

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**EFFECTIVIDAD DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS CON ENFOQUE  
PROMOCIONAL EN EL CONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA EN  
GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, 2025**

**PRESENTADO POR:**

Br. FANY ESTHER LOBATON QUISPE

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE  
OBSTETRA**

**ASESORA:**

Dra. MERCEDES JANQUI ESQUIVEL

**ANDAHUAYLAS – PERÚ**

**2025**



# Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

## INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el Asesor MERCEDES JANQUI ESQUIVEL  
..... quien aplica el software de detección de similitud al  
trabajo de investigación/tesis titulada: EFFECTIVIDAD DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS CON  
ENFOQUE PROMOCIONAL EN EL CONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA EN GESTANTES  
DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, 2025

Presentado por: FANY ESTHER LOBATON QUISPE DNI N° 74243405;  
presentado por: ..... DNI N°: .....  
Para optar el título Profesional/Grado Académico de OBSTETRA

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el  
Software de Similitud, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso del Sistema Detección de**  
**Similitud en la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 4%.

### Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	<input checked="" type="checkbox"/>
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	<input type="checkbox"/>
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el Informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	<input type="checkbox"/>

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto**  
las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 08 de NOVIEMBRE de 2025

  
.....  
Firma

Post firma MERCEDES JANQUI ESQUIVEL

Nro. de DNI 44724756

ORCID del Asesor 0000-0001-9844-9225

### Se adjunta:

- Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
- Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: **oid:** 27259:525105997

# EFFECTIVIDAD DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS CON ENFOQUE PROMOCIONAL EN EL CONOCIMIENTO DE SIGNO...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

## Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:525105997

Fecha de entrega

8 nov 2025, 6:55 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

8 nov 2025, 7:00 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

EFFECTIVIDAD DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS CON ENFOQUE PROMOCIONAL EN EL CONOCIMIE....docx

Tamaño del archivo

26.9 MB

102 páginas

17.803 palabras

100.750 caracteres




# 4% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

## Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 25 palabras)

## Fuentes principales

- 4%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 2%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

## PRESENTACIÓN

ES GRATO DIRIGIRME A USTEDES, DR. ELEAZAR CRUCINTA UGARTE, RECTOR DE LA TRICENTENARIA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO Y DR. NERIO GONGORA AMAUT, DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

En conformidad con el reglamento de grados y títulos de la Escuela Profesional de Obstetricia, Facultad Ciencias de la Salud, perteneciente a la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, con la finalidad de optar al Título Profesional de Obstetra, hago de vuestro conocimiento la tesis que tiene por título **“EFECTIVIDAD DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS CON ENFOQUE PROMOCIONAL EN EL CONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, 2025”**. Este trabajo de investigación pretende contribuir al conocimiento teórico y científico, como también servir como base para investigaciones futuras relacionadas con la investigación actual.

## **DEDICATORIA**

A Dios, por darme la fortaleza para seguir adelante en cada paso que he dado y regalarme sabiduría en los momentos más difíciles de mi vida. Dedicado especialmente a mi querido hijo Dylam, mi pequeño angelito que partió antes de que pudiéramos cumplir nuestra promesa. Fuiste, eres y serás mi mayor inspiración para continuar, este logro también es tuyo, mi amor bonito. A mis queridos padres, Simón y Asuntina por brindarme su apoyo incondicional en todo momento de mi vida. A mi hermano Hernan, por alentarme a cumplir todos mis proyectos. A mis amigos, por sus sabios consejos y recordarme a no rendirme.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecer a mi amado hijo Dylam Andreu, por haber llegado a mi vida y hacerme sentir la madre más feliz del mundo. Gracias por enseñarme el significado del amor verdadero y el vínculo que nos une perduraran para siempre. Aunque ya no estes conmigo, esta tesis es una forma de honrar tu memoria, y de cumplir una de nuestras promesas, sé que me acompañas espiritualmente y que vivirás eternamente en mi alma, mi primer bebé.

A mi familia, primeramente, a mi papá Simón Lobatón, por ser un pilar fundamental en mi vida e impulsarme a culminar mis proyectos y por su amor incondicional a mi querido hijo Dylam.

A mi madre Asuntina y hermano Hernán por el apoyo en cada etapa de mi vida y por sus sabios consejos para seguir adelante.

A mis amigos por impulsarme a seguir adelante, y alentarme a superar mis temores al emprender nuevos desafíos.

A mi asesora por su valiosa orientación, compromiso y paciencia en el desarrollo de la investigación de esta tesis que fue clave para culminar la presente tesis.

## ÍNDICE GENERAL

LISTA DE TABLAS.....	viii
RESUMEN .....	ix
ABSTRACT .....	x
INTRODUCCIÓN .....	xi
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	1
1.1. Situación problemática.....	1
1.2. Formulación del problema.....	5
1.2.1 Problema general.....	5
1.2.2 Problemas específicos.....	5
1.3. Justificación de la investigación .....	5
1.3.1. Teórica.....	5
1.3.2. Metodológica .....	6
1.3.3. Práctica.....	6
1.4. Objetivos de la investigación.....	7
1.4.1 Objetivo general.....	7
1.4.2 Objetivos específicos .....	7
II. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	8
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	8
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	10
2.1.3. Antecedentes regionales /locales .....	13
2.2. Bases teóricas.....	13
2.3. Bases conceptuales .....	20
2.4. Definición de términos básicos.....	26



III. HIPÓTESIS Y VARIABLES .....	28
3.1. Hipótesis de la investigación .....	28
3.1.1. Hipótesis general .....	28
3.2. Identificación de variables .....	28
3.3. Operacionalización de variables .....	29
IV. METODOLOGÍA .....	31
4.1. Ámbito de estudio: localización política y geográfica .....	31
4.2. Tipo y nivel de investigación .....	31
4.3. Unidad de análisis .....	32
4.4. Población de estudio .....	32
4.5. Tamaño de muestra .....	32
4.6. Técnicas de selección de muestra .....	33
4.7. Técnicas de recolección de información .....	33
4.8. Técnicas de análisis e interpretación de la información .....	35
4.9. Técnicas para demostrar la verdad o falsedad de las hipótesis planteadas .....	35
V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	36
5.1. Procesamiento, análisis, interpretación y discusión de resultados.....	36
5.2. Pruebas de hipótesis.....	39
5.3. Discusión .....	41
VI. CONCLUSIONES .....	44
VII. RECOMENDACIONES.....	45
VIII. BIBLIOGRAFÍA .....	46
VII. ANEXOS .....	57
a. Matriz de consistencia.....	57

b. Solicitud de validación.....	59
c. Hoja de criterios para la evaluación por jueces expertos .....	60
d. Validación del instrumento por juicio de expertos .....	60
e. Lista de expertos.....	66
f. Instrumento de recolección de datos .....	67
g. Confiabilidad del instrumento.....	74
h. Evidencias fotográficas .....	76
i. Sesiones educativas en visitas domiciliarias a gestantes .....	79
j. Otros anexos .....	88

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Estadísticos descriptivos para Edad .....	36
<b>Tabla 2.</b> Distribución de las variables Sociodemográficas .....	36
<b>Tabla 3.</b> Nivel de conocimiento de los signos de alarma previo a las visitas domiciliarias con enfoque promocional en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025.....	38
<b>Tabla 4.</b> Nivel de conocimiento de los signos de alarma después de las visitas domiciliarias con enfoque promocional en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025.....	38
<b>Tabla 5.</b> Prueba de distribución de normalidad .....	39
<b>Tabla 6.</b> Resultados de la prueba de T de Student.....	40
<b>Tabla 7.</b> Resultados de KR 20 para pre test .....	74
<b>Tabla 8.</b> Resultados de KR 20 para post test.....	74
<b>Tabla 9.</b> Resultados de KR 20 para pre test y post test .....	74

## RESUMEN

El estudio tiene como objetivo evaluar la efectividad de las visitas domiciliarias con enfoque promocional en el conocimiento de signos de alarma en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025. Por medio de un estudio tipo aplicado, enfoque cuantitativo y diseño pre experimental, se evaluó a 42 gestantes que fueron seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico, utilizando un pretest y post test. Los hallazgos mostraron que, en la primera evaluación, el nivel de conocimiento era medio entre el 59,5% y bajo entre el 40,5%, mientras que ninguna gestante tenía un nivel alto. Posteriormente, tras las visitas domiciliarias, todas las participantes alcanzaron un alto conocimiento. El uso de la prueba t de Student evidenció que la diferencia entre las puntuaciones antes y después de la intervención fue altamente significativa ( $p < 0.0001$ ). Se concluye que las visitas domiciliarias promocionales resultaron ser efectivas para aumentar el nivel de conocimiento de los signos de alarma entre las mujeres embarazadas, siendo una estrategia factible y adecuada para la atención primaria, especialmente en situaciones de acceso restringido a la información de salud.

**Palabras clave:** Conocimiento, Signos de alarma, Embarazadas, Efectividad.

## **ABSTRACT**

This study evaluated the effectiveness of home visits with a promotional focus on awareness of warning signs among pregnant women at the San Jerónimo Health Center, 2025. Using an applied study with a quantitative approach and a pre-experimental design, 42 pregnant women were evaluated. They were selected through non-probability sampling, using a pre-test and post-test. The findings showed that, in the first evaluation, the level of knowledge was medium (59.5%) and low (40.5%), while no pregnant women had a high level. Subsequently, after the home visits, all participants achieved a high level of knowledge. The use of the Student t-test showed that the difference between the scores before and after the intervention was highly significant ( $p < 0.0001$ ). It is concluded that promotional home visits were effective in increasing awareness of warning signs among pregnant women, making them a feasible and appropriate strategy for primary care, especially in situations with restricted access to health information.

**Keywords:** knowledge, warning signs, pregnant women, effectiveness.

## INTRODUCCIÓN

A nivel internacional, la morbilidad y la mortalidad materna sigue siendo un problema de salud pública global significativo, con la mayoría de las 830 muertes maternas diarias por complicaciones del embarazo, el parto y el posparto siendo prevenibles con intervenciones adecuadas y oportunas. Se conoce que una de las principales razones de estas muertes es que las mujeres embarazadas no reconocen los signos de alarma, además de existir demoras en la búsqueda de atención médica.

En este contexto, las visitas domiciliarias con un propósito promocional son una herramienta adecuada para lograr un mejor acceso a la información, fortalecer la relación entre los profesionales de salud y las mujeres embarazadas, e identificar los signos de alarma. Sin embargo, a nivel nacional aún se sabe poco sobre su eficacia. Por lo tanto, el presente estudio está dirigido a evaluar el impacto de las visitas domiciliarias con un enfoque promocional en la concienciación sobre las señales de advertencia entre las mujeres embarazadas atendidas en el Centro de Salud San Jerónimo durante el año 2025.

En el Capítulo I de este estudio, se presenta la situación problemática, una breve visión general de la situación que llevó al estudio. Además, contiene la formulación de los problemas generales y específicos junto a sus objetivos relacionados. De igual forma, la justificación fue parte de ello, destacando la importancia y el enfoque del estudio.

El Capítulo II organiza la parte teórica, basada en los antecedentes empíricos, los fundamentos teóricos, el modelo conceptual y la descripción de los conceptos más importantes del trabajo.

El Capítulo III abarca la declaración de hipótesis generales y específicas, y la operacionalización de todas las variables e indicadores. También se encuentra la matriz de variables operacionalizadas, con el fin de conectar los constructos en términos teóricos junto con su medición en términos prácticos.

El Capítulo IV, abarca la metodología, donde se expone el marco metodológico, especificando el enfoque y el nivel del estudio, la unidad de análisis, la población, la muestra y el método seleccionado. También se presenta la metodología de recolección y análisis de datos, así como los procedimientos seguidos para probar las hipótesis.

Posterior a ello, los resultados, análisis y discusión después del uso de los instrumentos son descritos por el Capítulo V. Por último, el capítulo VI y VII incluyen las conclusiones y recomendaciones del estudio. El documento finaliza con las referencias bibliográficas y los anexos apropiados.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Situación problemática**

La morbilidad materna sigue siendo un desafío crítico en la salud pública global, con aproximadamente 830 mujeres falleciendo diariamente por complicaciones relacionadas con la gestación o el parto. Este problema está vinculado a la falta de acceso y las deficiencias en los sistemas de salud, y se agrava por factores que vulneran los derechos humanos. Sin embargo, muchas de estas muertes son prevenibles mediante actividades promocionales como las visitas domiciliarias y una atención prenatal adecuada y oportuna (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya la importancia de asegurar que todas las mujeres tengan acceso a cuidados de alta calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio (2). Además, señala que la demora en identificar complicaciones y la falta de atención médica oportuna son los factores clave que influyen en la incidencia de enfermedades y mortalidad materna (3).

Como panorama general, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) una mujer fallece cada dos minutos debido a problemas asociados con la gestación o el proceso de dar a luz a nivel global y menciona que, durante el 2020, se contabilizaron 287,000 fallecimientos maternos a nivel global. Estas muertes siguen siendo más frecuentes en áreas de menor desarrollo económico y en naciones en situación de conflicto. Esto se demuestra en que, ese mismo año cerca del 70% de los decesos maternos se produjeron en la región subsahariana de África. Además, en nueve naciones que enfrentan crisis humanitarias severas, la tasa de mortalidad materna superó en más de dos veces el promedio mundial, alcanzando 551 decesos por cada 100,000 nacimientos vivos, en comparación con los 223 globalmente (4).



En la región de América Latina y el Caribe, se registró un incremento del 15% en la mortalidad materna entre 2016 y 2020, con cerca de 8,400 mujeres perdiendo la vida anualmente por complicaciones asociadas con la gestación, el alumbramiento y el período postnatal. Cabe mencionar que la crisis generada por la pandemia de COVID-19 tuvo un efecto considerable en estos indicadores, resultando en un retroceso de casi dos décadas en la salud materna (5).

Sin embargo, se estima que el 90% de estas muertes son prevenibles con atención de calidad, acceso a métodos anticonceptivos y la reducción de desigualdades en la atención sanitaria. Esto se refleja en que, en la mayoría de las naciones con niveles de ingresos elevados y medios-altos, el 99% de los partos son atendidos por profesionales capacitados. En cambio, en las naciones con recursos limitados, únicamente el 68% del personal cuenta con la formación adecuada, en contraste, en las naciones con ingresos medianamente bajos, este porcentaje es del 78% (6). En el ámbito nacional, el Ministerio de Salud (MINSA) reportó 493 fallecimientos maternos en 2021, de los cuales el 30% se debieron a la COVID-19. En 2022, el número de muertes maternas en Perú disminuyó a 291, lo que supone una reducción del 40% respecto a 2021 y marca un nuevo récord histórico, con una tasa aproximada de 60 decesos maternos por cada 100,000 nacidos vivos. En 2022, se registraron entre 5 y 6 muertes maternas por semana, en comparación con las 9 a 10 muertes semanales de 2021, cuando la pandemia tuvo un impacto más significativo (7).

Como se ha señalado, muchas de estas muertes son evitables. Una de las medidas más efectivas es la atención prenatal, que está diseñada para prevenir, identificar y tratar factores que puedan comprometer la salud de las madres y los niños por nacer. Es importante señalar que, las mujeres que no reciben atención prenatal

tienen cinco veces más probabilidades de sufrir complicaciones que podrían haberse tratado si se detectaran a tiempo (8).

Otra medida para reducir la mortalidad materna es la visita domiciliaria, estrategia respaldada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta intervención no solo permite identificar riesgos y proponer soluciones, sino también fortalecer la relación entre el personal de salud, especialmente obstetras, y las pacientes. Durante estas visitas, se promueven acciones preventivas y de promoción de la salud, incentivando hábitos saludables, detectando señales de alarma durante el embarazo, y facilitando el acceso a una atención médica oportuna (9).

