indiferentes de las gestantes; es decir, que estas no actuarían de manera correcta frente a un signo o síntoma de alarma lo cual pone en riesgo la diada materno fetal ya que sus acciones no estarán direccionadas para el cuidado necesario durante la gestación poniendo en riesgo la vida de sí mismas como las del bebe.

Tabla N° 7

*Actitud de las gestantes frente a signos y síntomas de alarma según el número de hijos vivos*

ACTITUDES	NUMERO DE HIJOS VIVOS										TOTAL	
	0		1		2		3		4 o más		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Favorable	19	31.2	14	22.3	11	18.0	3	5.0	1	1.7	48	78.70
Indiferente	10	16.3	3	5.0	0	0	0	0	0	0	13	21.30
Desfavorable	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>47.5</b>	<b>15</b>	<b>27.3</b>	<b>11</b>	<b>18.0</b>	<b>3</b>	<b>5.0</b>	<b>1</b>	<b>1.7</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

**Nota:** Encuesta aplicada a las gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe

**Elaborado por:** Luz Escaleras

La presente tabla revela que el 78.70 % de las gestantes tienen una actitud favorable frente a los signos y síntomas de alarma, de las cuales tanto las primigestas como las que han tenido 1 hijo vivo son quienes tienen mayor porcentaje en esta actitud. En segundo lugar tenemos el 21.30% de las gestantes con actitud indiferente de las cuales la mayoría son primigestas; y aunque cada embarazo es diferente la tabla muestra que las gestantes que han tenido por lo menos un hijo vivo tienen una actitud favorable frente a los signos y síntomas de alarma, a esto se añade la educación previamente recibida en los embarazos anteriores que propician el autocuidado.

Tabla N° 8

*Actitud de las gestantes frente a signos y síntomas de alarma según el nivel de conocimientos*

ACTITUDES	NIVEL DE CONOCIMIENTOS						TOTAL	
	ALTO		MEDIO		BAJO		f	%
	f	%	f	%	f	%		
Favorable	19	31.16	29	47.54	0	0	48	78.70
Indiferente	0	0	13	21.30	0	0	13	21.30
Desfavorable	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>31.16 %</b>	<b>42</b>	<b>68.84 %</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>61</b>	<b>100 %</b>

**Nota:** Encuesta aplicada a las gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe

**Elaborado por:** Luz Escaleras

De acuerdo a las actitudes en relación al nivel de conocimientos podemos observar que nivel medio de conocimientos se asocia en mayor porcentaje con la actitud favorable, seguido de la actitud indiferente; en segundo lugar tenemos el nivel de conocimiento alto con el 31.16% de las cuales todas tienen una actitud favorable. Los resultados muestran que existe dependencia significativa entre los niveles de Conocimientos, y las Actitudes sobre los signos y síntoma de alarma durante el embarazo.

## 7. DISCUSIÓN

Para determinar el cumplimiento de los objetivos planteados en la investigación a continuación, se da a conocer de manera puntual los resultados obtenidos y comparados con diferentes estudios similares a la presente investigación.

Los resultados demostraron que el 68.84% de las gestantes participantes poseen un nivel medio en conocimientos sobre signos y síntomas de alarmas en el embarazo, y el 31.16% tienen un nivel alto de conocimientos. Estos resultados son similares al estudio realizado por Andy Manuyama en febrero del 2017 donde muestran que el 68,9% de las gestantes tienen un nivel intermedio y el 24,2% de las gestantes atendidas tienen un nivel alto y en último lugar con el 6,8% de nivel bajo en conocimientos sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo.

En el presente estudio el nivel de conocimiento según los grupos de edad predomina el nivel medio en conocimientos con un 68.84%, sobresaliendo en la edad comprendida de 20–29 años, seguido del nivel de conocimientos alto con el 31.16 % prevaleciendo mayor porcentaje en el mismo rango de edad; las gestantes adolescentes de 12-19 años no tienen un nivel de conocimiento alto; es decir, no tienen los conocimientos suficientes para implementar acciones de protección durante la gestación y afrontar posibles complicaciones. En cambio en el estudio realizado por Andy Manuyama (2017), tiene mayor porcentaje según los grupos de edad, sus resultados muestran en primer lugar a las gestantes de 21 a 30 años con nivel alto en conocimientos con el 27,0 % y en segundo lugar a las gestantes entre 14 a 20 años con el 20,7%; por lo tanto se demuestra que las gestantes mayor a 20 años tienen un mejor nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo.

Según el grado de instrucción, en nuestro estudio el nivel de conocimiento medio está en la cima con el 68.84 %, predominando el grado de instrucción de Secundaria completa; en segundo lugar se encuentra el nivel de conocimiento alto con el 31.16% de igual manera sobresaliendo las gestantes con Secundaria completa. A diferencia del estudio realizado por Andy Manuyama, que muestran que el 30,8% de las gestantes que tienen carrera superior y técnica tienen un nivel de conocimiento alto de los signos y síntomas de alarma en el embarazo, mayor frecuencia que las gestantes con estudio primaria y secundaria las cuales obtuvieron menor porcentaje (23,8% y 23,5%) de nivel de conocimiento alto; por lo tanto las gestantes con estudios técnico y superior tienen un mejor nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo.

Es importante señalar que las gestantes de 12 a 19 años de edad son adolescentes que se encuentran cursando sus estudios y muchas de ellas han paralizado su educación por el embarazo, por lo tanto influye en su nivel de conocimiento con respecto a los signos y síntomas de alarma; además de ser un factor de riesgo ya que a esta edad tanto su condición fisiológica como psicológica no se encuentra preparado para gestar tomando en cuenta que representa un extremo de la vida predisponente a posibles complicación del embarazo.

En la variable Actitud los resultado del presente estudio muestran que las gestantes tienen una actitud favorable con el 78.7 %; pero, existen 21.3 % con una actitud indiferente de las cuales la mayoría son primigestas. En cuanto a las actitudes según el nivel de conocimiento los resultados son que el 31.16%, de las gestantes que tienen un nivel alto de conocimiento tiene una actitud favorable, el nivel medio de conocimiento se asocia con la actitud favorable con un 47.54%, y con la actitud indiferente con el 21.30%. En cambio en el estudio realizado por González Brenda (2016); muestran mayor

porcentaje, en pacientes con actitud indiferente frente a los signos con el 46.2%, seguida de la actitud Favorable con el 35.3%; predomina la actitud Favorable frente a los síntomas (48.7%), seguida de la actitud desfavorable (34.6%), y señalan que el nivel alto de conocimiento se asocia con una actitud favorable, que el nivel medio de conocimiento se asocia con una actitud de indiferencia, y que el nivel bajo de conocimiento se asocia con una actitud desfavorable frente a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo. Esta relación es confirmada por las valoraciones de la D de Somer, cuya probabilidad ( $p=0.000$ ) señala que cuanto mayor sea el nivel de conocimiento más favorable ha de ser la actitud que tome una gestante frente a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo.

Aunque cada embarazo es diferente los resultados de la investigación nos dice que la actitud de las gestantes se ve influenciado principalmente por el conocimiento que estas tengan, por la experiencia adquirida con embarazos previos, ya que las primigestas son quienes muestran mayor disponibilidad de actuar erróneamente ante la presencia de un signo o síntoma de alarma lo cual pone en riesgo la vida de sí misma como la de su bebe.

## 8. CONCLUSIONES

Los resultados alcanzados procedentes de la investigación sobre los conocimientos y actitudes en las gestantes, nos permiten establecer las siguientes conclusiones:

- El nivel de conocimientos sobre signos y síntomas de alarma del embarazo que poseen las gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe es el nivel Medio, representado con el 68.84 %.
- Las Actitudes frente a los signos y síntomas de alarma del embarazo que tienen las gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe es la Actitud Favorable constituido por el 78.70 %.
- Existe dependencia significativa entre los niveles de Conocimientos y las Actitudes, cuanto mayor sea el nivel de conocimiento más favorable ha de ser la actitud que tome una gestante frente a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo.



## 9. RECOMENDACIONES

- Que los profesionales de salud del Hospital Universitario de Motupe se involucren más en la educación sobre signos y síntomas de alarma del embarazo mediante campañas, talleres didácticos dirigidos a las gestantes que acuden a sus controles prenatales para lograr un nivel de conocimiento Alto al 100 %.
- Incentivar a las gestantes en la participación de programas educativos, de prevención y promoción de la salud materna, y fomentar a la adopción de actitudes saludables.
- Se recomienda continuar con investigaciones relacionadas a determinar el nivel de conocimientos y actitudes de las gestantes frente a signos y síntomas de alarma para verificar si existe mejora o retroceso en el tema.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). *Task Force on Hypertension in Pregnancy*. Obtenido de Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' :  
<https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Task-Force-and-Work-Group-Reports/Hypertension-in-Pregnancy>
- Alfaro Vargas, N., y Campos Vargas, G. (2014). Analisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital San Vicente de Paul. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 26, 1-19.
- Ananth, C. V., & Kinzler, W. L. (2015). *Placental abruption: Clinical Features and diagnosis*. Obtenido de [Monografía en Internet]:  
[http://www.uptodate.com/contents/placental-abruption-clinical-features-and-diagnosis?source=search\\_result&search=Placental+abruption%3A+Clinical+Features+and+diagnosis&selectedTitle=1~143](http://www.uptodate.com/contents/placental-abruption-clinical-features-and-diagnosis?source=search_result&search=Placental+abruption%3A+Clinical+Features+and+diagnosis&selectedTitle=1~143)
- Campos Vargas, G., y Alfaro Vargas, N. (2013). *Proceso de atención de enfermería ginecobstétrica aplicado a una madre adolescente: un estudio de caso*. Obtenido de *Enfermería Actual en Costa Rica*, :  
<http://www.redalyc.org/pdf/448/44829445003.pdf>
- Chen, K. T., Ramin, S. M., & Hepner, D. L. (2015). *Intrapartum fever*. . Obtenido de Monografía en Internet: [http://www.uptodate.com/contents/intrapartum-fever?source=search\\_result&search=fever+in+pregnancy&selectedTitle=1~15](http://www.uptodate.com/contents/intrapartum-fever?source=search_result&search=fever+in+pregnancy&selectedTitle=1~15)
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Obtenido de pdf:  
[http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4\\_ecu\\_const.pdf](http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf)
- Cordinación General de Planificación. (17 de diciembre de 2014). *Informe Mortalidad en Maternidad*. Obtenido de  
[https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas\\_seguimiento/1121/MARCO%20TEORICO%20MODELO%20MORTALIDAD%20MATERNA.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1121/MARCO%20TEORICO%20MODELO%20MORTALIDAD%20MATERNA.pdf)

