

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES ASOCIADOS A CONTROLES PRENATALES INCOMPLETOS EN
PUÉRPERAS DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA, 2022**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

OLMOS SOLDEVILLA RODOLFO CRISTOBAL

PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

CHINCHA – PERÚ

2023

ASESOR:

JORGE ENRIQUE OSADA LIY

LINEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD PUBLICA

AGRADECIMIENTO:

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mis queridos padres por su incondicional apoyo a lo largo de mi proyecto de tesis. Su constante apoyo emocional y motivación han sido mi combustible para superar obstáculos y alcanzar mis metas. Gracias por escucharme, por brindarme su sabiduría y por inspirarme a alcanzar la excelencia en cada paso que he dado. Esta tesis es un testimonio de su amor inquebrantable y un tributo a su guía y apoyo constante.

DEDICATORIA:

Dedico este proyecto de tesis a mi amada abuela, quien lamentablemente ya no está físicamente presente, pero su espíritu y amor perduran en mi corazón. Quiero honrar su memoria y agradecerle por ser una fuente constante de inspiración y sabiduría en mi vida. Su apoyo incondicional y sus palabras alentadoras siempre resonarán en mí. Esta tesis es un tributo a su legado y una manera de honrar su impacto en mi camino académico.

También dedico este proyecto a mis queridos padres, quienes han sido mis guías y mis pilares a lo largo de este arduo proceso. Su amor, apoyo y sacrificio han sido fundamentales en mi camino hacia la realización de este logro. Agradezco su constante aliento, paciencia y comprensión durante las largas horas dedicadas a la investigación y estudio. Sin su amor incondicional y confianza en mí, este proyecto no sería posible.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La deficiente estrategia de control prenatal y la baja adherencia aumentan la morbimortalidad materna en diversos países. El Hospital San José de Chincha se enfrenta a una problemática institucional debido a la alta deserción en el control prenatal. Es crucial identificar los factores asociados para abordar adecuadamente esta situación.

OBJETIVO: Determinar los factores asociados al incumplimiento de controles prenatales en el Hospital San José de Chincha en el año 2022.

METODOLOGÍA: Estudio observacional, analítico, de tipo casos y controles. La población estuvo conformada por 348 puérperas del Hospital San José de Chincha en el año 2022, divididas en 174 con controles prenatales incompletos (casos) y 174 con controles completos (controles). Se utilizó estadística inferencial con un nivel de significancia $p < 0,05$; ODDS RATIO (IC95%).

RESULTADOS: El resultado del modelo de regresión logística ajustado reveló que ser conviviente (ORa 0.420; IC95% 0.203 – 0.869; $p = 0,020$) y tener el grado académico técnico (ORa 0.379; IC95% 0.194 – 0.753; $p = 0,005$) son factores protectores frente al incumplimiento de controles prenatales.

CONCLUSIONES: Convivir con la pareja y tener el grado académico técnico son factores protectores frente al incumpliendo de las atenciones antenatales. Por tal motivo, es crucial implementar programas de educación prenatal dirigidos específicamente a mujeres con niveles de instrucción educativa básica, en los cuales se ofrezca información clara y accesible. Así mismo, se deben implementar estrategias que brinden un mayor apoyo social y emocional a las mujeres embarazadas, especialmente a aquellas que no cuentan con una pareja.

Palabras claves: Atención prenatal, embarazo, diagnóstico prenatal, complicaciones del embarazo.

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN: The poor prenatal control strategy and low adherence increase maternal morbimortality in several countries. The Hospital San José de Chíncha is facing an institutional problem due to the high dropout rate in prenatal care. It is crucial to identify the associated factors to adequately address this situation.

OBJECTIVE: To determine the factors associated with non-compliance with prenatal check-ups at the San José Hospital in Chíncha in the year 2022.

METHODOLOGY: Observational, analytical, case-control study. The population consisted of 348 postpartum women from the Hospital San José de Chíncha in the year 2022, divided into 174 with incomplete prenatal check-ups (cases) and 174 with complete check-ups (controls). Inferential statistics were used with a statistical significance level of $p < 0.05$; Odds ratio (IC95%).

RESULTS: The result of the adjusted logistic regression model revealed that being a cohabitant (ORa 0.420; 95%CI 0.203 - 0.869; $p = 0.020$) and having the technical academic degree (ORa 0.379; 95%CI 0.194 - 0.753; $p = 0.005$) are protective factors against noncompliance with prenatal checkups.

CONCLUSIONS: Having a secondary level of education is risk factor for noncompliance with antenatal medical visits. For this reason, it is crucial to implement prenatal education programs aimed specifically at women with basic educational levels, in which clear and accessible information on the importance of prenatal check-ups is provided. Likewise, strategies should be implemented to provide greater social and emotional support to pregnant women, especially those who do not have a partner.

Key words: Prenatal care, pregnancy, prenatal diagnosis, pregnancy complications.

INTRODUCCIÓN

La morbimortalidad materna es un fenómeno creciente en los países donde se dificulta el empleo adecuado de estrategias de prevención, detección precoz, seguimiento y tratamiento oportuno de posibles patologías identificadas durante el embarazo, como la introducción de la atención prenatal ^{1, 2}.

Se calcula que cada año mueren 303 mil mujeres como consecuencia de anomalías que se desarrollan durante el embarazo, el parto y el puerperio. La salud de la madre y el feto están estrictamente relacionadas, por lo que la disponibilidad de atención médica y cuidados prenatales debe ser una prioridad y un requisito previo para cualquier centro sanitario ³.