Cabe resaltar que, las visitas domiciliarias son una actividad fundamental en la gestación, ya que permiten identificar signos de alarma durante esta etapa, lo que ayuda a reducir complicaciones y disminuir la mortalidad materna y neonatal (8). Ante la presencia de alguno estos signos, se debe instruir a la gestante a acudir de inmediato al establecimiento de salud más cercano para su evaluación (10). Sin embargo, muchas mujeres no reconocen estas señales a tiempo o no acuden al establecimiento, lo que incrementa el riesgo de complicaciones relacionadas con las patologías del embarazo.

Las visitas domiciliarias son una actividad crucial durante la gestación y atención prenatal, además de formar parte de las funciones del personal sanitario, estas buscan promover un enfoque preventivo que mejore la salud, el bienestar y la educación materno infantil (11). Su propósito radica en identificar, acompañar y dar seguimiento a gestantes o puérperas que no asisten a sus citas programadas, ya sea para control prenatal o seguimiento postparto. Además, estas visitas permiten la detección temprana de señales de advertencia tanto durante el embarazo como en el puerperio (10).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las visitas domiciliarias son una de las estrategias clave en la atención primaria y tienen como fin llevar los servicios de salud directamente a los hogares, lo que permite detectar de manera más eficaz las necesidades del binomio madre-niño, un grupo altamente vulnerable (12).

Actualmente, estas visitas constituyen un pilar clave en el enfoque de salud pública para promover un desarrollo infantil saludable. Dentro de la atención primaria, estas visitas se consideran parte de las estrategias fuera de los centros de salud que contribuyen a mejorar el estado nutricional (13). En el ámbito nacional, las visitas domiciliarias se extienden hasta un año después del nacimiento con el fin de mejorar la salud materna, fomentar el desarrollo infantil temprano y promover prácticas saludables en las gestantes o madres, especialmente en aspectos relacionados con la alimentación y el cuidado de la salud, reforzando los compromisos establecidos (14).

Estudios previos a nivel global han demostrado la efectividad de las visitas domiciliarias a madres y recién nacidos durante el puerperio, como en Filipinas, donde estas fortalecen la confianza entre las madres y el personal asistencial, mejorando la comunicación sobre vacunación e higiene (15). En Alemania, aunque las visitas han disminuido, siguen siendo valiosas para ajustar medicaciones y tratamientos en ancianos según la evolución de sus enfermedades (16). En Costa Rica, los usuarios destacan que estas visitas les han proporcionado conocimientos sobre higiene, vacunación, alimentación saludable y planificación familiar (17). Sin embargo, en países como Brasil, la alta demanda de atención supera la capacidad del sistema de salud, lo que genera insatisfacción debido a la baja frecuencia de visitas domiciliarias (18).

En nuestro país, aún no se cuenta con suficiente evidencia enfocada en la efectividad de las visitas domiciliarias. Dado que es fundamental que las gestantes puedan distinguir entre los cambios normales del embarazo y las posibles complicaciones que requieren atención médica inmediata, reconociendo los signos de alarma en esta etapa, se propone evaluar la efectividad de las visitas domiciliarias con enfoque promocional en el conocimiento de signos de alarma en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, durante el año 2025.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es la efectividad de las visitas domiciliarias con enfoque promocional en el conocimiento de signos de alarma en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025?

### **1.2.2 Problemas específicos**

- ¿Cómo es el conocimiento de los signos de alarma previo a las visitas domiciliarias con enfoque promocional en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025?
- ¿Cómo es el conocimiento de los signos de alarma después de las visitas domiciliarias con enfoque promocional en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025?

## **1.3. Justificación de la investigación**

### **1.3.1. Teórica**

La morbilidad materna continúa siendo un desafío significativo de salud pública a nivel global, con un aumento en muchas regiones agravado por factores como la pandemia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya la importancia de mejorar las atenciones en el embarazo y reducir las desigualdades

en el acceso a los servicios de salud para prevenir estas muertes. Una de las estrategias clave es la detección y manejo temprano de los signos de alarma en la gestación y el puerperio. Las visitas domiciliarias ofrecen una oportunidad para monitorear y educar a las gestantes sobre estos signos críticos, lo que podría disminuir notablemente las complicaciones maternas. Este análisis se basó en que una intervención personalizada y directa de cómo las visitas domiciliarias pueden mejorar la comprensión y la habilidad de reacción de las gestantes ante emergencias obstétricas. Además, este estudio aportó información fundamentada en pruebas científicas en el campo de la salud materna y ayudó a cubrir los vacíos existentes a nivel regional.

### **1.3.2. Metodológica**

El estudio adoptó un enfoque cuantitativo para medir la efectividad de las visitas domiciliarias en el incremento del conocimiento sobre los signos de alarma en gestantes. Se utilizó un diseño de estudio pre experimental, evaluando los niveles de conocimiento antes y después de las visitas domiciliarias. El comparar de los resultados, permitió determinar el impacto de las visitas domiciliarias con significancia estadística.

### **1.3.3. Práctica**

Las visitas domiciliarias representan un enfoque viable y eficiente para fortalecer la atención prenatal y reducir la mortalidad materna. Este estudio tiene implicaciones prácticas significativas, ya que sus hallazgos pueden informar y optimizar las normativas y las iniciativas de salud comunitaria en San Jerónimo y en otras regiones con condiciones similares. Ya que se confirmó que las visitas domiciliarias incrementan de manera notable la comprensión de los indicadores de alarma, se podrá potenciar como medida preventiva esencial. Además, se podrán enfocar los

esfuerzos educativos y de apoyo en las gestantes más vulnerables, lo que contribuirá a mejorar los resultados de salud materna a nivel comunitario.

#### **1.4. Objetivos de la investigación**

##### **1.4.1 Objetivo general**

Evaluar la efectividad de las visitas domiciliarias con enfoque promocional en el conocimiento de signos de alarma en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025.

##### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Identificar el nivel de conocimiento de los signos de alarma previo a las visitas domiciliarias con enfoque promocional en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025.
- Identificar el nivel de conocimiento de los signos de alarma después de las visitas domiciliarias con enfoque promocional en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025.

## **II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes de la Investigación**

#### **2.1.1. Antecedentes internacionales**

**Armijos P, et al.** (19), elaboraron un estudio en Ecuador durante el 2024, donde tuvieron como fin “Analizar el grado de comprensión que tienen las mujeres embarazadas acerca de los signos de advertencia que pueden aparecer durante la gestación, el proceso de parto y el período postnatal”. Mediante un estudio descriptivo, prospectivo y no experimental, se descubrió que el 55% de las participantes tenía entre 20 y 34 años, el 64% completó la secundaria, el 53% eran solteras, el 54% no planificó su embarazo, el 77% recibió entre 5 y 9 controles prenatales, y el 61% identificaba los signos de alarma durante el embarazo y el posparto.

**Mandah F, et al.** (20), elaboraron una investigación en Nigeria durante el 2022, con el fin de “Analizar la comprensión de las señales de riesgo durante el embarazo entre las mujeres que visitan una consulta de cuidado prenatal”. Mediante un análisis transversal, se constató que las mujeres tenían un buen conocimiento de los signos de alerta durante la gestación (63.1%) y el posparto (70.30%), aunque su comprensión de los signos durante el parto era menor (59.33%). Se halló una relación destacable entre el grado de educación y la comprensión de los indicadores críticos durante la gestación como durante el parto. No obstante, no se observó una conexión significativa entre el grado de instrucción y el conocimiento de estos signos durante el posparto. Además, se identificó una correlación significativa entre el número de consultas prenatales y el conocimiento de los signos de alerta durante el embarazo, pero esta correlación no se mantuvo para el parto y el posparto. Se concluyó que la mayoría de las mujeres que visitan la consulta de

cuidado prenatal tienen una comprensión sólida de los indicadores de riesgo durante el embarazo.

**Carpio M, et al.** (21), desarrollaron un estudio en Ecuador el año 2021, donde propusieron “Elaborar un plan de intervención educativa para aumentar la comprensión de los signos y señales de advertencia entre las mujeres embarazadas en una clínica de atención médica”. Mediante un análisis cuasiexperimental, se observó una edad promedio de 28 años, con una mayoría de mujeres casadas (40%), que han completado la educación secundaria (50%) y que se dedican a las labores del hogar (43.3%). La edad promedio de gestación de las embarazadas fue de 11.8 semanas. Asimismo, los resultados obtenidos en la valoración posterior a la intervención mostraron un aumento significativo en el nivel de conocimientos, con un 56.9% alcanzando un nivel alto, en comparación con el 25% que tenía un nivel medio antes de la intervención. Por lo tanto, demostraron que la capacitación educativa aumentó de manera notable la comprensión de los indicadores y señales de advertencia durante la gestación.

**Ortiz A** (22), elaboraron un estudio en Nicaragua el año 2021, con el fin de “Evaluar el entendimiento y las acciones relacionadas con los signos y síntomas de alerta durante la gestación en mujeres gestantes”. Por medio de un estudio observacional y transversal, se descubrió que la mayoría de las mujeres embarazadas ya identificaban los signos y síntomas de alerta antes de recibir la capacitación. Sin embargo, después de la formación, todas las participantes lograron identificar las señales y manifestaciones críticas durante la gestación y entendieron la necesidad de buscar atención urgente en el centro médico más cercano. Se determinó que el nivel socioeconómico desfavorecido es el factor de riesgo principal en este grupo, junto con las barreras para acceder a la atención médica.



**Unar M, et al.** (23), desarrollaron una investigación en México durante el 2021, donde tuvieron como fin “Analizar el impacto de las visitas domiciliarias realizadas por voluntarios comunitarios durante el embarazo y el posparto en aspectos como las prácticas de lactancia, el reconocimiento de signos de alarma obstétricos y neonatales”. Por medio de un estudio cuasi-experimental con diseño de casos y controles, se observó que la intervención aumentó el conocimiento de las madres sobre los signos de alerta obstétricos en 23.4 puntos porcentuales (IC del 95%: 9.2 a 37.5) y sobre los signos de alerta neonatales en 26.2 puntos porcentuales (IC del 95%: 15.2 a 37.2) en comparación con el grupo de control. Se detectó una relación no lineal entre el número de visitas domiciliarias y los resultados, así como una disminución en la incidencia de diarrea y enfermedades respiratorias entre los niños del grupo intervenido frente al grupo de control, aunque estas diferencias no alcanzaron significancia estadística. Concluyeron que las visitas domiciliarias deberían ser consideradas como una estrategia complementaria a los cuidados prenatales y postnatales en comunidades rurales, debido a sus posibles beneficios para el bienestar de las madres y sus bebés.

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

**Rodríguez C** (24), realizó una investigación en Lima el 2024 con el fin de “Evaluar el grado de comprensión acerca de los signos de alerta durante el embarazo en las mujeres atendidas en un hospital nacional”. Por medio de un análisis observacional, descriptivo, transversal y prospectivo se pudo evidenciar que, del total de las gestantes encuestadas, el 74.14% poseía un alto grado de comprensión de los indicadores críticos durante la gestación, el 15.52% tenía un nivel medio y el 10.34% mostraba un nivel bajo. Pudo concluir que la mayor parte de las mujeres

embarazadas cuentan con un conocimiento adecuado sobre los signos de alarma durante la gestación.

**Chávez J** (9) en su estudio desarrollado en Lima el 2023, se propuso “Evaluar el impacto de las visitas a domicilio en la comprensión de los indicadores críticos entre las mujeres embarazadas de una clínica de salud” mediante un análisis cuantitativo de tipo preexperimental, longitudinal y prospectivo, utilizando un cuestionario. Se pudo evidenciar que, durante su embarazo, 71 mujeres embarazadas mejoraron su comprensión de los indicadores críticos, con un valor de significancia de  $p = 0.001$ . Con esto, concluyó que se cuenta con la información suficiente para mostrar que las visitas a domicilio son eficaces en incrementar la comprensión de los indicadores críticos entre las mujeres embarazadas ( $p < 0.05$ ).

**Rios C** (25), realizó un estudio en Moquegua durante el 2023, donde se propuso “Analizar la conexión entre el grado de conocimiento y las percepciones sobre los signos y síntomas de advertencia en mujeres embarazadas”. El análisis fue descriptivo, correlacional y transversal. Se observó que el mayor porcentaje de mujeres embarazadas (40.6%) tenía un nivel de conocimiento intermedio, mientras que un 38.8% manifestó una actitud de desinterés. La gran mayoría (84.8%) tenía entre 20 y 35 años, el 84.2% vivía en pareja, el 50.3% había completado la educación secundaria y el 40% eran primerizas. La mayoría (86.1%) había recibido menos de seis controles prenatales. Asimismo, el 20.6% de las mujeres embarazadas que exhibían una actitud favorable presentaban un nivel elevado de conocimiento. Por lo tanto, se concluye que existe una relación una correlación notable entre la comprensión y las percepciones de las mujeres embarazadas respecto a los indicadores críticos.

**Alvites D y Cabrera C** (26), en su estudio desarrollado en Chiclayo en el año 2023, tuvieron como finalidad “Evaluar la comprensión de los signos y síntomas críticos en mujeres embarazadas”. Por medio de un análisis cuantitativo, descriptivo y transversal, se descubrió que las mujeres gestantes tenían un nivel de conocimiento moderado (12.6%) a alto (87.4%) sobre estos síntomas y señales de alarma, siendo la mayoría de alto conocimiento. No se encontró ninguna gestante con un nivel bajo de conocimiento sobre el tema. Las mujeres de entre 19 y 34 años predominaban entre aquellas con un alto nivel de conocimiento (51.3%), seguidas por las mayores de 35 años (23.5%). Se concluyó que, por no identificarse mujeres embarazadas con un conocimiento deficiente, el equipo de salud en ambos centros estaba llevando a cabo un control prenatal adecuado, reforzando conductas para el reconocimiento de signos y síntomas de alarma durante el embarazo.

**Montañez J y Ramos C** (27), desarrollaron un estudio en Huancavelica el año 2021, teniendo como fin “Analizar la comprensión de los indicadores críticos durante la gestación en mujeres embarazadas que recibieron atención durante la pandemia”; a través de un análisis descriptivo, observacional, prospectivo y transversal se descubrió que el 50% de las mujeres embarazadas evaluadas tenían un entendimiento intermedio de los indicadores críticos durante la gestación, mientras que un 28% mostró un nivel de comprensión bajo. Asimismo, en el grupo con menor nivel de comprensión, predominaban las mujeres con múltiples embarazos (71.5%) y el 78.5% había recibido más de 6 consultas prenatales. Se concluyó que, en la mitad de la muestra analizada, el entendimiento de los signos y síntomas críticos durante la gestación era intermedio.

### **2.1.3. Antecedentes regionales /locales**

Se realizó una búsqueda minuciosa en las universidades de Apurímac, en los repositorios de las universidades y no se encontró estudios sobre este tema. La búsqueda también se realizó en la RENATI-SUNEDU, ALICIA CONCYTEC Y SCOPUS, no encontrando resultados sobre el problema de investigación.

## **2.2. Bases teóricas**

### **Teoría de Dorothea Orem aplicada a gestantes**

La teoría de autocuidado de Orem está basada en que cada persona tiene la capacidad y responsabilidad de cuidar de sí mismos y preservar su salud, considerando al autocuidado como toda acción que se realiza para tratar factores interno y externo que puedan afectar la salud del individuo. Esta se divide en tres teorías: “Teoría del autocuidado”, “Teoría del déficit de autocuidado” y “Teoría de los sistemas de enfermería” (28).

