

FACTORES ASOCIADOS AL CONOCIMIENTO DE LAS SEÑALES DE ALARMA EN EL EMBARAZO EN GESTANTES, LIMA 2017

Jesús A. Vargas-Vilca^{1,a}, Consuelo Luna-Muñoz^{2,a,b}, Víctor E. Loza-Becerra, Melvyn H. Chavez-Mauricio^{1,2,b}, Dante M. Quiñones-Laveriano^{2,a}

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados al nivel de conocimiento de las señales de alarma en el embarazo en gestantes atendidas en los consultorios externos pertenecientes al Departamento de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en 2017. **Materiales y métodos:** Estudio transversal, observacional, analítico; con muestro no probabilístico por conveniencia a 196 gestantes de consultorios externos del Departamento de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante los meses de octubre, noviembre y diciembre 2017. Los datos fueron recolectados con una encuesta estructurada y las variables categóricas se analizaron con test de χ^2 y se utilizó el modelo de regresión logística, calculándose OR ajustados con sus respectivos intervalos de confianza. **Resultados:** Edad promedio de 26 años \pm 5.36 años. La soltería en las gestantes actuó como un factor protector del nivel de conocimiento alto de las señales de alarma del embarazo (OR: 0.362; IC95%: 0.362-0.947; $p=0.033$). **Conclusiones:** Existe una relación entre gestantes solteras con el nivel de conocimiento alto de las señales de alarma en el embarazo en la población del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el 2017, si la gestante es soltera presenta 0.3 veces la posibilidad de tener un nivel alto de conocimiento de las señales de alarma en el embarazo; actúa como factor protector.

Palabras claves: Señales de alarma; Embarazo; Conocimiento. (fuente DeCS BIREME).

FACTORS ASSOCIATED WITH THE KNOWLEDGE OF DANGER SIGNS IN PREGNANCY IN WOMEN, LIMA 2017

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with the level of awareness of the danger signs in pregnancy in women seen in outpatient clinics belonging to the Department of Gynecology and Obstetrics at the Hipolito Unanue National Hospital in 2017. **Materials and methods:** Cross-sectional, observational, analytical study; with non-probabilistic sampling for convenience to 196 pregnant women from outpatient clinics of the Department of Gynecology and Obstetrics at the Hipolito Unanue National Hospital during the months of October, November and December 2017. The data was collected with a structured survey and the categorical variables were analyzed with χ^2 test and the logistic regression model was used, calculating adjusted OR with their respective confidence intervals. **Results:** Average age of 26 years \pm 5.36 years. Single motherhood in pregnant women acted as a protective factor for the high level of awareness of the danger signs of pregnancy (OR: 0.362, 95% CI: 0.362-0.947, $p = 0.033$). **Conclusions:** There is a association between single pregnant women with the high level of knowledge of alarm signals in pregnancy in the population of the Hipolito Unanue National Hospital in 2017, if the pregnant woman is single she presents 0.3 times the possibility of having a high level of knowledge of warning signs in pregnancy; it acts as a protective factor.

Keywords: Danger signs; Pregnancy; Awareness. (Source DeCS BIREME).

INTRODUCCIÓN

La salud materna y la salud perinatal son ejes claves en el desarrollo del país; las medidas destinadas a disminuir la mortalidad materna se traducen en menores tasas de la mortalidad perinatal^{1,2}. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mortalidad materna es inaceptablemente alta a nivel mundial; diariamente mueren en el mundo 830 mujeres por complicaciones relacionadas a la gestación o el parto. Para finales del 2015, se calcula que han muerto unas

303 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos; presentándose en su mayoría en países de bajos ingresos como el nuestro, siendo estas muertes evitables¹.

La OMS estimó que en el mundo hubo 2,6 millones de niños nacidos muertos en 2015, la mayoría en los países en desarrollo, siendo el 98% no desarrollados o en vías de desarrollo como el Perú³. Aproximadamente la mitad de todas las muertes fetales ocurren en el período durante el parto, lo que representa el mayor tiempo de riesgo³.