En Perú, en 2021, se calculó que el 2,7% de las mujeres embarazadas no lograron completar con sus atenciones prenatales. En el 2016, se evidenció un alto índice de deserción del control prenatal en el Hospital San José de Chincha, fenómeno que sigue siendo recurrente, según las últimas investigaciones realizadas en este establecimiento de salud, convirtiéndose en un problema importante a nivel institucional. Se han logrado identificar muchos factores que están fuertemente asociados a la no adherencia a las consultas de salud prenatal, entre ellos: edad materna, estado civil, ocupación, nivel educativo, distancia geográfica, paridad, antecedentes de aborto, número de embarazos previos, antecedentes de violencia intrafamiliar, calidad de la atención, etc ⁹.

El uso inadecuado del control prenatal representa una violación del derecho a la salud de las mujeres por el incremento de la morbimortalidad materna y neonatal. Por lo tanto, conocer cuáles son estos factores que incrementan el riesgo en las gestantes del Hospital San José de Chincha al incumplimiento, permitirá caracterizar a la población y facilitará la introducción de nuevas estrategias prenatales dirigidas específicamente a las gestantes que los presenten.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
ASESOR	II
LINEA DE INVESTIGACIÓN	III
AGRADECIMIENTO	IV
DEDICATORIA	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	VIII
ÍNDICE	IX
INFORME DE ANTIPLAGIO	X
LISTA DE TABLAS	XII
LISTA DE ANEXOS	XIII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.2.1 GENERAL	4
1.2.2 ESPECÍFICO	5
1.3 JUSTIFICACIÓN	5
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	6
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.6 OBJETIVOS	8
1.6.1 GENERAL	8
1.6.2 ESPECÍFICO	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	9
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	9
2.2 BASES TEÓRICAS	13
2.3 MARCO CONCEPTUAL	21
2.4 HIPÓTESIS	21
2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL	21
2.4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICO	21
2.5 VARIABLES	22
2.6 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	28
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	31
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO	31
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	31
3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	31
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	31
3.3 MEDIOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	33
3.4 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS	34
3.5 DISEÑO Y ESQUEMA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	35
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	36
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	37
4.1 RESULTADOS	37
4.2 DISCUSIÓN	43
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
5.1 CONCLUSIONES	49
5.2 RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	60

TESIS FINAL

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%	17%	2%	4%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
3	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	www.redalyc.org Fuente de Internet	1%
5	www.hospitalvitarte.gob.pe Fuente de Internet	<1%
6	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.unasam.edu.pe Fuente de Internet	<1%
9	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1%



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
"Dr. Wilfredo E. Gardini Tuesta"

INFORME DE PORCENTAJE DE COINCIDENCIAS

FECHA: 20/07/2023

NOMBRE DEL ESTUDIANTE/ PROFESOR/INVESTIGADOR:

RODOLFO CRISTOBAL OLMOS SOLDEVILLA

TIPO DE PRODUCTO CIENTÍFICO:

- MONOGRAFÍA ()
- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ()
- PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ()
- TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ()
- PROYECTO DE TESIS ()
- TESIS (X)
- ARTÍCULO ()
- OTROS ()

INFORME DE COINCIDENCIAS. (SEGÚN PLATAFORMA SOFTWARE ANTIPLAGIO TURNITIN): 18%

COINCIDENCIA: 18 %

Conformidad Investigador:

Nombre: Rodolfo Olmos Soldevilla

DNI: 75340519

Huella:



Conformidad Asesor:

Nombre: Jorge Osada Liy

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1. ANÁLISIS BIVARIADO DE FACTORES ASOCIADOS Y EL INCUMPLIMIENTO DE CONTROLES PRENATALES EN PUÉRPERAS, 2022.	38
TABLA 2. ANÁLISIS MULTIVARIADO DE FACTORES ASOCIADOS Y EL INCUMPLIMIENTO DE CONTROLES PRENATALES EN PUÉRPERAS, 2022. RESULTADOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA CRUDA Y AJUSTADA	39

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO N° 1: OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	61
ANEXO N° 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA	64
ANEXO N° 3: FICHA DE RECOLECCIÓN	66
ANEXO N° 4: APROBACIÓN DE LA UNIDAD DE APOYO E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA	67
ANEXO N° 5: APROBACIÓN COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN	68

CAPÍTULO 1: PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La mortalidad materna es una de las problemáticas de salud más urgentes a nivel global y su prevalencia aumenta especialmente en países de recursos limitados, donde no se aplican adecuadamente las estrategias de prevención y tratamiento oportuno de las potenciales complicaciones que pueden establecerse el periodo gestacional, como la puesta en marcha de los controles prenatales ¹.

El control prenatal es una prestación de servicio médico que reciben las embarazadas a manos del personal de salud especializado, enfocados en apoyar y preservar la salud y el bienestar tanto de la madre como del producto durante el embarazo, el parto y el posparto ².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que al día mueren 831 gestantes por problemas fácilmente evitables que surgen previo, durante y posterior al parto, con un total estimado de 303 000 muertes al año. Dado que el bienestar materno y neonatal están estrechamente relacionados, el acceso y la adherencia a los cuidados prenatales y la posibilidad de un parto hospitalario con profesionales cualificados deben ser una prioridad y una responsabilidad ³.

La finalidad de las consultas de seguimiento durante el embarazo radica en identificar prontamente posibles afecciones maternas en el periodo gestacional, así como el control, la gestión y el tratamiento de algunas afecciones preexistentes, reduciendo la probabilidad de muerte materna y fetal, por lo que es crucial que todas las futuras madres cuenten con evaluaciones periódicas durante el embarazo de calidad. y logren un cumplimiento óptimo, garantizando un embarazo sano y sin riesgos ⁴.