- Correa Dias, M., Tsunehiro, M. A., Lima, M. d., y Bonadio, I. C. (2014). Evaluacion del cuidado prenatal en unidad con estrategia salud de la familia. *Rev. Escola de Enfemagen da USP*, vol.48, 23-31.
- ENSANUT. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutricion*. Obtenido de [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/SaludSexual\\_y\\_Reproductiva/141016.Ensanut\\_salud\\_sexual\\_reproductiva.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/SaludSexual_y_Reproductiva/141016.Ensanut_salud_sexual_reproductiva.pdf)
- Flores Bazán, M. N., y Ylatoma Meléndez, C. (2012). *Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el centrgo de salud morales*. Obtenido de Tesis: [http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos\\_proyectox/archivo\\_77\\_Binder1.pdf](http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyectox/archivo_77_Binder1.pdf)
- Flores, S. A., y Mohamed Mohamed, D. (s.f.). *Guia de Cuidados en el Embarazo*. Obtenido de <http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guiacuidadosembarazo.pdf>
- Garcia Regalado, J. F., y Montañez Vargas, M. I. (2012). Signos y Sintomas de alarma obstétrica. Acerca del conocimiento que tienen las mujeres. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50() 651-657. , <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745498012> .
- Herrear, V., Oliva, J., y Dominguez, F. (2013). Riesgo Reproductivo. En E. Cutie León, E. Cabezas Cruz, J. A. Oliva Rodriguez, J. Vázquez Cabrera, M. Pérez Echemendía, O. Rigol Ricardo, W. Laffita Labañino, *Ginecología y Obstetricia* (págs. Capitulo (11) 113-120). Cuba: Ecimed.
- Herrera, J. A. (2013). Atencion primaria y mortalidad materno-infantil en Iberoamerica. *Atencion Primaria*, 45(5) 244-248.
- Jiménez Puñales, S., y Pentón Cortés, R. J. (2015). Mortalidad perinatal. Factores de riesgo asociados. *Clinica e Investigacion en Ginecologia y Obstetricia*, 42(1) 2-6.

- Manuyama Solsol, A. M. (2017). *Nivel de Conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo de las gestantes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos "Cesar Garayar Garcia" Febrero del año 2017. (Tesis de Fin de Grado. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana)*. Obtenido de [http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4431/Andy\\_Tesis](http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4431/Andy_Tesis)
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *CONE en el Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de Quito: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Norma-Cone-digital-27-05-14.pdf>
- MINSA-CSS. (2015). *Guías de manejo de las Complicaciones en el Embarazo. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Programa Materno Infantil*. Obtenido de [http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/guias-complicaciones-embarazo\\_diciembre\\_2015.pdf](http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/guias-complicaciones-embarazo_diciembre_2015.pdf)
- MSP. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS*. Obtenido de [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)
- MSP. (2015). *Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica. Primera Edición. Quito*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
- MSP. (2015). *Muerte-Materna.pdf*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/01/Muerte-materna.pdf>
- Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe*. Obtenido de [http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015\\_spanish.pdf](http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf)
- Norwitz, E. R., & Park, J. S. (2015). *Overview of the etiology and evaluation of vaginal bleeding in pregnant women*. Obtenido de Monografía en Internet: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-etiology-and-evaluation-of-vaginal-bleeding-in-pregnant-women?>
- OMS. (2016). *Global Causes of Maternal Death: a WHO Systematic Analysis*. Obtenido de <http://www.mamaye.org/en/evidence/global-causes-maternal-death-who-systematic-analysis>

- OMS. (septiembre de 2016). *Mortalidad Materna. Nota descriptiva 348*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Orellana H, M. H. (marzo de 2012). *La actitud de la mujer frente al embarazo*. Obtenido de <http://www.clinicabendana.com/wp-content/uploads/2012/03/Blog-Actitud-de-la-mujer-frente-al-embarazo.pdf>
- Pérez, P. J., y Gardey, A. (2012). *Definición de Actitud*. Obtenido de (<http://definicion.de/actitud/>)
- Plan Nacional de Buen Vivir. (2013-2017). *Plan Nacional de Buen Vivir*. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/>
- Rodríguez Rojas, Y. L., y Rodríguez Hernández, A. (2012). *Análisis De La Mortalidad Materna Desde Los Determinantes Sociales En Los Paises De Latinoamerica Y El Caribe. Ibero americana*, 6(1)132-143.
- S.A., C. d. (Febrero de 2016). *Protocolo-Control-Prenatal* . Obtenido de <https://3nocturno.files.wordpress.com/2016/08/okprotocolo-control-prenatal.pdf>
- SENPLADES. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017*. Obtenido de <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>
- SIISE. (2011). *Indicadores del SIISE Tasa de Mortalidad Materna* . Obtenido de [http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/SALUD/ficsal\\_S05.htm](http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/SALUD/ficsal_S05.htm)
- Solis, K. y Guevara, G. (2015). Programa de visita domiciliaria del sistema de salud constarricense: lineamientos para su mejora. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 29, 1-18.
- Ticona Rebagliat, D., Torres Bravo, L., Veramendi Espinoza, L., y Zafra Tanaka, J. H. (2014). Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Perú. *Revista Peruana de Ginecologica y Obstetricia*, vol. 60, núm. 2, pp. 123-130.

## 11. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ENFERMERÍA

### ANEXO 1

#### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**Proyecto.** Conocimientos y actitudes sobre signos y síntomas de alarma en gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe.

N ° 1

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
DEFINICIÓN CONCEPTUAL			
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>  Conocimientos sobre signos y síntomas de alarma en gestantes  <b>Información, conjunto de ideas precisas, ordenadas, vagas o inexactas sobre signos y</b>	Nivel de conocimientos sobre signos y síntomas de alarma en gestantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identifica los signos y síntomas de alarma del embarazo</li> <li>▪ Signos de alarma:               <ul style="list-style-type: none"> <li>— Edemas</li> <li>— Sangrado vaginal</li> <li>— Perdida de Líquido Amniótico</li> <li>— Náuseas y vómitos</li> <li>— Hipertensión</li> <li>— Convulsiones</li> </ul> </li> <li>▪ Síntomas de alarma:               <ul style="list-style-type: none"> <li>— Fiebre</li> <li>— Cefalea</li> <li>— Disminución de movimiento</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ALTO</li> <li>▪ MEDIO</li> <li>▪ BAJO</li> </ul>

<b>síntomas de alarma del embarazo.</b>		fetal — Dolor o ardor al orinar — Trastornos visuales y aditivos — Contracciones uterinas antes de las 37 semanas	
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>  Actitudes <b>Forma cómo actúa la gestante frente algunos signos y síntomas de alarma del embarazo</b>	Forma cómo actúa la gestante frente a los signos y síntomas de alarma del embarazo	✓ La actitud favorable, indiferente o desfavorable que adopta la gestante al momento de presentar algún signo y síntoma de alarma durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Favorable</li> <li>▪ Indiferente</li> <li>▪ Desfavorable</li> </ul>

**Autor/a:** Luz Benigna Escaleras Cabrera



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**ANEXO 2**

**ENCUESTA**

**Proyecto.** Conocimientos y actitudes sobre signos y síntomas de alarma en gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe.

**N° 2**

***Introducción***

La presente encuesta tiene como finalidad obtener información sobre los conocimientos y actitudes sobre signos y síntomas de alarma del embarazo que tienen las gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe, para favorecer la educación de la paciente gestante y /o familia, evitando así complicaciones en el embarazo. Se ruega responda con sinceridad cada una de las siguientes preguntas:

***a) Datos generales***

**1. Edad:.....**

**2. Estado civil**

a. Soltera      b. Casada      c. Divorciada      d. Unión libre      e. Viuda

**3. Grado de instrucción:**

a) Primaria incompleta

b) Primaria completa

c) Secundaria completa

d) Secundaria incompleta

e) Superior universitaria

***b) Datos Obstétricos***

**1. Considerando el embarazo actual, ¿cuántos embarazos ha tenido?**

a. 1

b. 2

c. 3

d. 4 o mas



2. **Cuantos hijos tiene?**

Numero de nacidos vivos	1	2	4 o más
Numero de nacidos muertos	1	2	4 o más
Número de abortos	1	2	4 o más

3. **¿Ha presentado algún signo o síntoma de alarma en el embarazo?**

a. Si                      b. No                      cuál?.....