Ella, define el autocuidado como una necesidad humana donde se adquiere capacidades para conservar su salud, recuperarla o enfrentar las complicaciones que se le presenten por alguna afección. El personal de salud debe ser capaz de conseguir que la paciente maneje su salud por medio de actividades cotidianas; tomando conciencia de su salud y las diversas actividades a realizar para conservarla. Además, sostiene que el personal de salud tienen las competencias para establecer las necesidades de autocuidado de las pacientes, escoger o verificar las acciones requeridas para ser cubiertas completas (29).

En la etapa de la gestación, la mujer enfrenta diversos cambios lo que lleva a necesidades de autocuidado y a veces el déficit de este que debe ser solucionado para el bienestar y preservación de la salud. Por ello, las gestantes tienen que ser

educadas en prácticas de autocuidado y así permitirles entender la naturaleza de este y los factores involucrados en este proceso (30).

Estos cambios incluyen los físicos, psicológicos y sociales; por lo que las prácticas de autocuidado se enfocaran en mantener la salud y a mejorar o aliviar los efectos negativos que causan estos cambios. Como se ha mencionado, la teoría permite la identificación de las necesidades, los procedimientos requeridos para poder partir y aplicar las intervenciones necesarias, haciendo hincapié en la capacitación y desarrollo del autocuidado en las mismas gestantes y su familia (30).

### **Visitas domiciliarias en la prevención de morbilidad materna**

La alta tasa de decesos maternos constituye una seria preocupación sanitaria en naciones en desarrollo como Perú; la mayoría de sus causas son prevenibles y reflejan una profunda inequidad social, afectando principalmente a mujeres en situación de pobreza, quienes tienen un mayor riesgo de fallecer a lo largo de la gestación, el proceso de parto y la fase postnatal (31).

Un enfoque utilizado para mejorar la atención a mujeres embarazadas es el “Camino para la Supervivencia” (CS), promovido por la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Este enfoque parte del concepto de que disminuir las tasas de mortalidad materna no solo necesita un buen funcionamiento de los servicios de salud, sino también la eliminación de barreras que impiden a las gestantes acceder a estos servicios. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estos retrasos en la atención se clasifican en varias categorías (32):

- Primer retraso: Este problema se origina en la falta de conciencia sobre los signos de alarma que indican posibles complicaciones durante el embarazo, la ignorancia de las gestantes respecto a los riesgos asociados y el desconocimiento general de sus derechos en salud sexual y reproductiva.

- Segundo retraso: las dificultades para buscar ayuda a tiempo a menudo surgen de barreras culturales, sociales o económicas, así como de experiencias previas negativas con los servicios de salud. Estos factores pueden hacer que las gestantes retrasen la búsqueda de la atención médica necesaria.
- Tercer retraso: El acceso retrasado a la atención médica a menudo se debe a dificultades en el transporte, la infraestructura vial deficiente y la ineficiencia en los sistemas de derivación entre la población y los servicios de salud.
- Cuarto retraso: La falta de atención de calidad puede surgir de un servicio deficiente proporcionado por el personal médico o de deficiencias en la gestión administrativa de los centros de salud.

La falta de información adecuada impide que las mujeres reconozcan los signos de alarma que podrían indicar emergencias y limita su comprensión y ejercicio de los derechos fundamentales relacionados con la atención durante el embarazo. Como resultado, esto provoca una preparación insuficiente y disminuye la probabilidad de buscar atención médica oportuna, aumentando así los riesgos para la salud materna. Para contrarrestar este problema, se llevan a cabo diversas actividades durante el embarazo, entre ellas las visitas domiciliarias. Estas visitas tienen el propósito de sensibilizar a las gestantes sobre la importancia de la atención prenatal e incluyen la identificación temprana de señales de alarma, promoviendo así una atención más adecuada y oportuna.

### **Tipos de visita domiciliaria**

De acuerdo con Monsalve puede clasificarse en (33):

- De demanda y/o emergencia: las visitas son solicitadas por la paciente o su familia debido a alguna limitación que no permita el traslado de la paciente al establecimiento o institución de salud.
- De rehabilitación: dirigida a pacientes con afecciones crónicas, que estén inmovilizados o que padezcan algún trastorno mental, y requieren asistencia periódica.
- Internamiento domiciliario: esenciales para pacientes con afecciones terminales que requieren ser tratadas en casa donde el cuidado lo realizan los familiares; el personal sanitario promueve su calidad de vida por medio de los cuidados paliativos.
- Búsqueda activa: es la búsqueda por parte del personal sanitario al paciente y familia que no acudieron a recibir su tratamiento, seguimiento o vacunación.
- Diagnóstico: se identifica problemas de salud debido a factores ambientales, psicosociales o culturales que a su vez sean causa de otros como las alergias, infecciones, hábitos alimenticios, etc.
- Consejería: se emplea para resolver diversos problemas del equipo en relación con la motivación de individuos para lograr fomentar su autocuidado.
- Educación: desarrollo de actividades educativas con el fin de crear conciencia sobre la salud.

### **Estrategias para la prevención de la morbilidad materna**

Para el 2030, cada nación debería reducir su tasa de mortalidad materna (TMM) en al menos dos tercios respecto a los niveles de 2010. De igual forma, la meta promedio mundial para ese año es alcanzar una TMM inferior a 70 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos vivos. Además, la meta complementaria a nivel nacional para 2030 es garantizar que ningún país tenga una TMM que exceda

las 140 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, lo que representa el doble de la meta global (34).

Para alcanzar este objetivo y erradicar la mortalidad materna, se han establecido cinco metas estratégicas enfocadas en la planificación de programas, planteadas por la OMS:

- **Abordar las desigualdades en el acceso y la calidad de los servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal:** las naciones deben redoblar sus esfuerzos para ofrecer servicios de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y juvenil a las poblaciones vulnerables; reconociendo y abordando factores como la riqueza y la etnia que contribuyen a las desigualdades en el acceso y la calidad de la atención, con el propósito de eliminar estas inequidades (34,35).

Los gobiernos y expertos deben perfeccionar la recopilación y el análisis de datos sobre desigualdades para diseñar y supervisar intervenciones efectivas. Es fundamental ofrecer una cobertura equitativa, eliminar obstáculos económicos, legales, culturales y geográficos, y asegurar la presencia de personal capacitado para brindar atención de calidad a todas las personas. Además, las políticas y programas deben abordar las desigualdades y garantizar la inclusión de grupos marginados para asegurar una atención sanitaria excelente para todos (34,35).

- **Asegurar la inclusión total en el sistema de salud para proporcionar una atención completa en salud sexual, reproductiva, materna y neonatal:** garantizar que todos reciban servicios de calidad sin enfrentar dificultades económicas implica dos aspectos fundamentales: asegurar el acceso universal a servicios esenciales, especialmente para los grupos más



vulnerables, y proteger a las personas de problemas financieros derivados de la atención médica (34).

Se debe identificar los servicios prioritarios utilizando datos sobre costo-eficacia, planificar adecuadamente la asignación de recursos y eliminar barreras para garantizar que los más desfavorecidos reciban atención de calidad. Es crucial desarrollar estrategias para mejorar la atención durante el parto y la planificación familiar, establecer normas para intervenciones médicas y garantizar un sistema de derivación eficaz. Para optimizar la cobertura y calidad, se deben explorar nuevos mecanismos de financiación y proteger a las familias de costos imprevistos en emergencias (34).

- **Enfrentar todas las causas de mortalidad materna, enfermedades relacionadas con la reproducción y problemas de salud que afectan a las mujeres:** cada nación debe identificar las principales causas de mortalidad materna en su población y priorizar intervenciones basadas en un análisis de riesgos y capacidades del sistema de salud. Es crucial mejorar la precisión en la certificación, el registro y la evaluación de muertes maternas. A medida que disminuya la mortalidad, es necesario adaptar las estrategias para abordar causas indirectas y asegurar un sistema de atención eficaz (34).

Las dificultades estructurales y sociales, así como la falta de acceso a métodos anticonceptivos, influyen notablemente en la mortalidad materna. Es crucial aplicar intervenciones de forma amplia y organizada, priorizando la mejora en la calidad del cuidado y evitando el exceso de tratamientos. Además, es necesario colaborar con diversos sectores y usar datos precisos para evaluar y mejorar los servicios, reforzando el sistema de salud para

manejar la morbilidad materna y garantizar el acceso a intervenciones efectivas (34).

- **Mejorar los sistemas de salud para satisfacer de manera efectiva las demandas y prioridades de mujeres y niñas:** para que los sistemas de salud atiendan adecuadamente a mujeres y niñas, deben verse como estructuras completas que combinan infraestructura y tecnología (soporte físico) con valores y normas sociales (soporte lógico). Es crucial mejorar ambos aspectos, asegurando tanto la disponibilidad de recursos esenciales como una gestión eficaz, transparencia y participación comunitaria. La actualización constante de los servicios básicos y una coordinación efectiva entre niveles y especialidades son vitales (34).

Además, los países deben desarrollar sistemas de información sanitaria eficientes para recolectar datos y mejorar la comunicación entre niveles de atención. Apoyar adecuadamente al personal de salud, mediante formación y recursos adecuados, es fundamental para ofrecer atención de calidad y abordar problemas coexistentes. La colaboración intersectorial y la inclusión de todos los actores son esenciales para una gestión transparente y para lograr mejores resultados en salud materna y reproductiva (34).

- **Asegurar la rendición de cuentas para mejorar la calidad de atención y la equidad:** se enfoca en dos aspectos cruciales: mejorar la capacidad para rastrear y reportar los avances en la reducción de la mortalidad materna, y promover la responsabilidad social, donde ciudadanos y actores de la sociedad civil exigen a los gobiernos y gestores del sistema de salud que cumplan con sus compromisos. Es esencial fortalecer los sistemas de datos para proporcionar información precisa sobre las causas de muerte y

morbilidad materna, y garantizar la implementación de normas de calidad en los servicios de salud.

Para asegurar una rendición de cuentas social eficaz, es crucial implementar mecanismos de participación en todos los niveles del sistema de salud, tanto en el sector público como en el privado. Establecer funciones y responsabilidades claramente definidas, respaldadas por marcos legales claros, garantiza que los ciudadanos puedan involucrarse activamente y exigir medidas correctivas cuando sea necesario, asegurando así que los servicios de salud se ajusten a las necesidades de la comunidad.

### **2.3. Bases conceptuales**

#### **Visita domiciliaria**

De acuerdo con las directrices peruanas, las visitas domiciliarias son una estrategia de diagnóstico, seguimiento y educación que interviene en el entorno familiar para promover y desarrollar hábitos saludables. Esta actividad está a cargo de profesionales de salud, quienes realizan las visitas, guían e instruyen a las familias en el proceso de transformación del paciente (36).

En el ámbito de la gestación, una visita domiciliaria vendría a ser la actividad realizada fuera del entorno hospitalario para captar, acompañar y monitorear a las gestantes, asegurando el cumplimiento de medidas preventivas, como el consumo adecuado de suplementos y la planificación del parto con participación familiar (10).

Una visita domiciliaria se considera exitosa cuando la gestante o puérpera recibe las intervenciones planificadas en su domicilio. Según Núñez y Munares, las modalidades exitosas incluyen visitas realizadas según lo previsto, orientaciones por teléfono y visitas diferidas, en las que se informa a un familiar si la paciente no está disponible. En contraste, las visitas no efectivas, donde la gestante no está

presente, representan pérdidas económicas para el Estado. Para mejorar la efectividad, se recomienda implementar tecnologías móviles o desarrollar una plataforma para acceder a la historia clínica, reduciendo visitas fallidas por direcciones incorrectas, cambios de domicilio o negativa de la paciente. Las habilidades interpersonales del profesional de salud también son cruciales para el éxito de la visita (37).

Según la Norma Técnica de Salud N°105, estas visitas se realizan a mujeres embarazadas que no cumplen sus citas de control, con fecha probable de parto cercana, con factores de riesgo o gestantes nuevas. Esta actividad debe realizarse dentro de las 72 horas posteriores a la cita perdida con una duración aproximada de sesenta minutos (10).

Dentro de las visitas domiciliarias incluyen las siguientes actividades (10):

- Educación en autocuidado y signos de alarma.
- Información sobre la importancia de la atención prenatal y análisis de laboratorio.
- Verificación de la toma de suplementos y medicamentos.
- Verificación de vacunas y resultados de exámenes.
- Identificación de violencia de género y depresión.
- Entrevistas del plan de parto.
- Firma de compromiso para asistir a consultas prenatales.

Estas actividades se organizan y llevan a cabo como intervenciones educativas dirigidas a la gestante y su entorno, e incluyen las siguientes fases (38):

- **Planificación:** implica un análisis exhaustivo del entorno social para comprenderlo, se analizan las condiciones del entorno y se reconocen las necesidades actuales. Es fundamental llevar a cabo una investigación

detallada que capture la situación presente y permita fijar objetivos educativos específicos y evaluables. Esto incluye definir claramente los cambios esperados y establecer metas concretas a alcanzar durante la implementación del programa.

- **Ejecución:** es una parte crucial, ya que, con la información recopilada y los propósitos establecidos se diseña y se implementa la intervención educativa; esta se asemeja a un programa docente que abarca los aspectos de la enseñanza y aprendizaje enfocado en el desarrollo de habilidades, planificación compartida.
- **Evaluación:** esta fase está orientada a examinar el plan y su puesta en práctica, valorando tanto los elementos del programa como los resultados alcanzados. Asimismo, los resultados conclusivos se registran en un reporte de evaluación.

Un beneficio de las iniciativas educativas es que se llevan a cabo en entornos donde se han detectado las necesidades de las poblaciones en situación de vulnerabilidad. Estas iniciativas pueden ser dirigidas a individuos o a grupos, y los programas educativos están diseñados específicamente para abordar las necesidades particulares de cada grupo destinatario (38).

### **Nivel de conocimiento de los signos de alarma**

El conocimiento se define como la relación entre el sujeto y el objeto, donde el sujeto capta los atributos del objeto y establece una imagen o juicio. Se tiene diversos tipos de conocimiento (39):

- **Conocimiento reflexivo:** Es práctico, obtenido al azar por la experiencia diaria, y resuelve problemas cotidianos sin un método estricto.

- Conocimiento científico: Es sistemático, organizado y se obtiene mediante métodos precisos para comprender la realidad de manera objetiva.

El conocimiento se puede medir en (40):

- Nivel alto: implica un análisis exhaustivo y profundo de todos los aspectos de un tema, además se distingue por su coherencia y por aceptar la realidad tal como es y por su capacidad para explicar las razones y consecuencias de cada elemento del tema en cuestión.
- Nivel regular: se caracteriza por tener una coherencia limitada, lo que implica que la comprensión del tema puede carecer de una integración completa. Además, suele ser superficial, proporcionando una visión general sin profundizar en los detalles más complejos y a menudo se basa en experiencias prácticas que están abiertas a la experimentación, permitiendo ajustes y correcciones conforme se obtiene nueva información o se enfrentan nuevas situaciones.
- Nivel bajo: se basa en la experiencia diaria y se manifiesta de manera espontánea, sin una formación estructurada o formal. Se trata de un conocimiento que a menudo carece de precisión y puede estar influenciado por creencias. Además de ser impreciso, ya que se fundamenta en observaciones personales más que en evidencias previas.

### **Signos de alarma**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las señales de alarma durante la gestación son todos los signos y síntomas que indican que la salud de la gestante y su feto están en riesgo, y pueden ser potencialmente mortales (9). Ante cualquier signo de alarma, la gestante debe buscar atención médica inmediata (3).