La OMS ha elaborado 49 sugerencias para una vigilancia adecuada durante el embarazo con el fin de reducir la probabilidad de complicaciones gestacionales y

mejorar la atención materna. Las directrices sugieren aumentar el número de exámenes prenatales a un mínimo de ocho visitas por gestación, ya que esto está ligado a una reducción de la mortalidad materna y perinatal. También establece que los controles deben incluir componentes como asesoramiento sobre nutrición óptima y saludable, suplementación con micronutrientes, actividad física, hábitos no saludables, prevención, evaluación y tratamiento de enfermedades, y consejos sobre reproducción sexual ⁵.

Las directrices nacionales e internacionales coinciden en que los indicadores de adecuación de la atención se basan únicamente en el número de visitas a la clínica prenatal, pero no tienen en cuenta las condiciones que influyen que en la adhesión de la gestante a los cuidados prenatales ⁶.

Diversos estudios evidenciaron múltiples factores que presentaron una estrecha relación en el incumplimiento de las visitas médicas prenatales, entre ellos encontramos: la edad materna (edades extremas como adolescentes o mujeres añosas), estado civil (soltera o no tener pareja estable), ocupación (ama de casa, desempleada o dependiente), grado de instrucción (inferior al nivel superior), distancia geográfica, paridad (primíparas y multíparas), antecedentes de abortos, número de gestaciones previas (multigestas), antecedentes de violencia doméstica, antecedentes médicos (enfermedades crónicas de base), calidad de atención, tipo de ambiente de las consultas, relación médico paciente, conocimientos acerca de la importancia de los controles, el olvido, etc ^{7, 8}.

En nuestro país, conforme a la encuesta nacional demográfica y salud familiar (ENDES) en el año 2020, el 2.7% presentaron una adherencia inadecuada a la atención prenatal con un número menor a 6 visitas médicas. Se evidenció que los controles prenatales insuficientes incrementan 4 veces más las posibilidades de experimentar complicaciones durante el proceso de parto, expulsión y alumbramiento ⁹.

En la provincia de Chíncha, se registró que en el 2016 el 48% de las puérperas internadas en el Hospital San José de Chíncha solo lograron asistir a 2 controles prenatales durante todo el periodo gestacional, asimismo, el 23% iniciaron sus evaluaciones prenatales en las últimas semanas del tercer trimestre de gestación, evidenciando un alto nivel de incumplimiento de las atenciones médicas antenatales que oferta el establecimiento de Salud ¹⁰. En años posteriores se ejecutó una investigación con el propósito de conocer que factores se asocian con esta deserción de las visitas prenatales, encontrando que el olvido, desconocimiento y el mal trato por parte del personal médico guardaron una estrecha relación con el mal uso de este recurso médico ¹¹.

Un análisis en el año 2021 reveló que el porcentaje de inasistencia a las atenciones médicas por parte de las gestantes aún permanecía en niveles elevados a pesar de las posibles realizaciones y ejecuciones de nuevas medidas preventivas que el establecimiento de salud pudo desarrollar a partir de los resultados que investigaciones previas lograron ofrecer, atenuando el agravamiento de este fenómeno, sin embargo, esta circunstancia ha logrado convertirse en una importante problemática para el Hospital San José de Chíncha, ya que dentro de sus objetivos y responsabilidades como organismo se encuentra la planificación, elaboración y control de diversas estrategias y programas preventivos que permiten aminorar las probabilidades de morbilidad materna y neonatal ^{11, 12}.

El uso inadecuado de la atención prenatal es una vulneración al derecho de la mujer a su bienestar debido al incremento de la morbilidad tanto materna como neonatal. Estudios previos han demostrado que las mujeres latinoamericanas tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones gestacionales y postnatales debido a servicios inadecuados de atención prenatal, principalmente por condiciones socioeconómicas difíciles, Las autoridades locales deben desarrollar y considerar la responsabilidad de determinar su

relación con variables personales, familiares, de salud y sociales, que son elementos clave para reestructurar los servicios de atención materno-infantil. ^{13, 14}.

Debido a la metodología de investigación que adoptaron los estudios realizados en el Hospital San José de Chincha, solo pudo medirse y analizarse cierto grupo de factores asociados como, el olvido, la calidad de atención y nivel de conocimiento. Sin embargo, múltiples estudios nacionales e internacionales evidencian que las características socio-demográficas (edad, ocupación, condición marital y nivel educativo), características obstétricas (formula obstétrica), violencia doméstica y la ubicación geográfica resultaron tener una mayor incidencia en el desarrollo del incumplimiento de los controles prenatales. Ser adolescente o añosa, soltera o sin pareja estable, nivel educativo pobre, no contar con trabajo remunerado, vivir lejos del establecimiento fueron algunas de las características maternas que incrementaban el riesgo a incumplir con las atenciones antenatales ^{15, 16}.

Por lo tanto, es preciso y pertinente determinar las probables asociaciones significativas de estos factores ya que, nos permitiría conocer de manera integral la realidad de la problemática a nivel institucional, contribuyendo en el reenfoque, instauración y modificación de los protocolos de manejo y prevención dirigidas específicamente a las gestantes que los presenten.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

- ¿Cuáles son los factores asociados al incumplimiento de controles prenatales en puérperas atendidas en el Hospital San José de Chincha en el 2022?

-1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es la asociación entre los datos sociodemográficos maternos y el incumplimiento de controles prenatales en puérperas atendidas en el Hospital San José de Chincha en el 2022?
- ¿Cuál es la asociación entre antecedentes obstétricos maternos y el incumplimiento de controles prenatales en puérperas atendidas en el Hospital San José de Chincha en el 2022?
- ¿Cuál es la asociación entre antecedentes médicos maternos y el incumplimiento de controles prenatales en puérperas atendidas en el Hospital San José de Chincha en el 2022?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Los controles prenatales insuficientes es una de las condiciones que predisponen al desenlace de múltiples condiciones perjudiciales en la vida materna y fetal, los cuales en los últimos años han potenciado su trascendencia y reconocimiento en el entorno de la atención primaria. La importancia de la prevención, detección y control de complicaciones previas, durante y posteriores a la gestación cada vez va sumando mayor relevancia.

