

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



ASOCIACIÓN ENTRE EL CONTROL PRENATAL INADECUADO Y EL PARTO PREMATURO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL “HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO” DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017”

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

LON VARGAS FIORELLA ISBETH

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA – PERÚ

2020

ASESOR (a):

Dra. LENY BRAVO LUNA

AGRADECIMIENTO:

Al Dr. Victor Salcedo Bohol, por ser mi guía en la rotación de ginecología y obstetricia y a mi asesora la Dra. Leny Bravo por su apoyo incondicional.

DEDICATORIA:

A mis padres por la paciencia que me
tuvieron a lo largo de todos estos años.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre el control prenatal inadecuado y el parto prematuro en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pischo” de Enero a Diciembre del 2017.

Métodos: Estudio analítico, transversal, caso control y retrospectivo. El estudio se realizó en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Pischo, la muestra estaba conformada por 80 pacientes, 40 casos y 40 controles. Se empleó la ficha de recolección de datos previamente validada. Se realizó el análisis descriptivo empleando un cuadro resumen con las variables, para el análisis inferencial se usó el Chi cuadrado y el Odds ratio con intervalo de confianza del 95%. Se empleó los programas de Microsoft Excel y el SPSS versión 24 para el procesamiento de datos.

Resultados: Se encontró asociación significativa entre el control prenatal inadecuado y el parto prematuro siendo el valor de $P=0,000$. Por otro lado, los factores sociodemográficos, maternos y ambientales no estuvieron asociados significativamente con el control prenatal inadecuado, siendo el valor de $P>0,05$.

Conclusiones: Existe asociación entre el control prenatal inadecuado y el parto prematuro, siendo el primero un factor de riesgo para el parto prematuro. No se encontró asociación entre los factores sociodemográficos, maternos con el control prenatal inadecuado. Dentro de los factores ambientales, el consumo de drogas fue un factor de riesgo para el control prenatal inadecuado, aumentando dos veces el riesgo.

Palabras claves: Control prenatal inadecuado, parto prematuro, factores sociodemográficos, factores maternos y factores ambientales.

ABSTRACT

Objective: To determine the association between inadequate prenatal control and premature delivery in patients attended in the gynecology and obstetrics service of the "San Juan de Dios Hospital of Pisco" from January to December 2017

Methods: Analytical, transversal, control and retrospective case study. The study was conducted in the gynecology and obstetrics service of the San Juan de Dios Hospital in Pisco, the sample consisted of 80 patients, 40 cases and 40 controls. The previously validated data collection form was used. The descriptive analysis was carried out using a summary table with the variables, for the inferential analysis the Chi square and the Odds ratio with a 95% confidence interval were used. Microsoft Excel programs and SPSS version 24 were used for data processing.

Results: A significant association was found between inadequate prenatal control and premature delivery, with a value of $P = 0.000$. On the other hand, sociodemographic, maternal and environmental factors were not significantly associated with inadequate prenatal control, with a value of $P > 0.05$.

Conclusions: There is an association between inadequate prenatal control and premature delivery, the former being a risk factor for preterm delivery. No association was found between sociodemographic, maternal factors with inadequate prenatal control. Among environmental factors, drug use was a risk factor for inadequate prenatal control, increasing the risk twice

Key words: Inadequate prenatal control, premature birth, sociodemographic factors, maternal factors and environmental factors.

INTRODUCCIÓN

En el presente estudio presentaremos a través del primer capítulo el planteamiento del problema con información y datos estadísticos del parto prematuro y los controles prenatales inadecuados. Asimismo, se formularán los problemas de investigación, los cuales serán justificados de manera teórica, práctica, metodológica y económica-social, luego se plantearon los objetivos a desarrollar.

En el segundo capítulo se desarrolla el marco teórico, conformado por los antecedentes nacionales e internacionales que respaldan el estudio. Asimismo, se hallan las bases teóricas que contienen la definición, fisiología y diagnóstico del parto prematuro y del control prenatal inadecuado, inmediatamente se procede a plantear las hipótesis y se definen las variables, luego se delimitaron los conceptos operacionales donde se establecen los criterios de evaluación para el control prenatal inadecuado y el parto prematuro, además de los factores sociodemográficos, maternos y ambientales.

La metodología de la investigación forma parte del tercer capítulo, donde se describe el diseño metodológico, el nivel y el tipo de investigación, además de a selección de la población y muestra de estudio.

En el cuarto capítulo se describen los resultados obtenidos al emplear la ficha de recolección de datos previamente validada, los cuales fueron obtenidos usando la metodología del estudio, también se plantea la discusión comparando similitudes, diferencias, fortalezas y debilidades del estudio y de los antecedentes buscados.

En el último capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones de acuerdo a los resultados de la investigación.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
ÍNDICE	VII
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE ANEXOS	XII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1 GENERAL	2
1.2.2 ESPECÍFICOS	2
1.3 JUSTIFICACIÓN	3
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	4
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6 OBJETIVOS	4
1.6.1 GENERAL	4
1.6.2 ESPECÍFICOS	4
1.7 PROPÓSITO	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	6
2.2 BASE TEÓRICA	10
2.3 MARCO CONCEPTUAL	18
2.4 HIPÓTESIS	20
2.4.1 GENERAL	20

2.4.2 ESPECÍFICOS	20
2.5 VARIABLES	21
2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	21
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	23
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	23
3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	23
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	24
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	24
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	25
3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	25
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	25
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
4.1. RESULTADOS	26
4.2. DISCUSIÓN	38
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 CONCLUSIONES	40
5.2 RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	49

LISTA DE TABLAS

TABLA Nº 1: ASOCIACIÓN ENTRE EL CONTROL PRENATAL INADECUADO Y EL PARTO PREMATURO	26
TABLA Nº 2: ESTIMACIÓN DE RIESGO ENTRE EL CONTROL PRENATAL INADECUADO Y EL PARTO PREMATURO	26
TABLA Nº 3: ASOCIACIÓN ENTRE LA EDAD DE LA MADRE Y EL CONTROL PRENATAL INADECUADO	27
TABLA Nº 4: ESTIMACIÓN DE RIESGO DE LA EDAD DE LA MADRE ASOCIADO AL CONTROL PRENATAL INADECUADO	27
TABLA Nº 5: ASOCIACION ENTRE EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y EL CONTROL PRENATAL INADECUADO	28
TABLA Nº 6: ESTIMACIÓN DE RIESGO DEL NIVEL DE INSTRUCCIÓN ASOCIADO AL CONTROL PRENATAL INADECUADO	28
TABLA Nº 7: ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y EL CONTROL PRENATAL INADECUADO	29
TABLA Nº8: ESTIMACIÓN DE RIESGO DEL ESTADO CIVIL ASOCIADO AL CONTROL PRENATAL INADECUADO	29
TABLA Nº 9: ASCOCIACIÓN ENTRE LA PARIDAD Y EL CONTROL PRENATAL INADECUADO	30
TABLA Nº 10: ESTIMACIÓN DE RIESGO DE LA PARIDAD ASOCIADO AL CONTROL PRENATAL INADECUADO	30
TABLA Nº 11: ASOCIACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y EL CONTROL PRENATAL INADECUADO	31

TABLA Nº 12: ESTIMACIÓN DE RIESGO DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS ASOCIADO AL CONTROL PRENATAL INADECUADO	31
TABLA Nº 13: ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE TABACO Y EL CONTROL PRENATAL INADECUADO	32
TABLA Nº 14: ESTIMACIÓN DE RIESGO DEL CONSUMO DE TABACO ASOCIADO AL CONTROL PRENATAL INADECUADO	32
TABLA Nº 15: ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE DROGAS Y EL CONTROL PRENATAL INADECUADO	33
TABLA Nº 16: ESTIMACIÓN DE RIESGO DEL CONSUMO DE DROGAS ASOCIADO AL CONTROL PRENATAL INADECUADO	33
TABLA Nº 17: FRECUENCIA DEL CONTROL PRENATAL INADECUADO Y EL PARTO PREMATURO	34
TABLA Nº 18: FRECUENCIA DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y EL CONTROL PRENATAL INADECUADO	35
TABLA Nº 19: FRECUENCIA DE LOS FACTORES MATERNO Y EL CONTROL PRENATAL INADECUADO	36
TABLA Nº 20: FRECUENCIA DE LOS FACTORES AMBIENTALES Y EL CONTROL PRENATAL INADECUADO	37

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	50
ANEXO N° 2: INSTRUMENTO	52
ANEXO N° 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO–CONSULTA DE EXPERTOS	54
ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA	58
ANEXO N°5: PERMISO DEL HOSPITAL	60

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El parto prematuro es un problema común en la atención obstétrica y pediátrica, estos contribuyen en un exceso de 50% a la mortalidad perinatal, creando una carga significativa para la familia y la comunidad¹. La etiología es multifactorial, por ello es importante identificar los factores de riesgo durante la gestación. El apoyo para este enfoque proviene de la observación que el nacimiento prematuro es menos probable entre las mujeres que buscan atención prenatal temprano o tienen más controles prenatales, que entre aquellos que buscan atención prenatal tardía o tienen menos visitas.²

En el 2018 a nivel mundial de cada 10 nacimientos nace un prematuro, la mortalidad es elevada siendo más de un millón al año por complicaciones durante el parto, por otro lado, los que sobreviven quedan con alguna discapacidad de por vida. Los continentes con mayor tasa de prematuridad son Asia y África, representados por el 60% a nivel mundial. El país con mayor número de nacimientos prematuros es India.³

Para el año 2016 en América Latina y el Caribe, el país con mayor porcentaje de prematuridad fue Costa Rica, representado por 13.6% del total de nacimientos y el de menor tasa de prematuridad fue Ecuador con 5.1% del total de nacimientos.⁴

En el 2015 en Perú, el 6% de todos los nacimientos se dan dentro semanas 32 a 36 y el 1% entre las semanas 27 a 31 de gestación. En las localizaciones en donde se ubica el mayor porcentaje de neonatos entre las semanas 32-36 se hallan en la región Loreto con un (7,2%) y las regiones de Piura, La Libertad, Tumbes, Lambayeque, Cajamarca, Callao, San Martín, Ucayali y Apurímac, presentan porcentajes alrededor del 6%.⁵

Según estudios se identifican diversos factores de riesgo para el parto prematuro, dentro de ellos el inadecuado control prenatal. La atención prenatal son un conjunto de estrategias y procedimientos que tienen como

objetivo vigilar y evaluar de manera integral a la gestante y su producto, para lograr un neonato sano y sin disminución en la salud de la madre⁶. La atención prenatal no solo depende del servicio, sino del apropiado e inapropiado uso que la embarazada haga de él⁷. La UNICEF en el año 2016 reportó que el 42% de las gestantes recibieron como máximo 4 controles prenatales.⁸

Por ello se plantean diversos factores que influyen en el desarrollo de un control prenatal inadecuado, los cuales pueden ser prevenidos y resueltos oportunamente para disminuir el gran número de complicaciones, dentro de ellos el parto prematuro, la labor preventiva es necesaria para eliminar riesgo, siendo necesario el conocimiento de las asociaciones entre el parto prematuro y el control prenatal inadecuado.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 GENERAL

¿Existe asociación entre el control prenatal inadecuado y el parto prematuro en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pischo” de Enero a Diciembre del 2017?