4. **Cuando de realizo en primer control prenatal?**

a. en el I trimestre      b. en el II trimestre      c. en el III trimestre

c) *Conocimientos*

<b>CONOCIMIENTOS</b>	<b>Totalmente de acuerdo/ siempre</b>	<b>De acuerdo/ la mayor parte de veces</b>	<b>Indiferente/ la mitad de veces</b>	<b>En desacuerdo/ raras veces</b>	<b>Totalmente en desacuerdo/ nunca</b>
1. Los signos de alarma indican posible peligro para la madre y el bebe					
2. Si se presentara un signo de alarma se debe acudir a un establecimiento de salud de inmediato					
3. El sangrado vía vaginal es normal en el embarazo					
4. El dolor de cabeza es normal en el embarazo					
5. El descenso de líquido claro con olor a lejía es algo normal en el embarazo					
6. Las náuseas y vómitos intensos o repetidos es normal en el embarazo					
7. La hinchazón de cara, manos y/o pies es normal en el embarazo					
8. La disminución o ausencia de movimientos fetales es normal en el embarazo					

9. El presentar zumbidos de oído es normal en el embarazo					
10. La visión borrosa y la presencia de mosquitos o manchitas flotando son normales durante el embarazo					
11. Las contracciones antes de las 37 semanas son normales durante el embarazo					
12. El dolor abdominal o en la boca del estómago es normal en el embarazo					
13. La fiebre es normal durante el embarazo					
14. El ardor al orinar es normal durante el embarazo					
15. La falta de crecimiento de la barriga es normal durante el embarazo					
16. La disminución de peso de la madre es normal durante el embarazo					

**Fuente:** Ticona Rebagliat, D., Torres Bravo, L., Veramendi Espinoza, L., & Zafra Tanaka, J. H. (2014). Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, vol. 60, núm. 2, pp. 123-130.

#### *d) Actitudes*

<b>ACTITUDES</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Indiferente</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
1. Considera importante conocer los signos y síntomas que ponen en riesgo su salud y la de su bebe.					
2. Considera usted que los cuidados en casa son suficientes ante la presencia de algún signo o síntoma de alarma del embarazo.					
3. En caso de presentar algún signo o síntoma de alarma del embarazo Usted preferiría ser atendida en casa por una partera o persona de confianza y no por un profesional de salud, por sentir					

vergüenza o miedo					
4. Considera usted que el Centro de Salud/Hospital es capaz de darle la mejor atención en caso de presentarse algún signo o síntomas de alarma del embarazo					
5. Usted cree que asistir al hospital por presentar un signo o síntoma de alarma del embarazo es una pérdida de tiempo					
6. Usted cree que las atenciones prenatales son una pérdida de tiempo porque no le informan sobre los signos y síntomas de alarma.					
7. Si presentara algún signo o síntoma de alarma del embarazo buscaría atención prenatal inmediata.					
8. Si su bebé no se mueve en toda la mañana iría de inmediato al establecimiento de salud más cercano.					
9. Si perdiera sangre por sus partes íntimas se pondría paños y esperaría a que pase.					
10. Si usted presentara en su embarazo infección de garganta y sangrado por vagina, cree usted que sea más urgente atender la infección de garganta.					
11. Si usted presentara dolor de cabeza punzante, zumbido de oídos e hinchazón de cara, manos y pies en el embarazo, se auto medicaría.					
12. Si usted tuviera fiebre persistente esperaría al siguiente día para ir al Centro de Salud					

**Fuente:** Encuesta de estudio. Extraída de <<Relacion entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y sintomas de alarma en el embarazo en las gestantes atendidas en el centro de salud Morale, junio-septiembre 2012s >>, de Flores Bazán, M. N., & Menlédez, C. Y. (2012).



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**ANEXO 3**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Proyecto.** Conocimientos y actitudes sobre signos y síntomas de alarma en gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe.

**Nº 3**

**Propósito del estudio**

El propósito de esta encuesta es para obtener información sobre los conocimientos y actitudes sobre signos y síntomas de alarma en las gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe, para favorecer la educación de la paciente gestante y /o familia, evitando así complicaciones en el embarazo.

**Procedimiento**

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, he sido informado/a sobre los objetivos del presente estudio. Reconozco que la información que yo provea en el curso de la investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. Si Ud. acepta participar en este estudio le haremos unas preguntas por aproximadamente 20 minutos las cuales serán registradas en las hojas de encuesta.

SI

NO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_



## ANEXO 5

### PERTINENCIA DEL PROYECTO DE TESIS

Loja, 8 de Septiembre del 2017

Mg. Sc María del Cisne Agurto

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA**

Con un atento y cordial saludo me dirijo a usted de la manera más comedida para indicar que el proyecto con fines de titulación cuyo tema es: **CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE**, de autoría de la señorita **LUZ BENIGNA ESCALERAS CABRERA**, con cedula Nro. 1900805225, estudiante del internado rotativo de la carrera de Enfermería, del mismo que cumple con los requisitos establecidos por lo que se da la pertinencia de la estructura y coherencia.

Es todo lo que puedo comunicar.

Atentamente:

Dr. Esp. Oscar Sarango  
**DOCENTE DEL ASH**

*Recibo  
08/09/17  
16410  
D*



## ANEXO 6

## PERMISO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
DIRECCION CARRERA DE ENFERMERÍA

Of. Nº. 028-DCE-FSH-UNL.  
Loja, 22 de enero de 2018

Señora Doctora  
Sonia Zhunaula  
**DIRECTORA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE**  
Ciudad.-

De mi consideración:

Con un cordial saludo me dirijo a Usted, en la oportunidad de desearle éxitos en las funciones que tan acertadamente dirige, a su vez solicitarle muy comedidamente su autorización para que la señorita: **LUZ BENIGNA ESCALERAS CABRERA**, estudiante del Internado Rotativo de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, pueda obtener la información necesaria y aplicación del instrumento de recolección de datos (**ENCUESTA**) a las embarazadas que acuden al Hospital Universitario de Motupe; a fin de llevar a cabo la realización de su tesis intitulada "**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE**". Previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Por la favorable atención que se dé al presente le expreso mi agradecimiento.

Atentamente,

Lic. María del Cisne Agurto Mg. Sc  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA FSH-UNL**

C.c. Archivo.  
Conf. Lic. Carmen Cabrera

Recibido  
29/01/2018  
Lic. Sonia Zhunaula  
Dra. Sonia Zhunaula  
MEMBRO FUJUNIAS  
110398285



## ANEXO 7

## CERTIFICADO DE APLICACIÓN DE ENCUESTAS

## CERTIFICADO

Loja, 17 de Mayo del 2018

Yo MARIA CARPIO J., identificado con CI 0702027624.

**RESPONSABLE DEL CENTRO DE SALUD DE MOTUPE (MSP)**

CERTIFICA:

Que, la Srta. **LUZ BENIGNA ESCALERAS CABRERA**, identificada con CI **1900805225**, estudiante del Internado Rotativo de la Universidad Nacional de Loja, ha realizado la aplicación de sus encuestas en este Centro de Salud con la finalidad de continuar con su proyecto de tesis titulado **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE**, durante el periodo de enero-febrero del 2018, es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Se expide la presente a solicitud de la interesada para los fines que crea conveniente.

  
 S C S MOTUPE  
**María B. Carpio Villacis**  
 MEDICO GENERAL  
 C.I. 0702027624

**Dra. María Carpio**

**RESPONSABLE DEL CENTRO DE SALUD  
MOTUPE (MSP)**



## ANEXO 8

### APLICACIÓN DE ENCUESTAS







## ANEXO 9

# NEW YORK

## ENGLISH LEARNING CENTER

THE NEW YORK ENGLISH LEARNING CENTER  
 AV. PIO JARAMILLO ALVARADO  
 LOJA  
 CIUDAD.

23/05/2018

### CERTIFICADO

Yo certifico que se ha realizado una traducción del resumen de la tesis denominada "CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE" por Luz Benigna Escaleras Cabrera, portadora de cédula número 1900805225.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando al interesado hacer uso del presente en lo que el creyere conveniente.

Atentamente

Gloria Beñstead  
 Gerente General  
 New York English Learning Center



Ref: BK64HC University of Cambridge

Av. Pio Jaramillo Alvarado entre Chile y Cuba, Loja, Tel: (07) 2583686. [newyorkenglishlearningcenter@gmail.com](mailto:newyorkenglishlearningcenter@gmail.com)



## **ANEXO 10**

### **PROYECTO DE TESIS**

#### **1. TEMA**

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS  
DE ALARMA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO DE MOTUPE.**

## 2. PROBLEMÁTICA

El embarazo es un proceso fisiológico, por tanto, la atención prestada a las gestantes debe estar basada en los cuidados para su desarrollo normal, el uso de la tecnología apropiada y en el reconocimiento del importante papel que tiene la propia mujer en la toma de las decisiones que le afectan. La atención de calidad a las embarazadas conlleva: el seguimiento eficiente del proceso, la realización de las visitas domiciliarias, pruebas y procedimientos basados en la evidencia científica, la implicación de las usuarias y la adecuada coordinación entre todos los niveles de atención (Ministerio de Salud Pública, 2015).

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Para finales de 2015 habrán muerto unas 303 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo en 2015 es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana (OMS, 2016).

De acuerdo a la información de los Indicadores Básicos de Salud 2013, la razón de mortalidad materna ha aumentado, teniendo una tendencia creciente (excepto el año 2012), Al comparar los resultados 2011 de Ecuador con el Área Andina, de los cuatro países que se tiene información (Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), el país se encuentra en segundo lugar por debajo de Venezuela con 69.3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

Ahora comparando a Ecuador con el Cono Sur (Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay), la razón de mortalidad para el 2011 se encuentra por sobre 42% de lo registrado por este grupo. Esto nos permite concluir que este indicador se mantiene alto y como es de conocimiento es una prioridad de política pública tanto nacionalmente como internacionalmente para el desarrollo del país (Cordinación General de Planificación, 2014).

Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son: La hemorragia excesiva fue la principal causa directa de mortalidad materna a nivel mundial, que representó el 27% de las muertes maternas. Otras causas directas principales fueron trastornos hipertensivos (14%), sepsis (11%) y aborto (8%). Otras complicaciones principales incluyen infecciones, presión arterial alta durante el embarazo, complicaciones en el parto y abortos en condiciones de riesgo. Se ha comprobado que las intervenciones sanitarias pueden prevenir o manejar estas complicaciones, incluyendo la atención prenatal durante el embarazo, la asistencia capacitada durante el parto y la atención y el apoyo en las semanas posteriores al parto (OMS, 2016).

