



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA**

**“CONOCIMIENTO DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICA Y SU RELACION
CON LOS FACTORES SOCIO CULTURALES DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS
EN LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD URBANO CAYAMBE EN EL PERIODO
OCTUBRE-NOVIEMBRE 2016”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO EN ESPECIALISTA COMO MÉDICO
CIRUJANO**

MARIA ISABEL VARGAS MENDEZ

DAVID ALEJANDRO OLMEDO FONSECA

AUTORES

DRA. CARMEN CABEZAS

TUTORA

QUITO - 2016

AGRADECIMIENTOS

A la Vida por permitirnos estar aquí y ahora.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina por ayudarnos a cumplir nuestros sueños de ser Médicos.

A la Doctora Carmen Cabezas que sin su ayuda, su asesoramiento y sobretodo su amistad, este trabajo de titulación no hubiera sido lo mismo. Gracias doctora por el tiempo y los consejos.

Al Centro de Salud Urbano Cayambe por acogernos con nuestras ideas, especialmente a la Obstetriz Wendy Campoverde por permitir que nuestras ideas sean realizadas en esta institución.

Al Doctor José Sola por darnos el primer empujón para que este trabajo tome forma.

María Isabel Vargas
David Alejandro Olmedo

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación a mis padres que me han brindado su amor y confianza a lo largo de mi vida. Y a mis amigos que me han acompañado estos seis años de universidad.

David Alejandro Olmedo Fonseca

Dedico a todas las personas que del árbol caído o torcido quieren hacer leña.

A Yolanda, Paulino y Liseth por impulsarme a ser más y mejor.

A Laura y al Sd de Steven Jhonson por inspirarme a ser médica.

Si vas a ser la leña que todos esperan, sé la mejor leña y da el mejor fuego.

María Isabel Vargas Méndez

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN ABSTRACT

1.	CAPITULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
2.	CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	5
	2.1. CANTÓN CAYAMBE.....	5
	2.2. MORTALIDAD MATERNA.....	6
	2.2.1. A Nivel Mundial.....	6
	2.2.2. A Nivel de Latinoamérica.....	7
	2.2.3. A Nivel de Ecuador.....	8
	2.2.4. Causas de Mortalidad Materna.....	9
	2.3. CONTROL PRENATAL.....	10
	2.4. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL EMBARAZO.....	13
	2.4.1. Signos de Alarma.....	14
	2.4.1.1. Fiebre.....	14
	2.4.1.2. Edema.....	15
	2.4.1.3. Hemorragia Vaginal.....	16
	2.4.1.4. Salida de Líquido Amniótico.....	18
	2.4.1.5. Náusea y Vómito excesivo.....	19
	2.4.1.6. Hipertensión.....	20
	2.4.1.7. Convulsiones.....	21
	2.4.2. Síntomas de Alarma.....	21
	2.4.2.1. Cefalea.....	21
	2.4.2.2. Movimientos Fetales Disminuidos.....	22
	2.4.2.3. Disuria.....	23
	2.4.2.4. Tinnitus.....	23
	2.4.2.5. Visión Borrosa.....	24
	2.4.2.6. Contracciones Uterinas.....	24
	2.4.2.7. Aumento de Peso.....	25
	2.5. CONOCIMIENTO DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICA.....	26
3.	CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS.....	29
	3.1. JUSTIFICACIÓN.	29
	3.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	30
	3.3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	30
	3.3.1. General.....	30
	3.3.2. Específicos.....	30
	3.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
	3.5. METODOLOGÍA.....	31
	3.5.1. Estudio con investigación cuantitativa.....	31
	3.5.2. Operacionalización de variables del estudio.....	31
	3.5.3. Universo y Muestra.....	34

3.5.3.1. Universo del estudio.....	34
3.5.3.2. Muestra.....	34
3.5.3.3. Técnica de Muestreo.....	36
3.5.3.4. Selección de Informantes.....	36
3.5.3.5. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	36
3.5.3.5.1. Criterios de Inclusión.....	36
3.5.3.5.2. Criterios de Exclusión.....	37
3.5.4. Tipo de Estudio.....	37
3.5.5. Procedimientos de recolección de Información.....	37
3.5.6. Procedimiento de Diagnóstico e Intervención.....	38
3.5.7. Plan de Análisis de Datos.....	39
3.5.8. Aspectos Bioéticos.....	40
3.5.9. Aspectos Administrativos.....	41
3.5.9.1. Recursos Humanos.....	41
4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	42
4.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE VARIABLES DEMOGRÁFICAS.....	42
4.2. ESTADÍSTICA DE VARIABLES GINECO-OBSTÉTRICAS.....	50
4.3. EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO.....	58
4.4. RELACIÓN ESTADÍSTICA ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y DE CONTROL PRENATAL.....	61
5. CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	93
6. CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	99
6.1. CONCLUSIONES.....	99
6.2. RECOMENDACIONES.....	102
BIBLIOGRAFÍA.....	103
ANEXOS.....	109
Anexo 1.....	109
Anexo 2.....	112
Anexo 3.....	114

LISTA DE CUADROS

Tabla 1 Variable Edad.....	43
Tabla 2 Variable Religión.....	44
Tabla 3 Variable estado civil.....	45
Tabla 4 Variable etnia.....	46
Tabla 5 Variable ocupación.....	47
Tabla 6 Variable nivel de instrucción.....	49
Tabla 7 Variable ¿Considera usted que sus ingresos económicos le alcanza para cubrir sus necesidades básicas?.....	50
Tabla 8 Variable Número de embarazos anteriores.....	51
Tabla 9 Variable Tipo del último parto.....	52
Tabla 10 Variable Número de abortos previos.....	53
Tabla 11 Variable Inicio de la atención prenatal.....	54
Tabla 12 Variable Número de controntes prenatales	55
Tabla 13 Variable ¿Recibió información de los signos y síntomas de alarma obstétrica?.....	56
Tabla 14 Variable ¿Quién proporcionó la información?.....	56
Tabla 15 Calificación cuantitativa del test.....	58
Tabla 16 Tabla de preguntas de la encuesta.....	59
Tabla 17 Tabla nivel de conocimiento-edad.....	62
Tabla 18 Prueba chi cuadrado nivel de conocimiento-edad.....	62
Tabla 19 Nivel de conocimiento – creencia religiosa.....	64
Tabla 20 Pruebas de chi-cuadrado nivel de conocimiento – creencia religiosa.....	64
Tabla 21 Tabla nivel de conocimiento-estado civil.....	66
Tabla 22 Pruebas de chi-cuadrado nivel de conocimiento-estado civil.....	66
Tabla 23 Nivel de conocimiento – etnia.....	68
Tabla 24 Pruebas de chi-cuadrado nivel de conocimiento – etnia.....	68
Tabla 25 Nivel de conocimiento – ocupación.....	70
Tabla 26 Pruebas de chi-cuadrado nivel de conocimiento – ocupación.....	71
Tabla 27 Nivel de conocimiento – nivel de instrucción.....	73
Tabla 28 Pruebas de chi-cuadrado nivel de conocimiento – nivel de instrucción.....	74
Tabla 29 Nivel de conocimiento – suficiencia de ingresos económicos para cubrir necesidades básicas.....	75
Tabla 30 Pruebas de chi-cuadrado nivel de conocimiento – suficiencia de ingresos económicos para cubrir necesidades básicas.....	75
Tabla 31 Nivel de conocimiento – número de embarazos anteriore.....	77
Tabla 32 Pruebas de chi-cuadrado nivel de conocimiento – número de embarazos anteriores.....	77
Tabla 33 Nivel de conocimiento – tipo del último parto.....	79
Tabla 34 Pruebas de chi-cuadrado nivel de conocimiento – tipo del último parto.....	79
Tabla 35 Nivel de conocimiento – número de abortos previos.....	81
Tabla 36 Pruebas de chi-cuadrado nivel de conocimiento – número de	

abortos previos.....	81
Tabla 37 Nivel de conocimiento – inicio de la atención prenatal.....	83
Tabla 38 Pruebas de chi-cuadrado nivel de conocimiento – inicio de la atención prenatal.....	83
Tabla 39 Nivel de conocimiento – número de controles prenatales.....	85
Tabla 40 Pruebas de chi-cuadrado nivel de conocimiento – número de controles prenatales.....	86
Tabla 41 Nivel de conocimiento – información de signos y síntomas de alarma obstétrica.....	87
Tabla 42 Pruebas de chi-cuadrado nivel de conocimiento – información de signos y síntomas de alarma obstétrica.....	87
Tabla 43 Nivel de conocimiento – fuente de información.....	89
Tabla 44 Pruebas de chi-cuadrado nivel de conocimiento – fuente de información.....	89
Tabla 45 Nivel de conocimiento – claridad de información.....	91
Tabla 46 Pruebas de chi-cuadrado nivel de conocimiento – claridad de información...	91

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Variable Edad.....	43
Gráfico 2 Variable Religión.....	44
Gráfico 3 Variable estado civil.....	45
Gráfico 4 Variable etnia.....	46
Gráfico 5 Variable ocupación.....	48
Gráfico 6 Variable nivel de instrucción.....	49
Gráfico 7 Variable ¿Considera usted que sus ingresos económicos le alcanza para cubrir sus necesidades básicas?.....	50
Gráfico 8 Variable Número de embarazos anterior.....	52
Gráfico 9 Variable Tipo del último parto.....	53
Gráfico 10 Variable Número de abortos previos.....	53
Gráfico 11 Variable Número de controles prenatales.....	54
Gráfico 12 Variable Inicio de la atención prenatal.....	55
Gráfico 13 Variable ¿Quién proporcionó la información?.....	56
Gráfico 14 Variable ¿Recibió información de los signos y síntomas de alarma obstétrica?.....	57

RESUMEN Y ABSTRACT

RESUMEN:

El conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétrica es indispensable para llevar un embarazo adecuado, sin peligro materno-fetal y así disminuir la mortalidad. Por eso, el presente estudio pretende ayuda a determinar el nivel de dicho conocimiento, relacionando los factores socios culturales entre ellos los antecedentes personales, gineco-obstétricos y fuentes de información que tienen las mujeres embarazadas, que son atendidas en la consulta externa del Centro de Salud Urbano de Cayambe.

MATERIALES Y MÉTODOS:

El presente trabajo es un estudio transversal en donde se elaboró una encuesta clara y seria, dirigida a 246 mujeres embarazadas. Cada participante contó con el respaldo de confidencialidad y de libertad por medio del consentimiento informado. Los resultados obtenidos se los digitalizó en el programa SPSS versión 23.0 para el análisis por medio de porcentajes, tablas, gráficos y relaciones estadísticas mediante χ^2 .

RESULTADOS:

El resultado del porcentaje de conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétrica obtenido fue del 65.04%, correspondiente a un resultado alto de conocimiento, el 28.05% resultado regular de conocimiento y el 6.91% resultado bajo de conocimiento. Se evidenció que los factores demográficos que influyen en el conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétrica son: edad y etnia. Los factores gineco-obstétricos

influyentes son: número de gestas previas, número de controles prenatales, abortos previos y tipo del último parto. El principal signo reconocido como señal de alarma fue la fiebre y el menos reconocido el aumento de peso.

CONCLUSIÓN:

El nivel de conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétrica en la población de mujeres embarazadas que son atendidas en la consulta externa de obstetricia del Centro de Salud Urbano Cayambe es alto; motivo por el cual invita a seguir trabajando en esta área hasta alcanzar la reducción definitiva de la mortalidad materna por medio del conocimientos de las señales de alarma.

PALABRAS CLAVE: Nivel de Conocimiento, Signos de alarma obstétrica, Síntomas de alarma obstétrica

ABSTRACT

The knowledge of signs and symptoms of obstetric alarm is essential to carry a suitable pregnancy without maternal-fetal danger and decrease the maternal mortality. The present study helps to determine the level of this knowledge by relating social and cultural factors such as personal history, gynecological-obstetrics history and information sources that have pregnant women who are cared for external consult in the Urban health center Cayambe.

MATERIALS AND METHODS:

It is a cross-sectional study where a clear, serious survey was conducted and addressed to 246 pregnant women; the confidentiality and freedom of each participant was supported with the use of informed consent. The results obtained were digitized in the program SPSS version 23.0 for the analysis through the uses of percentage, graphics, and statistics relationships using Chi².

RESULTS:

The result of the percentage of knowledge of the signs and symptoms of alarm in obstetric obtained through surveys was 65.04% corresponding to a high knowledge score, 28.05% a regular knowledge score and 6.91% a low knowledge score. It was evidenced that the demographic factors that influence the knowledge of the signs and symptoms of obstetric alarm are: age and ethnicity. The gynecological and obstetrical factors that have a relationship with the level of knowledge was: the number of previous pregnancies, number of prenatal controls, previous abortions and type of last childbirth. The principal

sign of alarm recognized was the fever and the least recognized by the pregnant women was the increase of weight during the gestation.

CONCLUSION: The level of knowledge of the signs and symptoms of obstetric alarm in the population of pregnant women who are attended at external consult of obstetrical is high; Reason for which invites to continue working in this area until reaching the definitive reduction of the maternal mortality through the knowledge of the alarm signals.

KEYWORDS: Level of Knowledge, Signs of obstetric alarm, Symptoms of obstetric alarm

1. CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, y se encuentra como el quinto objetivo del milenio, planteándose la disminución de la mortalidad materna en un 75%, disminuyendo por debajo de las 21.1 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, por lo cual una de las estrategias de los gobiernos es establecer planes de educación en las madres embarazadas sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo. (Naciones Unidas, 2015)

En Ecuador la cifra de muertes maternas para el 2014 se encuentra en 49,16 por cada 100.000 nacidos vivos, y en la provincia de Pichincha alcanza los valores de 38,7 muertes por cada 100,000 habitantes (Tobergte & Curtis, 2013). Las principales causas de muerte materna en el Ecuador, son la presencia de enfermedades crónicas previas, como diabetes o sida, como la principal causa, debido a que estas condiciones se exacerban durante el embarazo. (Tobergte & Curtis, 2013)

Aparte de la mencionada anteriormente la OMS identifica como las principales causas de muertes obstétricas: las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto); las infecciones (generalmente tras el parto); la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia); complicaciones en el parto; los abortos peligrosos, la mayoría de estas causas de muerte pueden ser prevenibles con un reconocimiento temprano de los signos de alarma (OMS, 2015c). Aunque las cifras de mortalidad materna en América Latina han disminuido constantemente cada año debido a estas estrategias, este sigue siendo un problema de salud que varía con el tiempo, desplazando a las hemorragias como principal causa ante un

aumento de mortalidad por enfermedades concurrentes que se exacerban durante el embarazo. (Donoso S & Carvajal C, 2012)

Durante el período de embarazo se pueden presentar signos y síntomas que podrían significar una anomalía y un peligro para la embarazada, estos signos y síntomas consiguen ser fácilmente identificados por cualquier persona y ayudarían a prevenir las muertes maternas, por lo cual una mujer embarazada debe ser informada y educada sobre estos signos, además de conocer cuáles son las actitudes adecuadas que debe tomar ante la aparición de uno de estos signos(OMS, 2015c). Toda esa información debe ser entregada en los centros de salud con el fin de una intervención oportuna en caso de alarma (Cáceres-Manrique, 2009). Muchos de estos signos y síntomas en el embarazo pueden tener una gran prevalencia, la guía del Ministerio de Salud reporta que hasta el 80% de las embarazadas va a presentar alguno de los síntomas que pueden representar un peligro real o no para la embarazada, siendo los síntomas de mayor prevalencia la náusea y vómito, el edema, y la disuria.(Pagés, 2015)

Hailu y Berhe dividen a los signos en tres grupos dependiendo de cuando se presenten, durante el embarazo las principales signos de alarma son, sangrado vaginal intenso, hinchazón de manos y cara además de visión borrosa, mientras que durante el trabajo de parto o en el parto los principales signos de alarma pasan a ser: sangrado vaginal severo, trabajo de parto prolongado (12 horas), las convulsiones y la retención de la placenta (Hailu & Berhe, 2014). Durante el post parto los signos son sangrado vaginal abundante, mal olor del flujo vaginal, y fiebre (Jhpiego, 2004). Aparte de estos signos de alarma existen otros signos de alarma que pueden ser de importancia durante el embarazo y se encuentran mencionados el CLAP.(León, Yépez, & Nieto, 2008)

Sánchez y Muñoz (Ecuador 2014) en su estudio realizado en el Ecuador, específicamente en Cuenca demuestran que el 21% de las embarazadas no conocen al menos un signo de alarma durante el embarazo, mientras que el 78% reconocía al menos un factor. Por otro lado el 66% ubicó a la cefalea como un factor de mayor riesgo sobre la hemorragia vaginal. (Sánchez & Muñoz, 2016)

Conejo (Ecuador, 2006) en su proyecto “Supervivencia Materna” realizado sobre la población de mujeres embarazadas de las comunidades de Otavalo, demostraba un aumento del conocimiento sobre signos de alarma, siendo las señales más identificadas el sangrado vaginal con el 87%, el dolor de cabeza 78%, y el 70% la visión borrosa y desmayos. Dentro de las actitudes a tomar en caso de señales de alarma el 83% prefirió acudir a un hospital, frente al 17% que prefirió la partera. (Conejo, 2006)

García y Montañez (México, 2012) en su estudio demostró que el conocimiento de los signos de riesgo era directamente proporcional al número de partos, además de concluir que el reconocimiento temprano de un signo de alarma puede ser determinante para una atención oportuna. (García-Regalado & Montañez-Vargas, 2012)

Colachua (Perú, 2015) demostró que tan solo 3,3% de embarazadas tenía un conocimiento alto sobre los signos de alarma, 66,7% un conocimiento regular y el 33% un conocimiento bajo. Por otro lado la mayoría con un 76,7% ante un signo de alarma tendría una respuesta adecuada. (Colachua, 2015)

Ticona-rebagliati y colaboradores (Perú, 2015) en su estudio realizado en la Ciudad de Lima se aprecia que el 93% de las mujeres conocen la importancia de los signos de alarma

como indicadores de peligro para la madre y el feto, y el 100% de mujeres sabía que debía acudir de inmediato a un centro de salud en caso de que un signo de alarma se manifieste, el estudio refiere la necesidad de realizar nuevos estudios para determinar las causas por las cuales las mujeres no acuden a tiempo. (Ticona-rebagliati, Torres-bravo, & Veramendi-, 2014)

Nava y colaboradores (Bolivia, 2014) demostraron que el 30% de las mujeres no conocen todos los signos de alarma, los signos más conocidos fueron el edema, sangrado vaginal, y fiebre. También demostraron la diferencia de conocimientos entre las mujeres que estaban en el segundo control prenatal a las que se encontraban en el cuarto, siendo mayor el conocimiento a mayor cantidad de controles. (Nava-Carpio, 2014)

Rodríguez y colaboradores (México 2012) demostraron como la intervención en la comunidad podía mejorar el conocimiento sobre signos de alarma de complicaciones maternas, con resultados de un aumento del 42,9% en conocimientos de preeclampsia y eclampsia, y un aumento del 33% del conocimiento general. (Rodríguez-Ángulo, Andueza-Pech, Rosado-Alcocer, Ortiz-Panozo, & Hernández-Prado, 2012)

Demissie y Dessie (Etiopia 2015) muestra que el 53% tiene poca conciencia de las señales de peligro en el embarazo, también que el nivel de educación y la ocupación son factores que afectan el nivel de conocimientos con resultados que demuestra tan solo el 10,2% de la población analfabeta tiene conocimientos sobre estas señales de peligro ante el 63% de la población alfabetizada. (Demissie & Dessie, 2015)

2. CAPITULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. CANTÓN CAYAMBE

El cantón Cayambe perteneciente a la provincia de Pichincha, está ubicado a 78 kilómetros al norte de Quito, posee una población de 83.235 habitantes, divididos principalmente entre mestizos e indígenas, sobre todo de la nacionalidad Kichwa Kayambi. Su población practica mayormente la religión Católica, siendo esta su principal culto religioso, aunque también se pueden encontrar un importante porcentaje de evangélicos(Consejo Provincial, 1981). Cayambe está dividida en 8 parroquias, Ayora, Juan Montalvo. Ascazubí, Cangahua, Otón, Sta. Rosa de Cusubamba, Olmedo, y su cabecera cantonal, San Pedro de Cayambe con 39.028 habitantes (Consejo Provincial, 1981).