La justificación de este proyecto se fundamenta en la necesidad de comprender y abordar las causas subyacentes del incumplimiento de los controles prenatales, dado que dicho incumplimiento puede acarrear consecuencias negativas tanto para la salud materna como para el desarrollo del feto, incrementando el riesgo de complicaciones obstétricas y neonatales. Mediante la identificación de los factores asociados a este fenómeno, será posible diseñar estrategias efectivas que promuevan y mejoren la adherencia a la atención prenatal.

Adicionalmente, es importante destacar la escasez de investigaciones previas que se hayan enfocado específicamente en los controles prenatales incompletos, sobre todo en el contexto de nuestro entorno. Esta falta de estudios previos limita

la disponibilidad de información y evidencia científica necesaria para implementar intervenciones adecuadas y adaptadas a nuestras poblaciones locales.

Por ende, el propósito de este proyecto de investigación es colmar esa brecha de conocimiento al examinar los factores relacionados con los controles prenatales incompletos. Para lograr esto, se empleará un enfoque de estudio de casos y controles, junto con el método estadístico de regresión logística, con el fin de analizar la asociación entre los antecedentes obstétricos maternos y el incumplimiento de los controles prenatales. De esta manera, se espera contribuir al entendimiento de este fenómeno y generar información relevante para el diseño de políticas y programas de intervención dirigidos a mejorar la adherencia a la atención prenatal y, en última instancia, mejorar los resultados maternos y neonatales en nuestra comunidad.

1.4 DELIMITACIONES

1.4.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL

- El estudio se llevó a cabo en el Hospital San José de Chíncha, nivel de establecimiento II-2.

1.4.2 DELIMITACIÓN SOCIAL

- El grupo social de estudio fueron las puérperas cuyos partos tuvieron lugar en el Hospital San José de Chíncha en el año 2022 y que no desarrollaron complicaciones que requirieran tratamiento en otro centro de alto nivel.

1.4.3 DELIMITACIÓN TEMPORAL

- Se realizó el análisis de las historias clínicas maternas correspondientes al año 2022.

1.5 LIMITACIONES

Algunas de las limitaciones que se enfrentaron en esta investigación fueron:

- Historias clínicas maternas con información incompleta y carente de legibilidad caligráfica. Por lo tanto, se implementó estrategias de capacitación para el personal ayudante encargado del llenado de la ficha de recolección de datos. Enfatizando la importancia de registrar la información de manera completa y legible, proporcionando pautas claras para facilitar el proceso de recopilación de datos.
- La falta de estudios de casos y controles que empleen la regresión logística como método estadístico limitando la capacidad de establecer relaciones más amplias entre las variables y comprender completamente los factores asociados a una atención prenatal deficiente. Para abordar esta limitación, se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura científica relacionada al tema de investigación. Esta revisión permitió identificar estudios que calcularon ODDS RATIO y realizar comparaciones relevantes con los resultados de nuestro estudio.
- Debido a limitaciones de tiempo, recursos y acceso a los participantes, no fue factible llevar a cabo un estudio mixto y valernos de encuestas para la medición de algunas variables predictoras que investigaciones previas de tipo prospectivo habían encontrado asociadas significativamente con la variable de estudio. No obstante, mediante un exhaustivo análisis de la literatura, se pudo identificar que existen variables adicionales consistentemente relacionadas con el incumplimiento total de las citas prenatales. En lugar de depender exclusivamente de encuestas, se optó por aprovechar los datos disponibles en las historias clínicas y explorar estas variables relacionadas que puedan ofrecer información relevante sobre la atención prenatal limitada.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL:

- Determinar los factores asociados al incumplimiento de controles prenatales en puérperas atendidas en el Hospital San José de Chíncha en el 2022.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la asociación entre los datos socio - demográficos maternos y el incumplimiento de controles prenatales en puérperas atendidas en el Hospital San José de Chíncha en el 2022.
- Determinar la asociación entre antecedentes obstétricos maternos y el incumplimiento de controles prenatales en puérperas atendidas en el Hospital San José de Chíncha en el 2022.
- Determinar la asociación entre antecedentes médicos maternos y el incumplimiento de controles prenatales en puérperas atendidas en el Hospital San José de Chíncha en el 2022.

1.7 PROPÓSITO

El propósito de este trabajo es determinar qué características sociodemográficas y obstétricas registradas en las historias clínicas se asocian significativamente con el incumplimiento de controles prenatales, evidenciando la realidad de la problemática y contribuyendo a que el establecimiento de salud pueda actuar y ejecutar nuevos protocolos personalizados para la prevención, manejo y control de complicaciones ante, peri y post natales de esta manera adaptar las nuevas estrategias a las necesidades de las pacientes del Hospital San José de Chíncha.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES.

2.1.1 ANTECEDENTE A NIVEL MUNDIAL

Un meta-análisis de 30 artículos extraídos de diversas bases de datos como, PubMed, BVS, Scielo, Latindex, Lilacs y Google académico, quería determinar cuál son los factores que se asocian a las atenciones prenatales incompletas en Latinoamérica y encontrar vínculos con el desarrollo de complicaciones obstétricas, mostró que los factores relacionados a los controles prenatales insuficientes fueron: bajo nivel educativo, ama de casa, falta de trabajo, bajo nivel económico, religión ¹⁶.