Los principales signos son:

- Edema: se encuentra en aproximadamente en la mayoría de las gestantes y si se observa hinchazón de extremidades, de la cara y el aumento excesivo de peso, en especial en el segundo trimestre, se debe descartar la hipertensión del embarazo o la enfermedad renal (41,42).
- Pérdida de líquido amniótico: Se conoce que la ruptura prematura de membranas (RPM) se da aproximadamente en el 3% de los embarazos y representa la tercera parte de los nacimientos prematuros; además alrededor de un tercio de las gestantes con RPM sufrirán infecciones graves, las cuales contribuyen a aumentar el riesgo de mortalidad materna y fetal (43).
- Contracciones uterinas antes de las 37 semanas: si las características de estas son frecuentes, dolorosas y regulares; y a su vez se presentan previo a las 37 semanas, indican inicio temprano del parto, que conlleva a un riesgo de muerte fetal (44).
- Náuseas y vómitos excesivos: la gran mayoría de las gestaciones presentan algún grado de náuseas, con o sin vómitos, hasta aproximadamente las 9 semanas. Sin embargo, estos síntomas pueden persistir hasta el tercer trimestre y se debe a las hormonas placentarias. A diferencia de las náuseas matutinas típicas, los vómitos prolongados pueden llevar a deshidratación, deficiencias nutricionales y complicaciones graves (45).
- Hipertensión arterial: generalmente la presión arterial tiende a aumentar gradualmente hacia el tercer trimestre del embarazo, especialmente después de las 37 semanas. Sin embargo, en algunos casos, esta elevación puede comenzar antes de las 34 semanas, lo que puede llevar al desarrollo de preeclampsia. Esta condición puede tener consecuencias graves tanto

para la madre como para el feto (41,42).

- Convulsiones: si estas se acompañan de presión arterial alta, pueden ser indicativos de eclampsia, una condición que representa un grave peligro tanto para la madre como para el feto (42).
- Dolor de cabeza intenso o cefalea: es un síntoma frecuente durante el embarazo y puede manifestarse incluso en mujeres que nunca lo han experimentado antes. Generalmente, debería desaparecer después del primer trimestre; sin embargo, si persiste y se acompaña de visión borrosa y mareos, puede ser un signo de preeclampsia o eclampsia, condiciones que requieren atención médica urgente (41).
- Disminución de movimientos fetales: es un síntoma crucial para diagnosticar la condición del feto y debe ser evaluado desde el momento en que la madre lo percibe. Si se observa una disminución en la frecuencia o la ausencia de estos, podría indicar posible hipoxia fetal, lo que requiere un monitoreo inmediato (46).
- Fiebre: durante el embarazo, el aumento de la temperatura corporal es un fenómeno habitual debido a los cambios fisiológicos. No obstante, este incremento puede predisponer a las mujeres embarazadas a infecciones, algunas de las cuales pueden ser potencialmente graves. En caso de fiebre alta y persistente, es fundamental buscar atención médica de inmediato, ya que podría indicar una infección que necesita tratamiento inmediato (47).
- Dolor o ardor al orinar: este malestar puede indicar posibles infecciones urinarias (48).
- Sangrado vaginal: puede manifestarse como manchas que varían en intensidad, desde un color marrón claro hasta coágulos de sangre rojo



brillante, y puede estar acompañado o no de cólicos, dolor en la espalda o contracciones. En el primer trimestre, las posibles causas incluyen aborto espontáneo, mola hidatiforme o embarazo ectópico. En la segunda mitad del embarazo, el sangrado puede ser indicativo de condiciones graves que podrían poner en riesgo tanto la salud de la madre como la del feto, e incluso provocar la muerte fetal, por lo que se requiere una atención médica urgente (49).

- Trastornos visuales o auditivos: no es relevante por sí solo, pero si se acompaña de dolor de cabeza intenso y convulsiones, puede ser una señal temprana de preeclampsia. Estos síntomas visuales, como visión borrosa y destellos, se deben a espasmos en pequeñas arterias retinianas (42).
- Dolor epigástrico: este dolor abdominal superior, que a menudo comienza por la noche, puede ser un síntoma de preeclampsia grave. Este suele ser un dolor intenso y persistente puede irradiarse hacia la parte inferior derecha o la espalda, y debe diferenciarse de los síntomas del reflujo gastroesofágico (42).

#### **2.4. Definición de términos básicos**

**Visita domiciliaria:** Es una actividad realizada extramuralmente por profesionales de la salud con el fin de brindar apoyo y seguimiento cercano a la futura madre; donde se ofrece instrucción sobre el cuidado personal de la salud, se detectan signos de alarma, se revisa la preparación de los pezones y se monitorea la percepción y los movimientos del feto (10).

**Gestación:** Es el ciclo biológico que comienza con la fijación del óvulo fertilizado y finaliza con el parto, con una duración aproximada de 280 días o alrededor de 9 meses (50).

**Efectividad:** Término que indica el impacto que tiene un procedimiento específico en la salud de la población, evaluando cómo se aplican las pruebas, tratamientos y servicios, y la coordinación entre el personal de salud, la institución y el tiempo (51).

**Mortalidad materna:** Fallecimiento de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores al parto, causado o agravado por el embarazo o su tratamiento (52).

**Morbilidad materna:** Enfermedad o condición anormal que puede afectar a la mujer durante o después del embarazo, medida por la proporción de mujeres embarazadas que presentan alguna afección (53).

### **III. HIPÓTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1. Hipótesis de la investigación**

##### **3.1.1. Hipótesis general**

**Hi:** Las visitas domiciliarias con enfoque promocional son efectivas para el conocimiento de los signos de alarma en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025

**Ho:** Las visitas domiciliarias con enfoque promocional no son efectivas para conocimiento de los signos de alarma en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025.

#### **3.2. Identificación de variables**

##### **Variable independiente: Visitas domiciliarias con enfoque promocional**

La visita domiciliaria a mujeres embarazadas es una actividad realizada extramuralmente por profesionales de la salud con el fin de brindar apoyo y seguimiento cercano a la futura madre. Durante estas visitas, se ofrece instrucción sobre el cuidado personal de la salud, se detectan signos de alarma, y se monitorea la percepción y los movimientos del feto. Además, se verifica la suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico, y se identifican posibles casos de violencia de género y depresión. También se realizan entrevistas sobre el plan de parto (10).

##### **Variable dependiente: Nivel de conocimiento de los signos de alarma**

Es la comprensión que tienen las gestantes sobre los síntomas que pueden indicar complicaciones potenciales, poniendo en riesgo la salud de la madre y del feto. Estos signos incluyen, pérdida de líquido, fiebre, vómitos, molestias al orinar, dolor del bajo vientre, ausencia de los movimientos del bebé, hinchazón de manos pies y cara, contracciones antes de las 37 semanas, dolor de cabeza persistente y dificultad para respirar (54).

### 3.3. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS ÍTEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
Visitas domiciliarias con enfoque promocional	La visita domiciliaria a mujeres embarazadas es una actividad realizada extramuralmente por profesionales de la salud con el fin de brindar apoyo y seguimiento cercano a la futura madre. Durante estas visitas, se ofrece instrucción sobre el cuidado personal de la salud, se detectan signos de alarma, se monitorea los movimientos del feto. Además, se verifica la suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico, se verifica el carnet de vacunas y los exámenes de laboratorio, y se identifican posibles casos de violencia de género y depresión.	La visita domiciliaria concientiza a la gestante y su familia en diversos temas importantes, uno de ellos es la identificación de los signos de alarma por medio de intervenciones educativas realizadas en el domicilio lo cual debe tener metas claras, contenidos didácticos, materiales adecuados, una metodología de enseñanza, un cronograma definido y criterios medibles para evaluar su éxito.	Planificación	Solicitar el permiso y obtener los datos de las gestantes que cumplen con los criterios de inclusión	No aplica	No aplica
			Ejecución	Primera visita		
				Segunda visita		
				Tercera visita		
				Cuarta visita		
			Evaluación	Pre y post test	Ítems 1 al 20	Nominal

	También se realizan entrevistas sobre el plan de parto (10).					
Nivel de conocimiento de los signos de alarma	Es la comprensión que tienen las gestantes sobre los síntomas que pueden indicar complicaciones potenciales, poniendo en riesgo la salud de la madre y del feto. Estos signos incluyen, pérdida de líquido, fiebre, vómitos, molestias al orinar, sangrado vaginal, dolor del bajo vientre, ausencia de los movimientos del bebé, hinchazón de manos pies y cara, contracciones antes de las 37 semanas, dolor de cabeza persistente y dificultad para respirar (54).	El nivel de conocimiento se evaluará mediante un cuestionario diseñado específicamente para medir la comprensión de las gestantes sobre los signos de alarma durante el embarazo, el cual contiene 20 ítems en total y se aplicará en forma de pretest y post test.	Unidimensional	Cefalea, acufenos o tinnitus, visión borrosa y escotomas	Nivel alto (16 a 20 puntos) Nivel regular (11 a 15 puntos) Nivel bajo (0 a 10 puntos)	Ordinal
				Náuseas y vómitos incoercibles		
				Fiebre/ escalofríos		
				Epigastralgia		
				Contracciones uterinas		
				Ausencia de movimientos fetales		
				Sangrado vaginal		
				Pérdida de líquido amniótico		
				Molestias al miccionar		
				Edema de cara, manos y pies		

## IV. METODOLOGÍA

### 4.1. Ámbito de estudio: localización política y geográfica

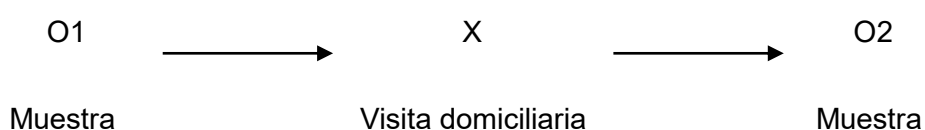
El estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud de San Jerónimo, situado en el distrito de San Jerónimo, en la provincia de Andahuaylas, departamento de Apurímac.

### 4.2. Tipo y nivel de investigación

El estudio fue de tipo aplicado, ya que se centró en determinar la eficacia de una intervención particular (visitas domiciliarias) para aumentar el conocimiento de las mujeres embarazadas sobre los signos de alarma, con el fin práctico de mejorar la salud materna en el Centro de Salud de San Jerónimo (55).

Además, se adoptó un enfoque cuantitativo, ya que evaluó el nivel de conocimiento de las gestantes antes y después de la intervención utilizando herramientas estandarizadas y análisis estadísticos. Esto permitió recopilar datos numéricos y objetivos, facilitando así la evaluación de la efectividad de las visitas domiciliarias (56).

A su vez, la investigación siguió un diseño pre experimental, debido a que se realizaron mediciones antes y después de la intervención en un único grupo, sin incluir un grupo de control (57). Este se dio en tres fases de ejecución; la primera, donde se realizó una medición previa del conocimiento de signos de alarma; la segunda, donde se realizó la visita domiciliaria y la tercera donde se realizó una medición posterior a la cuarta visita domiciliaria de la muestra. Este proceso se representa de la siguiente manera:



Finalmente, según en número de veces que se mide, fue de tipo longitudinal, ya que se recopilaron datos en distintos momentos a lo largo del tiempo: antes de la intervención y después de un periodo de visitas domiciliarias (57).

#### **4.3. Unidad de análisis**

La unidad de análisis del estudio fueron todas las gestantes que acudieron a su atención prenatal en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud San Jerónimo.

#### **4.4. Población de estudio**

La población comprende todos los elementos o individuos con características específicas que se estudian, y sobre los cuales se busca inferir conclusiones válidas (58). En el presente estudio la población fueron las gestantes que acudieron a su atención prenatal en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud San Jerónimo entre enero y marzo del 2025. Esta, fue un total de 60.

#### **Criterios de inclusión**

- Gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Jerónimo.
- Gestantes que recibieron las 4 visitas domiciliarias.
- Gestantes del primer y segundo trimestre.
- Gestantes que consintieron participar firmando el formulario de consentimiento informado.

#### **Criterios de exclusión**

- Gestantes con alguna alteración o discapacidad mental.
- Gestantes que no desean participar de la investigación.
- Gestantes que residieron fuera de la zona de jurisdicción del centro de salud.

#### **4.5. Tamaño de muestra**

Hernández et al. (59), la describen como un segmento de la población que comparte características similares en relación con el estudio y sobre la que se

aplica el instrumento de investigación. En este contexto, el tamaño de la muestra correspondió al total de gestantes que cumplieron con los criterios de selección establecidos previamente, empleando un muestreo no probabilístico por conveniencia, el cual fue de 42 gestantes.

#### **4.6. Técnicas de selección de muestra**

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, donde la selección de participantes se basó en su accesibilidad y disposición para participar en el estudio, sin recurrir a la aleatorización (59).

#### **4.7. Técnicas de recolección de información**

En este estudio, se aplicó la técnica de encuesta mediante un cuestionario, tomando como modelo el de Julca y Palacios (60). Este instrumento fue validado mediante la evaluación de expertos, y su confiabilidad se determinó mediante una prueba piloto utilizando el coeficiente KR 20.

El cuestionario estuvo compuesto por veinte preguntas diseñadas para medir el conocimiento sobre los signos de alarma. Estas preguntas fueron cerradas y ofrecieron cuatro opciones de respuesta, donde se asignó un punto por cada respuesta correcta, mientras que las incorrectas no aportaron puntuación. Los participantes se clasificaron según el puntaje obtenido en las siguientes categorías: “Nivel alto” (16 a 20 puntos), “Nivel regular” (11 a 15 puntos) y “Nivel bajo” (0 a 10 puntos).

Para la validación del instrumento, se llevó a cabo un juicio de expertos que evaluaron su relevancia y claridad. Además, se implementó una prueba piloto para determinar la confiabilidad del cuestionario mediante el coeficiente KR 20, el cual mostró un valor de 0,8. Este proceso facilitó la identificación y corrección de



posibles deficiencias, asegurando que el instrumento fuera eficaz y adecuado para medir el conocimiento sobre los signos de alarma en gestantes.

### **Procedimiento**

Como primer paso, se solicitó la aprobación del proyecto por parte de la Escuela Profesional de Obstetricia y de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.

Una vez obtenida dicha aprobación, se realizaron los trámites administrativos con la dirección del Centro de Salud San Jerónimo para acceder a la información sobre las gestantes atendidas durante el periodo establecido.

Posteriormente, se coordinó con el apoyo del personal de salud, la primera aplicación del cuestionario y la intervención educativa a través de las visitas domiciliarias empleando un padrón actualizado. Se seleccionaron a las gestantes que cumplieran con los criterios de inclusión a partir del listado de atendidas en el centro de salud.

Con las posibles participantes se informó a cada una sobre los aspectos éticos que considera el consentimiento informado y se solicitó su participación totalmente voluntaria dejando en claro que se tomó la confidencialidad de sus datos. A su vez se subsanaron las interrogantes que tuvieron para poder firmar el consentimiento informado y aplicar el pretest.

Seguido de esto y tomando en cuenta las indicaciones del “Manual para la capacitación de actores sociales Compromiso 1: Mejora del Estado Nutricional y de Salud de las Gestantes y Niños Hasta 12 Meses de Edad para la Prevención de la Anemia” (61), se procedió a realizar las cuatro sesiones diseñadas tomando en cuenta el documento para las visitas domiciliarias a gestantes. En la primera visita, se aplicó en un primer momento el pre test y seguido a ello se desarrolló la sesión

1 que abarcó la importancia de la atención prenatal y los signos de alarma en el embarazo de forma general.