La principal actividad económica del cantón Cayambe se centra en la agricultura y la floricultura, siendo esta ultima la que más auge ha tenido en los últimos años, colocando a Cayambe en el mapa mundial de las flores, se estima que el 41,7% de la población se dedica a esta actividad. (Rivera, 2014)

Posee un alfabetismo del 88.89%, alcanzando un analfabetismo del 16% en zonas rurales, así mismo presenta un nivel de pobreza del 17,5% de la población, siendo especialmente alto en las zonas rurales donde puede alcanzar valores del 32%. (Tobergte & Curtis, 2013)

2.2. MORTALIDAD MATERNA

La OMS comprende como mortalidad materna, *“el deceso de una mujer durante el embarazo, el parto o las 6 semanas después del parto”*. La mortalidad materna ha sido una constante en la historia de la humanidad desde el siglo XVII, donde se consideraba *“una situación natural, casi esperada, inherente a su propia condición y función en la sociedad y el matrimonio”*. Actualmente con todos los avances médicos, la muerte materna sigue considerándose uno de los principales problemas de salud, un problema que según la Organización Panamericana de Salud es 95% prevenible, si la mujer recibe la atención y el conocimiento adecuado durante el embarazo. (Claudia, Montejano, Sandra, & Robledo, 2015)

2.2.1. A Nivel mundial

- El número de muertes maternas a nivel mundial se calculó en 303.000 (291.000-349.000) en 2015, la mayor cantidad de las defunciones ocurrió en África Subsahariana con 201.000 (188.000-240.000) el 66.3% del total de muertes maternas. Entre 1990 y 2015 han muerto 10.7 millones de mujeres en todo el mundo por causas maternas. (Alkema et al., 2015)
- En los últimos 25 años ha existido una disminución importante de la mortalidad materna. De 385 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 1990 a 216 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, lo que representa una disminución del 43.9%. (OMS, 2015a, 2015d)
- La disminución de la mortalidad materna no obstante, no ha sido igual en todas las regiones y muestra una gran desigualdad entre los países desarrollados y los que se encuentran en vías de desarrollo. Los países de primer mundo reportan 12 muertes

por cada 100.000 nacidos vivos a diferencia de las 546 muertes maternas que ocurren a nivel de los países subsaharianos. El 99% de las muertes ocurren en países en vías de desarrollo, aun así reportan una disminución del 50% de las muertes. (OMS, 2015a, 2015d)

2.2.2. A Nivel de Latinoamérica

- La reducción de la mortalidad materna a nivel de Latinoamérica presenta una reducción de alrededor del 50% a nivel de continente, con una reducción anual del 1,1%, se calcula que de las 125 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en 1990 ha reducido a 60 muertes por cada 100.000 nacidos vivos para el 2015(Alkema et al., 2015). Para el 2013 los países de América Latina que presentaron una reducción en la mortalidad fueron Bolivia con 61% menos, Perú 64%, Honduras 61%, Brasil 43%, Ecuador 44%, El Salvador 39%, Guatemala 49%, Haití 43%, Nicaragua 38%, y República Dominicana 57%.(Organización Mundial de la salud, 2015)
- Aun en el 2013 Latinoamérica presentaba un número de 9.300 muertes maternas acumuladas en el año, lo que todavía representa un número inaceptable para el quinto objetivo del milenio que se planteaba bajar el 75% de las muertes maternas. (Organización Mundial de la salud, 2015)
- Latinoamérica se encuentra en una de las regiones con una mortalidad materna relativamente baja, entre 20 a 99 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, en el 2013 se estimaban una mortalidad materna de 77 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, al momento este número se ha reducido al >60 muertes maternas. El país con mayor cantidad de muertes maternas es Bolivia con 200 muertes y tan solo una reducción del 25% desde 1990 al 2015. Países como Perú, Brasil, y Ecuador han

logrado entrar a esta categoría de mortalidad relativamente baja, Brasil de 120 a 69, Ecuador de 160 a 87 y Perú 250 a 89. Países como Chile y Uruguay ya tenían mortalidades maternas bajas en 1990 presentado una disminución del 40%, siendo Uruguay el país con la menor mortalidad materna de sur América con 14 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos y Chile con 22 muertes. Países como Colombia y Paraguay han presentado un progreso mínimo con 17% y 19% respectivamente.(Alkema et al., 2015; OMS, 2015d; World Health Organization, 2014)

2.2.3. A Nivel de Ecuador

- Ecuador entra en el grupo de países con mortalidad materna relativamente baja para la OMS, con una reducción alrededor del 50% (se cerró en una reducción del 68% para el 2015) de la mortalidad materna desde 1990. En 1990 la de mortalidad materna fue de 153,2 muertes por cada 100.000 nacidos vivos y aunque en la actualidad el INEC estima la mortalidad materna en el 2015 en 49.16 muertes, aún queda lejos del objetivo planteado hace 15 años de 38,5 muertes maternas. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2014)
- El INEC registro 166 muertes maternas totales en el Ecuador en el año 2014, teniendo una razón de mortalidad de 49.2 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. La provincia que presento la mayor cantidad de nacimientos fue la provincia del Guayas, la misma que presento una cantidad de 38 muertes maternas con una razón de 46,73 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Las provincias de la Amazonía presentaron la mayor mortalidad materna en el Ecuador con promedio entre Zamora Chinchipe, Napo, Orellana, y Morona Santiago de 117,06 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Las provincias de la sierra presentan entre 20 y 50 muertes

maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Pichincha presenta una mortalidad materna del 38,9 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (Tobergte & Curtis, 2013). De los datos obtenidos se identificó que el 25,9% de los decesos se dio en el grupo de mujeres entre los 20 y 24 años. (Ministerio de Salud Pública & Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos, 2015)

2.2.4. Causas de Mortalidad

La muerte materna como lo refiere la OMS puede ser por cualquier causa inherente o relacionada al embarazo o cualquier condición que agravada por el embarazo cause la muerte de la mujer embarazada. (Claudia et al., 2015)

Según los datos recolectados por la OMS la principal causa de muertes en mujeres embarazadas es el agravamiento de condiciones médicas preexistentes como diabetes, paludismo, VIH, obesidad, estas muertes representan el 28% de muertes maternas a nivel mundial, pero no se le considera una causa obstétrica directa. (Claudia et al., 2015)

Dentro de las causas Obstétricas directas la OMS identifica a las hemorragias graves, en su mayoría después del parto, como la segunda causa de muerte en mujeres embarazadas y la primera causa obstétrica directa. Le sigue los estados hipertensivos inducidos en el embarazo (preeclampsia y eclampsia) con el 14% seguido por infecciones generalmente después del parto con el 11%, le siguen en orden parto obstruido y otras causas directas el 9% las complicaciones de un aborto 8% Coágulos de sangre (embolias) 3%. (Claudia et al., 2015; OMS, 2015b)

En el Ecuador datos obtenidos del INEC en el 2013, muestran que el 78% de las muertes son debidas a causas obstétricas directas siendo de estas la hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa la principal con el 16% contándole aparte la eclampsia con un 10%, las hemorragia postparto bajan a ser la segunda causa obstétrica con el 13,6% y las infecciones puerperales con el 5%. Las causas de muertes maternas indirectas, condiciones agravadas por el embrazo alcanzan el 18% de las muertes totales. (Tobergte & Curtis, 2013)

2.3. CONTROL PRENATAL

El CONASA define a la atención prenatal como las actividades y procedimientos que un equipo de salud brinda a la embarazada, con el afán de vigilar la evolución del embarazo e identificar factores de riesgo en la embarazada o enfermedades que puedan afectar el embarazo y la salud del recién nacido .(Pagés, 2015)

Para esto, la consulta prenatal debe abarcar varios enfoques como promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal siempre manteniendo los diferentes enfoques de interculturalidad y generacional. (León et al., 2008)

El control prenatal se plantea varios objetivos, entre ellos son *“diagnosticar las condiciones fetal y materna, identificar factores de riesgo y educar a la gestante para el ejercicio de la maternidad y la crianza”* de este modo el control prenatal pretende detectar y tratar oportunamente la morbilidad obstétrica y perinatal y así reducir la mortalidad materna. (Cáceres-Manrique, 2009)

La consulta prenatal debe iniciar lo antes posible en el embarazo, existe una relación entre la edad gestacional del primer control con el éxito del embarazo, mientras más temprano, de preferencia siempre antes de primer trimestre, es mejor para encontrar riesgos y patologías futuras. (León et al., 2008)

La OMS recomienda un número mínimo de 5 consultas para control adecuado en una mujer con bajo riesgo en el embarazo, no obstante una atención integral desde el primer mes de gestación, y que se mantengan una periodicidad constante una vez cada mes hasta el parto es lo óptimo para poder identificar complicaciones del embarazo como infecciones cervicovaginales, diabetes gestacional, preeclampsia, infecciones sistémicas además de permitir establecer las medidas necesarias y todos los conocimientos necesarios para poder identificar signos de alarma.(Alfaro & Campos, 2014)

La consulta prenatal se puede dividir en dos niveles:

- Las consultas prenatales de embarazos de bajo riesgo, sin riesgo o normal, son aquellos embarazos que no cursan con criterios de riesgo para la mujer o el feto, estos embarazos deben ser atendidos en primer nivel de salud.(León et al., 2008)
- Las consultas prenatales de embarazos de riesgo, un embarazo de alto riesgo se le define como aquel que se tiene la certeza o posee una gran probabilidad de poder presentar un estado patológico para el embarazo, que signifique un peligro real para la mujer o el producto, también se puede identificar como un embarazo de riesgo cuando la mujer embarazada tiene características socioeconómicas precarias. Estos embarazos deben ser atendidos en el segundo y tercer nivel de salud. (Pagés, 2015)

Uno de los puntos más importantes de la consulta prenatal es prestar atención a los factores de riesgo en el embarazo. El embarazo es un proceso fisiológico normal que pasa toda mujer para concebir vida a este mundo y debiera desarrollarse con total normalidad y abordar estos factores como manera preventiva, por eso en la consulta se debe identificar con el afán de prever futuras complicaciones. (Barrientos Montero et al., 2002)

Los factores de riesgo se pueden dividir en varios niveles.

- Antecedentes familiares, presencia de enfermedades hereditarias como malformaciones o cromosomopatías.
- Factores psicosociales, edades maternas extremas, menores de 16 años o mayores de 35 años, bajos niveles socio económicos y culturales, embarazos no deseados, o presencias de hábitos perniciosos como alcohol, tabaco y drogas. (Baeza W, Póo F, Vásquez P, Muñoz N, & Vallejos V, 2008)
- Antecedentes obstétricos, mujeres con antecedentes de infertilidad, presencia de más de 2 abortos consecutivos, partos distócicos o cirugías uterinas anteriores, embarazos ectópicos.
- Antecedentes personales, aquí entran las enfermedades crónicas de la madre, diabetes, enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, insuficiencia renal, enfermedades mentales y epilepsia. También en este grupo entran las enfermedades infecciosas adquiridas por las madres que pueden afectar y significar un riesgo para el embarazo como infección por el V.I.H, Sífilis materna, Toxoplasmosis, Rubéola. Hepatitis B, Infección por el virus del herpes simple genital.

- Factores de riesgo que surgen durante la gesta y que el médico debe identificar y brindar los conocimientos a las mujeres embarazadas para que estas los puedan identificar a tiempo, estos son Bacteriuria sintomática, infección de orina y pielonefritis, diabetes gestacional, hipertensión arterial, anemia, infección con transmisión perinatal, sangrados vaginales. Otros estados del propio embarazo que pueden significar un aumento del riesgo como, gestas múltiples, Crecimiento intrauterino retardado, amenaza de parto pre término, sospecha de malformación fetal, estática fetal anómala pasada la semana 36, isoinmunización D (Rh), embarazo prolongado.(Barrientos Montero et al., 2002; Garcia & Aleman, 2010)

2.4.SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL EMBARAZO.

La OMS define a los signos y síntomas de alarma en el embarazo como: *“Todos los signos y síntomas que nos muestran que la salud de la embarazada y el feto están en peligro.”* además platea que cada día mueren alrededor de 800 mujeres alrededor del mundo por esta causa(OMS, 2015c), la cual es totalmente prevenible, si las embarazadas contaran con toda la información y con un control prenatal adecuado en el cual se pone énfasis en el entendimiento de cada signo y síntoma de alarma que se le explica a la paciente en el momento de la consulta como nos explica García & Montañes en su trabajo.(García-Regalado & Montañes-Vargas, 2012)

A continuación se detalla brevemente los signos y síntomas de alarma en el embarazo.

2.4.1. Signos de Alarma

2.4.1.1. Fiebre

El embarazo es un evento fisiológico en la mujer motivo por el cual no causa fiebre; sin embargo el estar predispuesta a infecciones es lo que aumenta el nivel de temperatura corporal causando riesgo para la madre, así también como para el feto. La temperatura normal de una persona es de 36.8°C con un rango más menos 2°C; así se define como fiebre a la temperatura mayor de 38°C. (Malvino, 2011)

Las causas más frecuentes de fiebre en el embarazo de origen infeccioso son: infección de vías urinarias, infecciones bacterianas o virales de la vía aérea superior, neumonía bacteriana o neumonitis viral y gastroenteritis o enterocolitis aguda. De origen no infeccioso se encuentran las reacciones secundarias a drogas, transfusiones sanguíneas, tromboflebitis, cateterismos y embolia pulmonar. Así también existen medicamentos que pueden ser causantes de fiebre como la fenitoína, metildopa, atropina. (Malvino, 2011)

Los medicamentos anestésicos que son usados durante el parto que induzcan a la presencia de fiebre y si esta se encuentra no controlada y asociada a un deterioro del estado de conciencia más contracción muscular elevada causando aumento de la creatina fosfoquinasa (CPK) sugiere la presencia del cuadro de hipertermia maligna, la cual es fatal si no es controlada. (Vilaplana Santaló, Duménigo Arias, & Adis del Carmen Rodríguez Gregorich, 2002)

En el estudio realizado por Guallpa y Sigüenza en Cuenca demostró que el 22.75% de las mujeres no conocían que la fiebre es un signo de alarma en el embarazo. (Guallpa & Sigüenza, 2013)

2.4.1.2. Edema

El edema se define como el aumento del líquido en el intersticio originado por diversas causas, por general el edema es común que se presente en el embarazo, este edema es de inicio gradual , principalmente se ubica a nivel de los tobillos, de predominio vespertino, e indoloro, suele ser más común a partir del segundo trimestre, todo esto es debido a todas la modificaciones circulatorias que sufre el cuerpo de la mujer durante el embarazo, como el aumento de la volemia, los cambios electrolíticos y el aumento de la presión venosa en los miembros inferiores debido a compresión que ejerce el útero sobre las venas cava inferior e iliacas .(Téllez Vargas Jorge, 2012)

El edema constituye un signo de alarma cuando está relacionado con los estados hipertensivos del embarazo, como preeclampsia y eclampsia. El edema en la preeclampsia se caracteriza por ser un edema súbito, que se presenta a partir de la semana 20, se localizar a nivel de la cara, manos y los miembros pélvicos, es blando, blanco, indoloro, aumenta con la posición de pie, disminuye pero no desaparece. La importancia de la identificación del edema como un signo importante de alarma es cuando este es generalizado, no cede con el reposo y viene acompañado de hipertensión arterial y proteinuria, por lo que puede significar la antesala de un ataque convulsivo tónico clónico, como es la eclampsia. Aunque el edema es común en el embarazo y no es un criterio de preeclampsia, ni de eclampsia, este debe ser tomado en serio como un signo que ayude a diagnosticar tempranamente estas identidades y ayude a prevenir sus complicaciones.(Cunningham, 2011; Flores-Villegas, Flores-Lazcano, & De Lazcano-Mendoza, 2014)

García y Montañez (México 2012) realizaron un estudio en el cual las mujeres embarazadas reconocieron al edema como un signo de alarma solo un 2.8% de toda la población. Durante el embarazo se producen cambios fisiológicos y el edema es uno de ellos siempre y cuando este sea de progresivo, leve, no doloroso y casi siempre se ubica en los tobillos estudio. (García-Regalado & Montañez-Vargas, 2012)

2.4.1.3. Hemorragia vaginal

La hemorragia vaginal independiente de en qué parte del embarazo o puerperio se presente es una de las principales causas de mortalidad materna y fetal sobresaliendo la hemorragia post parto como causa de muerte materna(Zaragoza-Saavedra, 2016). La hemorragia obstétrica como también se la conoce, es el signo de alarma más reconocido dentro de las pacientes obstétricas según el estudio realizado en Etiopía por Hailu y Berhe donde se encontró que el 49.1% de las mujeres embarazadas reconocían a este sangrado vaginal como emergencia obstétrica (Hailu & Berhe, 2014). El Ministerio de Salud Pública del Ecuador define que en un embarazo normal no debe existir salida de sangre por ningún motivo.(León et al., 2008)

El sangrado vaginal en el embarazo puede deberse a varios motivos que pueden variar en la gravedad siendo los que se presentan al final, los más graves. No existe una definición clara de la hemorragia vaginal en el embarazo, porque aún no se ha definido claramente, lo que constituye una pérdida sanguínea excesiva.(Zaragoza-Saavedra, 2016)

La hemorragia vaginal se la clasifica dependiendo del momento en que sucede, puede ser hemorragia ante parto, donde es importante mencionar que pueden ser diferentes causas

dependiendo de cuando suceda, si es en la primera mitad o en la segunda mitad del embarazo, y las hemorragias postparto. (León et al., 2008; Zaragoza-Saavedra, 2016)

Las hemorragias en la primera mitad del embarazo, son aquellos sangrados vaginales que suceden antes de las primeras 22 semanas del embarazo, y mayormente tienen que ver con problemas propios del producto, causando un menor número de muertes maternas que los sangrados que se presentan más tarde en el embarazo o en el puerperio aún siguen siendo una amenaza para la vida de la madre sobretodo el aborto que causa el 8% de las muertes maternas en el Ecuador y el embarazo ectópico que puede ser mortal si no es tratado a tiempo. Las principales causas de hemorragias de la primera mitad del embarazo son el aborto, amenaza de aborto, el embarazo ectópico, embarazo trofoblasto. (Guevara Rios, 2010)

Las hemorragias de la segunda mitad del embarazo mantienen una importante morbilidad materna por lo que siempre debe ser tratado como una emergencia obstétrica, ya que mantiene una mortalidad considerable en comparación a otros signos de alarma, los sangrados de la segunda mitad tiene una gran relación con los partos pretérmino, causa principal de morbimortalidad perinatal, además que se puede relacionar a condiciones más severas con una mortalidad aun mayor como la coagulación intravascular diseminada, muy presente en casos de desprendimiento prematuro de placenta. Las causas de sangrado de la segunda mitad son muy variadas y son: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina, vasa previa, pueden existir otras causas que no tengan causas obstétricas como procesos infecciosos cervicovaginales, tumoraciones como pólipos, miomas, o neoplasias, traumatismos en genitales, várices vulvovaginales además que el mismo inicio del trabajo de parto puede

traer consigo sangrado vaginal debido a diferentes causas como desgarros cervicales. (Pérez-Aliaga, 2010)

Las hemorragias postparto son la principal causa de muerte dentro de las hemorragias obstétricas y la principal causa de mortalidad en las primeras horas del puerperio, de acuerdo a Herschderfer *“un 60% de todas las muertes maternas ocurren en el periodo postparto y un 45% en las primeras 24 horas”*. Las principales causas de hemorragia postparto son la atonía uterina con el mayor porcentaje de 50 a 60% de los casos, placenta retenida, restos placentarios, los traumatismos propios del parto como laceraciones vaginales o cervicales, casos de placenta acreta .(Zaragoza-Saavedra, 2016)

2.4.1.4. Salida de líquido amniótico

El líquido amniótico rodea al feto durante toda la concepción, es muy importante ya que cumple diversas funciones por ejemplo; proporciona el medio para que el feto se pueda mover libremente, es protección contra agresiones externas y agresiones por las contracciones uterinas, mantiene la temperatura fetal uniforme y es un medio útil para la valoración de la madurez; por todo lo mencionado, si existe alguna alteración en el líquido amniótico como aumento de este (poligohidramnios), disminución (oligohidramnios) o tinción por meconio hace que aumente la mortalidad perinatal. (Cunningham, 2011)

La salida de líquido amniótico se asocia en su mayoría con enfermedades infecciosas, desencadenando así la ruptura prematura de membranas (RPM) es decir; la salida del líquido amniótico antes del parto(Cobo et al., 2016). La más común de las infecciones es la infección de

vías urinarias según el estudio de Cuenca Godoy realizado en la ciudad de Cuenca donde se demostró que la prevalencia es de 15.7%. (Cuenca, 2012)

Actualmente se considera previsible el parto cuando la RPM se produce antes de las 24 semanas de gestación, lo cual hace que se le tome en cuenta como un signo de alarma obstétrica importante .(Cobo et al., 2016)

2.4.1.5. Nausea y vómito excesivo

Se conoce como náusea a la *“sensación de vomitar”*; mientras que el vómito es considerado como la *“acción de arrojar violentamente por la boca el contenido gástrico”*, según la RAE .(Rae, 2001)

La prevalencia de náusea y vómito durante el embarazo es del 80 al 90%, su incidencia y severidad ocurre durante la semana 8 y 12 de la gestación(De la Torre & Barranco, 2007). Sin embargo, la excesiva cantidad de este signo puede provocar hiperémesis gravídica que es poco frecuente, su etiología se desconoce y afecta al 0.5 a 2% de las embarazadas. (Palacio, 2014)

La hiperémesis gravídica es causa de riesgo obstétrico por provocar deshidratación, alteraciones hidroelectrolíticas y alteraciones en el equilibrio ácido-base; siendo la causa de hospitalización más frecuente en la primera mitad del embarazo. (De la Torre & Barranco, 2007)

2.4.1.6. Hipertensión

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo son la principal causa de morbimortalidad materna, según el Instituto Nacional Ecuatoriano y Censo (INEC) en el 2010 fue la primera causa de muerte en el Ecuador. (Tobergte & Curtis, 2013)

La hipertensión gestacional es el término que se usa para definir cualquier forma de hipertensión de inicio reciente durante el embarazo en una mujer originalmente normotensa, y debe considerarse potencialmente peligrosa tanto como para la mujer como para el feto. Dependiendo de su momento de aparición y sus características los trastornos hipertensivos en el embarazo se clasifican en hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica. (Cunningham, 2011)

Para poder definirla como signo real de hipertensión en el embarazo, se debe tomar la presión en reposo por lo menos en dos ocasiones con una separación de 6 horas y obtener presiones sistólicas mayores a 140mmHg y diastólicas mayores de 90mmHg. La hipertensión se considera severa si hay elevaciones mayores de 160 mmHg en sistólica y 110 mg en diastólica y debe ser tratada de forma inmediata. (Rosas et al., 2008)

La preeclampsia es la aparición de la hipertensión a partir de la semana 20, más la presencia de proteinuria $>0,3$ g /24 horas y/o > 1 g en muestra aislada, puede estar acompañada de otros signos y síntomas diversos que pueden ayudar a su detección como edemas anteriormente descritos, hiperreflexia osteotendinosa, irritabilidad y síntomas sensoriales y viscerales diversos. (Betancourt, Kenia, & Cantillo, 2010; Mustafa, Ahmed, Gupta, & Venuto, 2012)

2.4.1.7. Convulsiones

Según la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud (GPC), las convulsiones durante el embarazo son asociadas en su mayoría con los trastornos hipertensivos, ya que es un insumo importante para la definición de eclampsia. Se estima que la incidencia en el país es 1 por cada 100 a 1700 mujeres; y 1 a 2 casos de eclampsia por cada 100 mujeres con preeclampsia severa. (Leon & Villamarin, 2013)

La eclampsia es la aparición de convulsiones tónico clónicas generalizadas y/o coma que no sean causadas por epilepsia u otros síndromes convulsivos en mujeres embarazadas con preeclampsia, estas pueden ocurrir durante el embarazo o en el postparto. (Berhan & Endeshaw, 2015)

2.4.2. Síntomas de alarma

2.4.2.1. Cefalea

El dolor de la cabeza es una de las causas clínicas con más atención en la consulta del servicio de neurología(Peraza, 2014). En una paciente embarazada se la puede clasificar de la siguiente manera según la GPC:

- Pacientes con diagnóstico previo al embarazo de cefalea primaria y que presentan dolor habitual.
- Pacientes con diagnóstico previo al embarazo de cefalea primaria y que durante el embarazo esta cambia en frecuencia, intensidad y calidad.
- Pacientes sin diagnóstico de cefalea primaria y que durante su embarazo esta se presenta por vez.