En Colombia, se llevó a cabo un estudio con el objetivo de identificar los factores asociados a la falta de cumplimiento en las citas prenatales en una muestra de 660 mujeres embarazadas. Los resultados revelaron que el 48% de las mujeres no lograron adherirse de manera adecuada a las atenciones prenatales. Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables: edad, grado educativo y estado civil con la falta de adherencia a los controles prenatales. Estas variables incluyeron tener una edad inferior a los 23 años (OR: 1.4, IC: 1.1-1.9), contar con estudios inferiores a los de secundaria (OR: 1.6, IC: 1.2-2.3), estado civil de soltera (OR: 1.9, IC: 1.2-3.0) y no tener un empleo estable (OR: 2.3, IC: 1.2-4.2) ¹⁷.

Se realizó otro estudio en el mismo país con el propósito de examinar la frecuencia de la falta de cumplimiento de los cuidados antenatales en mujeres embarazadas mayores de 34 años, y al mismo tiempo, analizar los factores asociados en una muestra de 1015 mujeres. Los resultados revelaron que el porcentaje de falta de cumplimiento de los cuidados antenatales fue del 60%. En relación a los factores asociados con una falta de cumplimiento inadecuado de las visitas prenatales, se destacaron los siguientes hallazgos: las mujeres con

antecedentes de abortos tenían una menor probabilidad de falta de cumplimiento (OR: 0.46; IC 95 % 0.33 – 0.64), mientras que aquellas con más de 5 embarazos presentaban una mayor probabilidad de falta de cumplimiento (OR: 3.22; IC 95 % 1.50-6.91). En conclusión, este estudio encontró una alta incidencia de falta de cumplimiento en la atención prenatal y sugirió la realización de investigaciones cualitativas adicionales para evaluar los factores socioculturales relacionados ¹⁸.

Se realizó un estudio en Japón para examinar la correlación entre los factores socioambientales y la baja asistencia a las consultas prenatales en 47 ciudades. La tasa de uso inadecuado de la atención prenatal en esta población fue de 5,44 por cada 1.000 mujeres embarazadas. La etnia no japonesa y un nivel educativo inferior a la media se asociaron significativamente con un uso inadecuado de la atención antenatal. El estudio descubrió que la escasa asistencia médica durante el embarazo era más frecuente en las zonas urbanas con más nacionalidades no japonesas y niveles educativos más bajos. ¹⁹.

Un estudio realizado en Venezuela para identificar los determinantes relacionados con el Cumplimiento parcial de las consultas prenatales en una muestra de 50 mujeres embarazadas reveló que la lejanía entre el lugar de residencia y el centro de salud era una variable significativamente relacionada con el abandono de la atención prenatal. Concluyeron que la amplia distancia entre el domicilio y el establecimiento de salud estaba fuertemente asociada con la deficiencia en la asistencia médica durante el embarazo, por lo que el estudio sugirió que los trabajadores de la salud deberían dar charlas o seminarios sobre la necesidad de acudir a las visitas prenatales ²⁰.

En Brasil, se realizó un análisis para caracterizar la asistencia prenatal y comprobar los posibles condicionantes relacionados con su adecuación en una población de 1625 gestantes, evidenciando un bajo porcentaje de controles prenatales adecuados, así como también que las mujeres adolescentes, menor

tiempo de escolaridad, y multíparas tenían mayor probabilidad de tener una inadecuada atención prenatal. Concluye en que se deben desarrollar estrategias para asegurar la derivación a la maternidad donde se realizará el parto y actividades de educación en salud y exámenes para brindar una adecuada atención prenatal en el municipio de estudio ²¹.

2.2.2 ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL

En el trabajo de selección no se encontraron suficientes artículos originales pertinentes para el estudio, a pesar de las exhaustivas búsquedas en distintas bases de datos, sin embargo, se realizó la selección de tesis de pregrado cuyos objetivos y resultados se alinean al arquetipo de esta investigación.

Un estudio de casos y controles dirigido a encontrar factores que se asocien a una insuficiente asistencia durante el embarazo en 485 gestantes de la ciudad de Lima, mostró que las variables estadísticamente significativas fueron: número de embarazos y partos previos y estado civil. Este estudio concluye que los embarazos múltiples ($p=0.017$; OR = 1.65; IC 95%: 1.09 - 2.50) y la soltería ($p=0.000$; OR = 2.53; IC 95%: 1.64 - 3.92) resultaron factores de mayor riesgo asociados a chequeos prenatales incompletos ²².

Otro estudio similar de casos y controles para establecer los factores asociados con la falta de cumplimiento en las citas prenatales en 177 mujeres embarazadas descubrió que factores sociodemográficos como la edad ($p=0,000$; OR= 5.768; IC95%: 2.967-11.213), el estatus civil soltera ($p=0,000$; OR= 4.009; IC 95%: 2.101 – 7.647), la escolaridad básica ($p=0,000$; OR=3.095; IC 95%: 1.643 – 5.831), la ocupación dependiente ($p=0,002$; OR=2.637; IC 95%: 1.413 – 4.922) y la paridad ($p=0,000$; OR= 3.933; IC 95%: 2.103 – 7.356) estaban directamente vinculados con el empleo indebido de la atención prenatal. Este estudio concluye que la edad de 15 a 19 años, soltería, la educación secundaria incompleta y tener

más de dos partos están significativamente asociados con el uso inapropiado de la atención antenatal ²³.

En Piura un estudio de tipo casos y controles buscaba determinar los determinantes de riesgo para atenciones prenatales irregulares en una muestra de 76 gestantes mostró que tener pareja estable (OR=0.269; IC: 0.104 - 0.696; p=0.006), y multiparidad (OR=3.980; IC: 1.488-10.648; p=0.005) fueron factores que mostraron una estrecha relación con un seguimiento gestacional deficiente²⁴.