¹ Licenciada en psicología. Universidad Científica del Sur

² Médico Ginecólogo-Obstetra. Profesor Ordinario de Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima-Perú.

Citar como: Vargas-Vilca JA, Luna-Muñoz C, Loza-Becerra VE, Chavez-Mauricio MH, Quiñones-Laveriano DM. Factores asociados al conocimiento de las señales de alarma en el embarazo en gestantes, Lima 2017. Rev Peru Investig Matern Perinat 2020; 9(1): 22-7.

DOI <https://doi.org/10.33421/inmp.2020186>

Recibido: 15-02-20 Aprobado: 12-03-20

Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, la mortalidad materna para por es alrededor de 565 casos desde los últimos 20 años con tendencia a disminuir, siendo 57,7% por muerte materna directa hasta la semana epidemiológica 3 del 2020, no llegando a la meta establecida en los objetivos de desarrollo del milenio, la cual estaba establecida en 70 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos⁴. Simultáneamente, la tasa de mortalidad perinatal para el año 2014 fue de 15 nacidos muertos y muertes en los primeros 7 días de vida del recién nacidos por cada mil nacidos vivos no llegando al objetivo de menos de 12 por cada 100 mil recién nacidos vivos^{5,6}.

Colachahua (2015) realizó un estudio en el Instituto Nacional Materno Perinatal acerca del nivel de conocimiento de las señales de alarma en pacientes con morbilidad materna extrema; donde se determinó que a pesar de tener una experiencia cercana a la muerte, sólo el 3,3% de las pacientes tenía un nivel alto de conocimiento de las señales de alarma del embarazo⁷.

En el Perú se necesita investigaciones que señalen cuáles son los factores de riesgo que condicionan el nivel de conocimiento de estas señales, actualmente no hay información actualizada disponible sobre el tema por lo que es necesario obtenerla para que el personal de salud pueda intervenir oportunamente. Por lo expuesto anteriormente no propusimos determinar los factores asociados al nivel de conocimiento de las señales de alarma en el embarazo en gestantes atendidas en los consultorios externos pertenecientes al Departamento de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en 2017.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo y diseño de la investigación. Fue un estudio observacional, analítico, y transversal.

Población y muestra. La población estuvo conformada por gestantes, atendidas por médicos especialistas en los consultorios externos pertenecientes al Departamento de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU). Se realizó un muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó la fórmula para cálculo de poblaciones finitas. Se decidió encuestar al doble del número calculado dando como resultado final 196 gestantes encuestadas

Variables. Se consideró como variable dependiente al nivel de conocimiento de las señales de alarma del embarazo y como variables independientes: edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación actual, grado de instrucción de la pareja, ubicación de la vivienda, gestaciones previas, partos institucionales previos, controles prenatales previos a la gestación actual,

información previa sobre las señales de alarma en el embarazo, fuente de información sobre las señales de alarma en el embarazo.

La recolección fue mediante encuesta con puntaje según cuestionario de Colachahua 2015 validado mediante una prueba binomial por juicio de 5 expertos, basándose en 7 criterios, 1)El instrumento recoge información que permite dar respuesta de al problema de investigación, 2)El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio, 3)la estructura del instrumento es adecuada, 4)Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable, 5)La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento, 6) Los ítems son claros y entendibles, 7)El número de ítems es adecuado para su aplicación; obteniendo un $p < 0.005$, existiendo concordancia favorable; siendo los datos recolectados de una encuesta tipo cuestionario, el cual emplea 14 preguntas y dependiendo del número de aciertos se clasifica de la siguiente manera: Nivel alto: 11 a 14 puntos (puntajes superiores al percentil 75); nivel regular: 7 a 10 puntos (puntajes entre el percentil 50 y percentil 75); nivel bajo: 0 a 6 puntos (puntajes inferiores al percentil 50). Esta categorización se sustenta en el uso estándar de calificación de desaprobados (menor de la mitad cuyo punto de corte es la mediana) y de calificación de aprobados (puntajes altos cuyo punto de corte son el 25%, percentil 75, que tuvieron mayor calificación(7). Para validar lo anterior que utilizo la prueba de KR20 con un coeficiente de 0,247.