Es importante recalcar que los pacientes con una clasificación dos y tres nos hacen sospechar de la presencia de un diagnóstico de cefalea secundaria(Gestro, 2014). Motivo por el cual se tiene que investigar la causa de la cefalea para poder disminuir los riesgos obstétricos que este signo representa. (Peraza, 2014)

En el estudio realizado por Hailu Berhe en Etiopía, se encuestó a 485 mujeres de las cuales el 28.9% respondieron que consideraban a la cefalea como un síntoma de alarma obstétrica(Hailu & Berhe, 2014). La cefalea intensa que se acompaña de visión borrosa o mareos se asocia a síntomas de preeclampsia o eclampsia.(León & Villamarin, 2013)

2.4.2.2. Movimientos fetales disminuidos

Los movimientos fetales son detectados a partir de las 18 a 22 semanas en pacientes embarazadas nulíparas y en pacientes embarazadas multíparas sucede antes aproximadamente a las 16 a 18 semanas de gestación. La percepción de la disminución de movimientos fetales es causa del 5 al 15% de las consultas en urgencia obstétrica, y el manejo inadecuado de este síntoma de alarma es la causa del 10 al 15% de muertes fetales prevenibles(M. Illa, F. Figueras, 2014).

En el estudio realizado por García Montañez, se obtuvo como resultado que las mujeres embarazadas consideraban a este síntoma como riesgo en un 9.4% y las mujeres no embarazadas lo consideraban en 7.8%. (García-Regalado & Montañez-Vargas, 2012)

2.4.2.3. Disuria

La disuria o ardor al orinar es un síntoma sugestivo de infección del tracto urinario (ITU), en el embarazo esta infección tiene una incidencia aproximadamente de 5 a 10%. Además representa una de las importantes causas de consulta obstétrica. (Bogantes & Solano, 2010)

Los microorganismos más frecuentes en la ITU de las mujeres embarazadas son: *Escherichia coli* representando el 80-90% de todos los casos, conforme avanza el embarazo se tiende a presentar más microorganismos Gram positivos especialmente el *Streptococo agalactiae*. (López, Cobo, Palacio, & Goncé, 2008)

2.4.2.4. Tinitus

Tinitus es el término médico para las “*sensaciones de sonido en ausencia de sonido externo*”, es un síntoma común y las mujeres lo pueden referir normalmente como zumbidos en el oído. Puede ser de tres tipos, Tinitus objetivo cuando el sonido percibido es causado por una función del cuerpo, Tinitus subjetivo que es la percepción de sonido en ausencia de algún sonido físico, y la alucinación auditiva ambos considerados como sonidos fantasmas. El Tinitus del embarazo es un Tinitus del tipo pulsátil, del tipo objetivo debido al aumento del gasto cardiaco durante el mismo que causa de flujos turbulentos. (Nova et al., 2006)

El Tinitus en el embarazo puede ser considerado como un síntoma de alarma, debido a que se puede presentar en síndromes hipertensivos del embarazo. Esto quiere decir que el “zumbido en el oído”, siempre debe investigarse patologías como preeclampsia, eclampsia. (Peralta-Pedrero et al., 2004)

2.4.2.5. Visión borrosa

Los trastornos oculares y visuales no son raros en el embarazo, al igual que otros síntomas estos pueden ser causados o bien por los mismos cambios fisiológicos del embarazo que causen molestias oculares como la migraña ocular o por patologías sistémicas propias del embarazo como la preeclampsia. (Aguilar, Martínez, & Díaz, 2016)

La preeclampsia por lo general es la primera causa de deterioro de la agudeza visual, las complicaciones visuales aparecen cuando esta supera tensiones arteriales diastólicas mayores 100 mmHg y sistólicas mayores de 150mmHg, apareciendo alteraciones visuales además de la disminución de la agudeza, como estocomas, diplopía, fotopsias. Las tres complicaciones visuales más comunes causadas por la preeclampsia y los estados hipertensivos del embarazo son la retinopatía hipertensiva, la ceguera cortical y el desprendimiento de retina exudativo. Siendo la retinopatía la manifestación ocular más común de la preeclampsia. Un estudio realizado en la Habana concuerda que “el grado de retinopatía está en concordancia con la severidad de la preeclampsia”. (Aguilar et al., 2016)

2.4.2.6. Contracciones uterinas.

Las contracciones uterinas se pueden percibir como un dolor en la parte inferior del abdomen, causadas por el útero que se contrae y luego se relaja desapareciendo el dolor. Las contracciones uterinas son parte de la labor de parto normal y estas significan un síntoma de alarma para parto pretérmino cuando se presentan antes de la semana 37 del embarazo. (León et al., 2008)

Normalmente desde el principio del embarazo existen contracciones uterinas inofensivas e indoloras, muchas veces imperceptibles, denominadas contracciones de Braxton Hicks, estas mientras el embarazo avanza se vuelven más rítmicas y perceptibles, generalmente no producen dolor, pero si las contracciones se presentan en mayor cantidad de veces, 3 o más en una hora y con mayor intensidad, se puede estar iniciando un trabajo de parto, y si es antes de la semana 37 puede ser una señal de amenaza de parto pretérmino, con todas las complicaciones que eso implica. Las contracciones uterinas también aparecen durante el aborto, acompañadas de sangrado vaginal antes de las semana 20(Ross, 2016).

2.4.2.7. Aumento de peso

La ganancia de peso en el embarazo es un proceso normal durante el mismo debido a los cambios fisiológicos y hormonales. Estos cambios producen un aumento del volumen sanguíneo, incremento de los depósitos de grasa, aumento de las mamas, y el aumento propio del útero y su contenido. (Minjarez-Corral et al., 2014)

Es normal dependiendo del estado nutricional de la mujer que aumente entre 9 a 11 kg de peso durante el embarazo, siendo mayor el aumento de peso durante los últimos dos trimestres del embarazo. Las ganancias de peso mayor a las recomendadas pueden significar un signo de alarma para preeclampsia, diabetes gestacional, macrosomía fetal o restricción de retardo del crecimiento, al igual que un aumento inferior de lo recomendado es una señal de riesgo para bajo peso al nacer o restricción de crecimiento intrauterino. (Gil Almira, 2010; Minjarez-Corral et al., 2014)

Dependiendo del IMC una mujer con un IMC inferior 19,8 deberá ganar entre 12,5 y 18kg, un IMC entre 19,8 a 26,6 su ganancia de peso debería ser entre 11,5 y 16kg un IMC con sobrepeso 26,1 y 29,0 debería ganar entre 7 y 11,5kg, y Mujeres obesas con IMC superiores de 29,0 no deberían ganar más de 6kg en el embarazo. (Leal, Giacomini, & Pacheco, 2008)

2.5. CONOCIMIENTO DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA OBSTETRICA

La Real Academia de la Lengua Española (RAE) define al conocimiento como: *“la facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas”*. (Rae, 2001)

Existen varios tipos y niveles de conocimiento al momento de evaluar el nivel de aprendizaje en una paciente. (Mouriño, Espinosa, & Moreno, 1991)

Así se lo puede dividir en:

- Conocimiento Descriptivo: Se basa en el aprendizaje por medio de los sentidos para poder guardar las imágenes en la memoria.
- Conocimiento Conceptual: Saber el significado del objeto en estudio, según su contexto y en su totalidad.
- Conocimiento Teórico: Es el significado universal del objeto en estudio.

El problema no es el conocimiento, sino es su asimilación de toda la información proporcionada a las pacientes obstétricas acerca de los signos y síntomas de alarma obstétrica. Por ello se han planteado muchos estudios al respecto.

Un estudio realizado en Tanzania demostró que el 26% de todas las mujeres embarazadas atendidas en la consulta externa sabía al menos una señal de peligro durante el embarazo. Además, indicó que el nivel de educación de las pacientes es proporcional a su grado de conciencia de los signos y síntomas de alarma, seis veces más. (Pembe et al., 2009)

Gualpa, Sigüenza; en su tesis realizada en Cuenca - Ecuador demostró que el 24.6% de las pacientes obstétricas no reconocía ningún signo o síntoma de alarma y que el 41.8% desconocía a la cefalea como tal. (Gualpa & Sigüenza, 2013)

La información acerca de los signos y síntomas de alarma obstétrica es obligación de todas las personas que brindan salud, especialmente las que atienden en la consulta externa de obstetricia sin embargo Asha, Casey, Anayda; en su estudio concluyó que la información y el tiempo que se brinda a esta actividad en la consulta es mínima y es pobre, motivo por el cual la información no es bien asimilada. Este estudio se realizó en Canadá. (George, Branchini, & Portela, 2015)

En Perú, Ylatoma-Flores en su estudio indicó que el 74.2% de las pacientes que se atendían en Centros de Salud refirieron que recibieron la información de los signos y síntomas de alarma por medio del personal médico. Y de estas pacientes el 51.6% tienen un conocimiento alto del tema identificando al sangrado vaginal, fiebre y pérdida de líquido amniótico como los signos y síntomas más reconocidos en 41.9% de la muestra estudiada. (Flores & Ylatoma, 2012)

En Etiopia se realizó un estudio con 485 mujeres, en el cual se demostró que la educación de la madre, la información que se brinde a la mujer embarazada y sobretodo la comunicación con su prestador de salud es fundamental para el conocimiento de los signos y síntomas de alarma

obstétrica. En este estudio el 35.1% de todas las embarazadas no sabía ningún signo o síntoma de alarma. (Hailu & Berhe, 2014)

García & Montañez realizó un estudio con 300 mujeres en México, de las cuales 150 se encontraban embarazadas y 150 no lo estaban. Se quería demostrar el nivel de conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétrica independientemente del estado gravídico. Se obtuvo como resultados que el sangrado vaginal es el signo de alarma más popular en todas las mujeres representando el 22.9% en las mujeres embarazadas y 22.1% en las no embarazadas. (García-Regalado & Montañez-Vargas, 2012)

3. CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. JUSTIFICACIÓN:

Se debe tener siempre presente que detrás de un embarazo hay un mundo entero esperando la llegada de la nueva vida, motivo por el cual es obligación de todos los que brindan salud saber los factores socio culturales del medio en el que se encuentran y adaptarse a este para dar una información clara, concisa y real de los signos y síntomas de alarma obstétrica. Como lo menciona Landerdahl en su estudio indica la importancia del control prenatal y que este sea dirigido con palabras adaptadas al medio en el que se encuentran. (Landerdahl, 2007).

El conocimiento es la única manera de poder combatir la mortalidad materna. Además no solo se tiene que brindar la información, sino se debe asegurar que la mujer embarazada este consiente y que el mensaje sea escuchado, aprendido y entendido para poder llevar un control prenatal adecuado rebajando los niveles de mortalidad materna.

Cuando se brinda atención siempre es necesario evaluar al personal de salud y la atención que se da para mejorar los resultados como lo menciona Dioliveira en su estudio (De Oliveira, da Fonseca, Carvalhaes, &Parada,2013). Así con este estudio se pudo evaluar de manera real, el conocimiento que tienen las mujeres embarazadas que son atendidas en la consulta externa del Centro de Salud Urbano de Cayambe y la relación con sus factores socioculturales.

3.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál el conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétrica y su relación con los factores socioculturales en las pacientes atendidas en la consulta externa del Centro de Salud Urbano de Cayambe, Distrito de Salud 17D10 en el periodo octubre-noviembre 2016?

3.3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:

3.3.1. General:

Relacionar los conocimientos de los signos y síntomas de alarma obstétrica con los factores socioculturales de las pacientes embarazadas atendidas en la consulta externa del Centro de Salud Urbano de Cayambe, Distrito de salud 17D10 en el periodo octubre - noviembre 2016.

3.3.2. Específicos:

- Determinar el grado de conocimiento de los signos y síntomas de alarma en las pacientes embarazadas atendidas en la consulta externa del Centro de Salud Urbano de Cayambe, Distrito de Salud 17D10 a través de una encuesta realizada a una muestra de mujeres embarazadas que acuden a su control en el periodo de octubre-noviembre 2016.
- Determinar las características socio-demográficas de la población en estudio: edad, estado civil, etnia, religión, nivel de instrucción, ocupación y estado económico.
- Identificar las características gineco-obstétricas de la población en estudio: número de gestas, tipo de partos anteriores, abortos previos, inicio de los controles prenatales, edad gestacional en embarazo actual, número de controles prenatales.

- Identificar la fuente de información de los signos y síntomas de alarma obstétrica, la comprensión de los mismos y su conocimiento por medio de una encuesta.

3.4. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN:

La información que se brinda sobre los signos y síntomas de alarma obstétrica en el Centro de Salud Urbano de Cayambe es buena, óptima y aceptable pero el conocimiento no es aprendido en su totalidad por las usuarias que acuden al servicio de obstetricia, debido a la relación directa con sus factores socioculturales como bajo nivel educativo, baja experiencia materna y las fuentes no confiables de información.

3.5. METODOLOGÍA:

3.5.1. Estudio con investigación cuantitativa

Se realizó un estudio cuantitativo con la recolección de datos para procesarlos de forma numérica.

3.5.2. Operacionalización de variables del estudio

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO	ESCALA	INSTRUMENTO
SOCIOCULTURALES					
EDAD	El tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta la fecha que se realiza la encuesta	Porcentaje	Númérico Cuantitativa Discreta	No aplica	Encuesta
ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja	Porcentaje, proporción	Categórica Cualitativa	Soltera Casada Divorciada Unión libre Viuda	Encuesta

	y su situación legal al respecto				
ETNIA	Comunidad a la que una persona considera pertenecer ya sea por raza, lingüística o cultura	Porcentaje, proporción	Categórica Cualitativa	Blanca Mestiza Indígena Afro ecuatoriana Otra	Encuesta
RELIGIÓN	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de la persona para profesar su fe	Porcentaje, proporción	Nominal Cualitativa	No aplica	Encuesta
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Nivel de educación alcanzado hasta el momento actual	Porcentaje, proporción	Categórica Cualitativa	Analfabeta Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Universitaria completa Universitaria incompleta Cuarto nivel	Encuesta
OCUPACIÓN	Actividad a la que se dedica	Porcentaje, proporción	Categórica Cualitativa	Ninguna Quehacer doméstico Agricultura Estudiante Otro	Encuesta
INGRESO ECONÓMICO	Ingresos económicos de una persona suficientes para satisfacer sus necesidades básicas	Porcentaje, proporción	Categórica Cualitativa	Si No	Encuesta
GINECO-OBSTETRICAS					
GESTAS PREVIAS	Número de gestas previas sin contar la actual	Promedio media	Numérica Cualitativa	0 1 2 3 >3	Encuesta

TIPO DE PARTO	Manera del parto anterior	Porcentaje, proporción	Categórica Cualitativa	Cesárea Parto normal	Encuesta
ABORTOS PREVIOS	Número de abortos previos	Promedio media	Numérico Cualitativa	0 1 2 3 >3	Encuesta
EDAD GESTACIONAL ACTUAL	Número de semanas gestacionales cumplidas hasta el momento de la encuesta	Porcentaje, proporción	Categórico Cualitativa	Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre	Encuesta
INICIO DE LA ATENCIÓN PRENATAL	Fecha de edad gestacional de la primera consulta de atención del embarazo	Porcentaje, proporción	Categórica Cualitativa	Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre	Encuesta
NUMERO DE CONTROLES PRENATALES	Número de veces asistidas al control prenatal durante el embarazo actual	Porcentaje, proporción	Numérico Cualitativa	0 1 2 3 4 >4	Encuesta
FUENTES DE INFORMACIÓN					
INFORMACIÓN DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICA	Recibió información de los signos y síntomas de alarma obstétrica	Porcentaje, proporción	Categórica Cualitativa	Si No	Encuesta
FUENTE DE INFORMACIÓN	Persona quien brinda la información de los signos y síntomas de alarma obstétrica	Porcentaje, proporción	Categórica Cualitativa	Familia Vecinos Personal de salud	Encuesta
ENTENDIMIENTO DE INFORMACIÓN	Claridad con que la paciente entiende la información de los signos y síntomas de alarma obstétrica	Porcentaje, proporción	Categórica Cualitativa	Si No	Encuesta
CONOCIMIENTO					
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICAS	Conjunto de saberes sobre los signos y síntomas de alarma obstétrica que poseen las gestantes para detectar	Proporción	Cualitativo categórico	Alto: 11-14 preguntas correctas. Regular: 7-10 preguntas correctas. Bajo: < =6 preguntas	Encuesta

	anormalidades que se presentan durante el embarazo			correctas.	
--	--	--	--	------------	--

3.5.3. Universo y Muestra

3.5.3.1. Universo del estudio

Para este estudio el universo comprendió las pacientes embarazadas atendidas en Consulta Externa del servicio de Obstetricia durante los meses de octubre y noviembre en el Centro de Salud Urbano Cayambe, las pacientes obstétricas que se atienden diariamente en el servicio de ginecología y obstetricia en promedio es de 40 pacientes diarias; dato proporcionado por los partes diarios de los médicos de este servicio. Con estos datos el universo comprende alrededor de 1600 consultas obstétricas realizadas entre el mes de octubre y noviembre del 2016.

3.5.3.2. Muestra

El tamaño de la muestra que se extrajo del universo se calculó de la siguiente manera:

Se calculó el número de pacientes gestantes a participar sobre la base de un margen de error 0,005 mediante la siguiente formula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2}$$

Donde

z^2 = es el nivel de confianza del 95%.

p = es la prevalencia de la población que posee la característica de interés en el estudio. En este caso es la presencia de un signo o síntoma de alarma durante la consulta externa del servicio de ginecología y obstetricia. Según las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud del Ecuador sobre el control prenatal indica que el 80% de las mujeres embarazadas presentan algún signo o síntoma de alarma durante el embarazo. Por lo tanto el valor p con el que se calculó la muestra es de 0,8. (Pages, 2015)

$q = 1-p$

e^2 = es el margen de error. El valor es 0,05

Fórmula despejada y resolución:

$$n = (1,96)^2 \times 0,8 \times 0,2 / (0,05)^2$$

$$n = 3,8416 \times 64$$

Muestra = 246

De esta forma se obtuvo una muestra de 246 pacientes gestantes extraídas del universo, las cuales son atendidas en la consulta externa del servicio de obstetricia del Centro de Salud Urbano de Cayambe.