1.2.2 ESPECÍFICOS

1. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados al control prenatal inadecuado en las pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pischo” de Enero a Diciembre del 2017?
2. ¿Cuáles son los factores maternos asociados al control prenatal inadecuado y el parto prematuro en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pischo” de Enero a Diciembre del 2017?
3. ¿Cuáles son los factores ambientales asociados al control prenatal inadecuado y el parto prematuro en el servicio de ginecología y

obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017?

1.3. JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN TEORICA

Según el Ministerio de Salud en el 2015 se estimó que en nuestro país la tasa del parto prematuro es de 6.5% y en Lima en el mismo año estuvo representado por el 6.48% del total, por tal es de gran importancia promover una mejor cultura de salud en las gestantes, llevando un control prenatal adecuado.⁹

JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Con la información brindada, se podrá reducir la tasa de partos prematuros y dar un manejo adecuado al problema, mediante la implementación de medidas de promoción y prevención.

JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Para alcanzar los objetivos planteados se buscó establecer asociaciones estadísticamente significativas entre el control prenatal no apropiado y el parto prematuro, para esto se usó una muestra adecuada de casos, el mismo número lo conformaron los controles estableciéndose asociación entre las variables, utilizando los modelos estadísticos apropiados mediante el programa SPSS y Microsoft Excel.

JUSTIFICACIÓN ECONÓMICA SOCIAL

La investigación tiene relevancia social, por la tasa elevada de parto prematuro, y morbilidad perinatal, consiguiendo con esto un beneficio social; por ello la tipificación de factores de riesgo, incluyendo el adecuado control prenatal, teniendo un efecto beneficioso en la población obstétrica.

1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El desarrollo de la investigación se realizó en el servicio de Ginecología y Obstetricia en el “Hospital San Juan de Dios de Pisco”, usando las historias clínicas de pacientes con parto prematuro y a término, que tuvieron sus controles prenatales y su parto en el mencionado Hospital.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

No existieron limitaciones en la presente investigación.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 GENERAL

Determinar la asociación entre el control prenatal inadecuado y el parto prematuro en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017.

1.6.2 ESPECÍFICOS

1. Establecer la asociación entre los factores sociodemográficos y el control prenatal inadecuado en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017.
2. Identificar la asociación entre los factores maternos y el control prenatal inadecuado en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017.

3. Establecer la asociación entre los factores ambientales y el control prenatal inadecuado en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017.

1.7 PROPÓSITO

El propósito fundamental de la presente investigación es determinar la asociación entre el control prenatal inadecuado y el parto prematuro en el “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017, para que de esta manera se pueda establecer intervenciones preventivas.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Vásquez (2015), estudio realizado en Ecuador, donde se buscó determinar los factores relacionados con la falta de control prenatal determinado por 70 pacientes gestantes a término y post término que tenían control prenatal inadecuado. Los resultados obtenidos en esta investigación fueron que el 27% de las gestantes estaban entre las edades de 14-17 años, el 43% eran solteras, el 41% solo tenían primaria completa, el 36% eran primigestas y el 46% tenían de 0-2 controles prenatales. Se concluyó que los principales factores relacionados a la falta de control prenatal, fueron la edad temprana y el bajo nivel de instrucción.¹⁰

Mendoza et al. (2015), en Colombia se realizaron un estudio de casos y controles, donde se indagó determinar la influencia de la adolescencia y su entorno sobre la adherencia al control prenatal y su impacto con la prematuridad. La mala adherencia estuvo definida como el inicio del control prenatal mayor a las 12 semanas. Los resultados estuvieron conformados por el intervalo de edad más frecuente entre los 13 y 19 años, los años de escolaridad fue menor a 11 años, fue mayor en solteras y convivientes, además de no tener seguro de salud, en cuanto al número de paridad, era mayor a 2. La mala adherencia al control prenatal también estuvo asociada al mayor riesgo de partos prematuros. Se determinó la asociación entre la adolescencia y la mala adherencia del control prenatal.¹¹

Córdova et al. (2009), se realizó un estudio en Colombia de casos y controles, donde se buscó identificar los factores asociados con la inasistencia del control prenatal durante el primer trimestre de gestación.

En los resultados se determinó que el mayor número de gestantes con inasistencia a sus controles estuvieron entre las edades de 14 y 15 años, el mayor número de gestantes fueron las de régimen subsidiado, el nivel de instrucción superior estuvo relacionado como factor protector. Por otro lado, el número de paridad de 4 a 6 gestaciones estuvo relacionado con el mayor riesgo de inicio tardío de los controles. Se concluyó que los factores predominantes fueron el bajo nivel de instrucción y el mayor número de paridad.¹²

Vera et al. (2015), en Ecuador se buscó determinar la relación que existe entre los factores socioculturales con la inobservancia del control prenatal. Los resultados identificados fueron que los principales factores relacionados al grupo de gestantes fueron, el no tener educación con un promedio de controles prenatales de 2,5 controles, la pobreza con 3,5 controles prenatales, la falta de conocimientos sobre la trascendencia del control prenatal con 3,5 controles. Se llegó a la conclusión que entre os factores que se asociaban destacan el nivel de educación, la pobreza, la falta de conocimientos sobre la importancia del control prenatal.¹³

Barrera et al. (2016), en México, se realizó un estudio analítico, en el cual se buscó determinar los factores relacionados al parto pre término, dentro de los resultados encontrados estuvieron que la edad promedio de los mismos fue de 17 años, asimismo de observarse que las complicaciones durante la gestación tuvieron gran significancia. El consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo fue determinante para la aparición del parto pre término. Además, se observó que las visitas de los controles prenatales tuvieron un número de 0 a 3. Se concluyó que los factores asociados fueron las complicaciones obstétricas, la inasistencia a los controles prenatales y el bajo nivel de instrucción.¹⁴

ANTECEDENTES NACIONALES

Ahumada *et al.* (2016), en el Hospital Nacional Sergio Bernales de Lima. Se realizó una investigación de casos y controles en donde se buscó describir los factores de riesgo relacionados con el parto pre término. Dentro de los resultados obtenidos se encontró que las gestantes llevaron un control prenatal inadecuado (menor a 6) (OR ajustado = 3,2; P <0,001), además de no llevar ningún control prenatal (OR ajustado= 3,0; P <0,001). Dentro de los factores obstétricos, estuvieron la preeclampsia con (OR ajustado= 1,9; P=0,005) y el antecedente del parto prematuro (OR ajustado= 3,7; P <0,001). Se determinó que los factores asociados al parto pre término fueron el control prenatal inadecuado, las complicaciones durante la gestación como la preeclampsia y el antecedente del parto prematuro.¹⁵

Reyes *et al.* (2017), estudio de casos y controles realizado en el Hospital Regional de Trujillo, donde el objetivo principal fue identificar la asociación entre el control prenatal inadecuado y el parto prematuro. Los factores asociados fueron la edad promedio de 28 años, además se determinó que la frecuencia del control prenatal inadecuado tuvo el porcentaje de 48.1%, con OR de 2.27, con P=0.0173 [IC95%=1.148-4.487]. Se observó que la mayor frecuencia del control prenatal inadecuado estuvo asociado con el parto prematuro con semana de gestación de 35. Se llegó a la conclusión que el control inadecuado es un factor de riesgo para el parto pretérmino.¹⁶

Rodríguez (2018), estudio de casos y controles realizado en el Hospital de Ventanilla, donde el objetivo fue identificar los factores asociados al abandono del control prenatal. Dentro de los resultados se encontraron el apoyo paupérrimo por parte de la pareja con OR=4.7, el desconocimiento de la importancia del control prenatal OR=5.7, además de citas olvidadas OR=2.5 y la gestación no planificada OR=2.7). Se

llegó a la conclusión que hay asociación entre los factores de riesgo sociales y personales con el inadecuado control prenatal.¹⁷