En la segunda visita, se trató la sesión 2 que tocó temas relacionados con las señales de alarma en el primer trimestre. La tercera visita abordó la sesión 3, la cual trató de las señales de alarma en el segundo y tercer trimestre.

En la cuarta visita, se desarrolló la sesión 4 donde se discutieron los cuidados en el puerperio y las señales de alarma durante esta etapa. Una vez completadas las cuatro visitas, se concluyó con la aplicación del post test en esta última.

#### **4.8. Técnicas de análisis e interpretación de la información**

Después de la recolección de datos, se pasó a introducirlos y organizarlos en una base de datos electrónica, utilizando una hoja de Microsoft Excel 2019 en este caso. Luego, se transfirieron al programa estadístico SPSS versión 27 para llevar a cabo el análisis respectivo.

#### **4.9. Técnicas para demostrar la verdad o falsedad de las hipótesis planteadas**

Para las variables continuas, se emplearon estadísticas como la media, la mediana y el modo para examinar la tendencia central, además de la desviación estándar como medida de dispersión. En cuanto a las variables cualitativas, se mostraron a través de porcentajes y frecuencias para representar su distribución en la muestra. Para comprobar la hipótesis planteada, se utilizó la prueba t de Student para muestras pareadas. Esta prueba es apropiada para comparar dos muestras relacionadas cuando satisfacen las condiciones de normalidad.

## V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 5.1. Procesamiento, análisis, interpretación y discusión de resultados

#### Análisis descriptivo

**Tabla 1.** Estadísticos descriptivos para Edad

<b>n</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>
42	17	38	29,38	5,369

Fuente: Cuestionario aplicado

**Interpretación:** En la Tabla 1 se observa que la muestra estuvo compuesta por 42 gestantes. La edad de las participantes osciló entre un mínimo de 17 y un máximo de 38 años, con una edad promedio de 29,38 años y una desviación estándar de 5,369. Esto indica que la edad de las gestantes en el estudio es relativamente diversa, con una dispersión moderada alrededor de la media.

**Tabla 2.** Distribución de las variables Sociodemográficas

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Estado Civil</b>		
Soltera	5	11.9
Conviviente	29	69.0
Casada	8	19.0
Divorciada	0	0.0
<b>Grado de Instrucción</b>		
Sin estudios	0	0.0
Primaria	6	14.3
Secundaria	21	50.0
Técnico Superior	10	23.8
Superior universitario	5	11.9
<b>Ocupación</b>		
Estudiante	3	7.1
Ama de casa	31	73.8
Otro	8	19.0
<b>Número de Hijos</b>		
solo 1	9	21.4
Más de 2	18	42.9
Mas de 3	12	28.6
Otro	3	7.1

Fuente: Cuestionario aplicado

**Interpretación:** En la Tabla 2 se observa la distribución del estado civil de las gestantes. La categoría conviviente es la predominante, representando el 69.05% de la muestra. En segundo lugar, se encuentra la categoría casada con un 19.05%, y finalmente, las gestantes solteras constituyen el 11.90%. Esta distribución resalta que la mayoría de las gestantes que acuden al Centro de Salud San Jerónimo se encuentran en una relación de convivencia.

Respecto a la distribución variable grado de instrucción de las gestantes se observa que la mayoría de las participantes, el 50.00%, ha alcanzado el nivel de educación Secundaria. Le sigue el nivel Técnico Superior con un 23.81%, y luego el nivel Primaria con un 14.29%. Finalmente, un 11.90% de las gestantes tiene Superior Universitario. Esto sugiere que la población estudiada tiene un nivel educativo predominantemente de secundaria, con una proporción significativa de educación técnica.

En cuanto a la distribución de la variable ocupación de las gestantes, se visualiza que la mayoría de las participantes, el 73.81%, se identifican como Ama de casa. La categoría "Otro" representa el 19.05% de la muestra, mientras que un porcentaje menor, el 7.14%, corresponde a gestantes Estudiante. Esto indica que la gran mayoría de las gestantes en este estudio se dedican principalmente a las labores domésticas.

En correspondencia a la distribución del número de hijos de las gestantes, la categoría predominante es "Más de 2" hijos, que representa el 42.86% de la muestra. Le sigue la categoría "Otro" con un 28.57%, y "Solo 1" hijo con un 21.43%. Finalmente, la categoría "Más de 3" hijos es la menos frecuente, con un 7.14%. Esto sugiere que una proporción considerable de las gestantes en el estudio ya tiene dos o más hijos, y una buena parte de ellas tiene una cantidad de hijos que

no encaja en las primeras tres categorías, lo cual podría indicar un rango más amplio de paridad.

**Tabla 3.** Nivel de conocimiento de los signos de alarma previo a las visitas domiciliarias con enfoque promocional en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025

	n	%
Alto	0	0
Medio	25	59.5
Bajo	17	40.5

Fuente: Cuestionario aplicado

**Tabla 4.** Nivel de conocimiento de los signos de alarma después de las visitas domiciliarias con enfoque promocional en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025

	n	%
Alto	42	100.0
Medio	0	0.0
Bajo	0	0.0

Fuente: Cuestionario aplicado

En las Tablas 3 y 4 se observa claramente la efectividad de las visitas domiciliarias con enfoque promocional, evidenciando un cambio radical en el nivel de conocimiento de los signos de alarma en las gestantes. Mientras que en el Pre-Test no se registraron gestantes con conocimiento "Alto", y la mayoría se concentraba en niveles "Medio" (59.5%) y "Bajo" (40.5%), en el Post-Test se logró que el 100% de las gestantes alcanzaran un nivel de conocimiento "Alto", eliminando por completo las categorías de conocimiento "Medio" y "Bajo".

## 5.2. Pruebas de hipótesis

### Prueba de Normalidad

$H_0$ : Las diferencias entre post y pre siguen una distribución normal.

$H_1$ : Las diferencias entre post y pre no siguen una distribución normal.

### Nivel de Significancia

$$\alpha = 0.05$$

### Regla de Decisión

- Si  $p > 0.05 \rightarrow$  No se rechaza  $H_0$ : Las diferencias tienen distribución normal.  
Se usa la prueba t pareada.
- Si  $p \leq 0.05 \rightarrow$  Se rechaza  $H_0$ : Las diferencias no tienen distribución normal.  
Se usa la prueba de Wilcoxon para muestras pareadas (no paramétrica).

**Tabla 5.** Prueba de distribución de normalidad

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Diferencia PRE_POST	0.977	42	0,547

Fuente: Cuestionario aplicado

**Interpretación:** En la Tabla 5 se presentan los resultados de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para las diferencias entre los puntajes pre y post visitas domiciliarias. Se observa un valor de significancia (Sig.) de 0.547. Dado que este valor (0.547) es mayor que el nivel de significancia establecido ( $\alpha=0.05$ ), no se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ). Esto significa que las diferencias entre los puntajes pre y post-test siguen una distribución normal y, por lo tanto, se puede utilizar una prueba paramétrica, específicamente la prueba t pareada, para el análisis inferencial.

## Prueba T para muestras relacionadas (pareadas)

### Planteo de hipótesis

**H<sub>0</sub>:** Las visitas domiciliarias no tienen efecto significativo en el conocimiento de signos de alarma en gestantes.

**H<sub>1</sub>:** Las visitas domiciliarias mejoran significativamente el conocimiento de signos de alarma en gestantes.

### Nivel de Significancia

$$\alpha = 0.05$$

### Regla de decisión:

- Si  $p \leq 0.05 \rightarrow$  Rechazas  $H_0$ : Hay una diferencia significativa.
- Si  $p > 0.05 \rightarrow$  No rechazas  $H_0$ : No hay evidencia suficiente de diferencia.

**Tabla 6.** Resultados de la prueba t de Student

T	gl	p-valor
21.496	41	< 0.0001

*Nota:* gl representan a los grados de libertad

**Interpretación:** Los resultados presentados en la Tabla 6 evidencian que, tras aplicar la prueba t de Student para muestras relacionadas, se obtuvo un valor de  $t = 21.496$  con 41 grados de libertad y un p-valor menor a 0.0001 ( $p < 2.2e-16$ ). Dado que este p-valor es significativamente menor que el nivel de significancia establecido ( $\alpha = 0.05$ ), se rechaza la hipótesis nula, concluyéndose que las visitas domiciliarias con enfoque promocional tuvieron un efecto significativo en el aumento del conocimiento de signos de alarma en gestantes del Centro de Salud de San

Jerónimo en el año 2025. Estos resultados respaldan la efectividad de la intervención educativa implementada.

### **5.3. Discusión**

El objetivo del presente estudio fue evaluar la efectividad de las visitas domiciliarias con enfoque promocional respecto al conocimiento de los signos de alarma por parte de gestantes durante el año 2025 en el Centro de Salud de San Jerónimo. Donde, los puntajes aumentaron de manera estadísticamente significativa después de la intervención para los miembros del personal, en base a los resultados de la prueba t de muestras pareadas ( $p < 0.0001$ ). Estos hallazgos indican que las visitas a domicilio son una herramienta efectiva para promover el conocimiento materno de los signos de alarma durante el embarazo, un hallazgo consistente con estudios previos que enfatizan la importancia de las intervenciones educativas como mecanismos esenciales para promover la salud materna.

En relación al primer objetivo específico, que era determinar el nivel de conocimiento de las señales de alarma antes de la visita domiciliaria, ninguna de las mujeres embarazadas alcanzó un alto nivel de conocimiento; el 59,5% tenía un nivel medio y el 40,5% un nivel bajo. Este escenario está en concordancia con Montañez J y Ramos C (27), quienes observaron un nivel intermedio en la mitad, y un nivel bajo en el 28% de las mujeres embarazadas de Huancavelica, particularmente en aquellas con más de un embarazo. Asimismo, el 40,6% en Ríos C (25) de los participantes presentaron un conocimiento intermedio y una actitud desfavorable de "desinterés" respecto al tema.

Estos hallazgos están en línea con la literatura internacional, como lo reportaron Carpio M, et al. (21) en clínicas de atención médica, las cuales se realizaron antes



de la intervención educativa; donde las mujeres embarazadas mostraron un conocimiento bajo o moderado de las señales de alarma. Además, Ortiz A (22) en Nicaragua encontró de manera similar brechas en el conocimiento de los participantes antes de la enseñanza, pero las mujeres embarazadas mostraron interés en aprender. Estos hallazgos son una razón adicional a favor de las intervenciones educativas continuas, particularmente en condiciones de vulnerabilidad social o ausencia de acceso a los servicios de salud, donde las necesidades no satisfechas pueden ser perjudiciales para la salud materna y perinatal.

Para el segundo objetivo específico el cuál era el nivel de conocimiento después de las visitas domiciliarias, el 100% de las mujeres embarazadas alcanzaron un alto nivel de conocimiento y representaron una mejora cualitativa significativa en comparación con la situación antes de la intervención. Estos hallazgos validan las visitas domiciliarias como herramienta de promoción de la salud, similar a las observadas por Chávez J (9) en Lima, que mostró un aumento notable en el conocimiento materno después de este tipo de intervención ( $p = 0.001$ ). De igual manera, Unar M, et al. (23) en México, encontraron que las visitas domiciliarias por voluntarios comunitarios muestran un aumento significativo del 23% en el conocimiento de las señales de alarma obstétrica, lo cual apoya dedicar una visita prenatal/puerperio como parte de tales intervenciones en áreas rurales.

De manera similar, Armijos P, et al. (19) en Ecuador, evidenciaron que el 61% de las mujeres embarazadas conocían las señales de alarma después de realizar una intervención educativa. Por su parte, Mandah F, et al. (20) en Nigeria encontraron una diferencia importante entre la cantidad de consultas prenatales y el nivel de conocimiento de las mujeres embarazadas, confirmando la importancia de las

intervenciones frecuentes, como las visitas domiciliarias, para construir alguna información básica para proporcionar autocuidado durante el embarazo.

Desde una perspectiva nacional, los hallazgos del presente estudio están en línea con los reportados en el estudio de Rodríguez C (24) en Lima, donde el 74,14% de las mujeres embarazadas encuestadas obtuvieron un alto grado de conocimiento respecto a las señales de alarma. Correspondientemente, Alvites D y Cabrera C (26) encontraron que el 87,4% de las mujeres embarazadas en Chiclayo presentaron un alto nivel de conocimiento, demostrando los logros de las estrategias educativas cuando son correctamente conducidas por el personal de salud.

En síntesis, los hallazgos de este estudio no solo corroboran que las visitas domiciliarias conducen a una mejora en el conocimiento de los signos de alarma en mujeres embarazadas, sino que también proporcionan evidencia empírica robusta que respalda la inserción de estas prácticas como una estrategia complementaria al cuidado prenatal, especialmente en áreas de difícil acceso a los servicios de salud, donde su uso rutinario podría ayudar significativamente a disminuir los riesgos obstétricos y para una maternidad más segura e informada.

## **VI. CONCLUSIONES**

- Las visitas domiciliarias con enfoque promocional son efectivas para mejorar significativamente el conocimiento sobre los signos de alarma en gestantes, debido a que se demostró una diferencia significativa entre los puntajes pre y post intervención ( $p < 0.0001$ ).
- Se identificó que ninguna gestante alcanzaba un nivel alto de conocimiento antes de las visitas domiciliarias, el 59,5% presentaba un nivel medio y el 40,5% un nivel bajo; reflejando un déficit preocupante en el conocimiento de los signos de alarma en la gestación.
- Posterior a las visitas domiciliarias, todas las gestantes (100%) alcanzaron un nivel alto de conocimiento, con completa ausencia de los niveles medio y bajo.

## **VII. RECOMENDACIONES**

- Se recomienda institucionalizar el uso de visitas domiciliarias con enfoque promocional como estrategia educativa dentro de los programas de salud materna, en vista de su eficacia estadísticamente comprobada ( $p < 0.0001$ ) para incrementar el conocimiento de signos de alarma en gestantes, lo cual puede contribuir significativamente a la reducción de complicaciones maternas fetales.
- Se sugiere aplicar un tamizaje sistemático al inicio del control prenatal para evaluar el conocimiento sobre signos de alarma. Esto permitiría identificar deficiencias informativas a tiempo y aplicar intervenciones dirigidas, reduciendo el riesgo asociado a la falta de reconocimiento de síntomas críticos durante la gestación.
- Se recomienda implementar de forma continua y sistemática las visitas domiciliarias con enfoque promocional como complemento de los controles prenatales, especialmente en centros de atención primaria, no como una medida ante la falta de la gestante a estos controles, sino como refuerzo educativo en su atención integral.