3.5.3.3. Técnica de Muestreo

Con una muestra establecida de 246 gestantes se realizaron encuestas asistidas, dirigidas por los autores de la investigación en el período de recolección de datos establecido hasta completar la muestra. Se la realizaron a todas las mujeres embarazadas que acudieron al control prenatal en la consulta externa del Centro de Salud Urbano de Cayambe. Antes de ingresar a la consulta prenatal.

3.5.3.4. Selección de Informantes

Se seleccionó a esta población ya que en el Centro de Salud Urbano de Cayambe es el lugar donde acuden la mayor parte de mujeres embarazadas de la zona norte distrito de Salud 17D10 para su control prenatal, por ende es el lugar perfecto para evaluar el aprendizaje y entendimiento del conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétrica.

Por ser el Centro de Salud eje de este distrito, se pudo encontrar diversos factores socioculturales presentes en las usuarias que van a la consulta externa, motivo por el cual ayudó a resolver el problema planteado para este estudio el cual fue determinar el conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétrica y relacionarlos con los factores socio culturales de la población en estudio.

3.5.3.5. Criterios de inclusión y exclusión

3.5.3.5.1. Criterios de inclusión:

Todas las mujeres gestantes, independientemente de su edad gestacional, que decidieron participar en el estudio, y lo manifestaron mediante la firma del consentimiento informado y

que acudan a la consulta externa del Centro de Salud Urbano de Cayambe, distrito de Salud 17D10.

3.5.3.5.2. Criterios de exclusión:

Pacientes no embarazadas o pacientes que no firmaron el consentimiento informado o no desearon libre y voluntariamente trabajar en el estudio.

Pacientes embarazadas que no sean atendidas en el Centro de Salud Urbano de Cayambe.

3.5.4. Tipo de estudio

Estudio de Corte Transversal

3.5.5. Procedimientos de recolección de información

La información se obtuvo a partir de encuestas anónimas (ANEXO 1) realizadas aleatoriamente a las pacientes embarazadas que acudieron a la consulta externa del Centro de Salud Urbano de Cayambe en octubre-noviembre del 2016 con previa autorización de las mismas por medio de la firma del consentimiento informado (ANEXO 2) y una hoja informativa (ANEXO 3) hasta recolectar la muestra deseada de 246 pacientes.

Dicha encuesta fue elaborada por los autores de esta investigación, exclusivamente para este fin y basada en estudios similares en otros países como el realizado por Colachahua el cual evaluaba el nivel de conocimiento de las señales de alarma y a su vez la conducta de estas pacientes (Colachahua, 2015).

Para la verificación del entendimiento y facilidad de resolución de todas las preguntas generadas en la encuesta, se realizó una prueba piloto con 10 diez pacientes embarazadas que son atendidas en la consulta externa de Centro de Salud Urbano Cayambe de manera aleatoria y voluntariamente; a cada una se le explicó que se trataba de una prueba piloto para la realización del Trabajo de Titulación de los autores; además se realizó la firma de un consentimiento informado indicándoles los objetivos de este estudio. La prueba piloto brindó información valiosa para mejorar la calidad de las preguntas, indicar el tiempo relativo que se tomaría en realizar cada cuestionario, e indicó la adaptación de términos médicos a terminología popular para mejorar el entendimiento por parte de las encuestadas.

La información recolectada fue únicamente y exclusivamente utilizada en este estudio.

3.5.6. Procedimientos de diagnóstico e intervención

Mediante la encuesta se evaluó:

- Datos socioculturales: edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, religión, etnia, ingreso económico.
- Datos gineco-obstétricos: gestas previas, tipo de parto, abortos previos, edad gestacional del embarazo actual, inicio de la consulta prenatal, número de consultas prenatales del embarazo actual.
- Fuentes de información: se evaluó si recibió o no información de los signos y síntomas de alarma obstétrica, la fuente de información, y el nivel de entendimiento de dicha información.

- Para medir el grado de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma del embarazo se elaboró una encuesta estructurada dirigida a las gestantes que acuden a la consulta externa obstétrica del Centro de Salud Urbano de Cayambe que consta de 14 preguntas, se tiene tres probabilidades de respuesta: si, no, no sabe. Solo se evaluó las respuestas correctas cada una con una valoración de 05 puntos que dan una suma total de 7/7.

La clasificación de las respuestas de la encuesta se agrupa de la siguiente manera:

- Alto: 11-14 preguntas correctas con un valor de 5,5 a 7
- Regular: 7-10 preguntas correctas con un valor de 3,5 a 5
- Bajo: ≤ 6 preguntas correctas con un valor de 0 a 3

Dentro de las limitaciones de este estudio es el analfabetismo de ciertas gestantes.

3.5.7. Plan de análisis de datos

En este estudio de corte transversal se usaron variables cuantitativa discreta y cualitativas que se obtuvieron por medio de la realización de una encuesta anónima con elección aleatoria de sus participantes a 246 mujeres gestantes que acudieron a la consulta externa de obstetricia del Centro de Salud Urbano de Cayambe.

Los datos de las encuestas fueron digitalizados en el programa SPSS 23.

Con los resultados obtenidos en la aplicación de estas encuestas, se procedió a desarrollar una estadística descriptiva de cada una de estas variables mediante una tabulación de frecuencias y una gráfica que ilustre los resultados.

Además para el análisis estadístico, se trató de verificar si la variable ordinal Nivel de conocimiento (alto, regular, bajo) obtenido por las gestantes sobre el conocimiento de signos y síntomas de alarma en el embarazo, es independiente de las variables demográficas y de las variables de control médico prenatal o si presentan alguna relación, es decir: si el nivel de conocimientos obtenidos guarda relación de dependencia con las variables demográficas y de control prenatal. Para esta verificación se realizó una prueba de hipótesis sobre la independencia de las variables utilizando el estadístico χ^2 .

3.5.8. Aspectos bioéticos

Se envió una solicitud a la Dirección del Distrito de Salud 17D10 de Cayambe, Obsta. Wendy Campoverde (Directora del Distrito de Salud 17D10), para la autorización del levantamiento de datos utilizando una encuesta a las mujeres embarazadas de la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Centro de Salud Urbano de Cayambe, además de la autorización verbal a cada uno de los médicos que atienden en este servicio comentándoles la metodología y el objetivo del estudio.

Se tomaron los datos de manera anónima mediante la encuesta antes mencionada, que consta de preguntas claras y con un lenguaje adecuado para las gestantes. Se obtuvo previa aprobación de las usuarias por medio del consentimiento informado, respetando así su derecho de confidencialidad y de libertad.

La información fue resguardada con total confidencialidad, siendo utilizadas únicamente para este estudio.

3.5.9. Aspectos administrativos

3.5.9.1. Recursos humanos

- Encuestadora: María Isabel Vargas Méndez (ESTUDIANTE DE MEDICINA DE LA PUCE)
- Encuestador: David Alejandro Olmedo Fonseca (ESTUDIANTE DE MEDICINA DE LA PUCE)
- Encuestadas: 246 mujeres gestantes atendidas en la consulta externa del Centro de Salud Urbano de Cayambe, Distrito de Salud 17D10.
- Directora del Trabajo de Investigación: Dra. Carmen Cabezas (DOCENTE DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR)

4. CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA VARIABLES DEMOGRÁFICAS:

Se encuestaron en este estudio a 246 mujeres embarazadas atendidas en la Consulta Externa de Obstetricia del Centro de Salud Urbano Cayambe, donde se obtuvo la edad mínima registrada de 15 años y la máxima de 45 años, se obtuvo una media de 29.15 años con un error estándar de 0.41 y una desviación estándar de 6.37; siendo el de mayor porcentaje de grupo etéreo las comprendidas entre los 30 a 35 años con el 29.27%.

La religión más predominante dentro de esta población de estudio fue la religión católica con el 87.77%. Al momento de la encuesta, tan solo el 23.98% se encontraba casada siendo los estados civiles soltera y unión libre los más comunes en un 36.59% y 34.55%, respectivamente.

Principalmente se contó con una población considerada mestiza en 80.89% e indígena 16.67%. La población encuestada se dedica principalmente a los quehaceres domésticos con el 54.07% seguida por la agricultura con el 18.29%, se registró que el 15.04% era estudiante. En cuanto al nivel de instrucción de las 246 encuestadas 121 terminaron la secundaria y 71 la primaria; 3 encuestadas se consideraban analfabetas. El 66.67% respondieron que sus ingresos económicos no alcanzan para cubrir sus necesidades básicas.

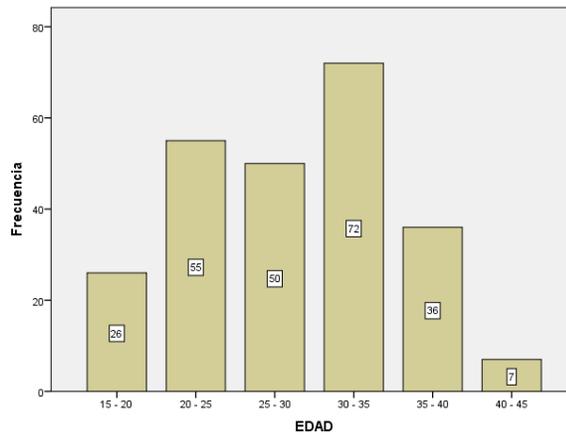
4.1.1. Variable edad

TABLA 1 VARIABLE EDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
15 – 20	26	10,57	10,57
20 – 25	55	22,36	32,93
25 – 30	50	20,33	53,25
Válido 30 – 35	72	29,27	82,52
35 – 40	36	14,63	97,15
40 – 45	7	2,85	100,00
Total	246	100,00	

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

GRÁFICO 1 VARIABLE EDAD



Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

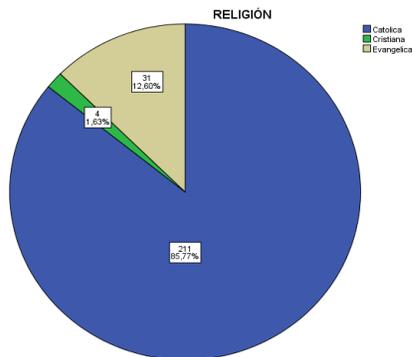
4.1.2. Variable religión

TABLA 2 VARIABLE RELIGIÓN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	Católica	211	85,77
	Cristiana	4	1,63
	Evangélica	31	12,60
	Total	246	100,00

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

GRAFICO 2 VARIABLE RELIGIÓN



Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

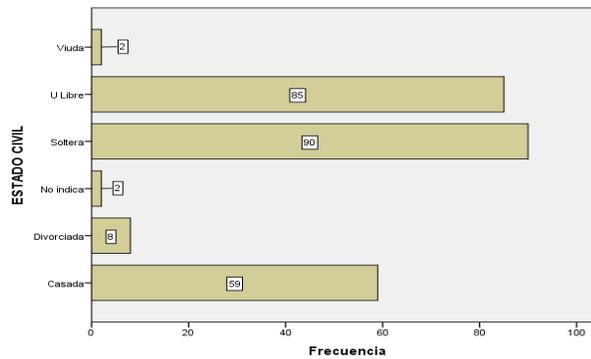
4.1.3 Variable estado civil

TABLA 3 VARIABLE ESTADO CIVIL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Casada	59	23,98	23,98
Divorciada	8	3,25	27,24
No indica	2	,81	28,05
Válido Soltera	90	36,59	64,63
U Libre	85	34,55	99,19
Viuda	2	,81	100,00
Total	246	100,00	

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

GRÁFICO 3 ESTADO CIVIL



Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

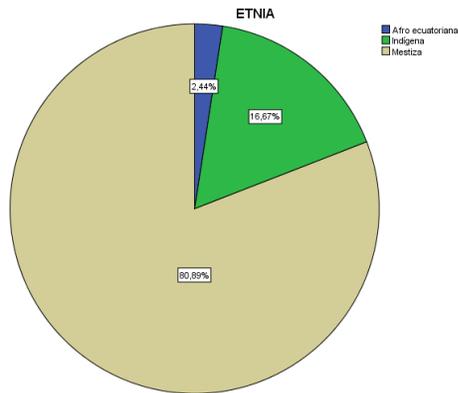
4.1.4. Variable etnia

TABLA 4 VARIABLE ETNIA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido Afro ecuatoriana	6	2,44	2,44
Indígena	41	16,67	19,11
Mestiza	199	80,89	100,00
Total	246	100,00	

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

GRÁFICO 4 VARIABLE ETNIA



Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

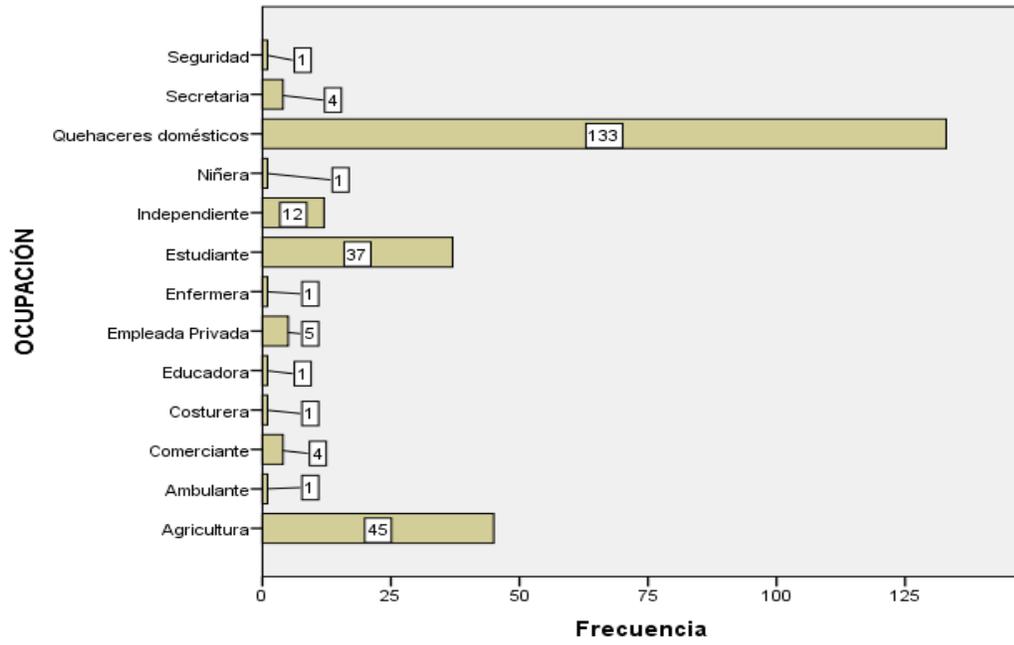
4.1.5. Variable ocupación

TABLA 5 VARIABLE OCUPACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido Agricultura	45	18,29	18,29
Ambulante	1	,41	18,70
Comerciante	4	1,63	20,33
Costurera	1	,41	20,73
Educadora	1	,41	21,14
Empleada Privada	5	2,03	23,17
Enfermera	1	,41	23,58
Estudiante	37	15,04	38,62
Independiente	12	4,88	43,50
Niñera	1	,41	43,90
Quehaceres domésticos	133	54,07	97,97
Secretaria	4	1,63	99,59
Seguridad	1	,41	100,00
Total	246	100,00	

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

GRÁFICO 5 VARIABLE OCUPACIÓN



Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

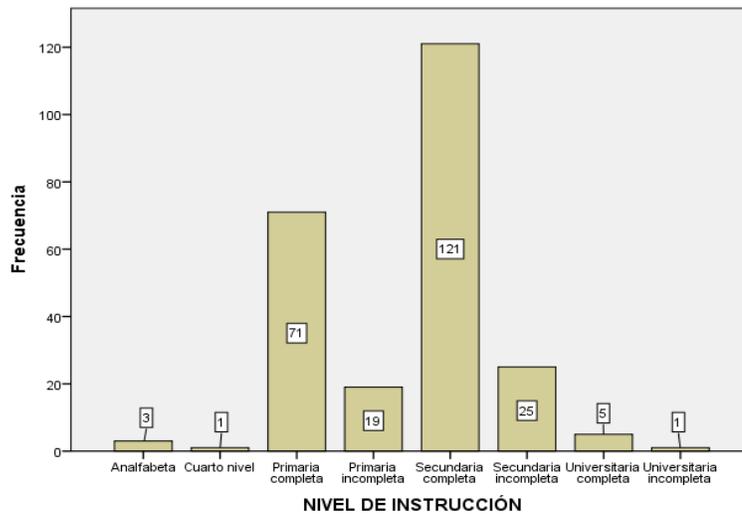
4.1.6. Variable nivel de instrucción

TABLA 6 VARIABLE NIVEL DE INSTRUCCIÓN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido Analfabeta	3	1,22	1,22
Cuarto nivel	1	,41	1,63
Primaria completa	71	28,86	30,49
Primaria incompleta	19	7,72	38,21
Secundaria completa	121	49,19	87,40
Secundaria incompleta	25	10,16	97,56
Universitaria completa	5	2,03	99,59
Universitaria incompleta	1	,41	100,00
Total	246	100,00	

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

GRÁFICO 6 VARIABLE NIVEL DE INSTRUCCIÓN



Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

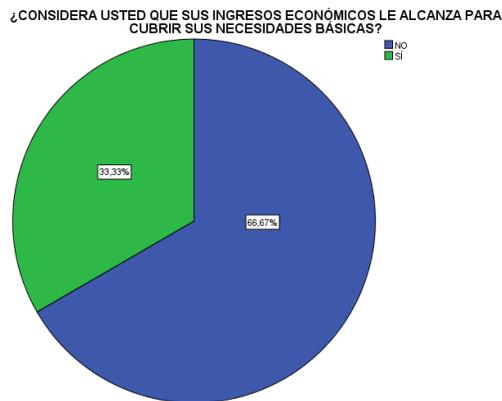
4.1.7 Variable ¿Considera usted que sus ingresos económicos le alcanza para cubrir sus necesidades básicas?

TABLA 7 VARIABLE ¿CONSIDERA USTED QUE SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE ALCANZA PARA CUBRIR SUS NECESIDADES BÁSICAS?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	164	66,67	66,67
Válido SÍ	82	33,33	100,00
Total	246	100,00	

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

GRÁFICO 7 VARIABLE ¿CONSIDERA USTED QUE SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE ALCANZA PARA CUBRIR SUS NECESIDADES BÁSICAS?



Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

4.2. ESTADÍSTICA DE VARIABLES GINECO-OBSTÉTRICAS

Dentro de este estudio se determinó que el número de mujeres embarazadas nulíparas fueron 51 participantes de las 246, el 79.27% pertenecen al grupo de multíparas. La manera predominante de parto fue el cefalovaginal 51.63% de las encuestadas. El 5.69% afirmó al menos tener un aborto previo.

Se encontró que el inicio de la atención prenatal fue principalmente en el primer trimestre con el 89.84%; la mayoría de mujeres tuvo más de cuatro controles prenatales; el promedio de la semanas de embarazo en la cual se encontraban al momento de la encuesta fue del 22 semanas.

Como resultado de la encuesta, se obtuvo que 53 mujeres de las 246 no recibieron información por parte de nadie y 150 mujeres de los 246 si recibieron información en el centro de salud.