Munares (2013), estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, de casos y controles donde se tuvo como objetivo principal identificar los factores de riesgo relacionados con el abandono del control prenatal. Dentro de los resultados obstétricos se pudo encontrar que los casos estuvieron dentro del intervalo de edad de 19 a 35 años, en cuanto al nivel de instrucción el 66.5% tenía secundaria completa, y la gran parte de gestantes eran convivientes. En cuanto al número de paridad fue de 2, por otro lado, el mayor número de controles prenatales tuvo mayor porcentaje para el grupo control. Además, dentro de los factores personales se obtuvo que el 11.6% del grupo de casos no tomaron importancia a los controles prenatales, por lo que aumentaba 21 veces el riesgo de abandonarlo, el $OR=21,3$ [IC95% 2,9-433,6]. La dificultad para los quehaceres domésticos, también fue un factor importante, aumentando más de 4 veces el riesgo. También la poca accesibilidad de permisos en el trabajo para acudir a su cita fue predominante, representando el 29,3% con $OR=3,2$ [IC95% 1,8-5,7]. Dentro del estudio no se halló relación del abandono con la primaria incompleta, apoyo paupérrimo de pareja, edades extremas, el no tener pareja estable y gestación no planificada. Además, se estudiaron factores institucionales como; seguimiento de cita, aumentando más de 5 veces el riesgo de abandono a sus controles prenatales, también la incoordinación entre servicios del centro de salud donde se atendía la gestante y el poco tiempo de consulta. Los factores médicos estuvieron determinados por la relación médico-paciente insatisfactoria, aumentando 7 veces más el riesgo de abandonarlo, la calidad inadecuada del control fue también un factor asociado. Las conclusiones estuvieron representadas por factores personales, institucionales y médicos.¹⁸

Atienzo et al. (2016), se realizó el estudio descriptivo y comparativo en Lima, donde el objetivo fue describir las prácticas médicas de los controles prenatales en gestantes adolescentes y adultas. Los resultados encontrados demostraron que las adolescentes tuvieron menos controles prenatales comparados con las gestantes adultas, además de que el inicio de estos fue tardío en comparación a las gestantes de mayor edad. Llegaron a la conclusión que las gestantes adolescentes reciben un control prenatal inadecuado, relacionado a las recomendaciones ya establecidas.¹⁹

2.2 BASE TEÓRICA

La atención prenatal o control prenatal es un conjunto de procedimientos clínicos y educativos que tienen como objetivo controlar el desarrollo del embarazo y promover la salud de la madre y el niño. Incluye la recepción de mujeres desde el inicio de su embarazo hasta el postparto. Este es un período caracterizado por cambios físicos y emocionales que cada mujer experimenta de manera diferente, por lo que debe recibir atención integral de los equipos de salud, reduciendo las complicaciones de la madre y del recién nacido.²⁰

Según la OMS, el patrón de visitas de la atención prenatal es mínimo a 8, el cual debe de ser monitoreada periódicamente para avalar su efectividad²¹. Sin embargo, en nuestro medio, un mínimo de 6 visitas se considera un control prenatal adecuado, estas son distribuidas de la siguiente manera: antes de las 22 semanas la primera y segunda visita, entre la semana 22 y 24 la tercera visita, entre la 27 y 29 la cuarta atención, en la semana 33 la quinta atención y la última entre las 37 y 40 semana²². Según estudios, los cuales indican que existen factores de riesgo que escapan de la responsabilidad médica para un adecuado control prenatal, las cuales son definidas como características sociodemográficas, maternas y ambientales. Los factores sociodemográficos: La edad de la madre, partiendo que las adolescentes

atraviesan cambios orgánicos y psico-emocionales, de mayor proporción que una gestante adulta. El embarazo adolescente tiene una tasa 5 veces mayor de mortalidad en comparación con la población adulta. El estado civil de la madre diferente al de casada y el nivel de instrucción, representa un riesgo para la adecuada adherencia de la atención prenatal. Los factores de riesgo maternos, dentro de ellos las complicaciones durante la gestación, como las infecciones urinarias durante la gestación y la ruptura prematura de membranas, además de la paridad, siendo el cuidado de los hijos un factor para el abandono de la atención prenatal²³. Los factores ambientales, determinado por el consumo de tabaco y drogas, datos incluidos dentro del carnet perinatal, los cuales demuestran el descuido de la madre sobre su gestación²⁴. Por ello la evaluación de los factores de riesgo que intervienen en el control prenatal inadecuado, es de gran valor para la mejora de esta estrategia.

El monitoreo adecuado de las mujeres embarazadas se relaciona con los beneficios tanto para la madre como para el feto, permitiendo la detección y el tratamiento oportuno de la morbilidad, reduciendo la tasa de partos pre término, por ende, la mortalidad materno perinatal.²⁵

La calidad de la atención prenatal no solo debe enfocar sus aspectos cuantitativos, como el número de consultas o la edad gestacional de inicio de la atención prenatal, ya que impide la visualización del impacto material en su contenido. Por lo tanto, se requiere la incorporación de estrategias destinadas a garantizar la atención prenatal con un enfoque integral y de resolución de problemas^{25,26}. Entre estos, deseamos destacar las estrategias educativas. Sin embargo, con respecto a este tema, los investigadores han observado algunas en las actividades educativas durante la atención prenatal, ya que las mujeres embarazadas de bajo riesgo que reciben atención prenatal muestran con regularidad una falta de conocimiento sobre los cambios derivados del

embarazo y la falta de preparación para el parto cuando llegan al último mes de su embarazo.^{27, 28, 29}

Las mujeres deben estar bien instruidas durante el cuidado prenatal para que puedan experimentar un parto positivo, sufrir menores riesgos de complicaciones en el período de posparto y tener más éxito en la lactancia materna. La información sobre las diversas experiencias debe ser compartida entre las mujeres y los profesionales de la salud. Las estrategias de grupos de apoyo y las visitas de capacitación a hogares de mujeres por parte de expertos se han implementado con éxito en modelos de atención de salud prenatal. La experiencia y el intercambio de conocimiento es la mejor manera de comprender el proceso del embarazo, agrega un componente educativo a la atención y proporciona un mayor apoyo a las mujeres embarazadas durante el período prenatal, lo que contribuye a mejores resultados obstétricos.³⁰

La atención prenatal es uno de los servicios de atención médica preventiva más utilizados en los Estados Unidos. Casi cuatro millones de nacidos vivos son entregados a mujeres cada año en los EE. UU., y la gran mayoría de estas mujeres reciben algún tipo de atención prenatal³¹. La evidencia sobre la efectividad de la atención prenatal sigue siendo ambigua, y los profesionales de la salud y la salud pública no están de acuerdo en cuanto a su propósito principal y sus efectos.³² La controversia actual sobre el papel y los beneficios de la atención prenatal es sorprendente, dado el alcance a lo que su uso temprano y continuo se ha promocionado como un servicio de atención médica fundamental para mejorar los resultados del embarazo en los EE. UU.³³

La idea del cuidado prenatal organizado se ha atribuido a las propuestas hechas por Ballantyne antes de finales de los 1800^{34,35,36}. El interés inicial de Ballantyne en la atención prenatal se centró en la prevención

de las anomalías fetales. Más tarde reconoció que la atención prenatal también podría reducir las muertes maternas, fetales y neonatales³⁷. La morbilidad y mortalidad materna se encontraban entre los resultados más tempranos focalizados en términos de los beneficios de la atención prenatal.^{38,39,40}

Al inicio del siglo XX, creció el soporte a la hipótesis de que la atención prenatal podría minimizar el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y la mortalidad resultante. En 1915, J. Whitridge Williams, del Hospital Johns Hopkins, en defensa de los posibles beneficios de la atención prenatal, afirmó que "la atención prenatal y la instrucción, ofrecen grandes posibilidades para la disminución del número de muertes (por prematuridad)⁴¹. A mediados de siglo, Eastman describió una marcada reducción del riesgo entre la prematuridad y las madres que recibieron "atención prenatal adecuada", según lo definido al tener tres o más visitas⁴². Los estudios posteriores también encontraron una relación entre la atención prenatal y la prematuridad, pero los hallazgos no significativos y contradictorios también informó.^{43,44,45}

Aunque los ensayos no aleatorizados sobre las intervenciones de atención prenatal han arrojado resultados prometedores para respaldar las afirmaciones acerca de los beneficios de la atención prenatal, los ensayos clínicos aleatorizados de intervenciones para prevenir el parto prematuro han generado resultados equívocos⁴⁶. Varias revisiones de la literatura sobre la prevención de partos prematuros, han llegado a la conclusión de que los enfoques actuales de atención prenatal no son particularmente efectivos y no se les puede dar un respaldo incondicional. El abordaje de la restricción del crecimiento fetal de los recién nacidos a término mediante intervenciones nutricionales y antitabaco puede haber sido el mecanismo por el que se logró, mediante intervenciones previas una reducción en las tasas de bajo peso al nacer.

En esencia, estas revisiones sugieren que sin una mejor comprensión de las múltiples etiologías del bajo peso al nacer, que incluyen las diversas vías que conducen al parto prematuro, no es sorprendente que la atención prenatal, tal como está constituida, tenga poco impacto en las tasas de bajo peso al nacer^{47, 48, 49, 50}. Solo cuando se desarrollen intervenciones prenatales más efectivas para abordar los mecanismos subyacentes específicos que conducen al parto prematuro -por ejemplo, establecer la efectividad de dirigir los antibióticos a mujeres que tienen vaginosis bacteriana o un parto prematuro espontáneo- se considerará la atención prenatal como un vehículo para la entrega de estas intervenciones probablemente facilite una marcada reducción en la incidencia de bajo peso al nacer o parto prematuro.⁵¹

En cuanto al control prenatal adecuado, este debe de presentar las siguientes características: Ser precoz, debe de ejecutarse en el primer trimestre de gestación, pudiéndose determinar el riesgo de la gestante. Ser periódico, llegando a cumplir como el mínimo número de visitas mayor a 6 y distribuidos de acuerdo al trimestre de gestación. Además de ser completo, garantizando una adecuada atención integral. Por último, ser de amplia cobertura, buscando el bienestar materno y fetal.⁵²

Mientras aún evoluciona, la atención prenatal, ampliamente conceptualizada, se puede evaluar en términos de:

- El momento del inicio de la atención, es decir, el cuidado de un mes o al trimestre.
- Adherencia a un cronograma de visitas prescrito, por ejemplo, número y espaciamiento de visitas.
- El contenido de la atención médica, incluida la evaluación del estado de riesgo; exámenes médicos para detectar y diagnosticar enfermedades, procedimientos médicos para el tratamiento de

enfermedades; evaluación de la necesidad y derivación a servicios auxiliares; provisión de educación para la salud, etc.