Procedimientos. El Estudio fue aprobado por el Hospital Nacional Hipólito Unanue el 28 de Setiembre del 2017. Se seleccionaron a las pacientes que acudieron en horas de la mañana durante el mes de octubre, noviembre y/o diciembre del mismo año de aprobación. Personal previamente capacitado implementó la encuesta en las gestantes antes de su ingreso a consultorio de Gineco-Obstetricia. Se le solicitó asentimiento verbal a cada paciente acerca del estudio para solicitar su participación. La recolección de datos incluyó: datos socio demográficos, datos educativos de la pareja, datos obstétricos, datos sobre las señales de alarma en el embarazo y el cuestionario para estimar el nivel de conocimiento de las señales de alarma en el embarazo.

Consideraciones éticas. Post la elaboración del proyecto de investigación, este se presentó al comité institucional de ética en investigación (CIEI) del Hospital Nacional Hipólito Unanue, para que cumpla con las normativas éticas vigentes. Se aseguró que los individuos que participen, sólo cuando ésta es compatible con sus valores, intereses y preferencias; y lo hagan voluntariamente con el uso de un asentimiento informado.

Protección de los sujetos: En este estudio no se puso en riesgo la salud de las personas. Se garantizó la

confidencialidad de los resultados obtenidos de la encuesta aplicada, proporcionándoles información al término del estudio sobre estos resultados.

Análisis estadístico. Se trabajó con un 95% de confianza con un nivel de significancia estadística $p < 0,05$. Las variables categóricas se analizaron con test de chi-cuadrado. Para verificar los factores asociados se utilizó el modelo de regresión logística, calculándose OR ajustados con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Se empleó el software de análisis estadístico "IBM SPSS Statistics Base" Versión 20.0 para el análisis de

las variables y se usó el software Microsoft Excel para la realización de las tablas y/o gráficos.

RESULTADOS

Entre octubre y diciembre del año 2017 se realizó 196 encuestas de las cuales 181 gestantes (92,3%) estaban entre los 18 a 34 años, asimismo el grado de instrucción predominante fue secundario con 77,6%, y su gran mayoría fueron amas de casa con 77,6%, el resto de datos se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Datos generales de las gestantes.

Edad	Años*	Mediana	Rango Intercuartílico
		25	22 - 29
		Frecuencia	Porcentaje
Grado de Instrucción	Sin instrucción	1	0,5%
	Primaria	15	7,7%
	Secundaria	152	77,6%
	Superior Técnica	24	12,2%
	Superior Profesional	4	2,00%
Estado Civil	Soltera	26	13,3%
	Casada	9	4,6%
	Conviviente	160	81,6%
	Separada	1	0,5%
Ocupación	Ama de Casa	152	77,6%
	Estudiante	11	5,6%
	Trabajadora Eventual	4	2,00%
	Trabajadora Independiente	4	2,00%
	Trabajadora Dependiente	24	12,2%
	Desempleada	1	0,5%
Grado de Instrucción de la Pareja	Primaria	3	1,7%
	Secundaria	128	74,4%
	Superior técnica	27	15,7%
	Superior Profesional	14	8,1%
Ubicación de la Vivienda	Área Urbana	196	100,00%
	Área Rural	0	0,00%
Número de Controles prenatales	0 - 5 CPN	172	87,8%
	≥ 6 CPN	24	12,2%
Numero de Gestaciones previas	0	51	26,00%
	≥ 1	145	74,00%
Número de partos en Establecimientos de Salud	0	67	34,2%
	≥ 1	129	65,8%
Recibió información previa sobre las señales de alarma del embarazo	Sí	176	89,8%
	No	20	10,2%
Fuentes de información de las señales de Alarma	Personal de Salud	170	96,6%
	Otros	6	3,4%
Nivel del Conocimiento de las señales de alarma del Embarazo	Alto	83	42,4%
	Regular	112	57,1%
	Bajo	1	0,5%

* Variable Cuantitativa (Mediana y Rango Intercuartílico).