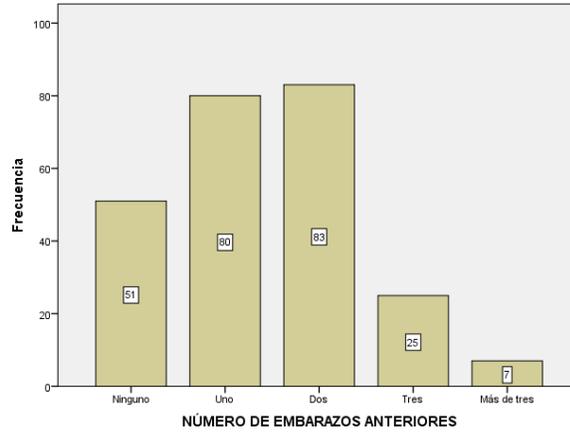
4.2.1 Variable Número de embarazos anteriores

TABLA 8 VARIABLE NÚMERO DE EMBARAZOS ANTERIORES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ninguno	51	20,73	20,73
Uno	80	32,52	53,25
Dos	83	33,74	86,99
Tres	25	10,16	97,15
Más de tres	7	2,85	100,00
Total	246	100,00	

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

GRÁFICO 8 VARIABLE NÚMERO DE EMBARAZOS ANTERIORES



Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

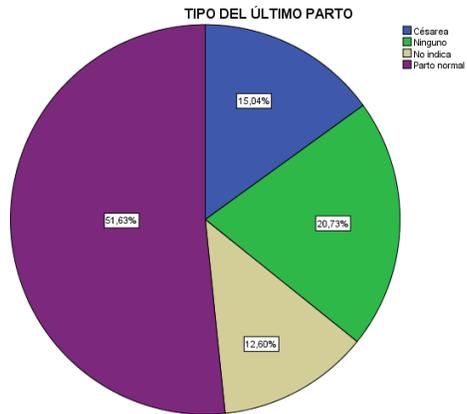
4.2.2. Variable Tipo del último parto

TABLA 9 VARIABLE TIPO DEL ÚLTIMO PARTO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido Cesárea	37	15,04	15,04
Ninguno	51	20,73	35,77
No indica	31	12,60	48,37
Parto normal	127	51,63	100,00
Total	246	100,00	

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

GRÁFICO 9 VARIABLE TIPO DEL ÚLTIMO PARTO



Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

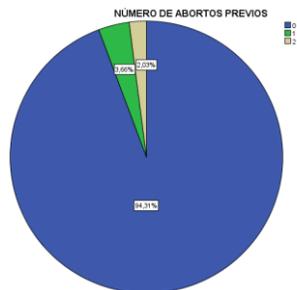
4.2.3. Variable Número de abortos previos

TABLA 10 VARIABLE NÚMERO DE ABORTOS PREVIOS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido 0	232	94,31	94,31
1	9	3,66	97,97
2	5	2,03	100,00
Total	246	100,00	

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

GRÁFICO 10 VARIABLE NÚMERO DE ABORTOS PREVIOS



Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

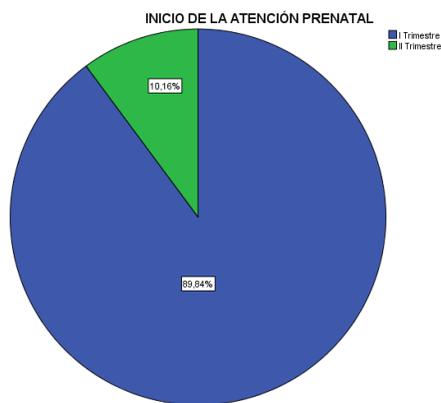
4.2.4. Variable Inicio de la atención prenatal

TABLA 11 VARIABLE INICIO DE LA ATENCIÓN PRENATAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido I Trimestre	221	89,84	89,84
II Trimestre	25	10,16	100,00
Total	246	100,00	

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

GRÁFICO 11 VARIABLE INICIO DE LA ATENCIÓN PRENATAL



Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

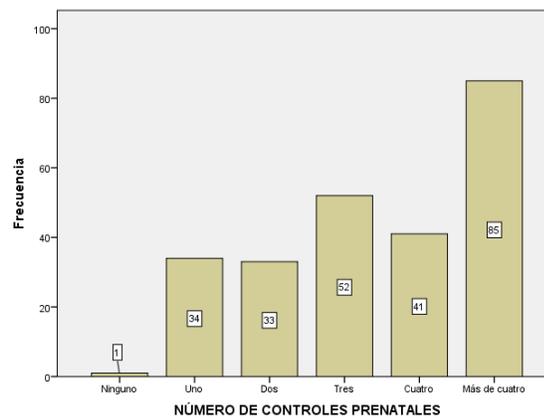
4.2.5. Variable Número de controles prenatales

TABLA 12 VARIABLE NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido Ninguno	1	,41	,41
Uno	34	13,82	14,23
Dos	33	13,41	27,64
Tres	52	21,14	48,78
Cuatro	41	16,67	65,45
Más de cuatro	85	34,55	100,00
Total	246	100,00	

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

GRÁFICO 12 VARIABLE NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES



Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

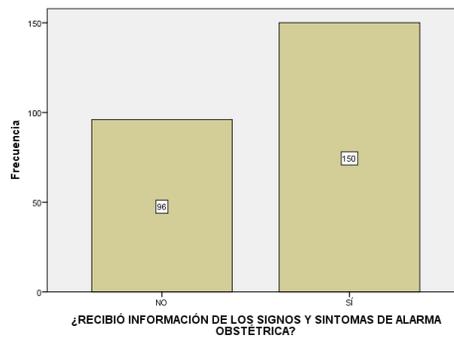
4.2.6. Variable ¿Recibió información de los signos y síntomas de alarma obstétrica?

TABLA 13 VARIABLE ¿RECIBIÓ INFORMACIÓN DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICA?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido NO	96	39,02	39,02
SÍ	150	60,98	100,00
Total	246	100,00	

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

GRÁFICO 13 VARIABLE ¿RECIBIÓ INFORMACIÓN DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICA?



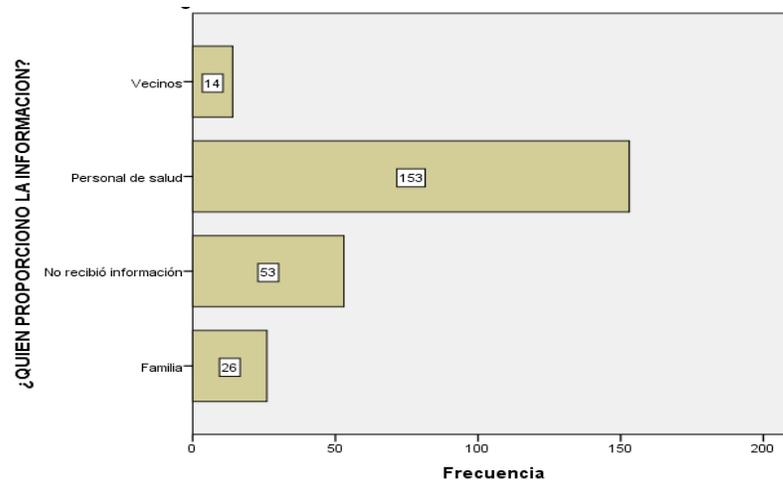
Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

4.2.7. Variable ¿Quién proporcionó la información?

TABLA 14 VARIABLE ¿QUIEN PROPORCIONÓ LA INFORMACIÓN?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido Familia	26	10,57	10,57
No recibió información	53	21,54	32,11
Personal de salud	153	62,20	94,31
Vecinos	14	5,69	100,00
Total	246	100,00	

GRÁFICO 14 VARIABLE ¿QUIEN PROPORCIONÓ LA INFORMACIÓN?



Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

4.3. EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO

4.3.1. Calificación cuantitativa del test

TABLA 15 CALIFICACIÓN CUANTITATIVA DEL TEST

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido 0,00	1	,41	,41
1,00	1	,41	,81
1,50	2	,81	1,63
2,00	5	2,03	3,66
2,50	8	3,25	6,91
3,00	19	7,72	14,63
3,50	18	7,32	21,95
4,00	16	6,50	28,46
4,50	16	6,50	34,96
5,00	25	10,16	45,12
5,50	26	10,57	55,69
6,00	74	30,08	85,77
6,50	32	13,01	98,78
7,00	3	1,22	100,00
Total	246	100,00	

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

Para la evaluación del conocimiento, se realizó la encuesta antes mencionada con 14 preguntas, cada una sobre 0.5 puntos que da un valor total de 7 puntos. El resultado se divide

en tres tipos de conocimientos: alto, regular y bajo. De las 246 mujeres encuestadas el 65.04% obtuvo un resultado alto, el 28.05% regular y el 6.91% bajo. La calificación con más predominio fue 6 puntos pertenecientes al 30,08%; media de 5.0 y desviación estándar de 1.37.

TABLA 16 TABLA DE PREGUNTAS DE LA ENCUESTA

	Correctas	Incorrectas
1. ¿CREE USTED QUE LOS CONTROLES PRENATALES SON IMPORTANTES?	96,3%	3,6%
2. ¿USTED CREE QUE CUANDO UNA MUJER SE ENTERA QUE ESTA EMBARAZADA DEBE INICIAR SU CONTROL PRENATAL DE INMEDIATO?	82,5%	17,4%
3. ¿CREE USTED QUE ES NORMAL PRESENTAR FIEBRE EN EL EMBARAZO?	84,6%	14,6%
4. ¿TENER NAUSEA Y VOMITO DENTRO DE LOS TRES PRIMEROS MESES DEL EMBARAZO ES NORMAL?	52,0%	47,5%
5. ¿CREE USTED QUE TENER LA PRESION ALTA EN EL EMBARAZO?	78,9%	21,2%
6. ¿SI HAY CONTRACCIONES UTERINAS FRECUENTES Y DOLOROSAS ANTES DE LOS 8 MESES ES SEÑAL DE ALARMA?	69,9%	30%
7. ¿PRESENTAR SALIDA DE LÍQUIDO CLARO CON OLOR A LEJÍA QUE MOJA LA ROPA INTERIOR ¿ES NORMAL EN EL EMBARAZO?	73,6%	26,4%
8. ¿SI SU BEBÉ NO SE MUEVE DURANTE MÁS DE DOS HORAS ¿ES UNA SEÑAL DE ALARMA EN EL EMBARAZO?	55,3%	44,7%
9. ¿CREE USTED QUE EL PRESENTAR DOLOR DE CABEZA, ZUMBIDO DE OÍDOS Y VISIÓN BORROSA ES MANIFESTACIÓN DE UNA SEÑAL DE ALARMA?	72,8%	27,2%
10. ¿EL PRESENTAR SANGRADO VAGINAL EN ABUNDATE CANTIDAD ES UNA SEÑAL DE ALARMA?	80,1%	19,9%
11. ¿EL AUMENTO RÁPIDO DE PESO ES UN SIGNO NORMAL DURANTE EL EMBARAZO?	39,4%	66,6%
12. ¿ES NORMAL PRESENTAR ARDOR AL ORINAR DURANTE EL EMBARAZO?	71,5%	28,4%
13. ¿SI UNA EMBARAZADA PRESENTA HINCHAZÓN DE MANOS, PIES Y/O CARA ¿ES SEÑAL DE ALARMA?	62,2%	37,4%
14. ¿CUANDO UNA PACIENTE ESTA EMBARAZADA ES NORMAL QUE PRESENTE CONVULSIONES?	81,7%	18,2%

Programa Excel. Elaborado por los autores

El 96,3% de las mujeres encuestadas reconocen la importancia del control prenatal en el embarazo y el 82,5% indica que esta debe acudir desde el inicio del embarazo, la señal de alarma más reconocida fue la fiebre con el 84,6%, seguido de cerca por el sangrado vaginal y las convulsiones. Mientras que la señal de alarma menos reconocida por la encuestadas es el aumento de peso rápido durante la gestación, que la mayoría de las mujeres lo identificaron como normal en el embarazo, otras señales alarma no tan entendidas por las encuestadas fueron tener náusea y vómito dentro de los tres primeros meses, y la ausencia de movimientos fetales por más de dos horas con el 52% y el 55,3% respectivamente.

4.4. RELACIÓN ESTADÍSTICA ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y DE CONTROL PRENATAL

Se trató de verificar si la variable ordinal Nivel de conocimiento (alto, regular, bajo) obtenido por las gestantes sobre el conocimiento de signos y síntomas señales de alarma en el embarazo, es independiente de las variables demográficas y de las variables gineco-obstétricas o si presentan alguna relación, es decir: si el nivel de conocimientos obtenidos guarda relación de dependencia con las variables demográficas y de gineco-obstétricas. Para esta verificación se realizó una prueba de hipótesis sobre la independencia de las variables utilizando el estadístico χ^2 .

4.4.1. Nivel de conocimiento – Edad

TABLA 17 TABLA NIVEL DE CONOCIMIENTO-EDAD

			EDAD (agrupado)						Total
			15 - 20	20 - 25	25 - 30	30 - 35	35 - 40	40 - 45	
Nivel de conocimiento	Alto	Recuento	10,00	38,00	35,00	47,00	28,00	2,00	160,00
		Esperado	16,91	35,77	32,52	46,83	23,41	4,55	160,00
	Bajo	Recuento	5,00	3,00	4,00	2,00	1,00	2,00	17,00
		Esperado	1,80	3,80	3,46	4,98	2,49	,48	17,00
	Regular	Recuento	11,00	14,00	11,00	23,00	7,00	3,00	69,00
		Esperado	7,29	15,43	14,02	20,20	10,10	1,96	69,00
Total	Recuento	26,00	55,00	50,00	72,00	36,00	7,00	246,00	
	Esperado	26,00	55,00	50,00	72,00	36,00	7,00	246,00	

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

TABLA 18

Pruebas de chi-cuadrado NIVEL DE CONOCIMIENTO-EDAD

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	23,425	10	,009
Razón de verosimilitud	20,868	10	,022
N de casos válidos	246		

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

a. Planteamiento de hipótesis.

Hipótesis nula.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y la edad de las mismas son independientes.

Ho: El nivel de conocimiento y la edad son independientes.

Hipótesis alternativa.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y la edad de las mismas no son independientes.

H_1 : El nivel de conocimiento y la edad no son independientes.

b. Nivel de significación $\alpha = 0.05$

c. Estadístico de prueba.	d. Valor crítico de prueba.
$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} = 23.425$	$\chi_c^2 \rightarrow f(\alpha, gl) = f(0.05, 10)$ $\chi_c^2 = 18.307$

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

e. Decisión.

Regla: Si $\chi^2 < \chi_c^2$ Se acepta H_0 , caso contrario se rechaza.

$23.425 < 18.307$ No cumple; se rechaza H_0 .

f. Resultado final: El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y la edad de las mismas no son independientes; es decir: **la edad de las gestantes influye en el nivel de conocimiento adquirido sobre signos y síntomas de alarma del embarazo.**

4.4.2. Nivel de conocimiento – Creencia religiosa

TABLA 19 NIVEL DE CONOCIMIENTO – CREENCIA RELIGIOSA

			RELIGIÓN			Total
			Católica	Cristiana	Evangélica	
Nivel de conocimiento	Alto	Recuento	139,00	1,00	20,00	160,00
		Esperado	137,24	2,60	20,16	160,00
	Bajo	Recuento	17,00	0,00	0,00	17,00
		Esperado	14,58	,28	2,14	17,00
	Regular	Recuento	55,00	3,00	11,00	69,00
		Esperado	59,18	1,12	8,70	69,00
Total	Recuento		211,00	4,00	31,00	246,00
	Esperado		211,00	4,00	31,00	246,00

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

TABLA 20 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO NIVEL DE CONOCIMIENTO – CREENCIA RELIGIOSA

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7,880	4	,096
Razón de verosimilitud	9,544	4	,049
N de casos válidos	246		

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

a. Planteamiento de hipótesis.

Hipótesis nula.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y su creencia religiosa son independientes.

Ho: El nivel de conocimiento y la religión son independientes.

Hipótesis alternativa.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y su creencia religiosa no son independientes.

H_1 : El nivel de conocimiento y la religión no son independientes.

b. Nivel de significación $\alpha = 0.05$

c. Estadístico de prueba.	d. Valor crítico de prueba.
$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} = 7.880$	$\chi_c^2 \rightarrow f(\alpha, gl) = f(0.05, 4)$ $\chi_c^2 = 9.488$

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

e. Decisión.

Regla: Si $\chi^2 < \chi_c^2$ Se acepta H_0 , caso contrario se rechaza.

$7.880 < 9.488$ Cumple; se acepta H_0 .

f. Resultado Final: El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y su creencia religiosa son independientes; es decir: **la creencia religiosa de las gestantes no influye en el nivel de conocimiento adquirido sobre signos y síntomas de alarma del embarazo Nivel de conocimiento – Estado civil**

4.4.3. Nivel de conocimiento-Estado civil

TABLA 21 TABLA NIVEL DE CONOCIMIENTO-ESTADO CIVIL

			ESTADO CIVIL						Total
			Casada	Divorciada	No indica	Soltera	U Libre	Viuda	
Nivel de conocimiento	Alto	Recuento	27,00	5,00	2,00	63,00	61,00	2,00	160,00
		Esperado	38,37	5,20	1,30	58,54	55,28	1,30	160,00
	Bajo	Recuento	8,00	0,00	0,00	6,00	3,00	0,00	17,00
		Esperado	4,08	,55	,14	6,22	5,87	,14	17,00
	Regular	Recuento	24,00	3,00	0,00	21,00	21,00	0,00	69,00
		Esperado	16,55	2,24	,56	25,24	23,84	,56	69,00
Total		Recuento	59,00	8,00	2,00	90,00	85,00	2,00	246,00
		Esperado	59,00	8,00	2,00	90,00	85,00	2,00	246,00

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

TABLA 22 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO NIVEL DE CONOCIMIENTO-ESTADO CIVIL

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	16,863 ^a	10	,077
Razón de verosimilitud	18,168	10	,052
N de casos válidos	246		

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

a. Planteamiento de hipótesis.

Hipótesis nula.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y su estado civil son independientes.

H₀: El nivel de conocimiento y el estado civil son independientes.

Hipótesis alternativa.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y su estado civil no son independientes.

H₁: El nivel de conocimiento y el estado civil no son independientes.

b. Nivel de significación $\alpha = 0.05$

c. Estadístico de prueba.	d. Valor crítico de prueba.
$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} = 16.863$	$\chi_c^2 \rightarrow f(\alpha, gl) = f(0.05, 10)$ $\chi_c^2 = 18.307$

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

e. Decisión.

Regla: Si $\chi^2 < \chi_c^2$ Se acepta H₀, caso contrario se rechaza.

16.863 < 18.307 Cumple; se acepta H₀.

f. Resultado Final: El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y su estado civil son independientes; es decir: **el estado civil de las gestantes no influye en el nivel de conocimiento adquirido sobre signos y síntomas de alarma del embarazo.**

4.4.4. Nivel de conocimiento – Etnia

TABLA 23 NIVEL DE CONOCIMIENTO – ETNIA

			ETNIA			Total
			Afro ecuatoriana	Indígena	Mestiza	
Nivel de conocimiento	Alto	Recuento	3,00	16,00	141,00	160,00
		Esperado	3,90	26,67	129,43	160,00
	Bajo	Recuento	1,00	3,00	13,00	17,00
		Esperado	0,41	2,83	13,75	17,00
	Regular	Recuento	2,00	22,00	45,00	69,00
		Esperado	1,68	11,50	55,82	69,00
Total	Recuento	6,00	41,00	199,00	246,00	
	Esperado	6,00	41,00	199,00	246,00	

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

TABLA 24 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO NIVEL DE CONOCIMIENTO – ETNIA

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	18,130 ^a	4	,001
Razón de verosimilitud	16,705	4	,002
N de casos válidos	246		

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

a. Planteamiento de hipótesis.

Hipótesis nula.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y la etnia a la que dicen pertenecer son independientes.

Ho: El nivel de conocimiento y la etnia son independientes.

Hipótesis alternativa.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y la etnia a la que dicen pertenecer no son independientes.

H₁: El nivel de conocimiento y la etnia no son independientes.

b. Nivel de significación $\alpha = 0.05$

c. Estadístico de prueba.	d. Valor crítico de prueba.
$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} = 18.130$	$\chi_c^2 \rightarrow f(\alpha, gl) = f(0.05, 4)$ $\chi_c^2 = 9.488$

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

e. Decisión.

Regla: Si $\chi^2 < \chi_c^2$ Se acepta Ho, caso contrario se rechaza.

18.130 < 9.488 No cumple; se rechaza Ho.

f. Resultado final: El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y la etnia a la que dicen pertenecer no son independientes; es decir: **la Etnia a las que dicen pertenecer las gestantes, influye en el nivel de conocimiento adquirido sobre signos y síntomas de alarma del embarazo.**

4.4.5. Nivel de conocimiento – Ocupación

TABLA 25 NIVEL DE CONOCIMIENTO – OCUPACIÓN

			Nivel de conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Regular	
OCUPACIÓN	Agricultura	Recuento	30,00	3,00	12,00	45,00
		Esperado	29,27	3,11	12,62	45,00
	Ambulante	Recuento	,00	,00	1,00	1,00
		Esperado	,65	,07	,28	1,00
	Comerciante	Recuento	4,00	,00	,00	4,00
		Esperado	2,60	,28	1,12	4,00
	Costurera	Recuento	1,00	,00	,00	1,00
		Esperado	,65	,07	,28	1,00
	Educatora	Recuento	,00	,00	1,00	1,00
		Esperado	,65	,07	,28	1,00
	Empleada Privada	Recuento	4,00	,00	1,00	5,00
		Esperado	3,25	,35	1,40	5,00
	Enfermera	Recuento	1,00	,00	,00	1,00
		Esperado	,65	,07	,28	1,00
	Estudiante	Recuento	20,00	6,00	11,00	37,00
		Esperado	24,07	2,56	10,38	37,00
	Independiente	Recuento	7,00	1,00	4,00	12,00
		Esperado	7,80	,83	3,37	12,00
	Niñera	Recuento	,00	,00	1,00	1,00
		Esperado	,65	,07	,28	1,00
	Quehaceres domésticos	Recuento	91,00	6,00	36,00	133,00

	Esperado	86,50	9,19	37,30	133,00
Secretaria	Recuento	1,00	1,00	2,00	4,00
	Esperado	2,60	,28	1,12	4,00
Seguridad	Recuento	1,00	,00	,00	1,00
	Esperado	,65	,07	,28	1,00
Total	Recuento	160,00	17,00	69,00	246,00
	Esperado	160,00	17,00	69,00	246,00

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

**TABLA 26 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO NIVEL DE CONOCIMIENTO –
OCUPACIÓN**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	22,696	24	,538
Razón de verosimilitud	23,541	24	,488
N de casos válidos	246		

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

- a. Planteamiento de hipótesis.