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Salud materna [Internet]. OPS. 2016 [cited 2024 Jul 9]. Disponible de: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
2. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. OMS. 2023 [cited 2024 Jul 9]. Disponible de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. Organización Mundial de la Salud. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado [Internet]. OMS. 2016 [cited 2024 Jul 8]. Disponible de: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
4. World Health Organization. Cada dos minutos muere una mujer por problemas en el embarazo o el parto: organismos de las Naciones Unidas [Internet]. WHO. 2023 [cited 2024 Jul 10]. Disponible de: <https://www.who.int/es/news/item/23-02-2023-a-woman-dies-every-two-minutes-due-to-pregnancy-or-childbirth--un-agencies>
5. Organización Panamericana de la Salud. OPS y socios lanzan campaña para acelerar la reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe [Internet]. OPS. 2023 [cited 2024 Jul 10]. Disponible de: <https://www.paho.org/es/noticias/8-3-2023-ops-socios-lanzan-campana-para-acelerar-reduccion-mortalidad-materna-america>
6. Department of Economic and Social Affairs. Base de datos conjunta OMS/UNICEF sobre el ODS 3.1.2 Asistencia cualificada en el parto [Internet]. United Nations. 2024 [cited 2024 Apr 10]. Disponible de: <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>

7. Organismo de la Naciones Unidas para la salud sexual y reproductiva. Mensajes del contexto nacional en el marco del día mundial de la población 2023 [Internet]. UNFPA-Perú. 2023 [cited 2024 Jul 11]. p. 5. Disponible de: <https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/doc.pdf>
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 2023. Nacional y departamental. [Internet]. Lima, Perú; 2024. Disponible de: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1950/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1950/libro.pdf)
9. Chavéz J. Efectividad de las visitas domiciliarias sobre el conocimiento de las señales de alarma en gestantes en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo bajo, 2023 [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023. Disponible de: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/09cd958f-0ff6-461a-8e64-fc0c4d93eea1>
10. Ministerio de Salud M. Norma técnica de salud para la atención integral de la salud Materna [Internet]. Lima, Perú; 2014. Disponible de: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm\\_827-2013-minsa.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf)
11. Wolfe M, Cabello A, Kazouh A, Zolotor AJ, Klika JB, Wolfe C, et al. Intention to Engage in Maternal and Child Health Home Visiting. Soc Work Public Health [Internet]. 2020 Apr 1;35(4):197–212. Disponible de: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/19371918.2020.1767751>
12. Ministerio de Salud. Promoción de prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil: Documento técnico [Internet]. 2012. Disponible de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321697-promocion-depracticasy-entornos-saludables-para-el-cuidado-infantil->

documento-tecnico

13. Andrade L. Salud integral materna en el cuarto trimestre: seguimiento postparto en el hogar y optimización de recursos disponibles en la comunidad. In: Salud de la mujer Enfoque interdisciplinario de su proceso de atención [Internet]. 2022. p. 39. Disponible de: <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/148183>
14. Ministerio de Salud. Documento técnico: Lineamientos para la implementation de visitas domiciliarias por actores sociales para promover la salud materna y el desarrollo infantil temprano [Internet]. Lima, Perú; 2024. Disponible de: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/5431129-241-2024-minsa>
15. Ngaya-an F V., De Torres RQ, Tejero LMS, Pacquiao DF. Significance of Home Visiting in Providing Care to Filipino Mothers and Their Infants During the Postpartum Period. J Transcult Nurs [Internet]. 2021 Sep 1;32(5):551–7. Disponible de: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043659620959703>
16. Zeeh D, Zeeh J. Hausbesuch im Altenheim. MMW - Fortschritte der Medizin [Internet]. 2021 Jul 15;163(13):51–4. Disponible de: <https://www.springermedizin.de/doi/10.1007/s15006-021-0082-6>
17. Jiménez A, García J. Experiencias de las madres ante las visitas domiciliarias del personal de enfermería para el cumplimiento del esquema de vacunación en la población de Huachi Chico [Internet]. Universidad Técnica de Ambato; 2021. Disponible de: <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/33683>
18. Moreira DC, Bispo Júnior JP, Nery AA, Cardoso JP. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. Cad Saude Publica

- [Internet]. 2020;36(12). Disponible de:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020001205009&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001205009&tlng=pt)
19. Armijos P, Cuenca J, Chamba M. Conocimiento sobre los signos de alarma en el embarazo, parto y post parto atendidas en un hospital obstétrico en Ecuador. Polo del Conoc [Internet]. 2024;9(3):2035–50. Disponible de:  
<https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/6776>
20. Mandah F, Iruo L, Standley I, Ezekiel R, Dagogo L, Ogar O. Knowledge of Obstetric Danger Signs among Women Attending Ante-Natal Clinic at OBIO Cottage Hospital (OCH), Port Harcourt Nigeria. J Med Dent Sci Res [Internet]. 2022;9(7):77–85. Disponible de:  
<https://www.questjournals.org/jmdsr/papers/vol9-issue7/Ser-2/M09077785.pdf>
21. Carpio MF, Espinosa ME, Bautista E. Intervención Educativa sobre el conocimiento en signos y síntomas de alarma en las gestantes del Centro de Salud Daniel Álvarez Loja-Ecuador. Ocronos [Internet]. 2021;4(10):3. Disponible de: <https://revistamedica.com/intervencion-educativa-sintomas-alarma-gestantes/>
22. Ortiz J. Conocimientos y Prácticas antes signos y síntomas de alarma en las embarazada atendidas en casa materna, Hospital primario Yolanda Mayorga, Tipitapa Managua, Octubre, 2019 a Septiembre 2020 [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2021. Disponible de:  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1372796>
23. Unar M, González T, Escalante E, Ferré I, Sachse M, Herrera C. Evaluating the effect of the initiative “Caring for the Newborn and the Mother at Home” in Mexico. Public Health Nutr [Internet]. 2021 Jan;24(1):157–68. Disponible de:



<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33023712>

24. Rodríguez C. Nivel de conocimiento sobre signos de alarma durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue 2024 [Internet]. Universidad Privada San Juan Bautista; 2024. Disponible de: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/eca2c953-c393-4eb8-a27f-48d64f1b27fb>
25. Ríos A. Conocimientos y actitudes sobre signos y síntomas de alarma en embarazadas que acuden al centro de salud Eduardo Jiménez Gómez- Ilo 2023 [Internet]. Universidad José Carlos Mariátegui; 2023. Disponible de: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/2308>
26. Alvites L, Cabrera R. Nivel de conocimiento sobre los síntomas y signos de alarma en gestantes de dos establecimientos de salud de Chiclayo 2023 [Internet]. Universidad Señor de Sipán; 2023. Disponible de: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/10838>
27. Montañez N, Ramos Y. Conocimiento Sobre Signos Y Síntomas De Alarma Del Embarazo, En Gestantes Atendidas En Tiempos De Covid - 19 En El Hospital De Acobamba - Huancavelica, Junio - Julio 2020 [Internet]. Universidad Nacional de Huancavelica; 2021. Disponible de: <https://repositorio.unh.edu.pe/items/651da702-7360-44c3-8b4b-f1307a9a37d5>
28. Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Med Electron [Internet]. 2014;36(6):835–45. Disponible de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242014000600004&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242014000600004&script=sci_arttext)
29. Romero A, San Martín M, Aguilar M. Eclampsia - abordaje enfermero basada en la teoría de Dorothea Orem. Polo del Conoc Rev científico Prof [Internet].

2023;8(1):231–46.

Disponible

de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9285413>

30. Salazar A, Valenzuela S. Teoría de Orem aplicada a intervenciones durante embarazo y climaterio. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2009 Aug;62(4):613–9. Disponible de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000400021&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400021&lng=es&tlng=es)
31. Organización Panamericana de la Salud. Protocolo de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna [Internet]. 2016. Disponible de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33712>
32. Acelas DF, Orostegui A, Alarcón MÁ. Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes sin demora en la atención médica según la estrategia camino para la supervivencia. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2016 Jun;81(3):181–8. Disponible de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262016000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
33. Tomey A, Alligood M. Modelos y teorías en enfermería [Internet]. Elsevier - Health Sciences Division; 2008. 850 p. (Brandon Hill list). Disponible de: <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC>
34. Organización Panamericana de la Salud. Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM) [Internet]. Washington, D.C; 2020. Disponible de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51963>
35. Institute of Medicine. Medicare: A Strategy for Quality Assurance [Internet]. Lohr KN, editor. Washington, D.C.: National Academies Press; 1990. Disponible de: <http://www.nap.edu/catalog/1547>
36. Ministerio de la Mujer y Poblaciones V. Manual de visitas domiciliarias mirando

- y acompañando con cuidado y afecto [Internet]. Lima, Perú; 2014. Disponible de: <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgnna/manual-de-visitas-domiciliarias-FINAL.pdf>
37. Espinoza Z. Visitas domiciliarias a gestantes del hospital de apoyo de Pichanaki, 2019 [Internet]. Universidad Nacional de Huancavelica; 2020. Disponible de: <https://repositorio.unh.edu.pe/items/3a59e9a6-b403-4d85-b5bc-b76e60136159>
  38. Padrón M, González L, Pereira M, Alemañy M. Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2011 Aug 1;33(4):540–6. Disponible de: <http://www.scielo.sld.cu/pdf/rme/v33n4/spu17411.pdf>
  39. Nava J. La esencia del conocimiento. El problema de la relación sujeto-objeto y sus implicaciones en la teoría educativa / The essence of knowledge. The problem of the subject-object relationship and its implications for educational theory. Rev Iberoam para la Investig y el Desarro Educ [Internet]. 2017 Jul 24;8(15):25–57. Disponible de: <http://ride.org.mx/index.php/RIDE/article/view/289>
  40. Navarro T. El Conocimiento [Internet]. 2011. Disponible de: <https://es.slideshare.net/slideshow/estructura-del-conocimiento-elementos-basicos-del-conocimiento/8886007>
  41. Borjas E, Ledezma N, Sevilla G, Alas C, Bejarano S. Patología hipertensiva durante el embarazo y el producto de la concepción. Ciencia, Tecnol y Salud [Internet]. 2021 Dec 15;8(2):134–46. Disponible de: <https://revistas.usac.edu.gt/index.php/cytes/article/view/888>
  42. Múnera A, Muñoz E, Ibarra J. Hipertensión arterial y embarazo. Rev Colomb

- Cardiol [Internet]. 2022 May 25;28(1):3–13. Disponible de:  
[https://www.rccardiologia.com/frame\\_esp.php?id=3](https://www.rccardiologia.com/frame_esp.php?id=3)
43. Orias M. Ruptura prematura de membranas. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2020 Nov 22;5(11):e606. Disponible de:  
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/606>
44. Iza LL, Bustillos ME. Amenaza de parto prematuro predicción prevención y manejo. Recimundo [Internet]. 2022 Oct 5;6(3):393–408. Disponible de:  
<https://recimundo.com/stage/index.php/es/article/view/1831>
45. Ortiz E, Rodrigo V, García J. Prevalencia de náuseas y vómitos del embarazo en la consulta de ginecología. Soc Española Ginecol y Obstet [Internet]. 2022; Disponible de:  
<https://bibliotecavirtual.sego.es/uploads/app/1297/elements/file/file1681828975.pdf>
46. Arias A, Moreno F. Movimientos fetales: Su importancia clínica y su relación con el neurodesarrollo. Salut Sci Spiritus [Internet]. 2022;8(3):84–98. Disponible de:  
<https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/salutemscientiaspiritus/article/view/649>
47. Armas M, Rodríguez A, González-García D, Ramírez O, Santana A, Molina M. Factores de riesgo clínicos maternos de embarazadas con fiebre intraparto y corioamnionitis. Ginecol Obs Méx [Internet]. 2019;87(11):718–25. Disponible de: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412019001100003](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412019001100003)
48. Ortiz M, Corona E, Cariño R, Fernández E. Infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas mexicanas: una revisión sistemática. Educ y Salud

- Boletín Científico Inst Ciencias la Salud Univ Autónoma del Estado Hidalgo [Internet]. 2022 Jun 5;10(20):266–74. Disponible de: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/8560>
49. Torres M, Urrego M. Hemorragias durante el primer trimestre del embarazo: revisión narrativa. Ginecol Obs Méx [Internet]. 2022;90(7):590–8. Disponible de: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412022000700006&script=sci\\_abstract](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412022000700006&script=sci_abstract)
50. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia [Internet]. 6ta ed. Editorial El Ateneo; 2005. 728 p. Disponible de: <https://booksmedicos.org/obstetricia-schwarcz-6a-edicion/>
51. Lam R, Hernández P. Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud? Rev Cuba Hematol Inmunol Hemoter [Internet]. 2008;24(2). Disponible de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-02892008000200009&script=sci\\_abstract](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-02892008000200009&script=sci_abstract)
52. Ministerio de Salud. Muerte Materna [Internet]. Plataforma digital única del Estado Peruano. Disponible de: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/muerte-materna/#:~:text=Muerte materna%3A Es la muerte,no por causas accidentales o>
53. Comunicaciones O. Morbilidad y mortalidad maternas [Internet]. NIH. 2020. Disponible de: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/maternal-morbidity-mortality#:~:text=La morbilidad materna describe problemas,durante o después del embarazo.>
54. Ministerio de Salud. Signos de alarma en el embarazo y el puerperio [Internet]. Gobierno del Perú. 2024. Disponible de: <https://www.gob.pe/40175-signos-de-alarma-en-el-embarazo-y-el-puerperio>

55. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6th ed. McGraw-Hill Education; 2014.
56. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Rev Univ Digit Ciencias Soc. 2019 Jan 31;10(18):92–5.
57. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. El Método científico. Metodología de la Investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis [Internet]. 2019. 562 p. Disponible de: [https://books.google.com.pe/books/about/Metodología\\_de\\_la\\_Investigación\\_cuantitativa.html?hl=es&id=KzSjDwAAQBAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.com.pe/books/about/Metodología_de_la_Investigación_cuantitativa.html?hl=es&id=KzSjDwAAQBAJ&redir_esc=y)
58. Dzúl M. Diseño No-Experimental [Internet]. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Hidalgo; 2013. Disponible de: <https://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/handle/123456789/14902>
59. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Selección de la muestra. In: Interamerica editores, editor. Metodología de la investigación. 6ta ed. Mc Graw Hill Education; 2014. p. 171.
60. Julca S, Palacios C. Relación entre el nivel de conocimiento y actitudes en signos y síntomas de alarma en gestantes del puesto de salud Gerardo Gonzales Villegas – Tumbes 2018 [Internet]. Universidad Nacional de Tumbes; 2018. Disponible de: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/20.500.12874/256>
61. Ministerio de Salud. Manual para la capacitación de actores sociales Compromiso 1: Mejora del Estado Nutricional y de Salud de las Gestantes y Niños Hasta 12 Meses de Edad para la Prevención de la Anemia [Internet]. 2024. Disponible de: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/7354.pdf>



## VII. ANEXOS

### a. Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Justificación	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Tipo y escala	Diseño metodológico
<b>Problema general</b>	<b>Objetivo general</b>	Se justifica por la necesidad primordial de mejorar la atención en el primer nivel de salud, especialmente durante la gestación. Facilitar la adquisición de nuevos conocimientos sobre los signos de alarma es esencial para reducir la mortalidad materna y perinatal. Al proporcionar	<b>Hipótesis general</b> Hi: Las visitas domiciliarias con enfoque promocional son efectivas para el conocimiento de los signos de alarma en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025.  Ho: Las visitas domiciliarias	Nivel de conocimiento de los signos de alarma	Unidimensional	Cefalea, acúfenos o tinnitus, visión borrosa y escotomas Náuseas y vómitos incoercibles Fiebre/escalofríos Epigastralgia Contracciones uterinas Ausencia de movimientos fetales Sangrado vaginal Pérdida de líquido amniótico	Cualitativa nominal	<b>Diseño:</b> Pre experimental, longitudinal, prospectivo  <b>Población:</b> Gestantes atendidas en el consultorio de obstetricia para atención prenatal entre enero y marzo del 2025.  <b>Muestra:</b> 42 gestantes por medio del muestreo no probabilístico por
¿Cuál es la efectividad de las visitas domiciliarias con enfoque promocional en el conocimiento de signos de alarma en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025?	Evaluar la efectividad de las visitas domiciliarias con enfoque promocional en el conocimiento de signos de alarma en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025.							



		evidencia científica, esta investigación apoya el desarrollo de estrategias que mejoren la atención materna y contribuyan significativamente a la reducción de la mortalidad materna y perinatal.	con enfoque promocional no son efectivas para conocimiento de los signos de alarma en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025.			Molestias al miccionar Edema de cara, manos y pies		conveniencia .
<b>Problemas específicos</b>	<b>Objetivos específicos</b>			Visitas domiciliarias con enfoque promocional	Planificación	Solicitar el permiso y obtener los datos de las gestantes que cumplen con los criterios de inclusión	Cualitativa nominal	<b>Técnica:</b> Encuesta
¿Cómo es el conocimiento de los signos de alarma previo a las visitas domiciliarias con enfoque promocional en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025?	Identificar el nivel de conocimiento de los signos de alarma previo a las visitas domiciliarias con enfoque promocional en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025.				Ejecución	Primera, segunda, tercera y cuarta visita		<b>Instrumento:</b> Cuestionario
¿Cómo es el conocimiento de los signos de alarma después de las visitas domiciliarias con enfoque promocional en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025?	Identificar el nivel de conocimiento de los signos de alarma después de las visitas domiciliarias con enfoque promocional en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025.				Evaluación	Pre y post test		

## b. Solicitud de validación

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**VALIDACION DEL INSTRUMENTO MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS**

Andahuaylas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del 20\_\_

**Mag.** \_\_\_\_\_

Presente:

De mi consideración:

Es un placer dirigirme a usted para informarle que actualmente se encuentra en marcha el estudio titulado: **"Efectividad de las visitas domiciliarias con enfoque promocional en el conocimiento de signos de alarma en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025"**, cuyo instrumento que es un cuestionario, está dirigido a todas las gestantes atendidas en el centro de salud.