Analizando las circunstancias en las cuales ocurren las muertes maternas, se reconocen tres “demoras”, la primera demora por parte de la mujer y su familia en reconocer que existe un problema grave, la segunda demora se presenta cuando no se busca o no se tiene acceso a la atención calificada en el momento oportuno y la tercera demora ocurre en las instituciones de salud, cuando no se presta una atención rápida y eficaz. Para disminuir la posibilidad de que ocurran la primera y la segunda demora, es deber de todo el equipo de salud educar a la comunidad y a las mujeres para que conozcan los factores de riesgo que pueden amenazar un feliz término del embarazo, la importancia de la búsqueda oportuna

de atención por un personal calificado. Es deber del Estado asegurar la disponibilidad de una red de servicios accesibles y de calidad a toda la población (MINSA-CSS, 2015).

La Organización Mundial de la Salud ha recomendado que se realicen al menos cuatro visitas de atención prenatal para asegurar el bienestar de las madres y de los recién nacidos. Durante estas visitas, las mujeres deberían recibir al menos el paquete de asistencia básico que incluye asesoramiento nutricional. También deberían ser informadas de las señales de advertencia que indiquen posibles problemas durante el embarazo y recibir apoyo para planificar un parto sin complicaciones. En 2014, en promedio, solo el 52% de las mujeres embarazadas en las regiones en desarrollo recibieron la cantidad recomendada de visitas prenatales durante el embarazo (Naciones Unidas, 2015).

En Ecuador el primer control prenatal realizado durante el primer trimestre del embarazo, sube en alrededor del 20% con respecto a lo registrado en el período 2007-2012. Aunque disminuye la brecha, persisten las diferencias en controles prenatales entre el área urbana y rural. El 73,7% de los niños nacidos vivos en el área rural, sus madres tuvieron su primer control prenatal en el primer trimestre del embarazo (ENSANUT, 2012). De acuerdo al Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 y dentro de los objetivos nacionales se plantea la reducción de la razón de mortalidad materna a 50 muertes por cada 100.000 nacidos vivos para el año 2017 (SENPLADES, 2013).

La investigación se realizará en el Hospital Universitario de Motupe, el grupo de estudio serán las embarazadas que acuden al control prenatal en dicha casa de salud. Las Variables en estudio son: Conocimiento y Actitudes. El estudio se realizará en el tiempo comprendido de Enero a Febrero del 2018.

<b>Población</b>	Embarazadas que acuden al control prenatal en el Hospital Universitario de Motupe.
<b>Intervención</b>	Conocimiento y Actitudes sobre signos y síntomas de alarma en gestantes
<b>Comparación</b>	Nivel de Conocimientos
<b>Resultado</b>	Determinar el conocimiento y actitudes sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo

¿Cuáles son los Conocimientos y actitudes sobre signos y síntomas de alarma en las gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe?

### 3. JUSTIFICACIÓN

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos, la mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. Si bien la mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin complicaciones, siempre existen riesgos potenciales. Aproximadamente un 15% de todas las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y en algunos casos, una intervención obstétrica acertada para la sobrevivencia de la madre y del niño (OMS, 2016).

Esta investigación se justifica en razón a las complicaciones que suelen presentarse durante el embarazo, aun siendo fisiológicas las gestantes no identifican como un peligro y de hacerlo no acuden oportunamente a un establecimiento de salud. Por tal razón es importante conocer el nivel de conocimiento que tienen las gestantes sobre los signos y síntomas de alarma frecuentes en el embarazo, así como sus actitudes ante los mismos, ya que estas nos permiten predecir el comportamiento que tendrán ante posibles complicaciones durante la gestación.

La importancia del presente estudio radica en que se encuentra enmarcado en las políticas y metas nacionales establecidas en Plan de Desarrollo para el Buen Vivir; objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población, así como en acuerdos internacionales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, objetivo 5: Mejorar la salud Materna. Consta en las líneas de investigación del Facultad de Salud Humana, línea uno “Salud sexual y reproductiva en Loja y en la Región sur de país, Ámbito 3: Factores que influyen

en la morbilidad y mortalidad materno-infantil; así como también en las prioridades de investigación definidas en el Ministerio de Salud Pública, 2013-2017, área número 5: Maternas

El presente tema de investigación es factible ya que se realizará en una Institución de Salud Universitaria, donde existe el permiso correspondiente para su ejecución además de la colaboración del grupo de estudio, fácil acceso y costo accesible. Los resultados de la presente investigación serán entregados al establecimiento de salud correspondiente y de ser necesario mejorar la información a las usuarias sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo, con el fin de concientizar a las gestantes una responsable toma de decisiones basada en la información recibida y lograr conductas saludables que influyan determinadamente en la reducción de la tasa de morbi- mortalidad materno-infantil.



## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo general**

Determinar los Conocimientos y Actitudes sobre signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe.

### **4.2. Objetivos específicos**

Identificar el nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe.

Reconocer las actitudes de las gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe frente a los signos y síntomas de alarma del embarazo.

## 5. MARCO TEÓRICO

### 5.1. El embarazo

El embarazo es un proceso fisiológico, por tanto, la atención prestada a las gestantes debe estar basada en los cuidados para su desarrollo normal, el uso de la tecnología apropiada y en el reconocimiento del importante papel que tiene la propia mujer en la toma de las decisiones que le afectan. Según la OMS el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; propicia además una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos/as en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita (MSP, 2015).

Según el Ministerio de Salud Pública, (2015) un embarazo en riesgo “es aquel que se tiene la certeza o existe mayor probabilidad de presentar estados patológicos o anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y el producto” (p. 10). Las gestantes de riesgo constituyen de 20 a 30 % del total de embarazadas, y son responsables de 70 a 80 % de la mortalidad perinatal. El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo. Se les dará su valor clínico, y planificará la adecuada atención de éstas, con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal (Herrear, Oliva, & Dominguez, 2013).

## **5.2. Conocimientos sobre signos y síntomas de alarma en gestantes**

Se ha demostrado que la falta de identificación y de reconocimiento temprano de signos y síntomas de alarma obstétrica ante los cuales habrá que intervenir en forma oportuna y eficaz, complica el curso del embarazo y pone en peligro la salud materna y perinatal. Poseer un conocimiento adecuado ayuda a actuar rápida y apropiadamente ante la identificación de síntomas anormales y contribuye a la adopción de conductas positivas que beneficien la salud. Se afirma que el interés por informarse requiere un estímulo y que el embarazo debe ser visto como una señal de necesidad para adquirir conocimiento.

Es así que los programas enfocados en la educación de las mujeres embarazadas mejoran la identificación temprana de signos de alarma y, por ende, disminuyen las complicaciones obstétricas. El conocimiento de los signos de alarma obstétrica está relacionado con haber tenido partos previos y la labor de educación y prevención que realiza el médico familiar durante las consultas prenatales.

Se debe tener presente que la orientación, comunicación e información sobre los signos y síntomas de alarma del embarazo es un proceso eficaz para adquirir el conocimiento de múltiples procesos así como para que el individuo modifique su modo de ser y pensar e identifique tempranamente los signos y síntomas de alarma del embarazo y tenga mayor interés en tomar medidas al respecto, lo cual se traduce: actuar teniendo en cuenta las medidas preventivas (García Regalado & Montañez Vargas, 2012).

Según la norma técnica materna en su última modificación del año 2013, en cual prevalece hasta la fecha, los signos y síntomas de alarma que su presencia obliga a referir inmediatamente al establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive, según caso para su atención son los siguientes:

- Fiebre/escalofrío
- Hinchazón de cara manos y pies
- Sangrado Vaginal
- Pérdida de líquido amniótico
- Nausea y vómitos incoercibles
- Hipertensión Arterial
- Convulsiones
- Disuria
- Disminución o ausencia de movimientos fetales
- Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación

### **5.3. Signos de alarma en gestantes**

**5.3.1. Fiebre.** El embarazo normal no causa fiebre. La mujer embarazada es susceptible a muchas infecciones y enfermedades infecciosas. Algunos de estos pueden ser muy graves y potencialmente mortales para la madre, mientras que otros tienen un gran impacto sobre el pronóstico neonatal debido a la probabilidad elevada de infección fetal. Algunos estudios han indicado un riesgo más alto en las malformaciones conocidas como defecto del tubo neural en bebés de mujeres quienes estuvieron a altas temperaturas en la primera etapa del embarazo. Por lo tanto si la fiebre es muy alta y persistente indica que es posible que se esté produciendo una infección, enfermedad de vías urinarias, respiratorias, infección dentro de útero e infección en todo el cuerpo y es preciso acudir al hospital (Chen, Ramin, & Hepner, 2015).

**5.3.2. Edemas.** La hinchazón o edema es un proceso normal que aparece durante el embarazo, especialmente durante el último trimestre y en los primeros 10 días después del parto. El edema clínicamente significativo de la cara y manos ocurre en aproximadamente

el 50% de las mujeres embarazadas, mientras que el edema de los miembros inferiores no asociado a hipertensión ocurre en el 80% de las embarazadas. Son múltiples los factores que contribuyen a su aparición: aumento de la retención hídrica, de la permeabilidad capilar y del flujo sanguíneo; disminución de la presión osmótica del plasma a consecuencia de las hormonas del embarazo. Si el edema compromete la cara, las extremidades superiores y se presenta un aumento exagerado de peso, especialmente en el tercer trimestre de la gestación, debemos pensar y descartar un síndrome hipertensivo del embarazo o una enfermedad renal (Flores Bazán & Ylatoma Meléndez, 2012).

**5.3.3. Sangrado vaginal.** La embarazada puede presentar sangrado vaginal o simplemente manchado con o sin cólicos, dolor de espalda o dolores de parto. El sangrado puede ir desde un manchado escaso, color marrón o café oscuro a abundante y con coágulos de color rojo brillante. El sangrado vaginal es común en el primer trimestre, se producen en un 20 a 40 % de las mujeres embarazadas, Sangrado relacionado al aborto es la causa no traumática más común de sangrado del primer trimestre con una prevalencia de 15 a 20 % de los embarazos. Por lo tanto, el primer paso en la evaluación es el ultrasonido, para buscar la causa del sangrado. Los estudios muestran consistentemente una asociación entre hemorragia del primer trimestre y resultados adversos (por ejemplo, aborto involuntario, parto prematuro, ruptura prematura de membranas, la restricción del crecimiento fetal) más tarde en el embarazo.