- El tipo, la capacitación y la organización de los proveedores de atención.
- La configuración de la atención, por ejemplo, privado vs. público; clínica médica u oficina del proveedor vs. visita domiciliaria.
- El contenido de los servicios auxiliares, incluidos los servicios educativos, nutricionales y psicosociales; manejo de casos; consejería sobre abuso de tabaco, alcohol y sustancias; servicios de intervención de apoyo social; servicios de extensión y seguimiento, etc.
- La calidad, disponibilidad, accesibilidad, organización y funcionamiento del sistema de proveedor de atención prenatal, incluidas las interacciones pacientes / proveedor / sistema.⁵³

Los partos prematuros son aquellos que ocurren con menos de 37 semanas de edad gestacional; sin embargo, el límite de edad de baja edad gestacional, o el utilizado para distinguir el nacimiento prematuro del aborto espontáneo, varía según la ubicación. En los EE. UU., a tasa de partos prematuros es del 12-13%; en Europa y otros países desarrollados, las tasas informadas son generalmente del 5-9%⁵⁴. La tasa de nacimientos prematuros se ha visto incrementada en la mayoría de los países desarrollados, con la tasa en los Estados Unidos aumentando del 9,5% en 1981 al 12,7% en 2005⁵⁵, a pesar del avance en el conocimiento de los factores de riesgo y mecanismos relacionados con el trabajo de parto prematuro y la introducción de muchas intervenciones médicas y de salud pública diseñadas para reducir el parto prematuro.⁵⁶

Los nacimientos prematuros simbolizan el 75% de la mortalidad entre los recién nacidos y más del 50% de la morbilidad a largo plazo⁵⁷. Aunque la mayoría de los bebés prematuros sobreviven, tienen un mayor riesgo de trastornos del desarrollo neurológico y complicaciones respiratorias y

gastrointestinales. Los partos prematuros también se pueden subdividir según la edad gestacional: aproximadamente el 5% de los nacimientos prematuros ocurren a menos de 28 semanas (prematuridad extrema), aproximadamente el 15% a las 28-31 semanas (prematuridad grave), aproximadamente el 20% a los 32- 33 semanas (prematuridad moderada) y 60-70% a las 34-36 semanas (casi a término).⁵⁸

Los precursores obstétricos que conducen al parto prematuro son: (1) parto por resoluciones maternas o fetales, en las que el trabajo de parto es inducido o el recién nacido nace mediante cesárea previa al trabajo de parto; (2) parto prematuro espontáneo con membranas intactas; y (3) ruptura prematura de las membranas (RPM), independientemente de si el parto es vaginal o por cesárea.⁵⁹

Aproximadamente el 30-35% de los partos prematuros están indicados, el 40-45% sigue al parto prematuro espontáneo y el 25-30% sigue a la RPM; los nacimientos que siguen parto espontáneo y RPM se denominan partos prematuros espontáneos. La contribución de las causas de los nacimientos prematuros a todos los nacimientos prematuros difiere según el grupo étnico.⁶⁰

El trabajo de parto prematuro usualmente se define como contracciones regulares acompañados de cambios cervicales antes de la 37 semana de gestación. La patogénesis del trabajo de parto prematuro no es bien comprendida. Pero el trabajo de parto prematuro puede representar una activación temprana de trabajo de parto normal como resultado de anormalidades patológicas.⁶¹

Ahora se piensa que el parto prematuro es un síndrome iniciado por diversos mecanismos, que incluyen infección o inflamación, isquemia uteroplacentaria o sangrado, sobredistensión del útero, estrés y otras vías mediadas inmunológicamente⁶². En la mayoría de los casos no se puede establecer un mecanismo preciso; por lo tanto, se han buscado factores asociados con el parto prematuro, pero no obviamente en la vía

causal, para explicar el trabajo de parto prematuro. Se cree que un número creciente de factores de riesgo interactúa para causar una transición de la quietud uterina al trabajo de parto prematuro o RPM. Dado que muchos de los factores de riesgo resultan en inflamación sistémica aumentada, el aumento de la estimulación de la infección o la vía de inflamación podría explicar algunos de los aumentos en los nacimientos prematuros asociados con múltiples factores de riesgo⁶³. La definición de los factores de riesgo para el pronóstico del nacimiento prematuro es un objetivo razonable por diversas razones. En primer lugar, la identificación de las gestantes en situación de riesgo permite el inicio de un tratamiento de riesgo específico.⁶⁴

Segundo, los factores de riesgo podrían definir una población adecuada para el estudio de mediaciones específicas. Finalmente, la identificación de los factores de riesgo puede proporcionar información importante sobre los mecanismos que conducen al nacimiento prematuro. Hay muchas características maternas o fetales que se han asociado con el parto prematuro, incluyendo características demográficas, estado nutricional, antecedentes de embarazo, características actuales del embarazo, características psicológicas, conductas adversas, infección, contracciones uterinas y longitud cervical, y marcadores biológicos y genéticos.⁶⁵

Se ha considerado que el mejor acceso a la atención prenatal es una forma de reducir los nacimientos prematuros debido a la asociación entre el registro temprano de la atención y las bajas tasas de partos prematuros. Sin embargo, esta asociación parece derivar más de la alta tasa de partos prematuros en mujeres que no reciben atención prenatal que del contenido de la atención para quienes la reciben. El acceso precoz a la atención prenatal no influyó en la tasa de parto prematuro en las mujeres inscritas en un estudio de técnicas de diagnóstico prenatal en el primer trimestre.⁶⁶

2.3 MARCO CONCEPTUAL

VARIABLE DEPENDIENTE

- Parto prematuro: Según la OMS: “Se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional: Prematuros extremos (menos de 28 semanas), muy prematuros (28 a 32 semanas), prematuros moderados a tardíos (32 a 37 semanas).⁶⁷

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Control prenatal inadecuado: La atención prenatal es un grupo de labores asistenciales que se llevan a cabo en encuentros o visitas establecidas con los profesionales de salud la gestante con el propósito de controlar la evolución del embarazo y lograr una apropiada preparación para el parto y la crianza del neonato, con el fin de minimizar los riesgos de este proceso fisiológico.⁶⁸
- Factores sociodemográficos:
 - Edad de la madre: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Cualquiera de los periodos en que se considera dividida la vida de una persona, o cualquiera de dichos periodos por sí solo.⁶⁹
 - Nivel de Instrucción: El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.⁷⁰
 - Estado Civil El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.⁷¹

- Factores maternos:
 - Paridad: Se dice que una mujer ha parido, cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o por cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), que pesan 500gramos o más o que poseen más de 20 semanas de gestación (un embarazo múltiple se consigna como una sola paridad). Si el producto no alcanza este peso o edad gestacional se denomina aborto: NULIPARA: Mujer que no ha parido nunca. PRIMIPARA: Mujer que ha parido una vez MULTIPARA: Mujer que ha parido 2 o más veces. GRAN MULTIPARA: Mujer que ha parido 6veces o más.⁷²
 - Complicaciones obstétricas: Las complicaciones obstétricas se refieren a disrupciones y trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial.⁷³
- Factores ambientales:
 - Tabaco: El tabaco es un producto preparado a partir de las hojas de la planta del tabaco curándolos. La planta es parte del género Nicotiana y de la familia Solanaceae. Si bien se conocen más de 70 especies de tabaco. El tabaco contiene la nicotina el cual es un alcaloide estimulante, Las hojas secas de tabaco se usan principalmente para fumar en cigarrillos, cigarros y pipa⁷⁴.
 - Drogas: Una droga es cualquier sustancia (que no sea un alimento que proporciona apoyo nutricional) que, cuando se inhala, inyecta, fuma, consume, se absorbe a través de un parche en la piel o se disuelve debajo de la lengua, causa un cambio fisiológico temporal (y con frecuencia psicológico) en el cuerpo.⁷⁵

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 GENERAL

- H1: Existe asociación entre el control prenatal inadecuado y el parto prematuro en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017.
- H0: No existe asociación entre el control prenatal inadecuado y el parto prematuro en el “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017.

2.4.2 ESPECÍFICAS

- H1: Existe asociación entre los factores sociodemográficos y el control prenatal inadecuado en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017.
- H0: No existe asociación entre los factores sociodemográficos y el control prenatal inadecuado en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017.

- H1: Existe asociación entre los factores maternos y el control prenatal inadecuado en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017.
- H0: No existe asociación entre los factores maternos y el control prenatal inadecuado en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017.

- H1: Existe asociación entre los factores ambientales y el control prenatal inadecuado en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017.

- H0: No existe asociación entre los factores ambientales y el control prenatal inadecuado en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017.

2.5 VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

- Parto prematuro

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Control prenatal inadecuado
- Factores sociodemográficos:
 - Edad de la madre.
 - Nivel de Instrucción.
 - Estado Civil.
- Factores maternos:
 - Paridad.
 - Complicaciones obstétricas.
- Factores ambientales:
 - Tabaco.
 - Drogas.

2.6 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

VARIABLE DEPENDIENTE

Control prenatal inadecuado: Se define como menos de seis visitas a la atención prenatal.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Parto prematuro: Según Organización Mundial de la Salud se define como un parto pretérmino aquel que se da antes de las 37 semanas de la gestación.

- **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS:**
 - Edad de la madre: Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento hasta el día de la evaluación.
 - Nivel de instrucción: Determinado por la culminación de la secundaria.
 - Estado Civil: Condición de la gestante en relación al vínculo personal con un individuo de otro género.

- **FACTORES MATERNOS**
 - Paridad: Determinado por la nuliparidad o paridad de la madre.
 - Complicaciones obstétricas: Enfermedades de la madre presentada durante la gestación.

- **FACTORES AMBIENTALES**
 - Consumo de tabaco: Consumo de cigarrillos durante la gestación.
 - Consumo de drogas: Consumo de drogas lícitas (alcohol) e ilícitas durante la gestación.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO:

No experimental de enfoque cuantitativo porque los datos obtenidos se plasmarán en datos aritméticos.