Teniendo en cuenta que el instrumento citado requiere validación mediante el **JUICIO DE EXPERTOS**, le solicite amablemente que brinde su opinión sobre lo presentado, en calidad de persona especializada en la materia. Para tal fin, adjunto la documentación correspondiente:

1. Solicitud de validación.
2. Operacionalización de variables.
3. Matriz de consistencia.
4. Hoja de criterio de evaluación.
5. Instrumento de recolección de datos.

Le expreso mis sentimientos de respeto y consideración, y me despido de usted, no sin antes agradecerle sinceramente por la atención brindada y por su valiosa colaboración.

**Atentamente:**

.....  
FANY ESTHER LOBATON QUISPE  
BACH. EN OBSTETRICIA

### c. Hoja de criterios para la evaluación por jueces expertos

**TÍTULO:** “EFECTIVIDAD DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS CON ENFOQUE PROMOCIONAL EN EL CONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, 2025”

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas veces este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo, y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el tipo de instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera usted que el tipo de pregunta o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?	1	2	3	4	5

**NOTA:** Marque con un “X” en la escala del uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

#### ADJUNTO:

1. Operacionalización de variables.
2. Matriz de consistencia.
3. Instrumento del recojo de datos

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

**VALIDACIÓN:** Aplica ☐

No aplica ☐

.....  
FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

#### d. Validación del instrumento por juicio de expertos

##### HOJA DE CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN POR JUECES EXPERTOS

**TÍTULO:** "EFECTIVIDAD DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS CON ENFOQUE PROMOCIONAL EN EL CONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, 2025"

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas veces este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo, y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el tipo de instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera usted que el tipo de pregunta o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?	1	2	3	4	5

**NOTA:** Marque con un "X" en la escala del uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

##### ADJUNTO:

1. Operacionalización de variables.
2. Matriz de consistencia.
3. Instrumento del recojo de datos

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

**VALIDACIÓN:** Aplica ☒

No aplica ☐

*Evelyn R. Medina Nolasco*

**OBSTETRA**

**C.O.P. 27554**

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO



## HOJA DE CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN POR JUECES EXPERTOS

**TÍTULO:** "EFECTIVIDAD DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS CON ENFOQUE PROMOCIONAL EN EL CONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, 2025"

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?	1	2	3	4	<del>5</del>
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	<del>5</del>
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?	1	2	3	4	<del>5</del>
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	<del>5</del>
5. ¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas veces este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	<del>5</del>
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	<del>5</del>
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo, y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	<del>5</del>
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el tipo de instrumento?	1	2	3	4	<del>5</del>
9. ¿Considera usted que el tipo de pregunta o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?	1	2	3	4	<del>5</del>

**NOTA:** Marque con un "X" en la escala del uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

### ADJUNTO:

1. Operacionalización de variables.
2. Matriz de consistencia.
3. Instrumento del recojo de datos

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

**VALIDACIÓN:** Aplica ☒ No aplica ☐

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD  
DEL CUERO  
  
Salomina Trujillo Cordero Medina  
Profesora de INVESTIGACIÓN PROFESIONAL  
FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

## HOJA DE CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN POR JUECES EXPERTOS

**TÍTULO:** "EFECTIVIDAD DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS CON ENFOQUE PROMOCIONAL EN EL CONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, 2025"

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas veces este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo, y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el tipo de instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera usted que el tipo de pregunta o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?	1	2	3	4	5

**NOTA:** Marque con un "X" en la escala del uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

### ADJUNTO:

1. Operacionalización de variables.
2. Matriz de consistencia.
3. Instrumento del recojo de datos

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

**VALIDACIÓN:** Aplica ☒

No aplica ☐

  
 Med. Cir. Jesus Ramon Arteaga Pinazo  
 CMP N° 37969 - RNA N° A10032 - DNI N° 22298557  
 Maestro en Gestión Pública  
 ..... Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud .....  
**FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO**



## HOJA DE CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN POR JUECES EXPERTOS

**TÍTULO:** "EFECTIVIDAD DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS CON ENFOQUE PROMOCIONAL EN EL CONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, 2025"

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?					X
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?					X
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?				X	
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					X
5. ¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas veces este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					X
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?					X
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo, y no da lugar a diferentes interpretaciones?				X	
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el tipo de instrumento?					X
9. ¿Considera usted que el tipo de pregunta o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?					X

**NOTA:** Marque con un "X" en la escala del uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

### ADJUNTO:

1. Operacionalización de variables.
2. Matriz de consistencia.
3. Instrumento del recojo de datos

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

**VALIDACIÓN:** Aplica ☒ No aplica ☐

  
 Alexander Better Salazar  
 OBSTETRA  
 FIRMA Y SELLO COPIA EXPERTO

## HOJA DE CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN POR JUECES EXPERTOS

**TÍTULO:** "EFECTIVIDAD DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS CON ENFOQUE PROMOCIONAL EN EL CONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, 2025"

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas veces este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo, y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el tipo de instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera usted que el tipo de pregunta o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?	1	2	3	4	5

**NOTA:** Marque con un "X" en la escala del uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

### ADJUNTO:

1. Operacionalización de variables.
2. Matriz de consistencia.
3. Instrumento del recojo de datos

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

**VALIDACIÓN:** Aplica ☐ No aplica ☐

  
**FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO**



**e. Lista de expertos**

<b>EXPERTOS</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>OPINIÓN DE APLICABILIDAD</b>
Experto 1	Mag. Evelyn Karla Medina Nolasco	Muy aceptable
Experto 2	Mag. Saturnina Truddy Ccancce Medina	Muy aceptable
Experto 3	Mag. Jesús Ramon Arteaga Pinazo	Muy aceptable
Experto 4	Mag. Alexander Better Salazar	Aceptable
Experto 5	Dr. Sergio Armando Rodas Alata	Muy aceptable

Fuente: Elaboración Propia

**f. Instrumento de recolección de datos**

**CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACIÓN TITULADA “Efectividad de las visitas domiciliarias con enfoque promocional en el conocimiento de signos de alarma en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025”**

Estimada Gestante:

Buen día, mi nombre es Fany Esther Lobatón Quispe, bachiller de Obstetricia, de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, le solicito responda el siguiente cuestionario con la mayor honestidad posible, de esta manera, usted contribuirá de forma anónima y confidencial a la investigación mencionada, los resultados obtenidos serán utilizados únicamente con fines de investigación. Agradezco mucho su colaboración y disposición para participar en este estudio

**INSTRUCCIONES:**

- Lea cuidadosamente el cuestionario y marque con un aspa (x) la respuesta que considere conveniente y complete los espacios en blanco.
- Utilice lapicero color azul o negro y no deje las preguntas sin responder.

**I. DATOS GENERALES**

1. Edad: \_\_\_\_\_ años

2. Estado civil:

- a) Soltera (    )
- b) Conviviente (    )
- c) Casada (    )
- d) Divorciada (    )

3. Grado de Instrucción:

- a) Sin estudios (   )
- b) Primaria (   )
- c) Secundaria (   )
- d) Técnico Superior (   )
- e) Superior universitario (   )

4. Ocupación:

- a) Estudiante (   )
- b) Ama de casa (   )
- c) Otro (especifique): \_\_\_\_\_

6. Número de hijos, incluyendo al actual:

- a) Solo 1 (   )
- b) Mas de 2 (   )
- c) Mas de 3 (   )
- d) Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**II. Conocimiento de signos de alarma en el embarazo**

1. ¿Qué entiende por signos de alarma del embarazo?

- a) Es un virus que afecta a las embarazadas.
- b) Es una situación de peligro para la madre o el bebé.
- c) Son todas las enfermedades que ocurren en el embarazo.
- d) Es el desarrollo normal del embarazo.

2. ¿Qué entiende por los síntomas de alarma en el embarazo?

- a) Son cambios normales que no representan un peligro.

- b) Son sensaciones percibidas por la mujer que pueden indicar un problema para la madre o el bebé.
  - c) Son molestias leves, como incomodidad por el tamaño del vientre.
  - d) Son señales sin importancia que no necesitan atención médica.
3. ¿Cuál de las siguientes situaciones describe correctamente los signos y síntomas de alarma en el embarazo?
- a) Dolor de cabeza, hinchazón de manos y pies, sangrado vaginal, visión borrosa.
  - b) Es normal tener cansancio extremo y aumento ligero de peso.
  - c) Aumento del tamaño del abdomen, náuseas matutinas leves y aumento de la frecuencia urinaria.
  - d) La aparición de pequeñas manchas en la piel debido a cambios hormonales.
4. ¿Qué podría indicar la presencia de dolor de cabeza severo en la gestante?
- a) Es un síntoma común y no preocupante.
  - b) Puede ser signo de presión alta, que debe evaluarse inmediatamente.
  - c) Es solo una molestia pasajera sin importancia.
  - d) Es normal y generalmente desaparece después del parto.
5. ¿Cree usted que es normal presentar visión borrosa con presencia de mosquitas o manchitas flotando durante el embarazo?
- a) Sí, solo es una molestia común en el embarazo.
  - b) Sí, sobre todo en el tercer trimestre por el aumento de peso.
  - c) No, es un signo de una complicación y requiere atención médica.
  - d) Sí, ya que se presenta por el cambio hormonal.

6. ¿Qué puede indicar la presencia de náuseas y vómitos persistentes en la gestante?
- a) Es un síntoma normal del embarazo.
  - b) Puede ser una señal de alarma si impide comer o beber líquidos.
  - c) Es solo un problema con la comida.
  - d) Es normal solo si se presentan por las noches.
7. La fiebre en el embarazo ¿qué indica?
- a) Es un síntoma común y no preocupante.
  - b) Es normal solo durante el primer trimestre.
  - c) Es un signo de posible infección y debe ser evaluado.
  - d) Es normal si se presenta por la noche.
8. ¿Cuál de los siguientes síntomas puede alertar sobre una posible infección en el embarazo?
- a) Fiebre, acompañada de malestar general como escalofríos, dolor muscular o debilidad.
  - b) Dolor de cabeza leve y mareos.
  - c) Náuseas persistentes sin vómitos.
  - d) Cansancio y dolor de espalda moderado
9. ¿Cómo considera el dolor abdominal intenso en la boca del estómago durante el embarazo?
- a) Es común en todo el embarazo.
  - b) Es normal por el aumento del tamaño del bebé.
  - c) Es un síntoma normal que indica el bienestar del bebé.
  - d) No es común ni normal en el embarazo, ya que puede relacionarse con la preeclampsia o con problemas de digestión.

10. ¿Cuál de los siguientes síntomas está relacionado a un posible aborto espontáneo?

- a) Náuseas matutinas frecuentes en las mañanas.
- b) Aumento de apetito en el segundo trimestre.
- c) Dolor abdominal acompañado de sangrado en el primer trimestre.
- d) Dolor en la parte baja de la espalda sin sangrado en cualquier momento del embarazo.

11. ¿Cuándo considera usted que las contracciones son una señal de alarma?

- a) Cuando son frecuentes y ocurren antes de las 37 semanas.
- b) Cuando comienzan luego de las 40 semanas.
- c) Cuando ocurren después de las 37 semanas.
- d) Cuando son irregulares y no duelen.

12. ¿Qué indica si el bebé no se mueve o se mueve poco después de las 20 semanas?

- a) Es normal si la mamá está descansando.
- b) Es por la alimentación inadecuada de la madre.
- c) Es una señal de alarma que puede indicar que el bebé está en peligro o falleció.
- d) No tiene importancia si ocurre ocasionalmente.

13. ¿Reconoce usted el sangrado vaginal como una señal de alarma en el embarazo?

- a) No, considero que cualquier sangrado es normal en el embarazo.
- b) Sí, especialmente si ocurre con cólicos, dolor de espalda o contracciones.
- c) Sí, pero solo si se ve como una mucosidad.
- d) No, porque es normal cuando el bebé se mueve mucho.

14. ¿Cuál de los siguientes enunciados es correcto sobre el sangrado vaginal durante el embarazo?

- a) Cualquier tipo de sangrado durante el embarazo, ya sea leve o abundante, es una señal de alarma y requiere atención médica inmediata.
- b) El sangrado con coágulos en los primeros meses de embarazo no es grave y no requiere atención urgente.
- c) El tener sangrado abundante al final del embarazo es normal porque el bebé ya está cerca a nacer.
- d) Solo el sangrado intenso y constante debe ser evaluado por un médico.

15. ¿Cómo reconoce la pérdida de líquido amniótico?

- a) El líquido amniótico es de color marrón y tiene un olor característico.
- b) El líquido amniótico es claro y tiene un olor característico como a lejía.
- c) El líquido amniótico es de color rojo y sin olor.
- d) El líquido amniótico es espeso y sin olor.

16. ¿Cómo considera usted al dolor o ardor al orinar durante el embarazo?

- a) Es común y normal en el primer trimestre del embarazo.
- b) Es común, pero no se considera normal en el embarazo.
- c) No es común, pero puede ser normal en el embarazo.
- d) No es común ni normal en ningún trimestre del embarazo.

17. ¿Cuál de los siguientes signos o síntomas puede indicar una complicación en el embarazo, relacionado con la preeclampsia?

- a) Dolor de cabeza y visión borrosa.
- b) Náuseas matutinas.
- c) Sangrado vaginal.
- d) Dolor en la espalda baja.

18. ¿Qué puede indicar la presencia de hinchazón repentina en las manos, pies y cara durante el embarazo?

- a) Es una molestia común en el embarazo.
- b) Es normal solo en el tercer trimestre.
- c) Puede ser un signo de retención de líquidos, generalmente relacionado a la preeclampsia, que debe ser evaluado por el médico inmediatamente.
- d) No tiene importancia si no hay dolor.

19. ¿Cuál es el rango de ganancia de peso adecuado durante el embarazo en una gestante con peso normal y embarazo único?

- a) Más de 20 kg.
- b) Menos de 10 kg.
- c) No es necesario ganar peso.
- d) Entre 11 y 16 kg.

20. ¿Cuál de estas situaciones no debería considerarse como normal durante el embarazo?