Un estudio de tipo casos y controles en La Libertad – Trujillo el cual pretendía determinar los factores asociados inadecuada continuidad en las visitas médicas prenatales en 210 gestantes, evidenció que el estado civil soltera (OR= 2.087; IC 95%: 1.117 - 3.9) manifestó una diferencia significativa ²⁵.

Otro estudio de tipo casos y controles ejecutado en Lima, con el objetivo de determinar factores asociados a la escasa asistencia médica durante el embarazo en 90 mujeres reveló que, no tener pareja (OR 6.36; IC 95%) incrementaba el riesgo a no cumplir con las evaluaciones prenatales ²⁶.

Se realizó un análisis ENDES 2020 en Lima para identificar los determinantes socio - demográficos asociados a la baja asistencia a las consultas prenatales en una muestra de 4460 gestantes, se determinó una prevalencia de 12% de deserción de atenciones prenatales, los factores que evidenciaron una significancia estadística fueron: la edad materna entre los 15 - 19 años, nivel de instrucción primario, antecedente de más de 2 partos, ser soltera ²⁷

En un estudio similar realizado en Lima para determinar la relación entre el entorno social y el rechazo a los controles prenatales entre adolescentes embarazadas, se encontró que los determinantes sociales que más influyen en el rechazo a los controles prenatales y la baja asistencia son la condición de mujer soltera y el nivel de educación ²⁸.

Un estudio en Huaraz el cual tenía como propósito hallar los factores socio - culturales estrechamente relacionados al insuficiente seguimiento médico durante el embarazo en una población de 50 grávidas, encontró que el 60% de las embarazadas desertaron con sus visitas médicas prenatales, la ocupación y el estado civil resultaron variables estadísticamente significativas ²⁹.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 CONTROLES PRENATALES

Una gestación de riesgo elevado se caracteriza por una serie de circunstancias o factores que suponen un riesgo para el embarazo en curso pueden afectar negativamente el progreso saludable tanto de la madre como del feto ³⁰.

Las tasas de morbilidad materna han experimentado una reducción en los últimos años, por lo que la evaluación antenatal se centra ahora en los aspectos fetales y neonatales, al mismo tiempo, en reconocer a la población de gestantes que demanden vigilancia y cuidado tras la identificación de factores de riesgo prenatales y puerperales ³⁰.

Las cifras de muerte materna - neonatal reflejan el nivel de desarrollo socio económico de una población, por esta razón, la salud sexual y reproductiva es una prioridad sanitaria a nivel mundial ³⁰.

Por otro lado, la gestosis establecida en mujeres adolescentes y/o de edad avanzada conlleva un aumento de la morbilidad materna, por lo que es crucial que la primera visita antenatal incluya una evaluación integral adecuada, como: salud social y emocional, determinación del nivel social y educativo, nivel económico, redes de apoyo social, evaluación psicológica e identificación de antecedentes psiquiátricos.

Se recomienda la identificación precoz y óptima de los determinantes de riesgo, de modo que puedan abordarse individualmente a fin de reducir la incidencia de complicaciones ³⁰.

El cribado prenatal se define como una serie de medidas e intervenciones que se efectúan en las mujeres embarazadas para conseguir el bienestar materno y neonatal, el correcto crecimiento del organismo del recién nacido y la salud de éste ³¹.

La adherencia a las visitas antes del parto ayuda a la detección temprana de las mujeres con riesgo obstétrico o perinatal y, por tanto, a prevenir, gestionar y tratar las posibles complicaciones que puedan surgir mediante la promoción de un comportamiento saludable durante el embarazo.

La OMS recomienda que al menos cumplir con 8 visitas prenatales durante todo el embarazo, la primera visita prenatal a partir de las 12 semanas de edad gestacional, la segunda y tercera visitas durante el segundo trimestre y las visitas restantes en el último trimestre. Cuanto mayor sea el número de visitas prenatales, mayor será la protección de la madre frente a futuras complicaciones ³.

El Ministerio de Salud peruano (MINSA) recomienda cumplir con al menos seis atenciones antenatales para que la madre se considere "protegida" y garantizar el bienestar de la materno fetal. Estos exámenes deben ser realizados por un médico especialista, cuya tarea es evaluar minuciosamente todos los sistemas corporales de la paciente, a fin de realizar un diagnóstico precoz de cualquier patología o circunstancia que pueda amenazar el embarazo. También se recomienda que la primera consulta médica perinatal comience antes de las 14 semanas de embarazo, periodo en el que el feto completa el proceso de organogénesis ³².

2.2.1.1 IMPORTANCIA DE LOS CONTROLES PRENATALES

Todos los centros de salud, según el rango de complejidad, deben proporcionar información integral, precisa y puntual sobre la necesidad de lograr el cumplimiento de los controles médicos durante el embarazo, dando prioridad a la supervisión, valoración, prevención, detección y de las condiciones que incrementan el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, con el fin de lograr el bienestar materno y el desarrollo neonatal normal ³³.

La primera atención prenatal deberá durar aproximadamente 30 minutos y los controles posteriores no menos de 15 minutos ³³.

2.2.1.2 OBJETIVOS DE LOS CONTROLES PRENATALES

- Brindar educación a las mujeres embarazadas, sus familiares y la comunidad acerca de la importancia de recibir atención médica durante el embarazo y después del parto.
- Proporcionar capacitación para reconocer los signos de advertencia durante el embarazo, el parto y el período posterior al parto.
- Realizar evaluaciones nutricionales, ofrecer asesoramiento, orientación y suplementos de micronutrientes.
- Implementar medidas para detectar de manera temprana y tratar las complicaciones que puedan surgir durante el embarazo y el parto.
- Facilitar y preparar a las mujeres para una lactancia materna exitosa y beneficiosa tanto para ellas como para sus bebés ³³.