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- **Según su naturaleza:** Es observacional puesto que no existió manipulación alguna por el investigador.
- **Según su alcance:** Es de alcance analítico porque se buscó hallar una asociación entre el control prenatal y el parto prematuro.
- **Según el número de mediciones:** Transversal porque el llenado de la ficha de recolección de datos se realizó en un momento dado.
- **Según la planificación de la toma:** Retrospectivo porque los sucesos ya se llevaron a cabo y se realizó la revisión de historias clínicas.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de la presente investigación es explicativo, se buscó establecer una asociación estadísticamente significativa entre el control prenatal y el parto prematuro, de la misma manera la asociación de los factores sociodemográficos, maternos y ambientales con el control prenatal inadecuado.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: La población del presente estudio estuvo conformada por 2730 pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017.

Muestra: Debido a que la muestra lo conformaron 80 pacientes del consultorio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017, el muestreo será no probabilístico por conveniencia.

Casos: Lo conformaron 40 pacientes con partos prematuros con y sin control prenatal, expuestos y no expuestos a los factores socioeconómicos, maternos y ambientales.

Controles: Se tomó 40 pacientes para conformar los controles, siendo las pacientes con partos a término con y sin control prenatal, expuesto y no expuestos a los factores socioeconómicos, maternos y ambientales.

Criterios de inclusión:

- Para los casos, pacientes con diagnóstico de parto prematuro, siendo <37 semanas al nacer.
- Para los controles, pacientes con diagnóstico de parto a término, entre la semana 37 y 40 al nacer.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas incompletas, registro de muerte fetal, malformaciones congénitas y partos traumáticos.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó mediante la ficha de recolección de datos, la cual fue validada por tres expertos; un especialista (asistente en ginecología y obstetricia), un metodólogo y un estadístico. Se procedió a solicitar el permiso al director del Hospital San Juan de Dios de Pisco, luego de obtener acceso a las historias clínicas, se gestionó la base de datos de los casos y controles al personal estadístico del mencionado hospital.

Posteriormente, se procedió a revisar las historias clínicas de acuerdo a la base de datos brindada. Donde se recolectó los datos necesarios por cada historia clínica.

3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La ficha de recolección de datos, se diseñó de acuerdo a los factores de riesgos planteados en esta investigación. Los factores sociodemográficos, que incluyen la edad de la paciente, el estado civil y el nivel de instrucción. Los factores maternos, en donde se identifica la paridad, de acuerdo si la paciente tiene o no hijos y a las complicaciones obstétricas que ha podido presentar durante la gestación, como infecciones urinarias y ruptura prematura de membranas. Finalmente los factores ambientales, identificando si la paciente ha consumido tabaco o drogas durante la gestación.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se aplicó el programa SPSS versión 24 para el procesamiento de datos, donde se realizó el análisis descriptivo según el tipo de variable mediante la moda, frecuencia y porcentaje. Luego se procedió a elaborar las tablas de contingencia mediante la prueba de significancia estadística no paramétrica Chi cuadrado. Para la relación de variables cualitativas con un nivel de significancia del 95% y su respectivo P valor. Además se calculó el Odds Ratio con su respectivo intervalo de confianza.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación utilizó medios legales y éticos para la recolección de datos, donde se adoptó medidas para proteger la confidencialidad de datos, omitiendo información que pudiese traducirse en la identificación de personas, además de no poseer conflicto de intereses.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

ANÁLISIS INFERENCIAL

OBJETIVO 1:

TABLA Nº 1: ASOCIACIÓN ENTRE EL CONTROL PRENATAL INADECUADO Y EL PARTO PREMATURO

	X ²	Valor de P
Chi-cuadrado de Pearson	36,364 ^a	,000

Fuente: Historias clínicas del Hospital San Juan de Dios de Pisco.

Interpretación: Según la tabla Nº 1, el valor de P= 0,000 para el control prenatal inadecuado.

Contrastación: Según la tabla Nº 1, siendo el valor P<0,05, existe asociación entre el control prenatal inadecuado y el parto prematuro.

TABLA Nº 2: ESTIMACIÓN DE RIESGO ENTRE EL CONTROL PRENATAL INADECUADO Y EL PARTO PREMATURO

	RIESGO	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Para cohorte Prematuro = no	,273	,177	,420

Fuente: Historias clínicas del Hospital San Juan de Dios de Pisco.

Interpretación: Según la tabla Nº 2, el OR= 0,273 [IC95%%=0,177-0,420].

Contrastación: Según la tabla Nº 2, el control prenatal inadecuado no es un factor de riesgo para el parto prematuro.

OBJETIVO 2:

TABLA N° 3: ASOCIACIÓN ENTRE LA EDAD DE LA MADRE Y EL CONTROL PRENATAL INADECUADO

	X ²	Valor de P
Chi-cuadrado de Pearson	,125 ^a	,723

Fuente: Historias clínicas del Hospital San Juan de Dios de Pisco.

TABLA N° 4: ESTIMACIÓN DE RIESGO DE LA EDAD DE LA MADRE Y EL CONTROL PRENATAL INADECUADO

	RIESGO	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Edad de la Madre (<17 / >17)	1,286	,319	5,186

Fuente: Historias clínicas del Hospital San Juan de Dios de Pisco.

Interpretación: Según la tabla N° 3 y N° 4, el valor de P en la edad de la madre es igual a 0,723, además el OR=1,296 con un IC95% [0,319-5,186].

Contrastación: Según la tabla N° 3 y N° 4, siendo el valor de P>0,05, no existe asociación entre la edad de la madre y el control prenatal inadecuado, además la edad de la madre no es un factor de riesgo para el control prenatal inadecuado.

TABLA Nº 5: ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y EL CONTROL PRENATAL INADECUADO

	X ²	Valor de P
Chi-cuadrado de Pearson	,556 ^a	,456

Fuente: Historias clínicas del Hospital San Juan de Dios de Pisco.

TABLA Nº 6: ESTIMACIÓN DE RIESGO DEL NIVEL DE INSTRUCCIÓN ASOCIADO AL CONTROL PRENATAL INADECUADO

	RIESGO	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Nivel de Instrucción (Secundaria incompleta / Secundaria completa)	,568	,126	2,554

Fuente: Historias clínicas del Hospital San Juan de Dios de Pisco.

Interpretación: Según la tabla Nº 5 y Nº 6, el valor de P en el nivel de instrucción es igual a 0,456, además el OR=0,568 con un IC95% [0,126-2,554].

Contrastación: Según la tabla Nº 5 y Nº 6, siendo el valor de P>0,05, no existe asociación entre el nivel de instrucción y el control prenatal inadecuado, además el nivel de instrucción no es un factor de riesgo para el control prenatal inadecuado.

TABLA N° 7: ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y EL CONTROL PRENATAL INADECUADO

	X ²	Valor de P
Chi-cuadrado de Pearson	,457 ^a	,499

Fuente: Historias clínicas del Hospital San Juan de Dios de Pisco.

TABLA N° 8: ESTIMACIÓN DE RIESGO DEL ESTADO CIVIL ASOCIADO AL CONTROL PRENATAL INADECUADO

	RIESGO	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Estado Civil (Soltera / Casada)	,630	,163	2,427

Fuente: Historias clínicas del Hospital San Juan de Dios de Pisco.

Interpretación: Según la tabla N° 7 y N° 8, el valor de P para el estado civil es igual a 0,499, además el OR=0,630 con un IC95% [0,163-2,427].

Contrastación: Según la tabla N° 7 y N° 8, siendo el valor de P>0,05, no existe asociación entre el estado civil y el control prenatal inadecuado, además el estado civil no es un factor de riesgo para el control prenatal inadecuado.

OBJETIVO 3:

TABLA N° 9: ASOCIACIÓN ENTRE LA PARIDAD Y EL CONTROL PRENATAL INADECUADO

	X ²	Valor de P
Chi-cuadrado de Pearson	1,003 ^a	,317

Fuente: Historias clínicas del Hospital San Juan de Dios de Pisco.

TABLA N° 10: ESTIMACIÓN DE RIESGO DE LA PARIDAD ASOCIADO AL CONTROL PRENATAL INADECUADO

	RIESGO	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Paridad (sin hijos / con hijos)	,603	,223	1,630

Fuente: Historias clínicas del Hospital San Juan de Dios de Pisco.

Interpretación: Según la tabla N° 9 y N° 10, en el estado civil el valor de P=0,317, además el OR=0,603 con un IC95%= [0,223-1,630].

Contrastación: Según la tabla N° 9 y N° 10, siendo el valor de P>0,05, no existe asociación entre la paridad y el control prenatal inadecuado, además la paridad no es un factor de riesgo para el control prenatal inadecuado.

TABLA N° 11: ASOCIACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y EL CONTROL PRENATAL INADECUADO

	X ²	Valor de P
Chi-cuadrado de Pearson	2,489 ^a	,115

Fuente: Historias clínicas del Hospital San Juan de Dios de Pisco.

TABLA N° 12: ESTIMACIÓN DE RIESGO DE LAS COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS ASOCIADO AL CONTROL PRENATAL INADECUADO

	RIESGO	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Complicación durante la Gestación (Si / No)	2,053	,836	5,041

Fuente: Historias clínicas del Hospital San Juan de Dios de Pisco.

Interpretación: Según la tabla N° 11 y N° 12, en las complicaciones obstétricas el valor de P= 0,115, además el OR=2,053 con un IC95% [0,836-5,041].

Contrastación: Según la tabla N° 11 y N° 12, siendo el valor de P>0,05 no existe asociación entre las complicaciones obstétricas y el control prenatal inadecuado, además las complicaciones obstétricas no son un factor de riesgo para el control prenatal inadecuado.

OBJETIVO 4:

TABLA N° 13: ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE TABACO Y EL CONTROL PRENATAL INADECUADO

	X ²	Valor de P
Chi-cuadrado de Pearson	2,296 ^a	,130

Fuente: Historias clínicas del Hospital San Juan de Dios de Pisco.