- a) Tener sueño, mareos o náuseas en el primer trimestre.
- b) Aumentar hasta 11 kilos de peso.
- c) Hinchazón de manos, pies y cara, sangrado vaginal, dolor de cabeza.
- d) Sentir que el bebé se mueve constantemente.

### CLAVES

1	B	6	B	11	A	16	D
2	B	7	C	12	C	17	A
3	A	8	A	13	B	18	C
4	B	9	D	14	A	19	D
5	C	10	C	15	B	20	C



### **g. Confiabilidad del instrumento**

Para evaluar la confiabilidad del instrumento, se aplicó el coeficiente Kuder-Richardson 20 (KR-20) a una muestra de 20 gestantes. Este coeficiente es adecuado para instrumentos con ítems dicotómicos y permite estimar la consistencia interna del cuestionario. Se calcularon los valores de KR-20 para las respuestas obtenidas en las etapas de pretest y post test, así como para el conjunto total de ítems, con el fin de asegurar que el instrumento presenta una alta fiabilidad en ambas aplicaciones y en su totalidad.

**Tabla 7.** Resultados de KR 20 para pre test

	n	valor
KR (20)	20	0.68

Fuente: Prueba piloto

En la Tabla 7 se observa que el KR-20 del pre test, aplicado a 20 gestantes, fue de 0.68, lo que indica una confiabilidad aceptable del instrumento en esta fase inicial.

**Tabla 8.** Resultados de KR 20 para post test

	n	valor
KR (20)	20	0.76

Fuente: Prueba piloto

En la Tabla 8 se muestra que el KR-20 del post test fue de 0.76, lo que representa una mejora en la confiabilidad del instrumento tras su aplicación, alcanzando un nivel considerado bueno.

**Tabla 9.** Resultados de KR 20 para pre test y post test

	n	valor
KR (20)	40	0.8

Fuente: Prueba piloto

En la Tabla 9 se observa que el KR-20 conjunto para el pre test y post test fue de 0.80, indicando una confiabilidad alta del instrumento al considerar ambas aplicaciones en su conjunto.

#### **h. Evidencias fotográficas**











**i. Sesiones educativas en visitas domiciliarias a gestantes**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**PLAN DE SESIÓN DE VISITAS DOMICILIARIAS A GESTANTES**

Expositora:

Bach. Fany Esther Lobatón Quispe

2025

## I. DATOS GENERALES

Director(a) del Centro de Salud: Dr. Augusto Altamirano Fuentes

Centro de Salud: San Jerónimo

Categoría del establecimiento: I-4

Micro Red de Salud: Andahuaylas – Apurímac

Escenario: Viviendas de las gestantes que acuden al Centro de Salud de San Jerónimo.

## II. CONTENIDO

**Población objetivo:** Gestantes que acudan a su atención prenatal en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud San Jerónimo.

**Duración:** 20 minutos cada sesión

**Total de visitas:** 4

**Objetivo:** Ampliar el nivel de conocimiento de los signos de alarma en las gestantes mediante las visitas domiciliarias.

**Justificación:** Las visitas domiciliarias con enfoque promocional constituye una estrategia clave para mejorar el conocimiento de las gestantes sobre los signos de alarma durante el embarazo. Esta investigación permitirá evaluar la efectividad de la visita domiciliaria en la mejora del conocimiento y, ayudar en la reducción de complicaciones durante la gestación.

**Metodología:** Las sesiones se dividirán en tres partes, la primera se hará la aplicación del pretest, la segunda será el desarrollo de las sesiones como tal y por último se hará la aplicación post test.

### Descripción de las sesiones:

TEST	DESCRIPCIÓN
Cuestionario pre-test	El cuestionario se aplicará para medir la efectividad de las visitas domiciliarias con enfoque promocional en el conocimiento de signos de alarma en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, que está conformado de 20 preguntas, y al culminar el test, se brindará el contenido del plan de sesión de las visitas domiciliarias, después se dará inicio a las 4 sesiones.
Cuestionario Post-test	Al finalizar con las 4 sesiones educativas de las visitas domiciliarias se tomará nuevamente el mismo cuestionario que se realizó al inicio de las sesiones, para comparar los resultados y determinar la efectividad de las sesiones educativas propuestas.

PRE TEST	Contenido	Tiempo	Materiales y recursos
<b>PRESENTACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recepción e identificación de las gestantes</li> <li>• Explicar el consentimiento informado.</li> <li>• Conocer los conocimientos de los signos de alarma en el embarazo.</li> </ul>	15 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionarios (en hojas impresas)</li> </ul>



## SESIÓN 1

### ATENCIÓN PRENATAL: IMPORTANCIA - EL EMBARAZO: SEÑALES DE PELIGRO

**1.1. Objetivos:** Evaluar el desarrollo de visitas domiciliarias a gestante con sesión educativa sobre la Importancia de la atención prenatal y señales de peligro durante el embarazo.

**1.2. Duración:** 20 minutos.

**1.3. Desarrollo de la sesión:**

Momento	Contenido	Tiempo	Materiales y recursos
<b>INICIO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Saludo cordial a la gestante - acompañante en el domicilio y presentación de la expositora.</li><li>• Identificar los objetivos y temas de la sesión.</li><li>• Recoger bajo una técnica de motivación los saberes previos.</li></ul>	4 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recurso verbal</li><li>• Dinámica conociéndonos</li></ul>
<b>DESARROLLO DEL TEMA</b>	Atención Prenatal: <ul style="list-style-type: none"><li>• Definición</li><li>• Importancia (periodicidad, exámenes auxiliares, etc.)</li><li>• Actividades que se realiza.</li></ul>	12 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rotafolio</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados durante el embarazo</li> </ul> <p>El embarazo: Señales de peligro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Signos y síntomas de alarma durante la gestación de forma general</li> </ul>		
<b>CIERRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer una síntesis de lo visto en la sesión.</li> <li>• Realizar compromisos personales, familiares y laborales de lo aprendido.</li> </ul>	4 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trípticos</li> <li>• Lapiceros</li> </ul>

## SESIÓN 2

### SEÑALES DE ALARMA EN EL PRIMER TRIMESTRE

**2.1. Objetivo:** Evaluar el desarrollo de las visitas domiciliarias con sesiones educativas sobre “Señales de alarma en el primer trimestre”.

**2.2. Duración:** 20 minutos.

**2.3. Desarrollo de la sesión:**

<b>Momento</b>	<b>Contenido</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales y recursos</b>
<b>INICIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saludo cordial a la gestante y acompañante en el domicilio.</li> <li>• Identificar los objetivos y temas de la sesión.</li> <li>• Reforzar el aprendizaje de la sesión anterior.</li> </ul>	4 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso verbal</li> <li>• Dinámica de la pelota preguntona</li> </ul>
<b>DESARROLLO DEL TEMA</b>	<p>Signos de alarma en el primer trimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición</li> <li>• Prevención</li> <li>• Causas y consecuencias en el embarazo.</li> <li>• Alimentación fraccionada y más frecuente.</li> </ul>	12 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotafolio</li> </ul>
<b>CIERRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer una síntesis de lo visto en la sesión.</li> <li>• Realizar compromisos personales y familiares en cuanto a los signos de alarma y qué plan seguir de presentarse.</li> <li>• Refuerza lo aprendido mediante preguntas abiertas: ¿Cómo puedo prevenir estos signos de alarma?, ¿Cómo es la alimentación en casos de náuseas matutinas frecuentes?</li> </ul>	4 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trípticos</li> </ul>

### SESIÓN 3

#### SEÑALES DE ALARMA EN EL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

**3.1. Objetivo:** Evaluar el desarrollo de las visitas domiciliarias a gestantes con sesiones educativas sobre señales de alarma en el segundo y tercer trimestre.

**3.2. Duración:** 20 minutos.

**3.3. Desarrollo de la sesión:**

Momento	Contenido	Tiempo	Materiales y recursos
<b>INICIO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Saludo cordial a la gestante y acompañante en el domicilio.</li><li>• Identificar los objetivos y temas de la sesión.</li><li>• Reforzar el aprendizaje de la sesión anterior.</li></ul>	4 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recurso verbal</li><li>• Dinámica de la tela de araña</li></ul>
<b>DESARROLLO DEL TEMA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Definición</li><li>• Opciones de parto en caso se presente algún signo de alarma.</li><li>• Posibles complicaciones de no acudir al centro de salud ante la presencia de algún signo de alarma.</li></ul>	12 min	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rotafolio</li></ul>
<b>CIERRE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hacer una síntesis de lo visto en la sesión.</li></ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar las modificaciones correspondientes en su plan de parto de presentarse cualquier signo de alarma.</li> <li>• Refuerza lo aprendido mediante preguntas abiertas: ¿Qué documentos llevar siempre?</li> </ul>	4 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trípticos</li> </ul>
--	--	-------	---

## SESIÓN 4

### EL PUERPERIO: SEÑALES DE PELIGRO-REFORZANDO LO APRENDIDO

**4.1. Objetivo:** Practicar el desarrollo de sesiones educativas en visitas domiciliarias a gestantes sobre el tema de señales de peligro durante el puerperio.

**4.2. Duración:** 20 minutos.

**4.3. Desarrollo de la sesión:**

Momento	Contenido	Tiempo	Materiales y recursos
<b>INICIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saludo cordial a la gestante y acompañante en el domicilio.</li> <li>• Identificar los objetivos y temas de la sesión.</li> <li>• Reforzar el aprendizaje de la sesión anterior.</li> </ul>	4 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso verbal</li> <li>• Dinámica</li> </ul>

<b>DESARROLLO DEL TEMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definición del puerperio.</li> <li>Hacer mención a las tasas de mortalidad materna en el puerperio.</li> <li>Señales de peligro durante el puerperio para la madre.</li> <li>Señales de peligro durante el puerperio para el recién nacido.</li> </ul>	12 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rotafolio</li> </ul>
<b>CIERRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hacer una síntesis de lo visto en la sesión.</li> <li>Realizar las modificaciones correspondientes en su plan de parto.</li> <li>Refuerza lo aprendido e indica que ante a alguna señal de peligro después del parto, debe acudir inmediatamente al establecimiento de salud.</li> </ul>	4 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trípticos</li> <li>Lapiceros</li> </ul>

<b>POST TEST</b>	<b>Contenido</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Materiales y recursos</b>
<b>DESPEDIDA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agradecer y felicitar a las gestantes por su participación.</li> <li>Conocer la efectividad de las visitas domiciliarias mediante la realización del post test.</li> </ul>	15 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuestionarios (en hojas impresas)</li> </ul>

## j. Otros anexos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA - FILIAL ANDAHUAYLAS  
"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

Andahuaylas, 29 de Enero del 2025

A: Dr. Augusto Altamirano Fuentes  
Gerente de Centro de Salud San Jerónimo

**SOLICITO:** AUTORIZACIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE TESIS: "EFECTIVIDAD DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS CON ENFOQUE PROMOCIONAL EN EL CONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, 2025"

Yo, Fany Esther Lobatón Quispe, estudiante de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO - FILIAL ANDAHUAYLAS, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**, con código de estudiante 175203, identificado con DNI N° 74243405, con domicilio Jr. Confraternidad N° 1889 - Salinas, distrito de Andahuaylas, provincia de Andahuaylas, departamento de Apurímac, en calidad de egresada de la escuela profesional de obstetricia, ante usted, me presento con el debido respeto y expongo:

Que habiendo egresado de la Escuela Profesional de Obstetricia y siendo requisito indispensable la realización de mi tesis para optar el grado de obstetra, solicito a usted tenga a bien autorizarme para aplicar mi instrumento de investigación de la tesis titulada: **"EFECTIVIDAD DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS CON ENFOQUE PROMOCIONAL EN EL CONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO, 2025"**, la cual se desarrollara en el año 2025 en el área de obstetricia de la institución que usted tan dignamente dirige.

Por lo expuesto, pido a usted acceder a mi petición por ser de justicia que espero alcanzar, no sin antes reiterarle mis sentimientos de reconocimiento y estima personal.

Atentamente

CENTRO DE SALUD	
SAN JERÓNIMO	
Módulo de Partes	
29-01-25	Hora: 10:18
N° Reg: 080	Firma: <i>[Firma]</i>

*[Firma]*  
Fany Esther Lobatón Quispe

San Jerónimo, 14 de febrero del 2024

CARTA N° 01- 2025-GERENCIA-CLAS-S.J-DISA APU-II

Srta. FANY ESTHER LOBATON QUISPE  
ESTUDIANTE DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO.

ANDAHUAYLAS. -

ASUNTO: RESPUESTA A PETITORIO

REF. SOLICITUD PRESENTADA.

Es grato dirigirme a usted, con la finalidad de informarle respecto al documento de referencia, considerándole la **autorización** respectiva para la realización su tesis titulada: **"EFECTIVIDAD DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS CON ENFOQUE PROMOCIONAL EN EL CONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD DE SAN JERONIMO 2025"**

Sin otro particular, me despido de usted reiterando mis consideraciones de estima personal.

Atentamente,



Dr. Augusto Altamirano Fuentes  
CMP 45505 - RME 043174  
GERENTE (o)



## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **“Efectividad de las visitas domiciliarias con enfoque promocional en el conocimiento de signos de alarma en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025”**

Investigador principal: Lobatón Quispe, Fany Esther

Teléfono: 923305188

#### **Introducción:**

Usted está siendo invitado a participar en el estudio que se lleva a cabo con las gestantes del centro de salud de San Jerónimo en el año 2025. Este documento de consentimiento tiene el propósito de informarle sobre los detalles del estudio y su participación en el mismo.

#### **1. Voluntariedad de la Participación:**

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. No tiene ningún costo económico, y puede decidir no participar en cualquier momento sin necesidad de proporcionar una razón. Su decisión, no afectará de ninguna manera la atención médica que recibe.

#### **2. Propósito del Estudio:**

Este estudio busca evaluar la efectividad de las visitas domiciliarias con enfoque promocional en el conocimiento de signos de alarma en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025.

#### **3. Procedimiento:**

Para participar en el estudio, se le realizarán cuatro visitas domiciliarias y se le solicitará completar un cuestionario sobre sus conocimientos relacionados con los signos de alarma en la gestación. Sus respuestas serán confidenciales y se utilizarán únicamente para fines de investigación. La encuesta se realizará en dos momentos.

#### **4. Confidencialidad:**

Las respuestas serán proporcionadas de forma anónima y no se divulgarán a terceros. La información reunida se empleará exclusivamente para el análisis de datos y se presentará de manera agregada en informes y publicaciones. La identidad de los participantes se mantendrá bajo estricta confidencialidad, asegurando la protección de su privacidad y el respeto a sus derechos.

**5. Beneficios y Riesgos:**

No recibirá beneficios económicos por su participación en este estudio. Sin embargo, su contribución es valiosa para ampliar el conocimiento científico. No existen riesgos significativos asociados con su participación.

**6. Derechos del Participante:**

Tiene el derecho de formular preguntas y recibir respuesta a todas sus dudas relacionadas con este estudio. Además, tiene el derecho a obtener una copia de este documento para su consulta y referencia personal.

**7. Contacto:**

Si tiene alguna pregunta o necesita información adicional, puede comunicarse con Fany Lobatón al siguiente número de teléfono: \_\_\_\_\_ o al correo electrónico\_\_\_\_\_.

**He leído y comprendido la información proporcionada en este documento. Estoy de acuerdo con participar voluntariamente en el estudio " Efectividad de las visitas domiciliarias con enfoque promocional en el conocimiento de signos de alarma en gestantes del Centro de Salud de San Jerónimo, 2025".**

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_