2.2.1.3 ESTRATEGIAS ESTABLECIDAS EN LA PRIMERA VISITA PRENATAL

- Elaboración de la historia materna y perinatal: toma de datos sobre la ascendencia, antecedente familiar, antecedente personal y gestacional, la edad de gestación, interrogatorio sobre la agresión intrafamiliar y la salud mental.

- Exploración física: recuento de constantes vitales y examen de diversos sistemas (respiratorio, cardiovascular, etc.), recuento de medidas antropométricas.
- Exploración obstétrica completa: determinación de la altura uterina, fórmula obstétrica, latido fetal y movimientos del feto.
- Pruebas auxiliares básicas: cribado de hemoglobina, grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, tamizaje para el diagnóstico de sífilis y VIH, ecografía obstétrica hasta las 14 semanas para comprobar la edad gestacional ³³.

2.2.1.4 ESQUEMA NACIONAL ESTANDARIZADO

Las principales características de la atención prenatal son ³³:

- **TEMPRANA:** El primer acercamiento debe tener lugar antes de la semana 12 de gravidez, lo que favorece la identificación de situaciones de riesgo y permite iniciar acciones e intervenciones médicas tempranas. La norma técnica sanitaria establece que un control tardío es un control posterior a la semana 14.
- **PERIÓDICA:** La frecuencia de los exámenes depende del nivel de riesgo obstétrico de la embarazada. Se recomienda un mínimo de 6 controles prenatales para las mujeres de bajo riesgo, mientras que para las mujeres de alto riesgo el número debe ser superior a 8, aunque en determinadas circunstancias el número puede aumentarse en función del nivel de riesgo de la embarazada. El calendario de 6 consultas será el siguiente:
 - Primera atención: antes de la semana 13 de gravidez.
 - Segunda atención: dentro de la semana 15 a 18
 - Tercera atención: dentro de la semana 22 a 24
 - Cuarta atención: dentro de la semana 27 a 29

- Quinta atención: dentro de la semana 33 a 35
- Sexta atención: dentro de la semana 38 a 40.

A partir de la semana 38 de embarazo, se realizarán visitas prenatales semanales para la detección, prevención y tratamiento de patologías que aumenten el riesgo materno y perinatal.

- **COMPLETA:** Para lograr una adherencia adecuada a la atención prenatal, son necesarias intervenciones de promoción de la salud, protección, recuperación y rehabilitación.
- **GRAN COBERTURA:** Cuanto mayor sea el porcentaje de mujeres embarazadas bajo control, menor será el aumento de la morbimortalidad materna y neonatal. ³³.

2.2.1.5 FACTORES ASOCIADOS A LA INADECUADA CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN PRENATAL

El inadecuado seguimiento de los controles antenatales se ven impulsados por múltiples factores, la literatura logra clasificarlos en tres grandes grupos los cuales se mencionan a continuación ^{34, 35}:

- **FACTORES MATERNOS:** Entre los factores maternos que evidenciaron una estrecha relación al incumplimiento de los controles prenatales encontramos: Edades extremas (edad inferior a 18 años o mayores de 35 años), nivel de instrucción educativa (nivel inferior a los superior universitario o técnico), estado civil (ser soltera o no tener pareja estable), distancia geográfica (vivir en zonas marginales o lejos del establecimiento de salud), ocupación (ama de casa, desempleo o dependiente), número de partos previos (mujeres primípara o multíparas), numero de gestaciones previas (primigestas o multigestas), abortos, antecedentes de enfermedades crónicas de base previas al embarazo.

Así mismo, se evidencia que, a menor nivel de conocimientos sobre la importancia de llevar evaluaciones prenatales adecuados y las complicaciones, mayor es el riesgo de incumplimiento ³⁵.

- **FACTORES INSTITUCIONALES:** Entre los factores maternos que evidenciaron una estrecha relación al incumplimiento de seguimiento prenatal óptimo encontramos: ambiente del establecimiento de salud inadecuado, citas de seguimiento no programadas, poca o nula coordinación entre los servicios de atención, exámenes médicos no disponibles, tiempo de espera más de media hora, establecimiento de salud localizado muy lejos, escaso tiempo para la consulta ³⁵.
- **FACTORES MÉDICOS:** Entre los factores médicos que evidenciaron una estrecha relación al incumplimiento de los controles prenatales encontramos: relación médico paciente inadecuada o insatisfactoria, maltrato a manos del profesional de salud, miedo al examen ginecológico, poca calidad en la atención y poca calidad de información brindada ³⁵.

2.2.2 ENFERMEDADES MATERNO PERINATALES DESENCADENADAS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS ATENCIONES MEDICAS PRENATALES.

Las principales enfermedades maternas que se pueden desarrollar debido a un número insuficiente de controles prenatales se encuentran: trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias, anemia, sepsis, corioamnionitis, atonía/hipotonía uterina, alumbramiento incompleto ³⁶. Y las principales patologías neonatales desencadenadas son la recién nacido prematuro, bajo peso al nacimiento, asfixia y muerte neonatal ³⁷.