Tabla 2. Tabla de contingencia entre estado civil y el nivel de conocimiento alto de las señales de alarma del embarazo.

		Nivel de Conocimiento alto de las señales de alarma del embarazo		Total	p	OR	Intervalo de Confianza de 95%	
		SI	NO				Inferior	Superior
Edad	≥ 35 años	5 (6%)	10 (8,8%)	15 (7,7%)	0,465	0,660	0,217	2,010
	< 35 años	78 (94%)	103 (91,2%)	181 (92,3%)				
Grado de Instrucción	Educación Superior	12 (14,5%)	16 (14,2%)	28 (14,3%)	0,953	1,025	0,456	2,300
	Sin Educación Superior	71 (85,5%)	97 (85,8%)	168 (85,7%)				
Estado Civil	Soltero	6 (7,2%)	20 (17,7%)	26 (13,3%)	0,033	0,362	0,139	0,947
	Casado	77 (92,8%)	93 (82,3%)	170 (86,7%)				
	Conviviente	71 (85,5%)	89 (78,8%)	160 (81,6%)	0,228	1,596	0,746	3,411
	No Conviviente	12 (14,5%)	24 (21,2%)	36 (18,4%)				
Ocupación Actual	Ama de Casa	70 (84,3%)	82 (72,6%)	152 (77,6%)	0,051	2,036	0,989	4,190
	No Ama de Casa	13 (15,7%)	31 (27,4%)	44 (22,4%)				
Grado de Instrucción de la pareja	Educación Superior	18 (23,4%)	23 (24,2%)	41 (23,8%)	0,899	0,955	0,471	1,935
	Sin Educación Superior	59 (76,6%)	72 (75,8%)	131 (76,2%)				
Número de controles prenatales	≥ 6 CPN	12 (14,5%)	12 (10,6%)	24 (12,2%)	0,421	1,423	0,605	3,348
	< 6 CPN	71 (85,5%)	101 (89,4%)	172 (87,8%)				
Número de Gestaciones Previas	≥ 1	64 (77,1%)	81 (71,7%)	145 (74%)	0,395	1,331	0,691	2,563
	Sin gestación previa	19 (22,9%)	32 (28,3%)	51 (26%)				
Número de partos en Establecimiento de País	≥ 1	58 (69,9%)	71 (62,8%)	129 (65,8%)	0,306	1,372	0,750	2,512
	Nunca	25 (30,1%)	42 (37,2%)	67 (34,2%)				
Recibir Información sobre las señales de Alarma del Embarazo	Sí	76 (91,6%)	100 (88,5%)	176 (89,8%)	0,485	1,411	0,537	3,709
	No	7 (8,4%)	13 (11,5%)	20 (10,2%)				
Fuente de Información de la Señales de Alarma del Embarazo	Personal de Salud	74 (97,4%)	96 (96%)	170 (96,6%)	0,623	1,542	0,275	8,646
	Otros	2 (2,6%)	4 (4%)	6 (3,4%)				

En la tabla 2 se observa que la soltería de las gestantes actúa como un factor protector del nivel de conocimiento alto de las señales de alarma del embarazo (OR: 0.362; IC95%: 0.139-0.947; p=0.033); y es estadísticamente significativo. Además, se observa que las gestantes convivientes no tienen una razón de probabilidades estadísticamente significativa de presentar un nivel de conocimiento alto (OR: 1.596; IC95%: 0.746-3.411; p=0.228).

DISCUSIÓN

El presente estudio se aproxima a representar de manera adecuada la conducta de las mujeres durante las etapas iniciales de gestación y la exposición a factores de

riesgo que condicionen un adecuado reconocimiento del embarazo; a su vez los resultados expuestos contribuyen de manera circunstancial y aditiva a estudios que buscan disminuir la mortalidad materna en población de alto riesgo, que a su vez pueden condicionar mayor muerte perinatal.