TABLA N° 14: ESTIMACIÓN DE RIESGO DEL CONSUMO DE TABACO ASOCIADO AL CONTROL PRENATAL INADECUADO

	RIESGO	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para Tabaco (Si / No)	2,613	,732	9,322

Fuente: Historias clínicas del Hospital San Juan de Dios de Pisco.

Interpretación: Según la tabla N° 13 y N° 14, en el consumo de tabaco el valor de P= 0,130, además el OR=2,613 IC95% [0,732-9,322].

Contrastación: Según la tabla N° 13 y N° 14, siendo el valor de P>0,05 no existe asociación entre el consumo de tabaco y el control prenatal inadecuado, además el consumo de tabaco no es un factor de riesgo para el control prenatal inadecuado.

TABLA N° 15: ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE DROGAS Y EL CONTROL PRENATAL INADECUADO

	X ²	Valor de P
Chi-cuadrado de Pearson	3,117 ^a	,077

Fuente: Historias clínicas del Hospital San Juan de Dios de Pisco.

TABLA N° 16: ESTIMACIÓN DE RIESGO DEL CONSUMO DE DROGAS ASOCIADO AL CONTROL PRENATAL INADECUADO

	RIESGO	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Para cohorte Prematuro = si	2,081	1,650	2,625
N de casos válidos	80		

Fuente: Historias clínicas del Hospital San Juan de Dios de Pisco.

Interpretación: Según la tabla N° 15 y N° 16, el valor de P en el consumo de drogas es igual a 0,077 y el valor de OR=2,081 y el IC95% [1,650-2,625]

Contrastación: Según la tabla N°15 y N° 16, siendo el valor de P>0,05 no se encontró asociación significativa con el control prenatal inadecuado, además el consumo de drogas no es un factor de riesgo para el control prenatal inadecuado.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

TABLA N° 17: FRECUENCIA DEL CONTROL PRENATAL INADECUADO Y EL PARTO PREMATURO

	CASOS		CONTROLES	
	N	%	N	%
CPN INADECUADO				
NO	0	0%	25	63%
SI	40	100%	15	37%

Fuente: Historias clínicas del Hospital San Juan de Dios de Pisco.

Interpretación: Según la tabla N° 17 el 100% de los casos tuvo control prenatal inadecuado y el 63% de los controles tuvieron control prenatal inadecuado.

TABLA N°18: FRECUENCIA DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y EL CONTROL PRENATAL INADECUADO

	CASOS		CONTROLES	
	N	%	N	%
EDAD DE LA MADRE				
<17 años	5	13%	4	10%
>17 años	35	87%	36	90%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN				
Secundaria Completa	37	93%	35	88%
Secundaria Incompleta	3	7%	5	12%
ESTADO CIVIL				
Soltera	34	85%	36	90%
Casada	6	15%	4	10%

Fuente: Historias clínicas del Hospital San Juan de Dios de Pisco.

Interpretación: Según la tabla N° 18 la edad de la madre <17 años, para los casos representaron el 13% y para los controles el 10%. En el nivel de instrucción, la secundaria completa para los casos fue representada por el 93% y los controles el 88%. En el estado civil, el 85% de los casos fueron solteras y los controles el 90%.

TABLA N° 19: FRECUENCIA DE LOS FACTORES MATERNOS Y EL CONTROL PRENATAL INADECUADO

	CASOS		CONTROLES	
	N	%	N	%
PARIDAD				
Si	31	78%	27	68%
No	9	22%	13	32%
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS				
Si	26	65%	19	48%
No	14	35%	21	52%

Fuente: Historias clínicas del Hospital San Juan de Dios de Pisco.

Interpretación: Según la tabla N° 19, el 78% de los casos tenían hijos y los controles 68%. Los casos que tuvieron complicaciones obstétricas estuvieron representados por el 65% y los controles por el 48%.

TABLA N° 20: FRECUENCIA DE LOS FACTORES AMBIENTALES Y EL CONTROL PRENATAL INADECUADO

	CASOS		CONTROLES	
	N	%	N	%
TABACO				
Si	9	23%	4	10%
No	31	77%	36	90%
DROGAS				
Si	3	8%	1	3%
No	37	92%	39	97%

Fuente: Historias clínicas del Hospital San Juan de Dios de Pisco.

Interpretación: Según la tabla N° 20, el consumo de tabaco para los casos obtuvo el 23% y los controles el 10%. El consumo de drogas estuvo representado en los casos por el 8% y los controles por el 3%.

4.2 DISCUSIÓN

El control prenatal adecuado en nuestro medio se define como un mínimo de 6 visitas. Aproximadamente un 14 % de las embarazadas en el Perú en el 2014 tuvieron un control prenatal inadecuado lo cual significaría un riesgo incrementado para morbilidades tales como el bajo peso al nacer. Con el propósito de conocer la asociación entre el control prenatal inadecuado y el parto prematuro además de los factores de riesgo que llevan un control prenatal inadecuado en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, se realizó un estudio transversal retrospectivo en el que a pesar de haber involucrado todos los casos durante el periodo de 1 año solo se pudo obtener una casuística de 40.

En cuanto a la distribución del control prenatal inadecuado y el parto prematuro nuestro estudio mostró resultados consistentes con aquella información en la literatura^{11, 12}. El 100% de los casos de parto prematuro mostraron haber tenido un control prenatal inadecuado, lo cual se contrasta con el grupo de controles en donde solamente un 37% reporto haber tenido un control prenatal inadecuado

Al evaluarse las características sociodemográficas podemos observar en los antecedentes de la investigación que el intervalo de edad asociado al control prenatal inadecuado era más frecuente en edades más tempranas entre los 13 a 17 años, encontrándose asociación entre las variables^{8,9}. A comparación del presente estudio donde la edad más frecuente para los casos fue mayor a los 17 años donde no se puede establecer asociación siendo el valor de $P=0,723$. En cuanto al nivel de instrucción, fue mayor la distribución en aquellas madres que contaban con secundaria completa lo cual fue contrastante con lo reportado con otros autores en donde también las tasas de escolaridad son altas^{7, 8, 11,15}. En cuanto al estado civil; los antecedentes nacionales e internacionales^{8,15} fue representativo para los casos el estado civil de ser convivientes o ser soltera, no encontrándose asociación entre el

estado civil y el control prenatal inadecuado, de la misma manera sucedió en la presente investigación, siendo el valor de $P=0,499$.

Con respecto a las asociaciones entre los factores de riesgo maternos y el control prenatal inadecuado, nuestro estudio no pudo establecer asociaciones estadísticamente significativas evaluando la paridad y las complicaciones obstétricas. La asociación con la paridad no pudo ser establecida ($P=0,317$) tal como se mencionan los autores referidos en el capítulo 2^{8,9}. Tampoco fue posible asociar las complicaciones obstétricas tal como es mencionado en los antecedentes ^{7,9} ($P=0,09$).

Los factores ambientales evaluados en la tesis fueron el consumo de tabaco y el consumo de drogas. Los antecedentes descritos¹¹ mencionan asociaciones con estos dos indicadores. Esta información no pudo ser validada en nuestro estudio, encontrando un valor de $P=0,077$ para el consumo de drogas y para el consumo de tabaco un valor de $P =0,130$.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. Sí existe asociación entre el control prenatal inadecuado y el parto prematuro en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017.
2. No existe asociación entre los factores sociodemográficos y el control prenatal inadecuado en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017.
3. No existe asociación entre los factores maternos y el control prenatal inadecuado en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017.
4. No existe asociación entre los factores ambientales y el control prenatal inadecuado en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que los profesionales de salud desarrollen nuevas estrategias de sensibilización para que las mujeres gestantes o aquellas que planean estarlo conozcan acerca de un control prenatal adecuado y que existe un número mínimo de visitas necesarias y cronogramas los cuales influyen proporcionalmente en la madre y su producto.
2. En esta investigación no se pudo encontrar asociación entre los factores sociodemográficos y control prenatal inadecuado como se

describe en los antecedentes. Se recomienda realizar investigaciones similares a la presente con una muestra más amplia y demográficamente diversa. También se recomienda aplicar estudios similares en poblaciones de otras regiones del país.

3. Se recomienda mantener una vigilancia constante sobre los factores maternos, debido a que diversas literaturas mencionan que la paridad podría representar un riesgo asociado al control prenatal inadecuado, así como la presencia de complicaciones obstétricas; la detección e intervención precoz sobre estos factores podrían permitir un acercamiento a la madre para que se pueda llevar a cabo un cuidado prenatal oportuno.
4. Es necesario promover una cultura conveniente para prescindir del uso de alcohol y drogas en gestantes y en aquellas mujeres que lo planean estar, además de especificar a mayor detalle qué tipo de droga consume la paciente, de esta manera realizar intervenciones directas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goldenberg RL, Rouse DJ. Prevention of premature birth. NEJM. 1998; 339(5): 313-320
2. Murki S. Low-birthweight baby: Born too soon or too small. Indian J Med Res. 2017; 145(5): 703-704
3. Organización mundial de la Salud. En: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> [Fecha de acceso: 01 de Setiembre del 2018]
4. Mendoza LA, Arias MD, Peñaranda CB, Mendoza LI, Manzano S, Varela AM. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. Rev Chil Obstet Ginecol. 2015; 80(4): 306-315
5. Ministerio de Salud. En: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf [Fecha de acceso: 01 de Setiembre del 2018]
6. Ministerio de Salud. En: <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131014-MINSA-Propuesta-NT-Atencion-Integral-Salud-Materna.pdf> [Fecha de acceso: 01 de Setiembre del 2018]
7. Miranda C, Castillo I. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. 2016; 7(2): 1345-1351
8. UNICEF. En: https://www.unicef.org/peru/spanish/Estado_de_la_ninez_Peru_2005.pdf [Fecha de acceso: 01 de Setiembre del 2018]
9. Ministerio de Salud. En: <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131014-MINSA-Propuesta-NT-Atencion-Integral-Salud-Materna.pdf> [Fecha de acceso: 01 de Setiembre del 2018]