El sangrado es menos común en el segundo y tercer trimestre. Las principales causas de sangrado en estos momentos son: placenta previa, desprendimiento de placenta, ruptura uterina y vasa previa. El primer paso en la evaluación es determinar la extensión de la hemorragia y si el sangrado se acompaña de dolor. La ecografía transvaginal es la piedra angular en la evaluación de sangrado en el segundo trimestre, los objetivos principales son

determinar si la placenta está cubriendo el orificio cervical (placenta previa), si existe evidencia de hemorragia decidual causando la separación de la placenta (es decir, desprendimiento prematuro de la placenta), el diagnóstico es de exclusión ya que la separación de la placenta por lo general no se puede visualizar en la ecografía; solo un 2% se visualiza (Norwitz & Park, 2015).

**5.3.4. Pérdida de líquido amniótico.** Consideramos el líquido amniótico (LA) como un medio hídrico que va a proteger al embrión y al feto de influencias externas adversas, favoreciendo con su elasticidad la estática fetal. La ruptura prematura de membranas (RPM) se produce en el 3 % de los embarazos y es responsable de aproximadamente un tercio de los nacimientos prematuros. RPM se refiere a la ruptura de la membrana antes de la aparición de las contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación. La presentación clínica clásica es una pérdida repentina de líquido amarillo claro o pálido de la vagina.

Sin embargo, muchas mujeres describen fuga intermitente o constante de pequeñas cantidades de líquido o sólo una sensación de humedad dentro de la vagina o en el perineo. El diagnóstico se basa en una historia característica y el examen físico visualización directa de líquido que fluye desde el conducto cervical, complementando con pruebas de laboratorio estándar (nitrazina, helecho) en los casos de incertidumbre diagnóstica. Aproximadamente un tercio de las mujeres con rotura prematura de membranas desarrollan infecciones potencialmente graves como la infección intraamniótica (corioamnionitis y funisitis), endometritis y septicemia, lo cual contribuye al aumento de morbilidad materna. El feto y el recién nacido se encuentran con mayor riesgo de morbilidad y está relacionada con la prematuridad la cual depende de la edad gestacional y es mayor cuando se presenta corioamnionitis (Ananth & Kinzler, 2015).

**5.3.5. Náuseas y vómitos excesivos.** Son producto de la aparición de las hormonas placentarias, especialmente la gonadotrofina coriónica y la progesterona. Estas hormonas hacen que el proceso digestivo sea mucho más lento y por esta razón los alimentos permanecen más tiempo en el estómago. Este signo tiende a presentarse con mayor frecuencia en madres primerizas y adolescentes.

El exceso de vómitos durante el embarazo, a diferencia de las habituales náuseas matutinas, pueden llevar a la madre a una deshidratación, hiponatremia, hipokalemia, alcalosis metabólica y otras deficiencias nutricionales, con pérdida de peso y cetosis; en etapas avanzadas muy graves hay trastornos neurológicos, lesión hepática, renal y hemorragias retinianas. En este caso la madre debe ser hospitalizada para recibir líquidos y los nutrientes perdidos vía intravenosa, y en el tercer trimestre nos puede alertar sobre aumento de la presión arterial, situación que es muy grave para la madre embarazada (Flores Bazán & Ylatoma Meléndez, 2012).

**5.3.6. Hipertensión.** La hipertensión que se presenta durante la gravidez es una de las entidades obstétricas más frecuentes y tal vez la que más repercusión desfavorable ejerce sobre el producto de la concepción y a su vez sobre la madre, trayendo graves y diversas complicaciones para ambos. La hipertensión inducida por el embarazo según la Organización Mundial de la Salud (2016) tiene una incidencia estimada en un 10 a 20 % aunque se han publicado cifras superiores (38%) e inferiores (10%).

La presión arterial comienza a disminuir a finales del primer trimestre, alcanza su nivel mínimo en el segundo trimestre y aumenta de nuevo en el tercero para alcanzar su punto máximo al término del embarazo. La magnitud del incremento tensional en el tercer trimestre depende además de otros factores como la posición de la mujer, ruido de Korotkoff que se considere, estrés, momento del día en que se toma la presión arterial. La

presión arterial normalmente se eleva gradualmente, alcanzando el rango hipertensivo ( $\geq 140 / 90$  mmHg) en algún momento del tercer trimestre, a menudo después de la semana 37 de la gestación. Sin embargo, en algunas mujeres, la hipertensión se desarrolla rápidamente o antes de las 34 semanas de gestación (Flores Bazán & Ylatoma Meléndez, 2012).

La preeclampsia se refiere a la nueva aparición de la hipertensión y proteinuria o disfunción de órganos diana después de 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa y se define como presión arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg y presión arterial diastólica  $\geq 90$  mmHg, medida en dos ocasiones por lo menos con seis horas de diferencia y proteinuria  $>0,3$  g/día. Una presión arterial sistólica de  $\geq 160$  mm Hg o presión arterial diastólica de  $\geq 110$  mm Hg en dos ocasiones por lo menos cuatro horas de diferencia es una característica de preeclampsia severa. La preeclampsia se estima que ocurre en 4.6 % de los embarazos en todo el mundo (American College of Obstetricians & Gynecologists, 2013).

**5.3.7. Convulsiones.** Las convulsiones en una mujer con preeclampsia significan un cambio en el diagnóstico de eclampsia, se caracteriza por ser de tipo tónico clónico generalizado. Uno de cada 400 preeclampsia leve y 1 en 50 mujeres con preeclampsia severa desarrollan convulsiones eclámpticas. Las complicaciones fetales incluyen bajo peso al nacer, parto prematuro, y muerte perinatal. El pronóstico fetal es particularmente malo en la preeclampsia que ocurre antes de las 34 semanas de gestación, en la eclampsia, y en el síndrome de HELLP: hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y recuento plaquetario bajo. Los estados hipertensivos en el embarazo constituyen una causa de riesgo de primer orden de prematuridad, bajo peso al nacimiento, retraso de crecimiento intrauterino y morbimortalidad perinatal.



Las mujeres con preeclampsia tienen un mayor riesgo de eventos que amenazan la vida, incluyendo desprendimiento de la placenta, injuria renal aguda, hemorragia cerebral, insuficiencia o ruptura hepática, edema pulmonar, coagulación intravascular diseminada, y la progresión de la eclampsia. A nivel mundial, del 10 al 15 por ciento de las muertes maternas directas están asociados con la preeclampsia / eclampsia, por ello es importante reconocer los signos y síntomas de alarma (Harmon QE, 2015).

#### **5.4. Síntomas de alarma en gestantes**

**5.4.1. Dolor de cabeza.** Es un síntoma frecuente durante el embarazo, puede aparecer en una mujer que nunca lo padeció o bien como reaparición de un síntoma ya presente fuera del embarazo. El momento de aparición más típico es durante el primer trimestre. La gestante después de los tres primeros meses no debe presentar dolor de cabeza, visión borrosa y mareos, ya que puede obedecer a diferentes factores asociados al embarazo, tales como: Preeclampsia moderada o grave; Eclampsia. Si presenta síntomas como intenso dolor de cabeza, zumbido o ruidos en los oídos, mareos, ver lucecitas o visión borrosa repentina, dolor repentino en la boca del estómago, con o sin hinchazón de los pies, manos o cara, significa que tu presión arterial está subiendo.

**5.4.2. Disminución de movimientos fetales.** Es un síntoma clínico que se utiliza para el diagnóstico de la condición fetal y debe ser evaluado en cada atención prenatal desde que es percibido por la madre. La percepción materna de los movimientos fetales es entre las 18 y 22 semanas de amenorrea. El aumento de la actividad fetal, especialmente postprandial es un signo de salud, mientras que su disminución es un signo sospechoso de hipoxia fetal. Si los movimientos fetales disminuyen considerablemente o están ausentes se debe concurrir al médico para realizar un monitoreo y un examen ecográfico para verificar vitalidad fetal o complicaciones fetales.

**5.4.3. Dolor o ardor al orinar.** Las infecciones de vías urinarias y genitales son muy comunes durante la vida de una mujer. Durante el embarazo estas infecciones pueden presentarse con síntomas como dolor y ardor al orinar, mal olor en la orina, secreciones vaginales o ningún síntoma. Las infecciones de vías urinarias o genitales pueden producir disminución en el crecimiento de tu bebé y que el parto se dé antes de tiempo; por eso es importante acudir al control prenatal para poder detectarlas a tiempo y recibir el tratamiento médico adecuado. Este es uno de los chequeos que el médico realizará durante los controles prenatales. Algunas infecciones de vías urinarias pueden desencadenar cuadros infecciosos que ponen en riesgo tu vida y la de tu bebé.

**5.4.4. Trastornos visuales o auditivos.** La visión borrosa puede ser un síntoma de preeclampsia, enfermedad propia del embarazo que ocasiona un aumento de la presión arterial (hipertensión), retención de líquidos y pérdida de proteínas en la orina (proteinúria). Suele producirse en el último trimestre del embarazo, y además de la visión borrosa, existen otros síntomas como zumbido de oídos, dolor de cabeza y náuseas.

**5.4.5. Contracciones Uterinas antes de las 37 semanas de gestación.** Puede ser normal o fisiológico que el útero se ponga duro a finales del segundo y en el tercer trimestre de gestación, es lo que conocemos como contracciones de Braxton Hicks. Sólo cuando las contracciones son dolorosas, simulando el dolor propio de la menstruación, y esto ocurre antes de las 37 semanas hablamos de una posible amenaza de parto prematuro y obliga a la valoración por parte de un profesional médico ya que el producto puede morir por ser inmaduro (Manuyama Solsol, 2017).