Hipótesis nula.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y la ocupación laboral son independientes.

H₀: El nivel de conocimiento y la ocupación laboral son independientes.

Hipótesis alternativa.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y la ocupación laboral no son independientes.

H₁: El nivel de conocimiento y la ocupación laboral no son independientes.

- b. Nivel de significación $\alpha = 0.05$

c. Estadístico de prueba.	d. Valor crítico de prueba.
$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} = 22.696$	$\chi_c^2 \rightarrow f(\alpha, gl) = f(0.05, 24)$ $\chi_c^2 = 36.415$

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

e. Decisión.

Regla: Si $\chi^2 < \chi_c^2$ Se acepta Ho, caso contrario se rechaza.

22.696 < 36.415 Cumple; se acepta Ho.

f. Resultado final: El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y la ocupación laboral son independientes; es decir: **La ocupación laboral de las gestantes no influye en el nivel de conocimiento adquirido sobre signos y síntomas de alarma del embarazo.**

4.4.6. Nivel de conocimiento – Nivel de instrucción

TABLA 27 NIVEL DE CONOCIMIENTO – NIVEL DE INSTRUCCIÓN

			Nivel de conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Regular	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Analfabeta	Recuento	,00	1,00	2,00	3,00
		Esperado	1,95	,21	,84	3,00
	Cuarto nivel	Recuento	1,00	,00	,00	1,00
		Esperado	,65	,07	,28	1,00
	Primaria completa	Recuento	47,00	4,00	20,00	71,00
		Esperado	46,18	4,91	19,91	71,00
	Primaria incompleta	Recuento	9,00	1,00	9,00	19,00
		Esperado	12,36	1,31	5,33	19,00
	Secundaria completa	Recuento	84,00	7,00	30,00	121,00
		Esperado	78,70	8,36	33,94	121,00
	Secundaria incompleta	Recuento	14,00	4,00	7,00	25,00
		Esperado	16,26	1,73	7,01	25,00
	Universitaria completa	Recuento	4,00	,00	1,00	5,00
		Esperado	3,25	,35	1,40	5,00
	Universitaria incompleta	Recuento	1,00	,00	,00	1,00
		Esperado	,65	,07	,28	1,00
	Total	Recuento	160,00	17,00	69,00	246,00
		Esperado	160,00	17,00	69,00	246,00

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

TABLA 28 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO NIVEL DE CONOCIMIENTO – NIVEL DE INSTRUCCIÓN

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	16,322	14	,294
Razón de verosimilitud	16,246	14	,299
N de casos válidos	246		

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

a. Planteamiento de hipótesis.

Hipótesis nula.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y el nivel de instrucción son independientes.

Ho: El nivel de conocimiento y el nivel de instrucción son independientes.

Hipótesis alternativa.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y el nivel de instrucción no son independientes.

H₁: El nivel de conocimiento y el nivel de instrucción no son independientes.

a. Nivel de significación $\alpha = 0.05$

b. Estadístico de prueba.	c. Valor crítico de prueba.
$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} = 16.322$	$\chi_c^2 \rightarrow f(\alpha, gl) = f(0.05, 14)$ $\chi_c^2 = 23.685$

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

d. Decisión.

Regla: Si $\chi^2 < \chi_c^2$ Se acepta Ho, caso contrario se rechaza.

16.322 < 23.685 Cumple; se acepta Ho.

- e. Resultado final: El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y su nivel de instrucción son independientes; es decir: **El nivel de instrucción de las gestantes no influye en el nivel de conocimiento adquirido sobre signos y síntomas de alarma del embarazo.**

4.4.7. Nivel de conocimiento – Suficiencia de ingresos económicos para cubrir necesidades básicas

TABLA 29 NIVEL DE CONOCIMIENTO – SUFICIENCIA DE INGRESOS ECONÓMICOS PARA CUBRIR NECESIDADES BÁSICAS

				Nivel de conocimiento			Total
				Alto	Bajo	Regular	
¿CONSIDERA USTED QUE SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE ALCANZA PARA CUBRIR SUS NECESIDADES BÁSICAS?	NO	Recuento	112,00	10,00	42,00	164,00	
		Esperado	106,67	11,33	46,00	164,00	
	SÍ	Recuento	48,00	7,00	27,00	82,00	
		Esperado	53,33	5,67	23,00	82,00	
Total		Recuento	160,00	17,00	69,00	246,00	
		Esperado	160,00	17,00	69,00	246,00	

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

TABLA 30 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO NIVEL DE CONOCIMIENTO – SUFICIENCIA DE INGRESOS ECONÓMICOS PARA CUBRIR NECESIDADES BÁSICAS

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,314 ^a	2	,314
Razón de verosimilitud	2,286	2	,319
N de casos válidos	246		

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

- a. Planteamiento de hipótesis.

Hipótesis nula.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y la consideración sobre si sus ingresos económicos son suficientes para cubrir sus necesidades básicas son independientes.

H₀: El nivel de conocimiento y suficiencia económica son independientes.

Hipótesis alternativa.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y la consideración sobre si sus ingresos económicos son suficientes para cubrir sus necesidades básicas no son independientes.

H₁: l nivel de conocimiento y suficiencia económica no son independientes

a. Nivel de significación $\alpha = 0.05$

b. Estadístico de prueba.	c. Valor crítico de prueba.
$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} = 2.314$	$\chi_c^2 \rightarrow f(\alpha, gl) = f(0.05, 2)$ $\chi_c^2 = 5.991$

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

d. Decisión.

Regla: Si $\chi^2 < \chi_c^2$ Se acepta H₀, caso contrario se rechaza.

2.314 < 5.991 Cumple; se acepta H₀.

e. Resultado Final: El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y la consideración de la suficiencia de ingresos económicos para cubrir las necesidades básicas son independientes; es decir: **el nivel de ingresos de las gestantes no influye en el nivel de conocimiento adquirido sobre signos y síntomas de alarma del embarazo.**

4.4.8. Nivel de conocimiento – Número de embarazos anteriores

TABLA 31 NIVEL DE CONOCIMIENTO – NÚMERO DE EMBARAZOS ANTERIORES

			Nivel de conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Regular	
NÚMERO DE EMBARAZOS ANTERIORES	Ninguno	Recuento	24,00	5,00	22,00	51,00
		Esperado	33,17	3,52	14,30	51,00
	Uno	Recuento	59,00	4,00	17,00	80,00
		Esperado	52,03	5,53	22,44	80,00
	Dos	Recuento	60,00	5,00	18,00	83,00
		Esperado	53,98	5,74	23,28	83,00
	Tres	Recuento	15,00	1,00	9,00	25,00
		Esperado	16,26	1,73	7,01	25,00
	Más de tres	Recuento	2,00	2,00	3,00	7,00
		Esperado	4,55	,48	1,96	7,00
	Total	Recuento	160,00	17,00	69,00	246,00
		Esperado	160,00	17,00	69,00	246,00

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

TABLA 32 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO NIVEL DE CONOCIMIENTO – NÚMERO DE EMBARAZOS ANTERIORES

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	19,628 ^a	8	,012
Razón de verosimilitud	17,660	8	,024
N de casos válidos	246		

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

a. Planteamiento de hipótesis.

Hipótesis nula.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y el número de embarazos anteriores son independientes.

H₀: El nivel de conocimiento y número de embarazos anteriores son independientes.

Hipótesis alternativa.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y el número de embarazos anteriores no son independientes.

H₁: El nivel de conocimiento y número de embarazos anteriores no son independientes.

b. Nivel de significación $\alpha = 0.05$

c. Estadístico de prueba.	d. Valor crítico de prueba.
$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} = 19.628$	$\chi_c^2 \rightarrow f(\alpha, gl) = f(0.05, 8)$ $\chi_c^2 = 15.507$

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

e. Decisión.

Regla: Si $\chi^2 < \chi_c^2$ Se acepta H₀, caso contrario se rechaza.

23.425 < 18.307 No cumple; se rechaza H₀.

f. Resultado final: El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y la el número de embarazos anteriores no son independientes; es decir: **el número de embarazos anteriores de las gestantes influye en el nivel de conocimiento adquirido sobre signos y síntomas de alarma del embarazo.**

4.4.9. Nivel de conocimiento – Tipo del último parto

TABLA 33 NIVEL DE CONOCIMIENTO – TIPO DEL ÚLTIMO PARTO

			Nivel de conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Regular	
TIPO DEL ÚLTIMO PARTO	Cesárea	Recuento	24,00	2,00	11,00	37,00
		Esperado	24,07	2,56	10,38	37,00
	Ninguno	Recuento	24,00	5,00	22,00	51,00
		Esperado	33,17	3,52	14,30	51,00
	No indica	Recuento	26,00	,00	5,00	31,00
		Esperado	20,16	2,14	8,70	31,00
	Parto normal	Recuento	86,00	10,00	31,00	127,00
		Esperado	82,60	8,78	35,62	127,00
Total		Recuento	160,00	17,00	69,00	246,00
		Esperado	160,00	17,00	69,00	246,00

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

TABLA 34 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO NIVEL DE CONOCIMIENTO – TIPO DEL ÚLTIMO PARTO

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	13,764	6	,032
Razón de verosimilitud	15,688	6	,016
N de casos válidos	246		

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

a. Planteamiento de hipótesis.

Hipótesis nula.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y el tipo de parto son independientes.

H₀: El nivel de conocimiento y tipo del último parto son independientes.

Hipótesis alternativa.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y el tipo de parto no son independientes.

H_1 : El nivel de conocimiento y el tipo del último parto no son independientes.

b. Nivel de significación $\alpha = 0.05$

c. Estadístico de prueba.	d. Valor crítico de prueba.
$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} = 13.764$	$\chi_c^2 \rightarrow f(\alpha, gl) = f(0.05, 6)$ $\chi_c^2 = 12.592$

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

e. Decisión.

Regla: Si $\chi^2 < \chi_c^2$ Se acepta H_0 , caso contrario se rechaza.

$13.764 < 12.592$ No cumple; se rechaza H_0 .

f. Resultado final: El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y el tipo de parto en último embarazo no son independientes; es decir: **el tipo del último parto de las gestantes influye en el nivel de conocimiento adquirido sobre signos y síntomas de alarma del embarazo.**

4.4.10. Nivel de conocimiento – Número de abortos previos

TABLA 35 NIVEL DE CONOCIMIENTO – NÚMERO DE ABORTOS PREVIOS

			Nivel de conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Regular	
NÚMERO DE ABORTOS PREVIOS	0	Recuento	154,00	14,00	64,00	232,00
		Esperado	150,89	16,03	65,07	232,00
	1	Recuento	3,00	3,00	3,00	9,00
		Esperado	5,85	,62	2,52	9,00
	2	Recuento	3,00	,00	2,00	5,00
		Esperado	3,25	,35	1,40	5,00
Total	Recuento	160,00	17,00	69,00	246,00	
	Esperado	160,00	17,00	69,00	246,00	

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

TABLA 36 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO NIVEL DE CONOCIMIENTO – NÚMERO DE ABORTOS PREVIOS

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	11,532 ^a	4	,021
Razón de verosimilitud	7,752	4	,101
N de casos válidos	246		

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

a. Planteamiento de hipótesis.

Hipótesis nula.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y el número de abortos previos son independientes.

H₀: El nivel de conocimiento y número de abortos previos son independientes.

Hipótesis alternativa.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y el número de abortos previos no son independientes.

H_1 : El nivel de conocimiento y el número de abortos previos no son independientes.

b. Nivel de significación $\alpha = 0.05$

c. Estadístico de prueba.	d. Valor crítico de prueba.
$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} = 11.532$	$\chi_c^2 \rightarrow f(\alpha, gl) = f(0.05, 4)$ $\chi_c^2 = 9.488$

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

e. Decisión.

Regla: Si $\chi^2 < \chi_c^2$ Se acepta H_0 , caso contrario se rechaza.

$11.532 < 9.488$ No cumple; se rechaza H_0 .

f. Resultado final: El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y el número de abortos previos no son independientes; es decir: **el número de abortos previos de las gestantes influye en el nivel de conocimiento adquirido sobre signos y síntomas de alarma del embarazo.**

4.4.11. Nivel de conocimiento – Inicio de la atención prenatal

TABLA 37 NIVEL DE CONOCIMIENTO – INICIO DE LA ATENCIÓN PRENATAL

			Nivel de conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Regular	
INICIO DE LA ATENCIÓN PRENATAL	I Trimestre	Recuento	146,00	15,00	60,00	221,00
		Esperado	143,74	15,27	61,99	221,00
	II Trimestre	Recuento	14,00	2,00	9,00	25,00
		Esperado	16,26	1,73	7,01	25,00
Total		Recuento	160,00	17,00	69,00	246,00
		Esperado	160,00	17,00	69,00	246,00

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

**TABLA 38 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO NIVEL DE CONOCIMIENTO –
INICIO DE LA ATENCIÓN PRENATAL**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,025	2	,599
Razón de verosimilitud	,992	2	,609
N de casos válidos	246		

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

a. Planteamiento de hipótesis.

Hipótesis nula.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y el inicio de la atención prenatal son independientes.

Ho: El nivel de conocimiento y el inicio de la atención prenatal son independientes.

Hipótesis alternativa.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y el inicio de la atención prenatal no son independientes.

H_1 : El nivel de conocimiento y el inicio de la atención prenatal no son independientes.

b. Nivel de significación $\alpha = 0.05$

c. Estadístico de prueba.	d. Valor crítico de prueba.
$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} = 1.025$	$\chi_c^2 \rightarrow f(\alpha, gl) = f(0.05, 2)$ $\chi_c^2 = 5.991$

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

e. Decisión.

Regla: Si $\chi^2 < \chi_c^2$ Se acepta H_0 , caso contrario se rechaza.

$1.025 < 5.991$ Cumple; se acepta H_0 .

f. Resultado final: El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y el inicio de la atención prenatal son independientes; es decir: **el inicio de la atención prenatal en las gestantes no influye en el nivel de conocimiento adquirido sobre signos y síntomas de alarma del embarazo.**

4.4.12. Nivel de conocimiento – Número de controles prenatales

TABLA 39 NIVEL DE CONOCIMIENTO – NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES

			Nivel de conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Regular	
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES	Ninguno	Recuento	,00	,00	1,00	1,00
		Esperado	,65	,07	,28	1,00
	Uno	Recuento	13,00	2,00	19,00	34,00
		Esperado	22,11	2,35	9,54	34,00
	Dos	Recuento	17,00	5,00	11,00	33,00
		Esperado	21,46	2,28	9,26	33,00
	Tres	Recuento	35,00	2,00	15,00	52,00
		Esperado	33,82	3,59	14,59	52,00
	Cuatro	Recuento	35,00	2,00	4,00	41,00
		Esperado	26,67	2,83	11,50	41,00
	Más de cuatro	Recuento	60,00	6,00	19,00	85,00
		Esperado	55,28	5,87	23,84	85,00
	Total	Recuento	160,00	17,00	69,00	246,00
		Esperado	160,00	17,00	69,00	246,00

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

TABLA 40 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO NIVEL DE CONOCIMIENTO – NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	30,152	10	,001
Razón de verosimilitud	29,541	10	,001
N de casos válidos	246		

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

a. Planteamiento de hipótesis.

Hipótesis nula.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y el número de controles prenatales son independientes.

Ho: El nivel de conocimiento y el número de controles prenatales son independientes.

Hipótesis alternativa.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y el inicio de la atención prenatal no son independientes.

H₁: El nivel de conocimiento y el número de controles prenatales no son independientes.

b. Nivel de significación $\alpha = 0.05$

c. Estadístico de prueba.	d. Valor crítico de prueba.
$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} = 30.152$	$\chi_c^2 \rightarrow f(\alpha, gl) = f(0.05, 10)$ $\chi_c^2 = 18.301$

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

e. Decisión.

Regla: Si $\chi^2 < \chi_c^2$ Se acepta Ho, caso contrario se rechaza.

30.152 < 18.301 No cumple; se rechaza Ho.

f. Resultado final: El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y el número de controles prenatales no son independientes; es decir: **el número de controles prenatales**

en las gestantes influye en el nivel de conocimiento adquirido sobre signos y síntomas de alarma del embarazo.

4.4.13. Nivel de conocimiento – Información de signos y síntomas de alarma obstétrica

TABLA 41 NIVEL DE CONOCIMIENTO – INFORMACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICA

			Nivel de conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Regular	
¿RECIBIÓ INFORMACIÓN DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICA?	NO	Recuento	35,00	16,00	45,00	96,00
		Esperado	62,44	6,63	26,93	96,00
	Sí	Recuento	125,00	1,00	24,00	150,00
		Esperado	97,56	10,37	42,07	150,00
Total	Recuento	160,00	17,00	69,00	246,00	
	Esperado	160,00	17,00	69,00	246,00	

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

TABLA 42 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO NIVEL DE CONOCIMIENTO – INFORMACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICA

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	61,354	2	,000
Razón de verosimilitud	64,208	2	,000
N de casos válidos	246		

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

- a. Planteamiento de hipótesis.

Hipótesis nula.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y la entrega de información de signos y síntomas de alarma obstétrica son independientes.

H₀: El nivel de conocimiento e información sobre alarma obstétrica son independientes.

Hipótesis alternativa.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y la entrega de información de signos y síntomas de alarma obstétrica no son independientes.

H₁: El nivel de conocimiento e información sobre alarma obstétrica no son independientes.

b. Nivel de significación $\alpha = 0.05$

c. Estadístico de prueba.	d. Valor crítico de prueba.
$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} = 61.354$	$\chi_c^2 \rightarrow f(\alpha, gl) = f(0.05, 10)$ $\chi_c^2 = 5.991$

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

e. Decisión.

Regla: Si $\chi^2 < \chi_c^2$ Se acepta H₀, caso contrario se rechaza.

61.354 < 15.991 No cumple; se rechaza H₀.

f. Conclusión.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y la información recibida no son independientes; es decir: **la información recibida influye en el nivel de conocimiento adquirido sobre signos y síntomas de alarma del embarazo.**

4.4.14. Nivel de conocimiento – Fuente de información

TABLA 43 NIVEL DE CONOCIMIENTO – FUENTE DE INFORMACIÓN

			Nivel de conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Regular	
¿QUIEN PROPORCIONO LA INFORMACION?	Familia	Recuento	13,00	,00	13,00	26,00
		Esperado	16,91	1,80	7,29	26,00
	No recibió información	Recuento	16,00	13,00	24,00	53,00
		Esperado	34,47	3,66	14,87	53,00
	Personal de salud	Recuento	127,00	1,00	25,00	153,00
		Esperado	99,51	10,57	42,91	153,00
	Vecinos	Recuento	4,00	3,00	7,00	14,00
		Esperado	9,11	,97	3,93	14,00
	Total	Recuento	160,00	17,00	69,00	246,00
		Esperado	160,00	17,00	69,00	246,00

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

TABLA 44 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO NIVEL DE CONOCIMIENTO – FUENTE DE INFORMACIÓN

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	79,760 ^a	6	,000
Razón de verosimilitud	78,080	6	,000
N de casos válidos	246		

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

a. Planteamiento de hipótesis.

Hipótesis nula.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y la fuente de información sobre e signos y síntomas de alarma obstétrica son independientes.

H₀: El nivel de conocimiento y la fuente de información son independientes.

Hipótesis alternativa.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y la fuente de información de signos y síntomas de alarma obstétrica no son independientes.

H₁: El nivel de conocimiento y la fuente de información no son independientes.

b. Nivel de significación $\alpha = 0.05$

c. Estadístico de prueba.	d. Valor crítico de prueba.
$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} = 79.760$	$\chi_c^2 \rightarrow f(\alpha, gl) = f(0.05, 6)$ $\chi_c^2 = 12.592$

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

e. Decisión.

Regla: Si $\chi^2 < \chi_c^2$ Se acepta H₀, caso contrario se rechaza.

79.760 < 12.592 No cumple; se rechaza H₀.

f. Resultado final: El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y la fuente de información recibida no son independientes; es decir: **la fuente de información influye en el nivel de conocimiento adquirido sobre signos y síntomas de alarma del embarazo.**

4.4.15. Nivel de conocimiento – Claridad de Información

TABLA 45 NIVEL DE CONOCIMIENTO – CLARIDAD DE INFORMACIÓN

			Nivel de conocimiento			Total
			Alto	Bajo	Regular	
¿USTED ENTENDIÓ CON CLARIDAD LA INFORMACIÓN SOBRE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA QUE EL PROFESIONAL DE SALUD LE BRINDÓ DURANTE SU CONTROL PRENATAL?	NO	Recuento	36,00	14,00	46,00	96,00
		Esperado	62,44	6,63	26,93	96,00
	SÍ	Recuento	124,00	3,00	23,00	150,00
		Esperado	97,56	10,37	42,07	150,00
Total		Recuento	160,00	17,00	69,00	246,00
		Esperado	160,00	17,00	69,00	246,00

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

TABLA 46 PRUEBAS DE CHI-CUADRADO NIVEL DE CONOCIMIENTO – CLARIDAD DE INFORMACIÓN

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	53,929 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	54,782	2	,000
N de casos válidos	246		

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

a. Planteamiento de hipótesis.