10. Arango M, Aroca AM, Caicedo CI, Castaño RE, Castaño JJ, Cifuentes VA, et al. Factores de riesgo para parto pretérmino en el departamento de Caldas entre 2003-2006. *Revistasum*. 2008;8(1):22-31
11. Mendoza LA, Arias MD, Peñaranda CB, Mendoza LI, Manzano S, Varela AM. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2015; 80(4): 306-315
12. Córdova R, Escobar L, Guzmán L. Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila, 2009. *RFS*. 2012; 4(1):39-49
13. Vera K, Sánchez I, Factores socioculturales y su relación con el cumplimiento del control prenatal en gestantes atendidas en el centro de salud Montalvo Los Rios primer Semestre 2015 [Tesis]. Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo; 2015.
14. Barrera LF, Manrique FG, Ospina JM. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá. *Revista Virtual UCN*. 2016; (48): 215-227
15. Ahumada M, Alvarado G. Factores de riesgo de parto pretérmino en un hospital. *RLAE*. 2016; 24(0): 1-8.
16. Reyes M, Khiara M. Control prenatal inadecuado como factor asociado a parto pre término en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo [Tesis]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2017
17. Rodríguez Bendezú JL. Factores de riesgo asociados al abandono de controles prenatales en gestantes del Hospital Ventanilla en el periodo junio-octubre 2017 [Tesis]. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2018
18. Munares O. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. *RAE*. 2013;17(2):1-8
19. Atienzo E, Suárez L, Meneses M, Campero L. Características de la atención prenatal en adolescentes del Perú, comparación con mujeres adultas. *RMH*. 2016;27(3):131-138

20. Ministério da Saúde. En: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf [Fecha de acceso: 01 de Setiembre del 2018]
21. Organización Mundial de la Salud. En: <http://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who> [Fecha de acceso: 01 de Setiembre del 2018]
22. Ministerio de Salud. En: ftp://ftp.minsa.gob.pe/oei/Sistema_HISMINSA_2018/Manuales_HIS/Manuales_Actualizados_2016/0ESN_SSR_MP_2016.pdf [Fecha de acceso: 01 de Setiembre del 2018]
23. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. 2011; 22(4): 159-160
24. Barrera LF, Manrique FG, Ospina JM. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja, Boyacá. Revista Virtual UCN. 2016; (48): 215-227
25. Silva EP, Teixeira R, Costa M, Filho M. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. Rev Panam Salud Públ. 2013; 33(5):356-362
26. Gomes R, Cesar J. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. RB MFC. 2013; 27(8):80-89
27. Rios C, Vieira N. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2007; 12(2):477- 486
28. Trevisan M, De Lorenzi D, Araújo N, Ésber K. Perfil da Assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2002; 24(5):293-299
29. Viellas E, Madeira RM, Basto MA, Nogueira SG, Theme MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2014; 30(1):85-100

30. Trudnak T, Arboleda E, Kirby R, Perrin K. Outcomes of Latina Women in Centering Pregnancy Group Prenatal Care Compared With Individual Prenatal Care. *JMWH*. 2013; 58(4):396-403
31. Kogan md, Martin JA, Alexander GR, Kotelchuck M, Ventura SJ, Frigoletto FD. The changing pattern of prenatal care utilization in the United States, 1981-1995, using different prenatal care indices. *JAMA*. 1998; 279(20):1623-1628
32. Alexander G, Korenbrot CC. The role of prenatal care in preventing low birth weight. *Future Child*. 1995; 5(1):103-20
33. Organización Mundial de la Salud. En: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250802/WHO-RHR-16.12spa.pdf;jsessionid=2BBAEBAEBE2AFBAB485F3B4B83A6A8F0?sequence=1> [Fecha de acceso: 01 de Setiembre del 2018]
34. Ballantyne J. *Manual of antenatal pathology and hygiene*. Garrison Morton. 1902; 2(6208): 489-498
35. Ballantyne J. A plea for a pro-Maternity Hospital. *Br Med J*. 1901; 1(2101):813-814
36. Ballantyne J. Visits to the wards of the pro-maternity hospital, a vision of the twentieth century. *AJOG*. 1901; 5(4) : 386-389
37. Browne F. Are We Satisfied With The Results Of Ante-Natal Care?. *Br Med J*. 1934; 2(3839):194- 197
38. Taussig F, The story of prenatal care. *AJOG*. 1937: 34(5): 731- 739
39. Joyce TE, Walsh L, Merkat I. The history of prenatal care: cultural, social, and medical contexts. Elsevier; 1990: 9-30
40. Lehrman EJ. A descriptive study of prenatal care. *Journal of midwifery y women's health*. 1981; 26 (3): 27-41
41. Williams J. The limitation and possibilities of prenatal care. *JAMA* 1915; LXIV(2): 95-101
42. Eastman N. Prematurity from the viewpoint of the obstetrician. *Am Pract*. 1947; 1(7): 343- 344

43. Yankauer A, Kenneth G, Salvatore M. An evaluation of prenatal care and its relationship to social class and social disorganization. *AJPH*. 1953; 43(8): 1001-1010
44. Kane SH. Significance of prenatal care. *Obstet Gynecol*. 1964; 24:66-72
45. Shwartz S. Prenatal care, prematurity, and neonatal mortality. *AJOG*. 1962; 83(5): 591-598
46. Alexander G, Weiss J, Hulseley T, Papiernik E. Preterm birth prevention: an evaluation of programs in the United States. *Birth* 1991; 18(3): 160-169
47. Fiscella K. Does prenatal care improve birth outcome? A critical review. *Obstet Gynecol*. 1992; 85(3): 867-879
48. Shiono P. Behrman RE. Low birth weight: Analysis and recommendations. *Future Child* 1995; 5(1): 4-18
49. Goldenberg RL, Rouse DJ. Prevention of premature birth. *NEJM*. 1998; 339(5):313-320
50. Alexander G. Preterm birth: etiologies, mechanisms and prevention. *Prenat Neonatal Med*. 1998; 3: 3-9
51. Brabante G. Bacterial vaginosis and spontaneous preterm birth. 2016; 45(10): 1247-1260
52. Ministerio de Salud de la Nación. En: <http://www.bvspediatria.org.ar/prenatal.pdf> [Fecha de acceso: 01 de Setiembre del 2018].
53. Alexander G, Kotelchuck M. Assessing the role and effectiveness of prenatal care: history, challenges, and directions for future research. *PHR*. 2001; 116(4):306-316
54. Slattery M, Morrison J. Preterm delivery. *Lancet* 2002; 360(9344): 1489–1497
55. Hamilton B, Martin J, Ventura S. Births: preliminary data for 2005. *NVSS*; 61(5): 1-20
56. Goldenberg RL, Rouse DJ. Prevention of premature birth. *NEJM*. 1998; 339(5): 313-320

57. McCormick MC. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. *NEJM*. 1985; 312(12): 82–90
58. Organización Mundial de la Salud. En: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> [Fecha de acceso: 01 de Setiembre del 2018]
59. Tucker JM, Goldenberg RL, Davis RO, Copper RL, Winkler CL, Hauth JC. Etiologies of preterm birth in an indigent population: is prevention a logical expectation?. *Obstet Gynecol*. 1991; 77(3): 343-347
60. Ananth CV, Vintzileos AM. Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes. *J MATERN-FETAL NEO M*. 2006; 19(12): 773–782
61. The American College of Obstetricians and Gynecologist. En: <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Preterm-Premature-Labor-and-Birth?IsMobileSet=false> [Fecha de acceso: 01 de Setiembre del 2018]
62. Romero R, Espinoza J, Kusanovic JP, Gotsch F, Hassan S, Erez O, et al. The preterm parturition syndrome. *BJOG*. 2006; 113(3): 17–42
63. Goldenberg R, Culhane J. Prepregnancy health status and the risk of preterm delivery. *JAMA pediatrics*. 2005; 159(1): 89–90
64. Goldenberg R, Goepfert A, Ramsey P. Biochemical markers for the prediction of preterm birth. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 192(5): S36–S46
65. Goldenberg R, Culhane J, Iams J, Romero R. Preterm birth 1: epidemiology and causes of preterm birth. *Ovid*. 2009; 29(1):6-7
66. Healy A, Malone F, Sullivan L, M Porter, Luthy D, Comstock C, et al. Early access to prenatal care: implications for racial disparity in perinatal mortality. *Obstet Gynecol*. 2006; 107(3): 625–631
67. OMS. Organización Mundial de la Salud; 2016 En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/> [Fecha de acceso: 03 de julio 2018].
68. Kroeger A, Luna R. Atención primaria de salud: principios y métodos. OPS; 1987.
69. Bellod EB. Ecología general: prácticas y experiencias. EDITUM; 1994.p.47

70. Gobierno Vasco. Definciones Utilizadas en el Censo del Mercado de Trabajo. En: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/5873/es_2266/adjuntos/CMTOferta2002Doc.4.Definiciones.pdf[Fecha de acceso: 03 de julio 2018].
71. Zea AV, Monsalve ÁO. Derecho civil. Temis; 1963.
72. Curto P, Juniors M. Factores de riesgo asociados a prematuridad en pacientes del Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García, enero a diciembre 2014. [Tesis] Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2015
73. Ishikawa S, Raine Adrian. Complicaciones Obstericas y Agresion. Enc. sob des de prim infancia 2003. 1-5
74. Lantz PM, Jacobson PD, Warner KE, Wasserman J, Pollack HA, Berson J, Ahlstrom A. Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies. Tobacco control. 2000 Mar 1;9(1):47-63.
75. Stedman TL. Stedman's medical dictionary. Baltimore: Williams & Wilkins; 1972.