### **5.5. Actitudes sobre signos y síntomas de alarma en gestantes**

Las actitudes que tienen las gestantes frente a los signos y síntomas de alarma y todo lo que corresponde, predispone a que las gestantes desarrollen una cierta conducta que cuenta con una base afectiva y componente conductual el que puede ser de alta o baja intensidad; lo cual determinará el comportamiento de las gestantes frente a estos, es de mucha importancia que la familia tenga conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma que se pueden presentar durante el embarazo para que la mujer gestante tenga apoyo emocional y comprensión por parte de sus seres queridos (Pérez & Gardey, 2012).

Según Pérez y Gardey (2012), en las teorías del aprendizaje las actitudes se aprenden al igual que todo en la vida; Captamos nueva información y aprendemos los sentimientos, acciones y pensamientos que se encuentran relacionados con ellos. En esta línea de pensamiento se concibe a las personas como seres sujetos pasivos donde el aprendizaje es el detonador de la actitud que puedan tomar, la misma depende íntimamente de la cantidad de elementos positivos y negativos que haya aprendido el sujeto.

Un aspecto a considerar en el embarazo es la ambivalencia la cual es promovida por las actitudes implicando cambios y crisis que se consideran normales y esperables tales como: asumir el rol maternal, hacer un lugar para él bebe en el mundo de la madre, cambios en la relación consigo misma, con la pareja, con la familia, la pérdida del estilo de vida y la adquisición de una nueva identidad (Orellana H, 2012).

Las mujeres han modificado su comportamiento en lo referente al cuidado de su salud, y actualmente esperan actuar como participante activo. El enfoque de riesgo, con la ventaja de este cambio de actitud, consiste en obtener mediante un interrogatorio cuidadoso todo lo referente a la identificación, historia y datos en relación con los problemas de la gestante,

lo cual se complementa con los datos obtenidos por el examen físico y los exámenes del laboratorio (Herrear, Oliva, & Dominguez, 2013).

### **5.5.1. Tipos de actitudes en las gestantes**

**5.5.1.1. Actitud favorable/ Positiva.** Sin duda alguna, la conducta a seguir debe ceñirse más al adecuado ajuste de la mujer consigo misma que a seguir unas estrictas pautas con mil y una reglas que en ocasiones confunden y estresan a la embarazada más que guiarla. La mayoría de las mujeres necesitan ayuda para conseguir ese equilibrio consigo mismas durante el embarazo. Las consultas al ginecólogo, el asesoramiento de las escuelas de maternidad, la gimnasia pre-parto, las visitas a la matrona, basan sus orientaciones en un principio elemental: quitar miedo y darle ánimos a la madre para prevenir al máximo los trastornos del desarrollo fisiológico y potenciar su salud psicológica y espiritual (Orellana H, 2012)

El pensamiento positivo es un componente importante de mejorar sus ocasiones de conseguir el equilibrio entre la actitud positiva y la realidad. Los estudios han encontrado que el pensamiento positivo disminuye niveles de tensión y el riesgo de la depresión la cual alternadamente llevó a las probabilidades crecientes a que el producto de ese embarazo es decir el feto tenga las mejores opciones de salud las cuales increíblemente se gestan en el sistema nervioso central siendo su base el cerebro y el pensamiento. La clave de un embarazo feliz es la información, aceptar lo que nos pasa y nutrirnos de respuestas de fuentes confiables; Evacuar dudas y sobre todo mitos, enfatizar en la actitud positiva y saber qué cosas cambiarán en la vida. Todas las acciones durante el desarrollo del embarazo serán cruciales y repercutirán en el parto y la nueva etapa (Orellana H, 2012).

**5.5.1.2. Actitud indiferente.** El estado de ánimo en que una embarazada no siente inclinación ni rechazo hacia algo, o un asunto determinado. Es decir demuestra una actitud indiferente al saber o conocer los signos y síntomas de alarma del embarazo, que se caracteriza por resultar ni positivo ni negativo. La indiferencia, por lo tanto, es un punto intermedio entre el aprecio y el desprecio, por ejemplo no se darían los cuidados y preocupaciones respecto a la gestación, acudiendo a escasos o nulos controles prenatales, no pensarían en el nombre del bebé, ni tampoco habría una preparación del espacio físico del bebé, ropa, alimentos, pediatra.

**5.5.1.3. Actitud desfavorable/Negativa.** Una actitud desfavorable se entiende cuando la gestante no demuestra en absoluto interés por conocer aquellos signos y síntomas que podrían afectarle en el transcurso del embarazo. Aquellas actitudes desfavorables son las que impiden o limitan al personal de salud identificar e intervenir ante una posible complicación gestacional. Se consideran actitudes negativas hacia el embarazo o la maternidad el deseo de terminar el embarazo, el deseo de dar al niño en adopción, la ambivalencia excesiva, los síntomas psicossomáticos excesivos, intensos o inexplicados, el temor a la obesidad, talla, etc. En relación con lo anterior, los autores establecen como vivencias anormales del embarazo la negación del embarazo, en la cual la mujer y su pareja actúan como siempre. No se presentaría ningún síntoma y/o antojo; habría una negación de la realidad, “olvidándoseles” que está embarazada (Orellana H, 2012).

## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1. Tipo de estudio**

El presente estudio es de tipo descriptivo de corte transversal. Descriptivo porque describirá los conocimientos y las actitudes que tienen las gestantes frente a los signos y síntomas de alarma que atentan con su embarazo; y es transversal porque el estudio de las variables será en un tiempo determinado haciendo un corte en el tiempo y en el cual no se dará seguimiento posterior.

### **6.2. Área de estudio**

El estudio se realizará en el Hospital Universitario de Motupe ubicado en el Barrio Motupe Bajo, el mismo que se encuentra al Norte de la ciudad de Loja a unos 7 Km. de la ciudad, pertenece a la Parroquia San Juan del Valle.

El Hospital Universitario de Motupe tiene una área de influencia de extensión territorial de aproximadamente 10 kilómetros cuadrados, su población asignada es de 2000 familias con 15000 habitantes, una densidad poblacional de 820 habitantes por kilómetro cuadrado. Etimológicamente su mayoría pertenecen a la raza indígena. Es necesario señalar que el 30% de las familias tienen riesgo biológico, el 20,8% tiene riesgo higiénico-sanitario y el 46% riesgo socioeconómico. La mayoría de su población está constituida por familias que guardan entre sí relaciones de parentesco, su cultura popular tiene sus propios sistemas para investigar, experimentar, reflexionar, probar y elaborar conocimientos especialmente en lo relacionado a la medicina tradicional o popular, es decir hay un repertorio propio de conocimientos.

**Barrios de Influencia.-** Tiene influencia geográfica sobre los siguientes barrios: Labanda, Pucacocha, San Jacinto, Motupe Alto, Motupe Bajo, Zalapa Alto, Zalapa, Bajo, Saucos Norte, Zhucos, San Juan, Chirimoyos, Florencia, El Castillo, Esmeralda Norte, Ciudadela del Chofer, Sevilla de Oro, Masaca Alto, Masaca Bajo, San Vicente, Solamar Alto, Solamar Bajo, San Agustín, Turupamba, Pucala, Colinas del Norte, San Francisco, San Lorenzo, Valle Hermoso.

**Servicios.-** El Hospital Universitario de Motupe de la Universidad Nacional de Loja/ Centro de Salud N°. 3 de la Dirección Provincial de Salud (MSP), cuenta con los servicios de atención a la salud de la comunidad del sector norte de Motupe y estos son los siguientes:

- ✓ Servicio de Emergencia
- ✓ Consulta Externa: Medicina General, Pediatría, Ginecología, Cirugía, Endocrinología, Medicina Interna, Psicología Clínica
- ✓ Atención Domiciliaria
- ✓ Atención Escolar
- ✓ Enfermería
- ✓ Odontología
- ✓ Odontopediatría
- ✓ Inmunización
- ✓ Farmacia
- ✓ Servicio de ambulancia

### **6.3. Población de estudio**

La población de estudio serán las pacientes gestantes que acuden al control prenatal. Según datos estadísticos actualizados el 3 de enero del 2018 el Hospital Universitario de Motupe tiene registradas 80 embarazadas.

#### **6.4. Muestra de estudio**

Se realizará un muestreo no probabilístico intencional constituidas por el 100% de la población que acuda al control prenatal durante el periodo de recolección de datos.

##### **Criterios de Inclusión:**

- Embarazadas que deseen participar en la investigación.
- Embarazadas que acudan al control prenatal durante el periodo de recolección de la información.

##### **Criterios de Exclusión:**

- Embarazadas que no deseen participar en la investigación.
- Embarazadas que no asistan al control prenatal.

#### **6.5. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La técnica utilizada para la recolección de los datos será mediante la aplicación de una encuesta a las gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe (anexo 2).

**Conocimientos:** El instrumento para la medición de la variable conocimiento es un cuestionario que se encuentra validado, fue tomado del estudio “Conocimientos y Prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé Lima Perú”, 2012. El instrumento consta de una sección de Conocimientos de signos y síntomas de alarma con 16 preguntas (2 generales y 14 específicas de cada signos de alarma) en escala de Likert (totalmente de acuerdo, de acuerdo, indiferente, desacuerdo y totalmente en desacuerdo), modificada al presente estudio.



La variable conocimientos fue reagrupada en las siguientes categorías:

- **nivel de conocimiento alto: respuestas** (desacuerdo y totalmente en desacuerdo) con una valor de 2.33 cada una, con excepción de las preguntas 1 y 2 son generales y de respuesta positiva.
- **nivel de conocimiento medio: respuesta** (indiferente) con un valor de 3.66 cada una.
- **nivel de conocimiento bajo: respuestas** (totalmente de acuerdo y de acuerdo= 3.88 c/u).