Hipótesis nula.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y la claridad de la información sobre e signos y síntomas de alarma obstétrica son independientes.

Ho: El nivel de conocimiento y la claridad de la formación son independientes.

Hipótesis alternativa.- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y la claridad de la información de signos y síntomas de alarma obstétrica no son independientes.

H_1 : El nivel de conocimiento y la claridad de la información no son independientes.

b. Nivel de significación $\alpha = 0.05$

c. Estadístico de prueba.	d. Valor crítico de prueba.
$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} = 53.929$	$\chi_c^2 \rightarrow f(\alpha, gl) = f(0.05, 2)$ $\chi_c^2 = 5.991$

Fuente Programa SPSS. Elaborado por los autores

e. Decisión.

Regla: Si $\chi^2 < \chi_c^2$ Se acepta H_0 , caso contrario se rechaza.

$53.929 < 5.991$ No cumple; se rechaza H_0 .

f. Resultado final: El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes y la claridad de la información recibida no son independientes; es decir: **la claridad de la información recibida influye en el nivel de conocimiento adquirido sobre signos y síntomas de alarma del embarazo.**

5. CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

El nivel de conocimiento obtenido en las mujeres embarazadas del centro de salud de Cayambe fue del 65,04% para un conocimiento alto sobre signos y síntomas de alarma en el embarazo, del 28,05% para un conocimiento regular y del 6,1% para conocimiento bajo, valores semejantes a los obtenidos en el estudio realizado en Cuenca-Ecuador por Sánchez & Muñoz en los Centros de Salud de El Valle y Ricaurte a 143 mujeres embarazadas, donde el 70,63% del conocimiento fue alto en su mayoría, el 18,18% poseía un conocimiento medio, y 11,19% un conocimiento bajo, siendo este el estudio que más se asemeja tanto en resultados como en semejanza de población al ser realizado en Centros de Salud de similares características y con una población urbano-rural con resultados apenas superiores a los encontrados en el presente estudio(Sánchez & Muñoz, 2016).

Así mismo, el presente estudio tiene concordancia con los resultados obtenidos en el 2012 por Flores & Ylatoma en su estudio realizado en la comunidad Tarapoto-Perú donde las mujeres embarazadas alcanzaron el 51,6% de conocimiento alto, y el 48,4% de conocimiento medio (Flores & Ylatoma, 2012). El estudio realizado por Navas & Compañía en el Municipio de Sopachuy, Bolivia es el estudio que más dista entre los resultado obtenidos donde hasta el 30% no tienen un conocimiento aceptable de las señales de alarma(Nava, Fernandez, Gorena, Duarte, & Valda, 2014). Al igual que los valores obtenidos en el estudio previo realizado en Lima-Perú por Colachahua donde el 33% tenía un conocimiento de regular a malo, pero tan solo el 3,3% de esa población poseía un conocimiento realmente alto (Colachahua, 2015) a diferencia de los resultados obtenidos en este estudio donde el 14,22% llegaba a tener un puntaje elevado sobre la media de 5,0/7,0 ; lo cual nos demuestra que el conocimiento de

signos y síntomas de alarma que poseen las mujeres atendidas en el Centro de Salud urbano Cayambe es bueno, llegando a superar los resultados obtenidos sobre el conocimiento de signos y síntomas de alarma en mujeres embarazadas de otros estudios realizados en poblaciones semejantes que analicen este tema.

Una de las limitaciones de este estudio realizado en la comunidad de Cayambe es que este no se puede extrapolar a los demás estudios con total seguridad, debido a que cada estudio utilizó su propio método y encuesta para evaluar el conocimiento en cada población.

En este estudio se encuestó a 246 mujeres embarazadas atendidas en la Consulta Externa de Obstetricia del Centro de Salud Urbano Cayambe, las cuales tenían una edad media de 29 años ubicando la mayor prevalencia de embarazadas en los grupos etarios de 25 a 35 años al igual que la obtenida en el estudio en Cuenca-Ecuador por Sánchez&Muñoz donde la edad promedio fue 25 años, edad a la que la mujer ya ha alcanzado su madurez sexual y psicológica y se encuentra en actitudes óptimas para la reproducción(Sánchez & Muñoz, 2016). Esto va acorde a lo obtenido en cuanto la relación existente entre edad y nivel de conocimiento, que nos demuestra que a mayor edad se posee mayor conocimiento.

Entre los resultado se encontró que la mayoría de mujeres embarazadas practicaba la religión católica con el 87.77% en estado civil soltera en un 36.59% y el 58,53% vivían con su pareja en unión libre o casadas, La principal actividad económica fueron los quehaceres domésticos con el 54.07%; valores que no tienen mucha diferencia con los otros estudios. (Sánchez & Muñoz, 2016) Sin embargo, en el análisis estadístico se encontró que estas tres variables sociodemográficas no tenían relación con el nivel de conocimiento.

Se realizó una pregunta para verificar si los ingresos económicos de las mujeres embarazadas alcanzaban para cubrir sus necesidades básicas y el 66.67% respondieron que no son lo suficiente. Se evidenció que el 49,19% terminó la secundaria completa, siendo esta la población de mayor prevalencia. Estos dos factores socioculturales no influyen en el conocimiento de los signos y síntomas de alarma. Se encontró que de las 246 embarazos 199 se consideraban mestizas y 41 indígenas, siendo la etnia indígena la que alcanzó los menores resultados en promedio, con un 53,7% de un conocimiento regular. Demostrando con estos valores en el análisis estadístico que la etnia sí tiene relación con el nivel de conocimiento, pese a la creencia que el sector indígena es el más vulnerable, se demostró que el nivel de escolaridad y los ingresos económicos no tienen relación con el nivel de conocimiento, a diferencia de los otros estudios que afirman que sí existe. Una de las explicaciones para este resultado es el hecho que dentro de la sociedad ecuatoriana las etnias indígenas son un grupo de riesgo, relacionado con menores oportunidades de educación, y mayor posibilidad de pertenecer a grupos de pobreza, sin embargo dentro de este estudio realizado se encuentra que tanto la educación y el nivel económico no tienen relación con el nivel de conocimiento acerca de signos y síntomas de alarma, más la etnia sí, por lo cual esto se puede atribuir a otras causas como mayor dificultad al acceso de los servicios de salud, ya que como se menciona adelante el número de controles sí tiene relación directa con el nivel de conocimiento sobre síntomas y signos de alarma.

En el presente estudio se encontró una gran relación entre la mayoría de las variables gineco-obstétricas y el nivel de conocimiento de signos y síntomas de alarma en el embarazo, tanto el número de embarazos, el tipo de último parto si fue cesárea o parto normal, como el número de abortos previos tienen relación con el nivel de conocimiento, lo que nos puede ayudar a creer

que entre mayor número de embarazos o complicaciones en embarazos previos aportan a que la mujer esté mejor preparada para la siguiente gestación como lo demuestra Colachahua en su estudio realizado a pacientes con morbilidad materna (Colachahua, 2015) o García y Montañez que afirman que el conocimiento de los signos de riesgo, era directamente proporcional al número de partos (García-Regalado & Montañez-Vargas, 2012).

El número de controles prenatales guarda relación con la edad gestacional, a mayor edad mayor número de controles prenatales, y estos dos van acorde con el nivel de conocimiento obtenido, las mujeres con mayor número de controles prenatales presentaban mayor porcentaje de conocimiento alto de signos y síntomas de alarma, que las que tenían menos o ninguno, al igual que lo demuestra Nava & Compañía donde demostraron la diferencia de conocimientos entre las mujeres que estaban en el segundo control prenatal a las que se encontraban en el cuarto, siendo mayor el conocimiento a mayor cantidad de controles (Nava-Carpio, 2014).

Una de las variables en la que no se encontró relación fue el inicio de la atención prenatal según la edad gestacional, el 89,84% inicio su control prenatal desde el primer trimestre y el 10,16% en el segundo trimestre y ninguna mujer empezó en el tercer trimestre; lo que demuestra la importancia que le da la población a la atención prenatal desde el inicio del embarazo. En este mismo estudio el 93,6% de las encuestadas reconoce la importancia de la atención prenatal y el 82,5% la atención prenatal desde el inicio del embarazo.

La fuente de información fue mayormente por parte del personal de salud, de las 246 mujeres 163 afirmaron que recibió información acerca los signos de alarma por parte del personal del

Centro de Salud Urbano Cayambe, 40 mujeres recibió información por familiares o vecinos, y 53 mujeres afirmaron no haber recibido información alguna, 160 afirmaron haber entendido dicha información. Tanto la fuente de información, como el nivel de entendimiento de la misma tienen relación con el nivel de conocimiento de signos y síntomas de alarma, no se encontró otros estudios que relacionen la fuente de información y el entendimiento con el nivel de conocimiento. Por lo tanto se llega a la conclusión que la educación sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo es un tema de salud pública y para mejores resultado el médico o personal de salud debe ser el encargado proporcionar estos conocimientos.

Se han realizado varios estudios donde se plantean que las principales señales de alarma que identificaron las pacientes embarazadas son: cefalea 56,7%, edema de manos pies y/o cara 45,0%, sangrado vaginal 35,0%, y pérdida de líquido amniótico 31,7%(Colachahua, 2015). A diferencia este estudio identificó a la fiebre 84.6%, sangrado vaginal 80.1%, convulsiones 81.7% y presión alta 78.9% como principales.

El sangrado vaginal es uno de los signos que más reconocen las mujeres como una señal de alarma, ya que se repite en todos los estudios revisados anteriormente como es el caso del estudio Guallpa&Sigüenza donde solo el 97% lo reconocía como un signo de alarma en el embarazo(Guallpa & Sigüenza, 2013). El estudio de Hailu indica que el 49.1% identifica al sangrado vaginal como signo de alarma (Hailu & Berhe, 2014) y en este estudio lo coloca en los tres principales signos de alarma con un 80.1%.

Las infecciones del tracto urinario en una mujer embarazada tiene una incidencia aproximada del 5 al 10% (Bogantes & Solano, 2010), motivo por el cual es importante saber la presencia de

síntomas sugestivos de infección. En este estudio se preguntó a las pacientes si la presencia de ardor al orinar era motivo de síntoma de alarma obstétrica; el 71.5% respondieron afirmativamente a diferencia del estudio realizado por Colachahua donde el 10% de la población encuestada dijeron que lo consideraban como un signo de alarma(Colachahua, 2015). Se puede notar la diferencia en las dos poblaciones mencionadas.

En este estudio los síntomas de náusea y vómito fueron de los menos reconocidos como señales de alarma alcanzando el 52,0%, al igual que el estudio realizado en Perú por Ticona & Co., el cual lo coloca como el síntoma menos reconocido con un 26.7%(Ticona-rebagliati, Torres-bravo, & Veramendi-, 2014). La señal de alarma que fue menos reconocida fue el aumento brusco de peso durante la gestación con un 39,4% de reconocimiento, hecho que puede ser atribuido a que la mujer debe aumentar de peso normalmente en el embarazo, pero no se aclara en los centros de salud cuanto es el aumento óptimo para que no existan complicaciones como diabetes gestacional.

6. CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES:

- El resultado del porcentaje de conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétrica obtenido por medio de la realización de encuestas fue del 65.04%, correspondiente a un resultado alto de conocimiento, el 28.05% resultado regular de conocimiento y el 6.91% resultado bajo de conocimiento.
- Las características sociodemográficas de la población en estudio fueron:
 - Edad promedio de 29,15 años, la edad mínima registrada fue de 15 años y la máxima de 45 años.
 - El estado civil más predominante al momento de la encuesta fue soltera con el 36,59% seguida de unión libre en el 34,55% y casada el 23,98% de la población.
 - De 246 mujeres embarazadas encuestadas se evidenció que 199 mujeres correspondientes al 80,99% de la población decía pertenecer a la etnia mestiza.
 - La religión católica fue la más representativa con el 85,67% perteneciente a la población.
 - En este estudio la población de mujeres el 49.19% es decir 121 de las 246 alcanzaron a tener la secundaria completa, se evidencio 3 mujeres que se consideraban analfabetas y apenas 1 que tenía educación del tercer nivel.
 - La ocupación predominante dentro de la población en estudio fueron los quehaceres domésticos en un 54,07%.
 - El 66,67% de las mujeres embarazadas consideran que sus ingresos económicos no alcanzan para cubrir sus necesidades.
- Las características gineco-obstétricas de la población en estudio fueron:

- Dentro de este estudio se evidenció que 1 de cada 5 mujeres eran nulíparas y 4 de cada 5 mujeres eran multíparas.
- La manera de parto más común dentro de esta población es el parto cefalovaginal con el 51,63%.
- El 94,31% de las encuestadas refirió no haber tenido abortos previos.
- El inicio de la atención prenatal predominante en este estudio fue en el primer trimestre de la gestación con el 89,84%.
- El promedio de las semanas de embarazo en la cual se encontraban al momento de la encuesta fue de 22 semanas.
- Una de cada tres mujeres embarazadas encuestadas, tenían más de cuatro controles prenatales. El número de controles es acumulativo con las semanas de embarazo, por lo tanto a mayor semanas de embarazo mayor cantidad de controles.
- Dos de cada tres mujeres recibió información por parte del personal de salud, siendo esta la fuente que proporciona la mayoría de la información de los signos y síntomas de alarma obstétrica. Mientras que 1 de cada 5 mujeres no recibe información por parte de nadie, esto lo coloca dentro de un problema de salud pública.
- El nivel de conocimiento adquirido por las gestantes acerca de los signos y síntomas de alarma obstétrica tiene varios influyentes socioculturales como la edad y la etnia a la que pertenecen. La etnia indígena es la que menor puntaje obtuvo en la encuesta, pudiendo atribuirse esto a diferentes factores como la accesibilidad a los centros de salud.

- Los factores socioculturales que no tienen relevancia alguna en el nivel de conocimiento adquirido por las gestantes de los signos y síntomas de alarma obstétrica son: su creencia religiosa, estado civil, ocupación laboral y nivel de instrucción.
- La consideración de la suficiencia de ingresos económicos para cubrir las necesidades básicas son independientes del conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétrica.
- Se encontró relevancia en todos los factores gineco-obstétricos en el nivel de conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétrica, tanto el número de embarazos anteriores, el número de abortos previos de las gestantes y el tipo del último parto. Lo cual, se puede concluir que cualquier característica que apoye experiencia sobre el embarazo y los signos y síntomas de alarma es relevante para un mejor conocimiento sobre los mismos.
- El inicio de la atención prenatal en las gestantes no influye en el nivel de conocimiento adquirido sobre signos y síntomas de alarma del embarazo; sin embargo el número de controles prenatales, la información que reciben por parte del personal de salud y la claridad de la información si influye. En conclusión la educación sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo es un tema de salud pública y para mejores resultado el médico o personal de salud debe ser el encargado proporcionar estos conocimientos en cada consulta y aclarar cualquier duda acerca de estos temas.

6.2. RECOMENDACIONES:

- Los resultados demuestran un porcentaje de conocimiento alto en la población de embarazadas en el Centro de Salud Urbano Cayambe, no obstante se recomienda seguir trabajando en este aspecto, debido que aún existe un porcentaje significativo del 34,96% de mujeres con conocimiento regular o malo.
- Se debe trabajar con especial énfasis sobre todo en los síntomas de alarma sobre los signos, debido a que estos pasan gran parte como normales en el embarazo, como lo demuestra este estudio donde el aumento de peso y las náuseas y vomito se percibieron como normales en un gran porcentaje, otro de los síntomas con un porcentaje alto es la falta de movimiento por más de 2 horas por parte del feto, donde las madres no lo reconocen como una señal de alarma. Recomendamos que el personal de salud debe aclarar e insistir estos síntomas en el control prenatal, que aunque son muy comunes en el embarazo estos siguen representando una señal de alarma que debe ser investigada.
- Se recomienda este estudio se reproduzca a nivel rural, ya que este estudio se realizó en un centro de salud urbana perteneciente a la cabecera cantonal, que atiende principalmente a la población urbana de Cayambe.
- Se recomienda seguir transmitiendo la información de los signos y síntomas de alarma obstétrica y sobretodo aumentar el énfasis en las etnias indígenas que son las más vulnerables y en las que encontramos un menor nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma.

BIBLIOGRAFÍA:

- Aguilar, Y. C., Martínez, J. Á., & Díaz, E. M. (2016). Alteraciones oftalmológicas durante el embarazo Ocular alterations during pregnancy. *Revista Cubana de Oftalmología*, 29(2), 292–307.
- Alfaro, N., & Campos, G. (2014). Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tienen su parto en el Hospital San Vicente de Paúl, Heredia, durante el año 2012. *Rev. Enfermería Actual En Costa Rica*, 1(26), 1–9. Retrieved from <http://www.revenf.ucr.ac.cr/cuidado.pdf>
- Alkema, L., Chou, D., Hogan, D., Zhang, S., Moller, A., Gemmill, A., ... Boerma, T. (2015). Global, Regional, and National Levels and Trends in Maternal Mortality between 1990 and 2015, with Scenario Based Projections to 2030: A Systematic Analysis by The UN Maternal Mortality Estimation Inter Agency Group. *The Lancet*, 6736(15), 1–13. [http://doi.org/S0140-6736\(15\)00838-7](http://doi.org/S0140-6736(15)00838-7)
- Baeza W, B., Póo F, A. M., Vásquez P, O., Muñoz N, S., & Vallejos V, C. (2008). Identificación De Factores De Riesgo Y Factores Protectores Del Embarazo En Adolescentes De La Novena Región. *Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología*, 72(2), 76–81. <http://doi.org/10.4067/S0717-75262007000200002>
- Barrientos Montero, M. ., García Rabanal, D., Gómez García, A., Gómez Marco, M. ., Gómez Miguel, E., Orobón Martínez, M. ., ... Rodríguez Rivera, M. . (2002). Guía de control y seguimiento del embarazo en atención primaria. Guía Práctica, Valladolid: La Sociedad Castellanoleonés de Medicina de Familia y Comunitaria. Retrieved from <http://www.laalamedilla.org/GUIAS/Embarazo.pdf>
- Berhan, Y., & Endeshaw, G. (2015). Clinical and Biomarkers Difference in Prepartum and Postpartum Eclampsia. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 25(3), 257–66. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4650881&tool=pmcentrez&endertype=abstract>
- Betancourt, I. D., Kenia, D., & Cantillo, M. (2010). *Medisan* 2010; 14(5): 685, 14(5), 685–701.
- Bogantes, J., & Solano, G. (2010). Infecciones urinarias en el embarazo. *EMC - Ginecología-Obstetricia*, 44(4), 1–9. [http://doi.org/10.1016/S1283-081X\(08\)70801-4](http://doi.org/10.1016/S1283-081X(08)70801-4)
- Cáceres-Manrique, F. (2009). El control prenatal: una reflexión urgente. *Rev Colombiana Obstet Ginecol*, 60(2), 165–170. Retrieved from revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/342
- Claudia, M., Montejano, G., Sandra, M., & Robledo, V. (2015). MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO Marco Conceptual , Derecho Comparado , Estadísticas y Opiniones Especializadas. Informe, Mexico D.F: Dirección de Servicios de Investigación y Análisis.