Se ha estudiado el estado civil de las gestantes para determinar si se asocia al conocimiento de las señales de alarma en el embarazo. En la investigación se encontró que la soltería es un factor protector del nivel de conocimiento alto de las señales de alarma en el embarazo (OR: 0.36; IC95%: 0.14-0.95). No se encontró asociación con significancia estadística con otros estados civiles. Ser madre soltera acarrea un enorme riesgo de sufrir procesos de exclusión social, que podrían ocasionar

que las gestantes no tengan un nivel de conocimiento alto de las señales de alarma en el embarazo⁹.

La edad materna ha sido determinada como factor de riesgo obstétrico, en un estudio realizado por Heras Perez B et al en el 2011 comparó los resultados perinatales de gestantes entre pacientes mayores de 35 años con un grupo control menor de 35 años; obteniendo que la morbilidad materna fue superior en el grupo de edad avanzada (RR 5.98; IC95%: 1.35-26.54)¹⁰. En el presente estudio se analizó gestantes de 26 ± 5.36 años y se categorizó según edad con un punto de corte de 35 años. En el análisis no hubo relación estadística significativa por lo que se plantea que la edad a pesar de ser un riesgo obstétrica, no aumenta el riesgo ni disminuye el reconocer las etapas iniciales de la gestación, lo cual guarda similitud con el estudio realizado por Hailu et al¹¹.

En el análisis no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y el conocimiento de señales de alarma, lo cual difiere del estudio de Hailu et al donde estimaron, con una población de 743 gestantes, que tener 9 o más años de nivel educativo tenía una asociación independiente con el conocimiento sobre señales de alarma en el embarazo¹¹. Posteriormente, Hailu y Berhe en el 2014 determinaron que la educación formal se asocia a que las gestantes tengan 2.51 veces la probabilidad de conocer las señales de alarma en el embarazo¹². En el Perú, la educación básica regular se divide en tres niveles: Inicial (0-5 años), Primaria (1°-6° grado) y Secundaria (1°-5° grado)¹³. En la investigación, 195 (99%) gestantes tenía educación primaria o superior y 195 (99%) tenía un nivel de conocimiento de las señales de alarma regular o alto.

En el 2012 en Jordania, Okour et al encontraron asociación entre la duración de la educación de los esposos y el conocimiento de las señales de alarma en el embarazo; si los esposos tenían más de 12 años de estudio existía una razón de probabilidades de 2.35 veces de tener conocimiento de los signos y síntomas de alarma en las gestantes (OR: 2.35; IC95%: 1.13-4.88)¹⁴. En la investigación, se comparó la educación superior de las parejas con el nivel de conocimiento alto de las señales de alarma en el embarazo en las gestantes, y no se encontró asociación estadísticamente significativa. Las diferencias culturales, religiosas (93.1% son musulmanes, 4.1% son cristianos y el restante son chiíes y drusos) y sociales de Jordania podría ocasionar estar diferencias en los resultados y tendrían que ser analizadas en estudios posteriores¹⁵.

Un estudio realizado por Hailu et al encontró asociación entre el matrimonio y el conocimiento de las señales de alarma en el embarazo (OR: 31.9; IC95%: 6.6-153.7); sin embargo, en la investigación no se encontró asociación¹¹.

Se podría deber a diferencias culturales, religiosas (61% son cristianos, 33% son musulmanes y 5% tienen creencias tradicionales) y/o sociales propias de Etiopía, no analizadas en este estudio¹⁶.

Hailu y Berhe en el 2014 no encontraron asociación entre ser ama de casa y conocimiento de las señales de alarma (OR: 0.8; IC95%: 0.41-1.57), estos datos no difieren del estudio realizado¹². Con la información brindada, se puede decir que la ocupación que actualmente está realizando la gestante no se asocia al conocimiento de las señales de alarma en el embarazo; y no debería ser medida en estudios posteriores por no ser relevante estadísticamente.