VARIABLE	NIVEL	PUNTUACIÓN
CONOCIMIENTO	Alto	hasta 37.3
	Medio	37.4-58.6
	Bajo	58.7 a mas

**Actitudes:** Para la medición de la variable actitud se tomó el cuestionario del estudio “Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma en el embarazo en las gestantes atendidas en el centro de salud Morale”, de Flores Bazán, M. N., y Menlédez, C. Y, (2012), valorada en escala de Likert modificada al presente estudio.

El cuestionario cuenta con 12 preguntas cada una de ellas con 05 alternativas en escala de likert cuyo valor es de 5 a 1 puntos según las afirmaciones vertidas por el encuestado, haciendo una puntuación total de 60 puntos. Las preguntas (1,4, 7 y 8) son positivas mientras que las preguntas (2, 3, 5, 6, 9, 10, 11, 12) son negativas por lo que se invierte el valor de su calificación.

	Totalmente de acuerdo	5
--	-----------------------	---

VARIABLE  ACTITUDES	En acuerdo	4
	Indiferente	3
	En desacuerdo	2
	Totalmente en desacuerdo	1

La clasificación de las respuestas.- Se ha previsto agrupar las respuestas para llegar a establecer rangos de puntuación de la siguiente manera.

- Favorable: 42- 60 puntos
- Indiferente: 29- 41 puntos
- Desfavorable: 12 – 28 puntos

Los signos indagados serán: sangrado vaginal (sangrado por vía vaginal), cefalea (dolor de cabeza), rotura de bolsa amniótica (descenso de líquido de color claro/transparente con olor a lejía), náuseas o vómitos intensos, edema (hinchazón de cara, manos y/o pies), alteración de los movimientos fetales (disminución o ausencia de movimientos fetales), tinnitus (zumbido de oídos), escotomas (visión borrosa o la presencia de mosquitas o manchas flotantes), amenaza de parto pretérmino (contracciones uterinas antes de las 37 semanas), epigastralgia (dolor abdominal o en la boca del estómago), fiebre (sensación de alza térmica), disuria (ardor al orinar), alteración del crecimiento uterino (falta de crecimiento de la barriga) y disminución de peso de la madre.

La tabulación y análisis de los datos obtenidos se ingresarán a una base de datos en Excel y se expondrán los resultados mediante frecuencias/porcentajes, mediante tablas y gráficos. Los resultados obtenidos en la investigación serán proporcionados a la casa de

salud para que sean utilizados en procesos de promoción de la salud materna, de ser necesario mejorar la educación sobre signos y síntomas de alarma del embarazo.

### **6.6. Consideraciones éticas**

Se seguirán los principios éticos de autonomía al mantener la libertad de rechazar la participación en el estudio, beneficencia y no maleficencia no hay riesgos potenciales para quienes participen. El presente estudio mantendrá la confidencialidad de la información obtenida, se realizará la encuesta de manera anónima de manera que no identifique a las participantes, la información recolectada solo servirá para fines de la investigación.

Previo a la aplicación de la encuesta, se solicitará el consentimiento escrito de las pacientes luego de explicarles el objetivo del estudio, los procedimientos, la confidencialidad de los datos y la voluntariedad de la participación (anexo 3). El investigador garantizará que los datos e información obtenidos en la encuesta no serán manipulados de manera que los resultados no sean alterados.

## 7. CRONOGRAMA

**Proyecto:** Conocimientos y actitudes sobre signos y síntomas de alarma en gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe.

FECHA	SEPTIE /17				OCTUB /17				NOVIE /17				DICIEM /17				ENERO /18				FEBRE /18				MARZ O/18				ABRIL /18				MAYO /18							
SEMANAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
ACTIVIDADES																																								
Aprobación y Pertinencia del proyecto																																								
Solicitar autorización para el desarrollo del proyecto																																								
Construcción del marco teórico																																								
Aprobación del instrumento de recolección de datos																																								
Recolección de información																																								
Análisis e interpretación de datos																																								
Construcción del primer borrador de tesis																																								
Revisión del informe																																								
Presentación del Informe final de tesis																																								

**Autora:** Estudiante. Luz Benigna Escaleras Cabrera

## 8. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

**Proyecto:** Conocimientos y actitudes sobre signos y síntomas de alarma en gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe/Centro de Salud N° 3.

RECURSOS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
<b>Papel</b>	3 resmas	2	6
<b>Tinta</b>	2 cartuchos	15	30
<b>Computadora</b>	1	1000	1000
<b>Copias</b>	500	0,03	15
<b>Impresiones</b>	500	0,10	50
<b>Esferográficos, lápiz</b>	5	0,40	2
<b>Transporte urbano</b>	1 personas	0,60	36
<b>Alimentación</b>	1 personas	2.50	75
<b>Borradores del proyecto</b>	4	15	60
<b>Imprevistos</b>			50
<b>TOTAL</b>			<b>1,324</b>

**Autora:** Estudiante. Luz Benigna Escaleras Cabrera

El presente proyecto de investigación será autofinanciado.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obtenido de Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' : <https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Task-Force-and-Work-Group-Reports/Hypertension-in-Pregnancy>
- Alfaro Vargas, N., & Campos Vargas, G. (2014). Analisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital San Vicente de Paul. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 26, 1-19.
- Ananth, C. V., & Kinzler, W. L. (2015). *Placental abruption: Clinical Features and diagnosis*. Obtenido de [Monografía en Internet]: [http://www.uptodate.com/contents/placental-abruption-clinical-features-and-diagnosis?source=search\\_result&search=Placental+abruption%3A+Clinical+Features+and+diagnosis&selectedTitle=1~143](http://www.uptodate.com/contents/placental-abruption-clinical-features-and-diagnosis?source=search_result&search=Placental+abruption%3A+Clinical+Features+and+diagnosis&selectedTitle=1~143)
- Campos Vargas, G., & Alfaro Vargas, N. (2013). *Proceso de atención de enfermería ginecobstétrica aplicado a una madre adolescente: un estudio de caso*. Obtenido de Enfermería Actual en Costa Rica, : <http://www.redalyc.org/pdf/448/44829445003.pdf>
- Chen, K. T., Ramin, S. M., & Hepner, D. L. (2015). *Intrapartum fever*. . Obtenido de Monografía en Internet: [http://www.uptodate.com/contents/intrapartum-fever?source=search\\_result&search=fever+in+pregnancy&selectedTitle=1~150](http://www.uptodate.com/contents/intrapartum-fever?source=search_result&search=fever+in+pregnancy&selectedTitle=1~150)
- Cordinación General de Planificación. (17 de diciembre de 2014). *Informe Mortalidad en Maternidad*. Obtenido de [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas\\_seguimiento/1121/MARCO%20TEORICO%20MODELO%20MORTALIDAD%20MATERNIDAD.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/1121/MARCO%20TEORICO%20MODELO%20MORTALIDAD%20MATERNIDAD.pdf)
- ENSANUT. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutricion*. Obtenido de [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/SaludSexual\\_y\\_Reproductiva/141016.Ensanut\\_salud\\_sexual\\_reproductiva.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/SaludSexual_y_Reproductiva/141016.Ensanut_salud_sexual_reproductiva.pdf)
- Flores Bazán, M. N., & Ylatoma Meléndez, C. (2012). *Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el centro de salud morales*. Obtenido de Tesis: [http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos\\_proyecto/archivo\\_77\\_Binder1.pdf](http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyecto/archivo_77_Binder1.pdf)
- Flores, S. A., & Mohamed Mohamed, D. (s.f.). *Guia de Cuidados en el Embarazo*. Obtenido de <http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guiacuidadosembarazo.pdf>

- GALACIA. (2013). *Manual CTO Opciones de Enfermería*. Obtenido de Tomo\_2\_OPE\_Galicia.indb: [http://media.axon.es/pdf/106813\\_3.pdf](http://media.axon.es/pdf/106813_3.pdf)
- García Regalado, J. F., & Montañez Vargas, M. I. (2012). Signos y Síntomas de alarma obstétrica. Acerca del conocimiento que tienen las mujeres. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(6) 651-657. , <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745498012> .
- Harmon QE, H. L. (2015). Risk of fetal death with preeclampsia. . *Obstet Gynecol* , 125:628.
- Herrear, V., Oliva, J., & Dominguez, F. (2013). Riesgo Reproductivo. En E. Cutie León, E. Cabezas Cruz, J. A. Oliva Rodríguez, J. Vázquez Cabrera, M. Pérez Echemendía, O. Rigol Ricardo, . . . W. Laffita Labañino, *Ginecología y Obstetricia* (págs. Capítulo (11) 113-120). Cuba: Ecimed.
- Herrera, J. A. (2013). Atención primaria y mortalidad materno-infantil en Iberoamérica. *Atención Primaria*, 45(5) 244-248.
- Jiménez Puñales, S., & Pentón Cortés, R. J. (2015). Mortalidad perinatal. Factores de riesgo asociados. *Clinica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 42(1) 2-6.
- Manuyama Solsol, A. M. (2017). *Nivel de Conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo de las gestantes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos "Cesar Garayar García" Febrero del año 2017. (Tesis de Fin de Grado. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana)*. Obtenido de [http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4431/Andy\\_Tesis\\_Titulo\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4431/Andy_Tesis_Titulo_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *CONE en el Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de Quito: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Norma-Cone-digital-27-05-14.pdf>
- MINSA-CSS. (2015). *Guías de manejo de las Complicaciones en el Embarazo. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Programa Materno Infantil*. Obtenido de [http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/guias-complicaciones-embarazo\\_diciembre\\_2015.pdf](http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/guias-complicaciones-embarazo_diciembre_2015.pdf)
- MSP. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS*. Obtenido de [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)
- MSP. (2015). *Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica. Primera Edición. Quito*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
- MSP. (2015). *Muerte-Materna.pdf* . Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/01/Muerte-materna.pdf>
- MSP. (s.f.). *Componente Normativo Materno Neonatal. Componente Obstétrico*. Obtenido de <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/A67.PDF>

- Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe*. Obtenido de [http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015\\_spanish.pdf](http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf)
- Norwitz, E. R., & Park, J. S. (2015). *Overview of the etiology and evaluation of vaginal bleeding in pregnant women*. Obtenido de Monografía en Internet: [http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-etiology-and-evaluation-of-vaginal-bleeding-in-pregnant-women?source=search\\_result&search=Overview+of+the+etiology+and+evaluation+of+vaginal+bleeding+in+pregnant+women&selectedTitle=1~150](http://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-etiology-and-evaluation-of-vaginal-bleeding-in-pregnant-women?source=search_result&search=Overview+of+the+etiology+and+evaluation+of+vaginal+bleeding+in+pregnant+women&selectedTitle=1~150)
- OMS. (2016). *Global Causes of Maternal Death: a WHO Systematic Analysis*. Obtenido de <http://www.mamaye.org/en/evidence/global-causes-maternal-death-who-systematic-analysis>
- OMS. (septiembre de 2016). *Mortalidad Materna. Nota descriptiva 348*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Orellana H, M. H. (marzo de 2012). *La actitud de la mujer frente al embarazo*. Obtenido de <http://www.clinicabendana.com/wp-content/uploads/2012/03/Blog-Actitud-de-la-mujer-frente-al-embarazo.pdf>.
- P. Susana Aguilera1, . M. (2014). Control Prenatal. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25:880-6 .
- Pérez, P. J., & Gardey, A. (2012). *Definicion de Actitud*. Obtenido de (<http://definicion.de/actitud/>)
- Plan Nacional de Buen Vivir. (2013-2017). *Plan Nacional de Buen Vivir*. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/>
- SENPLADES. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017*. Obtenido de <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>
- SIISE. (2011). *Indicadores del SIISE Tasa de Mortalida Materna* . Obtenido de [http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/SALUD/ficsal\\_S05.htm](http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/SALUD/ficsal_S05.htm)
- Solis, K. y Guevara, G. (2015). Programa de visita domiciliaria del sistema de salud constarricense: lineamientos para su mejora. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 29, 1-18.
- Ticona Rebagliat, D., Torres Bravo, L., Veramendi Espinoza, L., & Zafra Tanaka, J. H. (2014). Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Perú. *Revista Peruana de Ginecologica y Obstetricia*, vol. 60, núm. 2, pp. 123-130.



## 10. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ENFERMERÍA

### ANEXO 1

#### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**Proyecto.** Conocimientos y actitudes sobre signos y síntomas de alarma en gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe.

#### 1.1.1 N° 1

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
DEFINICIÓN CONCEPTUAL			
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>  Conocimientos sobre signos y síntomas de alarma en gestantes  <b>Información, conjunto de ideas precisas, ordenadas, vagas o</b>	Nivel de conocimientos sobre signos y síntomas de alarma en gestantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identifica los signos y síntomas de alarma del embarazo</li> <li>▪ Signos de alarma:               <ul style="list-style-type: none"> <li>— Edemas</li> <li>— Sangrado vaginal</li> <li>— Perdida de Líquido Amniótico</li> <li>— Náuseas y vómitos</li> <li>— Hipertensión</li> <li>— Convulsiones</li> </ul> </li> <li>▪ Síntomas de alarma:               <ul style="list-style-type: none"> <li>— Fiebre</li> <li>— Cefalea</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ALTO</li> <li>▪ MEDIO</li> <li>▪ BAJO</li> </ul>

<b>inexactas sobre signos y síntomas de alarma del embarazo.</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>— Disminución de movimiento fetal</li> <li>— Dolor o ardor al orinar</li> <li>— Trastornos visuales y auditivos</li> <li>— Contracciones uterinas antes de las 37 semanas</li> </ul>	
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>  Actitudes <b>Forma cómo actúa la gestante frente algunos signos y síntomas de alarma del embarazo</b>	Forma cómo actúa la gestante frente a los signos y síntomas de alarma del embarazo	✓ La actitud favorable, indiferente o desfavorable que adopta la gestante al momento de presentar algún signo y síntoma de alarma durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Favorable</li> <li>▪ Indiferente</li> <li>▪ Desfavorable</li> </ul>

**Autor/a:** Estudiante. Luz Benigna Escaleras Cabrera



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**ANEXO 2**

**ENCUESTA**

**Proyecto.** Conocimientos y actitudes sobre signos y síntomas de alarma en gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe.

N° 2

***Introducción***

La presente encuesta tiene como finalidad obtener información sobre los conocimientos y actitudes sobre signos y síntomas de alarma del embarazo que tienen las gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe, para favorecer la educación de la paciente gestante y/o familia, evitando así complicaciones en el embarazo. Se ruega responda con sinceridad cada una de las siguientes preguntas:

***a) Datos generales***

**1. Edad:.....**

**2. Estado civil**

a. Soltera      b. Casada      c. Divorciada      d. Unión libre      e. Viuda

**3. Grado de instrucción:**

a) Primaria incompleta

b) Primaria completa

c) Secundaria completa

d) Secundaria incompleta

e) Superior universitaria

***b) Datos Obstétricos***

**1. Considerando el embarazo actual, ¿cuántos embarazos ha tenido?**

a. 1

b. 2

c. 3

d. 4 o más

**2. Cuantos hijos tiene?**

Numero de nacidos vivos

1

2

4 o más

Numero de nacidos muertos

1

2

4 o más

Número de abortos

1

2

4 o más

**3. ¿Ha presentado algún signo o síntoma de alarma en el embarazo?**

a. Si                                      b. No                                      cuál?.....

**4. Cuando de realizo en primer control prenatal?**

a. en el I trimestre                      b. en el II trimestre                      c. en el III trimestre

*c) Conocimientos*

<b>CONOCIMIENTOS</b>	<b>Totalmente de acuerdo/</b>	<b>De acuerdo/ la mayor</b>	<b>Indiferente/ la mitad de</b>	<b>En desacuerdo/</b>	<b>Totalmente en desacuerdo/</b>
17. Los signos de alarma indican posible peligro para la madre y el bebe					
18. Si se presentara un signo de alarma se debe acudir a un establecimiento de salud de inmediato					
19. El sangrado vía vaginal es normal en el embarazo					
20. El dolor de cabeza es normal en el embarazo					
21. El descenso de líquido claro con olor a lejía es algo normal en el embarazo					
22. Las náuseas y vómitos intensos o repetidos es normal en el embarazo					
23. La hinchazón de cara, manos y/o pies es normal en el embarazo					
24. La disminución o ausencia de movimientos fetales es normal en el embarazo					
25. El presentar zumbidos de oído es normal en el embarazo					
26. La visión borrosa y la presencia de mosquitos o manchitas flotando son normales durante el embarazo					
27. Las contracciones antes de las 37 semanas son normales durante el					

embarazo					
28. El dolor abdominal o en la boca del estómago es normal en el embarazo					
29. La fiebre es normal durante el embarazo					
30. El ardor al orinar es normal durante el embarazo					
31. La falta de crecimiento de la barriga es normal durante el embarazo					
32. La disminución de peso de la madre es normal durante el embarazo					

**Fuente:** Ticona Rebagliat, D., Torres Bravo, L., Veramendi Espinoza, L., & Zafra Tanaka, J. H. (2014). Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, vol. 60, núm. 2, pp. 123-130.

#### d) Actitudes

<b>ACTITUDES</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Indiferente</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
13. Considera importante conocer los signos y síntomas que ponen en riesgo su salud y la de su bebe.					
14. Considera usted que los cuidados en casa son suficientes ante la presencia de algún signo o síntoma de alarma del embarazo.					
15. En caso de presentar algún signo o síntoma de alarma del embarazo Usted preferiría ser atendida en casa por una partera o persona de confianza y no por un profesional de salud, por sentir vergüenza o miedo					
16. Considera usted que el Centro de Salud/Hospital es capaz de darle la mejor atención en caso de presentarse					

algún signo o síntomas de alarma del embarazo					
17. Usted cree que asistir al hospital por presentar un signo o síntoma de alarma del embarazo es una pérdida de tiempo					
18. Usted cree que las atenciones prenatales son una pérdida de tiempo porque no le informan sobre los signos y síntomas de alarma.					
19. Si presentara algún signo o síntoma de alarma del embarazo buscaría atención prenatal inmediata.					
20. Si su bebé no se mueve en toda la mañana iría de inmediato al establecimiento de salud más cercano.					
21. Si perdiera sangre por sus partes íntimas se pondría paños y esperaría a que pase.					
22. Si usted presentara en su embarazo infección de garganta y sangrado por vagina, cree usted que sea más urgente atender la infección de garganta.					
23. Si usted presentara dolor de cabeza punzante, zumbido de oídos e hinchazón de cara, manos y pies en el embarazo, se auto medicaría.					
24. Si usted tuviera fiebre persistente esperaría al siguiente día para ir al Centro de Salud					

**Fuente:** Encuesta de estudio. Extraída de <<Relacion entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre algunos signos y sintomas de alarma en el embarazo en las gestantes atendidas en el centro de salud Morale, junio-septiembre 2012s >>, de Flores Bazán, M. N., & Menlédez, C. Y. (2012).(Tesis Doctoral. Universidad Nacional San Martin, Perú): Recuperado de:[http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos\\_proyectox/archivo\\_77\\_Binder1.pdf](http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyectox/archivo_77_Binder1.pdf). Modificada al presente estudio.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**ANEXO 3**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Proyecto.** Conocimientos y actitudes sobre signos y síntomas de alarma en gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe.

**N° 3**

**Propósito del estudio**

El propósito de esta encuesta es para obtener información sobre los conocimientos y actitudes sobre signos y síntomas de alarma en las gestantes que acuden al Hospital Universitario de Motupe, para favorecer la educación de la paciente gestante y/o familia, evitando así complicaciones en el embarazo.

**Procedimiento**

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, he sido informado/a sobre los objetivos del presente estudio. Reconozco que la información que yo provea en el curso de la investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. Si Ud. acepta participar en este estudio le haremos unas preguntas por aproximadamente 20 minutos las cuales serán registradas en las hojas de encuesta.

SI  NO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_