Retrieved from <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-74-15.pdf>

- Cobo, T., Ferrero, S., Migliorelli, F., Rodriguez, A., Lorente, N., Baños, N., & Palacio, M. (2016). *Protocolo. Rotura Prematura de Membranas a término y pretérmino*. (Vol. 1). Barcelona.
- Colachahua, M. R. (2015). *Nivel De Conocimiento De Las Señales De Alarma Y Conducta De La Paciente Con Morbilidad Materna Extrema Atendida En El Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero-Febrero 2015*. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. Retrieved from http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4191/1/Colachahua_bm.pdf
- Conejo, M. (2006). Supervivencia Materna. Retrieved October 25, 2016, from [www.careevaluations.org/Evaluations/ECU Supervivencia%2](http://www.careevaluations.org/Evaluations/ECU_Supervivencia%2)
- Consejo Provincial. (1981). Cantón Cayambe. Retrieved October 24, 2016, from <http://www.ame.gob.ec/ame/index.php/ley-de-transparencia/68-mapa-cantones-del-ecuador/mapa-pichincha/289-canton-cayambe>
- Cuenca, E. M. (2012). *Prevalencia Y Factores Asociados A Ruptura Prematura De Membranas En Gestantes Del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador Noviembre 2011- Noviembre 2012. El Escorial*. Universidad de Cuenca.
- Cunningham, F. G. (2011). *Obtetricia de Willians (23°)*. Mexico D.F: Mcgraw-Hill Interamericana. <http://doi.org/9786071504630>
- De la Torre, M., & Barranco. (2007). Complicaciones gastrointestinales en el embarazo. Granada: Hospital de las Nieves virgen de las Nieves. Retrieved from http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr07.compl icaciones_gastrointestinales_del_embarazo.pdf
- Demissie, E., & Dessie, F. (2015). Level of Awareness on Danger Signs of Pregnancy among Pregnant Women Attending Antenatal Care in Mizan Aman General Hospital, Southwest, Ethiopia: Institution Based Cross-sectional Study. *Journal of Womens Health Care*, 4(8), 8–11. <http://doi.org/10.4172/2167-0420.1000288>
- Donoso S, E., & Carvajal C, J. A. (2012). El cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5° objetivo del Milenio. *Revista Médica de Chile*, 140(10), 1253–1262. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872012001000003>
- Flores, M., & Ylatoma, 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, Junio - Septiembre 2012*. Universidad Nacional de San Martín. Retrieved from http://biblioteca.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyextox/archivo_77_Binder1.pdf
- Flores-Villegas, B., Flores-Lazcano, I., & De Lazcano-Mendoza, M. L. (2014). *Edema. Enfoque clínico. Medicina Interna de Mexico* (Vol. 30).
- Garcia, I., & Aleman, M. (2010). Riesgos del embarazo en la edad avanzada Pregnancy risks in

- the old age. *Revista Cubana de Obstetricia Y Ginecología.*, 36(4), 481–489.
- García-Regalado, J. F., & Montañez-Vargas, M. I. (2012). PRÁCTICA CLÍNICO-QUIRÚRGICA Signos y síntomas de alarma obstétrica Acerca del conocimiento que tienen las mujeres. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 50(6), 651–657. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im126l.pdf>
- George, A. S., Branchini, C., & Portela, A. (2015). Do interventions that promote awareness of rights increase use of maternity care services? A systematic review. *PLoS ONE*, 10(10), 1–15. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0138116>
- Gestro, D. (2014). *Guía de práctica clínica sobre los*. Buenos Aires, Argentina. Retrieved from http://www.neurocirugia-almenara.org/guias/traumatismo_encefalo_craneano.pdf
- Gil Almira, A. (2010). Variación del peso materno en el embarazo. *Medisan 2010*, 14(1), 1–8. Retrieved from http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_1_10/san12110.pdf
- Gualpa, E., & Sigüenza, C. (2013). *Conocimientos actitudes y prácticas sobre el control prenatal, embarazadas que acuden a consulta externa del Hospital José Carrasco Arteaga, Mayo-Julio 2012*. Retrieved from <http://dspace.ucuenca.edu.ec:8080/handle/123456789/4078>
- Guevara Rios, E. (2010). Hemorragias de la primera mitad del embarazo. *Rev Peruana de Ginecol Obstetrica*, 56, 10–17.
- Hailu, D., & Berhe, H. (2014). Knowledge about obstetric danger signs and associated factors among mothers in Tsegedie district, Tigray region, Ethiopia 2013: Community based cross-sectional study. *PLoS ONE*, 9(2), 0–7. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0083459>
- Jhpiego. (2004). *Monitoring birth preparedness and complication readiness: tools and indicators for maternal and newborn health*. (R. C. Del Barco, Ed.) (1st ed.). Baltimor: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Retrieved from http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADA619.pdf
- Leal, M., Giacomini, L., & Pacheco, L. (2008). Índice De Masa Corporal Pregestacional Y Ganancia De Peso Materno Y Su Relación Con El Peso Del Recién Nacido. *Revista Redalyc.org*, 50(3), 159–167.
- Leon, W., & Villamarin, S. (2013). *Trastornos Hipertensivos del Embarazo, Guía de Práctica Clínica*. Ministerio De Salud Publica (Vol. 1). [http://doi.org/10.1016/S0304-5013\(06\)72578-X](http://doi.org/10.1016/S0304-5013(06)72578-X)
- León, W., Yépez, E., & Nieto, M. B. (2008). *Componente Normativo Materno-Neonatal*. (L. Calderón, Ed.), Msp (1st ed.). Quito: MSP.
- López, M., Cobo, T., Palacio, M., & Goncé, A. (2008). Protocolo: Infección Vías Urinarias y Gestación. *Clínica Barcelona*, 1, 1–8.
- M. Illa, F. Figueras, M. G.-R. (2014). *Protocolo : Disminución De Los Movimientos Fetales (DMF)*.

Unidad de Bienestar Fetal, Servicio de Medicina Materno-Fetal. BCNatal, Hospital Clínic i Hospital de Sant Joan de Déu, Barcelona. Barcelona. Retrieved from https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia__fetal/disminución movimientos fetales.pdf

Malvino, E. (2011). *Infecciones Graves en el Embarazo y el Puerperio*. (E. Malvino, Ed.), *Biblioteca de Obstetricia Crítica* (1°). Buenos Aires, Argentina. Retrieved from http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/Infecciones_Graves.pdf

Ministerio de Salud Pública, & Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos. (2015). *Informe De La Investigación Anual a Través De La Búsqueda Activa De Casos De Muerte Materna Y Calidad Del Dato*. Ministerio de Salud Pública. Quito. Retrieved from [http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Ministerio/MUERTE MATERNA/4_informe_busqa_mm_2014\(v1\)-1_INEC_2014.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Ministerio/MUERTE MATERNA/4_informe_busqa_mm_2014(v1)-1_INEC_2014.pdf)

Minjarez-Corral, M., Rincón-Gómez, I., Morales-Chomina, Y. A., Espinosa-Velasco, M. de J., Zárate, A., & Hernández-Valencia, M. (2014). Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas. *Perinatol Reprod Hum*, 28(3), 159–166.

Mouriño, R., Espinosa, P., & Moreno, L. A. (1991). El conocimiento científico , en Factores de Riesgo en la Comunidad I. *Facultad de Medicina, UNAM*. México D.F: UNAM.

Mustafa, R., Ahmed, S., Gupta, A., & Venuto, R. C. (2012). A comprehensive review of hypertension in pregnancy. *Journal of Pregnancy*, 2012. <http://doi.org/10.1155/2012/105918>

Naciones Unidas, N. Y. (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015*. (C. Way, Ed.), *Naciones Unidas* (1°). New York: Naciones Unidas. <http://doi.org/10.1108/17427370810932141>

Nava Carpio Fernando Fernandez López Carlos Daniel; Gorena Cabero Rosario Alejandra Valda Yami Yucra Duarte. (2014). Signos y síntomas de alarma en el embarazo hospital virgen de remedios. sopachuy. 2013. *Revista Archivos Bolivianos de Medicina*, 21, 15. Retrieved from http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/abm/v21n89/v21n89_a03.pdf

Nova, M. P., Caicedo, E. E., Espinosa, J. A., Malagón, D. L., Guzmán, S. L., & González, C. G. (2006). Tinitus: avances en fisiopatología y tratamiento, 11(2), 112–122.

OMS. (2015c). OMS | Mortalidad materna. *Organización Mundial de La Salud*. World Health Organization. <http://doi.org//entity/mediacentre/factsheets/fs348/es/index.html>

OMS. (2015a). OMS | Mortalidad materna. *Organización Mundial de La Salud*. Ginebra: World Health Organization. <http://doi.org//entity/mediacentre/factsheets/fs348/es/index.html>

OMS. (2015b). OMS | Mortalidad materna. *Organización Mundial de La Salud*. World Health Organization. <http://doi.org//entity/mediacentre/factsheets/fs348/es/index.html>

- OMS. (2015d). OMS | Naciones Unidas: la mortalidad materna se ha reducido un 44% desde 1990. Retrieved November 2, 2016, from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/maternal-mortality/es/>
- Organización Mundial de la salud. (2015). *Evolución de la mortalidad materna : 1990-2015*. Ginebra. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204114/1/WHO_RHR_15.23_spa.pdf
- Pagés, G. (2015). *Control prenatal* (No. 4) (Vol. 4). Quito. Retrieved from <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
- Palacio, M. (2014). *Hiperemesis gravidica* (Vol. 34). Barcelona.
- Pembe, A. B., Urassa, D. P., Carlstedt, A., Lindmark, G., Nyström, L., & Darj, E. (2009). Rural Tanzanian women's awareness of danger signs of obstetric complications. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9, 12. <http://doi.org/10.1186/1471-2393-9-12>
- Peralta-Pedrero, M. L., Guzmán-Ibarra, M. de los Á., Cruz-Avelar, A., Basavilvazo-Rodríguez, M. A., Sánchez-Ambríz, S., & Martínez-García, M. del C. (2004). Utilidad para establecer diagnóstico y severidad de los síntomas y signos más frecuentes en la paciente preecláptica. *Gaceta Médica de México*, 140(5), 513–517. Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000500006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Peraza, K. M. (2014). Manejo de la Cefalea en la paciente embarazada que acude al servicio de emergencias. *Rev Med de Costa Rica Y Centro America*, 71(611), 417–419. Retrieved from <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/611/art09.pdf>
- Pérez-Aliaga, C. (2010). Hemorragias de la segunda mitad del embarazo. *Rev Peruana de Ginecol Obstetrica*, 2(2da), 6–30.
- Rae. (2001). Diccionario de la Lengua Española. <http://doi.org/10.2307/313964>
- Rivera, M. A. (2014). *PROPUESTAS PARA MEJORAR LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO DEL CANTON CAYAMBE*. Universidad Central del Ecuador. Retrieved from <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3152/1/T-UCE-0005-504.pdf>
- Rodríguez-Ángulo, E., Andueza-Pech, G., Rosado-Alcocer, L., Ortiz-Panozo, E., & Hernández-Prado, B. (2012). Efecto de una intervenci??n comunitaria para mejorar conocimientos sobre signos de alarma de complicaciones maternas en mujeres mayas de Yucat??n, ensayo controlado, aleatorizado. *Revista de Investigacion Clinica*, 64(2), 154–163.
- Rosas, M., Lomelí, C., Mendoza-gonzález, C., Lorenzo, J. A., Mario, S., Santander, F., & Attie, F. (2008). Artemisa. *Archivos de Cardiología de México*, 78(52), 104–108.
- Ross, M. G. (2016). Preterm Labor: Practice Essentials, Overview, Risk of Preterm Labor.

Retrieved January 12, 2016, from <http://emedicine.medscape.com/article/260998-overview>

Sánchez, M. F. O., & Muñoz, L. E. L. (2016). "CONOCIMIENTO DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICA EN LAS PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DE LOS CENTROS DE SALUD DEL VALLE Y RICAURTE. CUENCA ECUADOR. 2016. UNIVERSIDAD DE CUENCA.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2014). *Objetivos del Milenio Balance Ecuador 2014* (1°). Quito. Retrieved from <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/11/Objetivos-del-Milenio-Balance-2014.pdf>

Téllez Vargas Jorge. (2012). Cambios fisiológicos y anatómicos de la mujer en el embarazo. *Servicio Andaluz de Salud*. Retrieved from <http://www.mad.es/serviciosadicionales/ficheros/act-tema53.pdf>

Ticona-rebagliati, D., Torres-bravo, L., & Veramendi-, L. (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, 123–130.

Tobergte, D. R., & Curtis, S. (2013). Anuario de Estadísticas Vitales; Nacimientos y Defunciones 2012. *Anuario de Estadísticas Vitales; Nacimientos Y Defunciones 2012*, 53(9), 1689–1699. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Vilaplana Santaló, C., Duménigo Arias, O., & Adis del Carmen Rodríguez Gregorich, D. (2002). Hipertermia Maligna. *Rev Cubana Cir*, 41(2), 110–4.

World Health Organization. (2014). Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU. Retrieved November 6, 2016, from http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=839:once-paises-de-america-latina-y-el-caribe-registraron-avances-en-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-segun-nuevo-informe-de-la-onu&catid=697:noticias

Zaragoza-Saavedra, J. J. M. (2016). Hemorragia obstétrica. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 39(Mm), S20–S21.

ANEXOS:

ANEXO 1: ENCUESTA

ENCUESTA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: CONOCIMIENTO DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICA Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIOCULTURALES DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD URBANO CAYAMBE

1) EDAD DEL PACIENTE:

2) RELIGIÓN:.....

3) ESTADO CIVIL: (Ponga con una X)

Casada.... Soltera..... Divorciada..... Unión libre..... Viuda.....

4) ETNIA: (Ponga con una X)

Blanca..... Mestiza.... Indígena.... Afro ecuatoriana.... Otra.....

5) OCUPACIÓN (Ponga con una X)

Ninguna.... Quehacer Doméstico.... Agricultura... Estudiante.... Otros.....Cuál?.....

6) NIVEL DE INSTRUCCIÓN (Ponga con una X)

Analfabeta.....

Primaria Completa.....

Primaria Incompleta.....

Secundaria Completa.....

Secundaria Incompleta.....

Universitaria Completa.....

Universitaria Incompleta.....

Cuarto Nivel.....

7) CONSIDERA USTED QUE SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE ALCANZA PARA CUBRIR SUS NECESIDADES BÁSICAS?

Si..... No.....

8) NÚMERO DE EMBARAZOS ANTERIORES (Ponga con una X)

0.... 1.... 2.... 3.... MÁS DE 3....

9) TIPO DEL ÚLTIMO PARTO (Ponga con una X)

Cesárea..... Parto Normal.....

10) NÚMERO DE ABORTOS PREVIOS.....

11) EDAD GESTACIONAL ACTUAL EN SEMANAS.....

12) INICIO DE LA ANTENCIÓN PRENATAL (Ponga una X)

Primer trimestre (1 - 13 Semanas de embarazo).....

Segundo trimestre (14 – 26 Semanas de embarazo).....

Tercer trimestre (27 – 40 Semanas de embarazo).....

13) NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES (ENCIERRE EN UN CÍRCULO)

0 1 2 3 4 >4

14) RECIBÍ INFORMACIÓN DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICA?
(ENCIERRE EN UN CÍRCULO)

SI NO

SI NO RECIBIO INFORMACIÓN AQUÍ ACABA SU CUESTIONARIO. MUCHAS GRACIAS

15) QUIEN PROPORCIONO LA INFORMACION? (Marque con una X)

No recibió información.....

Familia.....

Vecinos.....

Personal de Salud.....

16) USTED ENTENDIÓ CON CLARIDAD LA INFORMACIÓN SOBRE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA QUE EL PROFESIONAL DE SALUD LE BRINDÓ DURANTE SU CONTROL PRENATAL?

(ENCIERRE EN UN CÍRCULO)

SI NO

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1. ¿Cree usted que los controles prenatales son importantes?	C		
2. ¿Usted cree que cuando una mujer se entera que está embarazada debe de iniciar su control prenatal de inmediato?	C		
3. ¿Cree usted que es normal presentar fiebre en el embarazo?		C	
4. Tener arcadas y vomito dentro de los primeros tres meses del embarazo ¿es normal?	C		
5. ¿Cree usted que tener la presión alta en el embarazo es bueno para el bebé?		C	
6. Si hay contracciones o dolores de parto frecuentes y muy dolorosos antes de los 8 meses ¿es señal de alarma?	C		
7. Presentar salida de líquido claro con olor a lejía que moja la ropa interior ¿Es normal en el embarazo?		C	
8. Si su bebé no se mueve durante más de dos horas ¿Es una señal de alarma en el embarazo?	C		
9. ¿Cree usted que el presentar dolor de cabeza, zumbido de oídos y visión borrosa es manifestación de una señal de alarma?	C		
10. ¿El presentar sangrado vaginal en abundante cantidad es una señal de alarma?	C		
11. ¿El aumento rápido de peso es un signo normal durante el embarazo?		C	
12. ¿Es normal presentar ardor al orinar durante el embarazo?		C	
13. Si una embarazada presenta hinchazón de manos, pies y/o cara ¿es señal de alarma?	C		
14. ¿Cuándo una paciente está embarazada es normal que presente convulsiones?		C	

C: Respuesta Correcta

I: Respuesta Incorrecta

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR FACULTAD DE MEDICINA HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, con CI: _____, he sido informada sobre la realización del estudio: "CONOCIMIENTO DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICA Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES SOCIOCULTURALES DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD URBANO CAYAMBE" llevado a cabo por: Srta. María Isabel Vargas y Sr. David Alejandro Olmedo, bajo la dirección de la Dra. Carmen Elena Cabezas, el cual servirá como tema de disertación previa al título de MÉDICOS CIRUJANOS, otorgados por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador:

DECLARO estar en pleno uso de mis facultades físicas y mentales.

CERTIFICO que toda la información recopilada al momento y a futuro, será fidedigna.

AFIRMO que estoy claramente consciente que ningún dato personal será revelado, debido a que todos se mantendrán en el anonimato.

RECONOZCO haber leído detenidamente el folio informativo anexo y solventado cualquier duda con los responsables.

ACEPTO formar parte del estudio anteriormente mencionado, desinteresadamente y con la seguridad de que en el caso de que se encontrara algo, el autor de este estudio pondrá en manos de la institución la solución necesaria.

DECLARO no haber recibido ni aportado con ningún estímulo material para representado formar parte de este proyecto, ya que nuestra participación es voluntaria.

CONFIRMO formar parte de esta Investigación, pero asimismo puedo disponer de mi retiro en cualquier fase del estudio, sin represalias de ningún tipo. Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad.

Atentamente

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante, y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento

Informado _____

ANEXO 3: HOJA INFORMATIVA

HOJA INFORMATIVA ACERCA DEL ESTUDIO

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a las mujeres embarazadas atendidas en la Consulta Externa del Centro de Salud Urbano Cayambe, que se les invita a participar en la investigación: “CONOCIMIENTO DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICA Y SU RELACION CON LOS FACTORES SOCIO CULTURALES DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD URBANO CAYAMBE EN EL PERIODO OCTUBRE-NOVIEMBRE 2016”

Información:

Introducción

Nosotros somos Estudiantes egresado de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, estamos realizando nuestro trabajo de disertación de manera independiente para graduarnos en la carrera de Medicina en esta universidad. Estamos investigando sobre la “CONOCIMIENTO DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA OBSTÉTRICA Y SU RELACION CON LOS FACTORES SOCIO CULTURALES DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE SALUD URBANO CAYAMBE EN EL PERIODO OCTUBRE-NOVIEMBRE 2016”. Les vamos a dar información e invitarles a participar de esta investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, nos comunica para darnos el tiempo a explicarle.

Propósito

Se debe tener siempre presente que detrás de un embarazo hay un mundo entero esperando la llegada de la nueva vida, motivo por el cual es obligación de todos los que brindan salud saber los factores socio culturales del medio en el que se encuentran y adaptarse a este para dar una información clara, concisa y real de los signos y síntomas de alarma obstétrica. El conocimiento es la única manera de poder combatir la mortalidad materna. Además no solo se tiene que brindar la información, sino se debe asegurar que la mujer embarazada este consiente y que el mensaje sea escuchado, aprendido y entendido para poder llevar un control prenatal adecuado rebajando los niveles de mortalidad materna. Con este estudio se podrá evaluar de manera real el conocimiento que tienen las mujeres embarazadas que son atendidas en la consulta externa del Centro de Salud Urbano de Cayambe y la relación con sus factores socioculturales.

Tipo de Intervención

Esta investigación incluirá únicamente esta encuesta

Selección de participantes

Se ha seleccionado esta población ya que en el Centro de Salud Urbano de Cayambe es el lugar donde acuden la mayor parte de mujeres embarazadas de la zona norte distrito de Salud 17D10 para su control prenatal, por ende es el lugar perfecto para evaluar el aprendizaje y entendimiento del conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétrica.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Procedimiento:

Previa firma de consentimiento informado usted llenara una encuesta anónima donde se valorara el conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétrica junto a recolección de factores socioculturales. Resultados que serán analizados posteriormente.

Duración

Únicamente tendrá que llenar este cuestionario una vez, con un tiempo aproximado de 15 minutos.

Beneficios del estudio

Con la obtención de estos datos se podrá saber la situación actual del conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétrica en las pacientes embarazadas atendidas en la consulta externa del Centro de Salud Urbano Cayambe. Y tomar medidas correctivas en la educación de ser necesario.

Molestias

El tiempo en llenar la encuesta es de alrededor de 15 minutos

Incentivos

No recibirá ningún tipo de pago o regalo por participar en esta investigación.

Obtención de consentimiento para la participación en el estudio

Posterior a recibir la información sobre los propósitos, beneficios, riesgo y posibles molestias, los participantes son voluntarios de decidir si desean participar o no en este estudio. Si desean hacerlo, deben firmar el consentimiento informado (Anexo 2), y contestar la encuesta adjunta.

Confidencialidad de la información

Las encuestas son anónimas, no se compartirá la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación, será puesta fuera de alcance y nadie, excepto los investigadores, tendrá acceso a verla.

Compartiendo los resultados

Si los resultados de este estudio se publican o presentan, no utilizaremos el nombre de los participantes. Las autoridades de esta institución han sido informadas y han aceptado la realización de esta encuesta.

Derecho a negarse

Usted no tiene por qué tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

Contactos

Si tiene cualquier pregunta, puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactarse con cualquiera de las siguientes personas:

María Isabel Vargas tel: 0987828041 e-mail: isa_vargas03@hotmail.com

David Alejandro Olmedo tel: 099-661-1336 e-mail: olmenorris@hotmail.com

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el Subcomité de Ética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que es un comité cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, contacte.

Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Avenida 12 de Octubre 1076, Vicente Ramón Roca, Quito, Ecuador