Los controles prenatales son oportunidades de comunicación directa con la gestante para ofrecerle la información y orientación que promueva la construcción de conocimientos, la aceptación y práctica de conductas saludables y la toma de decisiones responsables y oportunas en el proceso del embarazo¹⁷. El personal de salud durante los controles prenatales debe brindar contenidos en periodos de tiempos con mensajes preventivo-promocionales en salud materna a ser transmitido a las gestantes, siendo obligatorio la información sobre señales de alarma durante el embarazo¹⁷. Además hay que mencionar que una gestante durante su embarazo se considera controlada si tiene 6 o más controles prenatales¹⁷.

Controles prenatales previos (6 o más) no se asoció a mayor a conocimiento de señales de alarma. La mayoría de gestantes que recibió información previa sobre reconocimiento de señales de alarma así como información directa de personal de salud, tampoco se asoció a mayor reconocimiento lo cual no asemeja con un estudio realizado por Pembe et al¹⁸ en el 2009 encontró que las gestantes que tenían 4 o más controles prenatales tenían 1.5 (IC95%: 1.2-2.0) veces la posibilidad de tener conocimiento de las señales de alarma, y que si las gestantes habían recibido información sobre los riesgos/complicaciones durante el embarazo tenían 2.3 (IC95%: 1.7-3.3) veces la posibilidad. Posteriormente, Okour¹⁴ en el 2012 encontró que las gestantes tenían 2.63 (IC95%: 1.15-6.0) veces la posibilidad de tener conocimiento de los signos y síntomas de complicaciones en el embarazo si recibían información proveniente de un doctor o de un personal de salud.

A continuación, el número de gestaciones previas se analizó y no se encontró asociación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento de las señales de alarma en el embarazo. En 2009 en Tanzania, Pembe et al encontró asociación entre tener 2 o más hijos con el conocimiento de las señales de alarma (OR: 1.7; IC95%: 1.2-2.3); sin embargo, Hailu en el 2010 y Kabakyenga en el 2011 tampoco encontraron una asociación estadísticamente significativa^{11,18,19}. Las diferencias culturales propias de cada país podrían ser la causa de la incongruencia de los resultados, pero también se podría deber a la calidad de los cuidados prenatales de cada servicio de salud de cada país.

Para finalizar, se analizó el número de partos atendidos en establecimientos de salud y tampoco se encontró asociación con el nivel de conocimiento alto de las señales de alarma en el embarazo en las gestantes. Sin embargo,

el estudio de Hailu en el 2014 encontró que las gestantes tenían 11.87 veces la posibilidad de tener conocimiento de las señales de alarma en el embarazo si había tenido al menos un parto en un establecimiento de salud (OR: 11.87; IC95%: 4.74-29.73)¹². Esta diferencia entre resultados plantea la posibilidad que las diferencias culturales o la calidad del servicio de salud que se está brindando a las gestantes podría estar ocasionando estas variaciones.

Las limitaciones del estudio se debieron a que esta se baso en un muestreo por conveniencia, por lo que, los resultados no son extrapolables a todas las poblaciones, sino que solo son aplicables para la muestra escogida. Sin embargo, esto podría darnos una idea de como se comportan estas variables en este tipo de poblaciones. Además, el instrumento utilizado en la recolección de datos tiene un alfa de crombach bajo, lo cual podría ser interpretado como un poco confiabilidad. Sin embargo, el alfa de crombach de este instrumento también puede ser traducido en la necesidad de una mejora del instrumento de recolección de datos para futuros estudios.

Se concluyen que, ser soltera es un factor protector de modo que las madres en esta condición tienen mejor conocimiento de las señales de alarma que pueden presentarse durante su gestación. Pero, a pesar, que las demás variables en nuestro estudio no presentaron relaciones estadísticamente significativas no descartamos que futuros estudios en poblaciones distintas a la nuestra puedan echar nuevas luces sobre la relación de estos factores con la prevención de las señales de alarma. Por ello, esperamos lograr en el futuro que las gestantes tengan un nivel de conocimiento alto de las señales de alarma en el embarazo, y a su vez ayude a prevenir la mortalidad materna y/o perinatal.