ANEXOS

ANEXO Nº 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE		CONTROL PRENATAL INADECUADO	
INDICADORES	Nº DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Control prenatal	1	Nominal	Ficha de recolección de datos

VARIABLE DEPENDIENTE		PARTO PREMATURO	
INDICADORES	Nº DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Edad Gestacional <37ss	1	Nominal	Ficha de recolección de datos

VARIABLE INDEPENDIENTE		EDAD	
INDICADORES	Nº DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
<17 años	1	Nominal	Ficha de recolección de datos
>17 años	1	Nominal	Ficha de recolección de datos

VARIABLE INDEPENDIENTE		NIVEL DE INSTRUCCIÓN	
INDICADORES	Nº DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Secundaria completa	1	Nominal	Ficha de recolección de datos
Secundaria incompleta	1	Nominal	Ficha de recolección de datos

VARIABLE INDEPENDIENTE		ESTADO CIVIL	
INDICADORES	Nº DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Soltera	1	Nominal	Ficha de recolección de datos
Casada	1	Nominal	Ficha de recolección de datos

VARIABLE INDEPENDIENTE		PARIDAD	
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Si	1	Nominal	Ficha de recolección de datos
No	1	Nominal	Ficha de recolección de datos

VARIABLE INDEPENDIENTE		COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Si	1	Nominal	Ficha de recolección de datos
No	1	Nominal	Ficha de recolección de datos

VARIABLE INDEPENDIENTE		CONSUMO DE TABACO	
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Si	1	Nominal	Ficha de recolección de datos
No	1	Nominal	Ficha de recolección de datos

VARIABLE INDEPENDIENTE		CONSUMO DE DROGAS	
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Si	1	Nominal	Ficha de recolección de datos
No	1	Nominal	Ficha de recolección de datos

ANEXO N° 2: INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES

HCL: _____

N° FICHA : _____

=====

1. Edad gestacional en el momento del parto:

- a. Semana <37.
- b. Semana 37-40 gestacional.

2. Número de controles prenatales:

- a. ADECUADO (≥ 6)
- b. INADECUADO (<6)

3. Edad de la madre:

- a. <17 años
- b. >17 años

4. Nivel de Instrucción:

- a. Secundaria completa
- b. Secundaria incompleta

5. Estado civil de la madre:

- a. Soltera
- b. Casada

6. Paridad

- a. Si
- b. No

7. Complicaciones obstétricas
 - a. Si
 - b. No
8. Consumo de tabaco durante la gestación:
 - a. Si
 - b. No
9. Consumo de drogas durante la gestación:
 - a. Si
 - b. No

ANEXO Nº 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO-CONSULTA DE EXPERTOS

INFORME DE OPINION DE EXPERTOS

I.- DATOS GENERALES

1.1. Apellidos y Nombres del Informante: **Salcedo Bohol Victor**

1.2. Cargo e Institución donde Labora: **Gineco Obstetra HANHU**

1.3. Tipo de Experto: Metodólogo () Especialista (X) Estadística ()

1.4. Nombre del Instrumento: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DEL ESTUDIO SOBRE "ASOCIACIÓN ENTRE EL CONTROL PRENATAL INADECUADO Y EL PARTO PREMATURO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL "HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO" DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017"

1.5. Autora del Instrumento: LON VARGAS, FIORELLA

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 00 – 20%	REGULAR 21 -40%	BUENA 41 – 60%	MUY BUENA 61 -80%	EXCELENTE 81 – 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre control prenatal					85%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer entre el control prenatal y el parto pretérmino					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación casos y controles					85%

III.- OPINION DE APLICATIVO: (Comentario del juez o experto al instrumento)

ADICIONALES

IV.- PROMEDIO DE VALORACION:

37.5%

LUGAR Y FECHA: LIMA 06 Mayo 2018



Dr. Victor Manuel Salcedo Bohol
MEDICO GINECO-OBSTETRA
M.P. 32671 - R.N.E. 19142

FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE

DNI N° 51320314

TELEFONO 998572544

INFORME DE OPINION DE EXPERTOS

I.- DATOS GENERALES

1.1. Apellidos y Nombres del Informante: **BAZÁN RODRÍGUEZ ELSI**

1.2. Cargo e Institución donde Labora: **DOCENTE UPSJB**

1.3. Tipo de Experto: Metodólogo () Especialista () Estadística (X)

1.4. Nombre del Instrumento: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DEL ESTUDIO SOBRE "ASOCIACIÓN ENTRE EL CONTROL PRENATAL INADECUADO Y EL PARTO PREMATURO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL "HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO" DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017"

1.5. Autora del Instrumento: LON VARGAS, FIORELLA

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 00 – 20%	REGULAR 21 -40%	BUENA 41 – 60%	MUY BUENA 61 -80%	EXCELENTE 81 – 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre control prenatal					85%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer entre el control prenatal y el parto pretérmino					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación casos y controles					85%

	recién nacido					
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica.					85%

III.- OPINION DE APLICABILIDAD: *Aplica*

IV.- PROMEDIO DE VALORACION:

85%

Lugar y Fecha: Lima 20 de Agosto del 2018.

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/Mg:

BAZAN RODRIGUEZ EISI



Firma del Experto Informante

D.N.I.N.º 19209983

Teléfono 977-914-879

INFORME DE OPINION DE EXPERTOS

I.- DATOS GENERALES

1.1. Apellidos y Nombres del Informante: Dra. Lany Bravo Luna.

1.2. Cargo e Institución donde Labora: UPSSB.

1.3. Tipo de Experto: Metodólogo (X) Especialista () Estadística ()

1.4. Nombre del Instrumento: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DEL ESTUDIO SOBRE "ASOCIACION ENTRE EL CONTROL PRENATAL INADECUADO Y EL PARTO PREMATURO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL "HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017"

1.5. Autora del Instrumento: LON VARGAS, FIORELLA

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 00 - 20%	REGULAR 21 -40%	BUENA 41 - 60%	MUY BUENA 61 -80%	EXCELENTE 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					81%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					81%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre control prenatal					81%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					81%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					81%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer entre el control prenatal y el parto pretérmino					81%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					81%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					81%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación casos y controles					81%




III.- OPINION DE APLICATIVO: (Comentario del juez o experto al instrumento)

Aplica

IV.- PROMEDIO DE VALORACION:

81%

LUGAR Y FECHA: LIMA ____ OCTUBRE 2018



FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE

DNI N° 40906055

TELEFONO 994613409

ANEXO Nº 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><u>Problema general</u></p> <p>¿Existe asociación entre el control prenatal inadecuado y el parto prematuro en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017?</p>	<p><u>Objetivos general</u></p> <p>•Establecer la asociación entre el control prenatal inadecuado y el parto prematuro en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017.</p>	<p>HG: Existe asociación entre el control prenatal inadecuado y el parto prematuro en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017.</p>	<p>-Variable Independiente:</p> <p>Control Prenatal Inadecuado</p> <p>-Indicador:</p> <p>Control Prenatal menor a 6</p> <p>-Variable Dependiente:</p> <p>Parto Prematuro</p> <p>-Indicador:</p> <p>Edad Gestacional menor a 37 semanas.</p>
<p><u>Problemas específicos</u></p> <p>¿Cuáles son los factores socioeconómicos asociados al control prenatal inadecuado en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017?</p>	<p><u>Objetivos específicos</u></p> <p>Establecer la asociación entre los factores socioeconómicos y el control prenatal inadecuado en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017.</p>	<p>HE1: Existe asociación entre los factores sociodemográficos y el control prenatal inadecuado en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pisco” de Enero a Diciembre del 2017.</p>	<p>Variable Independiente:</p> <p>Edad</p> <p>-Indicador:</p> <p><17 años</p> <p>Nivel de educación</p> <p>-Indicador:</p> <p>Secundaria completa</p> <p>Estado civil</p> <p>-Indicador:</p>

			Soltera – Casada
¿Cuáles son los factores maternos asociados al control prenatal inadecuado en el servicio de ginecología y obstetricia “Hospital San Juan de Dios de Pischo” de Enero a Diciembre del 2017?	Identificar la asociación entre los factores maternos y el control prenatal inadecuado en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pischo” de Enero a Diciembre del 2017.	HE2: Existe asociación entre los factores maternos y el control prenatal inadecuado en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pischo” de Enero a Diciembre del 2017.	Variable Independiente: Paridad Indicador -Si - No Complicación obstétricas Indicador -Si – No
¿Cuáles son los factores ambientales asociados al control prenatal inadecuado en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pischo” de Enero a Diciembre del 2017?	Establecer la asociación entre los factores ambientales y el control prenatal inadecuado en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pischo” de Enero a Diciembre del 2017.	HE3: Existe asociación entre los factores ambientales y el control prenatal inadecuado en el servicio de ginecología y obstetricia del “Hospital San Juan de Dios de Pischo” de Enero a Diciembre del 2017.	Variable Independiente: Consumo de tabaco Indicador -Si – No Consumo de drogas Indicador -Si - No

ANEXO N° 5: PERMISO DEL HOSPITAL



"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"



Pisco, 23 de Agosto del 2018

OFICIO N° 147-2018-GORE-ICA-DIRESA-UADEI.

Señorita : Fiorella Isbeth Lon Vargas
Alumna de la Facultad de Medicina Humana
De la Universidad Privada San Juan Bautista SAC

Asunto : Autorización para recabar información para elaborar
Tesis.

Referencia : Proveído N° 26982 del 23.08.2018.

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarla cordialmente al mismo tiempo darle a conocer que la Dirección a mi cargo le autoriza para que recabe información para el desarrollo de su Tesis titulada **"Asociación entre el control prenatal inadecuado y el parto prematuro en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Dios – Pisco de Enero a Diciembre del 2017"**; dicha tesis será sustentada para optar el título de Médico Cirujano.

Sin otro particular, es propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi mayor consideración.

Atentamente,



GORE ICA - DIRESA - ICA
U.E. 404 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PISCO
[Firma]
G.P. MIGUEL ANGEL SALAS VINCES
CMP. 13108 RNE. 5925 CGPP 485
DIRECTOR EJECUTIVO

c.c.: Archí
MASV/D/ HSJDP
AGGC/J/UADEI.

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD ICA
Hospital San Juan de Dios de Pisco
Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Fundo Alto la Luna Mz-B Lt-5
Ica – Pisco