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener algún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- World Health Organization. Mortalidad materna [Internet]. WHO. [citado 10 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Aristizábal JF, Gómez GA, Lopera JF, Orrego LV, Restrepo C, Monsalve G, et al. Paciente obstétrica de alto riesgo: ¿dónde debe realizarse su cuidado periparto? Rev Colomb Obstet Ginecol. junio de 2005;56(2):166-75.
- World Health Organization. Stillbirths [Internet]. WHO. [citado 16 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/stillbirth/en/
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [Internet]. [citado 10 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=154%20.
- Ministerio de Salud del Perú. Mortalidad materna se redujo 10% entre 2010 y 2014 [Internet]. [citado 16 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16498>
- United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. [citado 29 de abril de 2016]. Disponible en: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>
- Colachahua-Baldoceña MR. 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. Tesis Digit - UNMSM [Internet]. 2015 [citado 24 de abril de 2016]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4191>
- Ticona-Rebagliati D, Torres-Bravo L, Veramendi-Espinoza L, Zafra-Tanaka JH. Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, Perú. Rev Peru Ginecol Obstet. abril de 2014;60(2):123-30.
- Jiménez I. Ser madre sin pareja: Circunstancias y vivencias de la maternidad en solitario. Portularia. 2003;3:161-78.
- Heras-Pérez B, Gobernado-Tejedor J, Mora-Cepeda P, Almaraz-Gómez A. La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. Prog Obstet Ginecol. :575-80.
- Hailu M, Gebremariam A, Alemseged F. Knowledge about Obstetric Danger Signs among Pregnant Women in Aleta Wondo District, Sidama Zone, Southern Ethiopia. Ethiop J Health Sci. marzo de 2010;20(1):25-32.
- Hailu D, Berhe H. Knowledge about Obstetric Danger Signs and Associated Factors among Mothers in Tsegedie District, Tigray Region, Ethiopia 2013: Community Based Cross-Sectional Study: e83459. PLoS One [Internet]. 2014 [citado 26 de abril de 2016];9(2). Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1495648189/abstract/CE10DF78317401BPQ/5>
- Ministerio de educación del Perú. Diseño Curricular Nacional de educación básica regular [Internet]. [citado 7 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.minedu.gob.pe/normatividad/reglamentos/Disen%C3%93CurricularNacional.pdf>
- Okour A, Alkhateeb M, Amarin Z. Awareness of danger signs and symptoms of pregnancy complication among women in Jordan. Int J Gynecol Obstet. julio de 2012;118(1):11-4.
- Ministerio de asuntos exteriores y de cooperación de España. Jordania: Reino Hachemita de Jordania [Internet]. [citado 13 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/JORDANIA_FICHA%20PAIS.pdf
- Berhanu A. Ethiopia: A Model Nation of Minorities. En 2005 [citado 10 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://bxabeg.people.wm.edu/Ethiopia.Census%20Portrait.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú. Información y orientación en el control prenatal [Internet]. [citado 11 de febrero de 2018]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1315_p-2000251-2.pdf
- Pembe AB, Urassa DP, Carlstedt A, Lindmark G, Nyström L, Darj E. Rural Tanzanian women's awareness of danger signs of obstetric complications. BMC Pregnancy Childbirth. 26 de marzo de 2009;9:12.
- Kabakyenga JK, Östergren P-O, Turyakira E, Pettersson KO. Knowledge of obstetric danger signs and birth preparedness practices among women in rural Uganda. Reprod Health. 16 de noviembre de 2011;8:33.

Correspondencia:

Dante M. Quiñones Laveriano
 Dirección: Av. Benavides 5440 – Santiago de Surco – Lima, Perú.
 Correo: dante.quinones@urp.edu.pe
 Teléfono: 984725252