2.2.2.1 COMPLICACIONES MATERNAS

- **PREECLAMPSIA:** Gestante con más de 20 semanas de gestación desarrolla hipertensión de novo (sistólica >140 mmHg y/o diastólica >90 mmHg en dos tomas separadas por 4-6 horas). Este síndrome se manifiesta por la aparición de edemas, hipertensión, proteinuria, elevación de las transaminasas, trombocitopenia y, en casos extremos, signos de irritación cortical. ^{38, 39, 40.}
- **ECLAMPSIA:** La convulsión eclámptica ocurrirá en el 2 % de las mujeres con preeclampsia con criterios de severidad que no reciben sulfato de magnesio y en <0,6 % de las que reciben sulfato de magnesio. El manejo de una convulsión eclámptica incluirá atención de apoyo para prevenir lesiones maternas graves, sulfato de magnesio para la prevención de convulsiones recurrentes y promoción del parto ^{41.}
- **HEMORRAGIA POST PARTO:** Es la principal causa de morbilidad materna mundialmente. Se explica como la pérdida de aproximadamente mil mililitros de sangre o manifestaciones clínicas de hipovolemia dentro de las primeras 24 horas posterior al parto. Las principales causas de HPP son ausencia de tono uterino, desgarros, alumbramiento inadecuado de la placenta o coágulos y alteración en la cascada de coagulación ^{42, 43, 44.}
- **SEPSIS:** Una afección que aumenta potencialmente la morbilidad materna se define como una disfunción orgánica generalizada causada por una infección durante la gravidez, dilatación y expulsión del feto, alumbramiento de la placenta, posterior al parto o después de un aborto. Las infecciones no diagnosticadas o mal manejadas pueden provocar

sepsis o la muerte, y una mayor probabilidad de infección neonatal precoz se asocia a resultados adversos ⁴⁵.

- **ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:** La rotura anticipada de membranas antes del inicio del trabajo de parto ocurre en alrededor del 3% de los embarazos a nivel global. El abordaje de esta condición se basa en la evaluación de la edad gestacional y en la valoración de los riesgos relativos del parto frente a los riesgos asociados al tratamiento del embarazo ^{46, 47, 48}.
- **CORIOAMNIONITIS:** La corioamnionitis es una causa frecuente de parto pretérmino y puede provocar desenlaces neonatales desfavorables, incluidas consecuencias para el neurodesarrollo. La corioamnionitis se caracteriza por un sistema heterogéneo de afecciones caracterizadas por infección y/o inflamación, tras las cuales existe una gran diversidad de prácticas clínicas para las madres y sus recién nacidos ^{49, 50}.

2.2.2.2 COMPLICACIONES PERINATALES

- **PARTO PRETERMINO:** Los bebés prematuros tienen superficies corporales altamente vulnerables y sistemas de órganos inmaduros. El tratamiento sintomático de los embarazos que se presentan en trabajo de parto prematuro con corticosteroides y antibióticos ha mejorado los resultados neonatales, pero no ha reducido la incidencia de parto pretérmino. ^{51, 52}.
- **BAJO PESO AL NACER:** Los bebés son particularmente vulnerables a infecciones sistémicas secundarias a sus defensas inmunitarias inmaduras, hospitalizaciones prolongadas, retrasos en la alimentación

enteral, exposición temprana a antibióticos y necesidad de intervenciones invasivas para mantener la vida ^{53, 54}.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Los siguientes conceptos han sido elaborados a partir de la información que nos proporciona la biblioteca virtual en salud “Descriptores en Ciencias de la salud (DECS)”.

- 1) ATENCIÓN PRENATAL:** Cuidado prenatal dirigido a evitar riesgos y disminuir la mortalidad de las madres y los fetos.
- 2) EMBARAZO:** Estado en que las hembras de los mamíferos llevan en su útero a sus crías en formación (embrión o feto), desde la fecundación hasta su expulsión.
- 3) DIAGNOSTICO PRENATAL:** Identificación de trastornos patológicos o enfermedades en las estructuras del embrión después de la implantación, en el cigoto o en el embarazo antes del expulsivo.
- 4) COMPLICACIONES DEL EMBARAZO:** Condiciones o fenómenos patológicos asociados al periodo de gestación. Pueden producirse en el curso del embarazo o después de él y abarcan desde anomalías leves hasta afecciones graves que requieren intervención médica.
- 5) MORTALIDAD MATERNA:** Muerte materna debida a riesgos del embarazo, el parto, el posparto y el aborto en esta población.

2.4 HIPÓTESIS:

2.4.1 HIPOTESIS GENERAL

- Existen factores que se asocian al incumplimiento de controles prenatales.

2.4.2 HIPOTESIS ESPECIFICAS

- Existe asociación entre algunos datos sociodemográficos maternos y el incumplimiento de controles prenatales.
- Existe asociación entre algunos antecedentes obstétricos maternos y el incumplimiento de controles prenatales.
- Existe asociación entre algunos antecedentes médicos maternos y el incumplimiento de controles prenatales.

2.5 VARIABLES:

Los datos para medir las siguientes variables del estudio se registran en la hoja de afiliación al SIS y en los registros perinatales contenidos en las historias clínicas puerperal.

2.5.1 INCUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL

2.5.1.1 Tipo de variable: Cualitativa

2.5.1.2 Definición Conceptual:

- Inasistencia a las atenciones médicas prenatales programadas con el equipo de salud ²⁵.

2.5.1.3 Definición Operacional:

- Número menor a 6 asistencias al establecimiento de salud para controles clínicos prenatales, datos encontrados en la hoja CLAP de la historia clínica materna ²⁵. Numero de controles inferior a 6 será representado con un SI y numero de controles mayor a 6 será representado con un NO.

2.5.2 EDAD MATERNA

2.5.2.1 Tipo de variable: Cuantitativa

2.5.2.2 Definición Conceptual:

- Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el presente de una persona.

2.5.2.3 Definición Operacional:

- Diferencia entre la fecha de nacimiento con la fecha de la obtención de los datos. Representada en números enteros.

2.5.3 GRADO INSTRUCCIÓN MATERNO

2.5.3.1 Tipo de variable: Cualitativa

2.5.3.2 Definición Conceptual:

- Grado más elevado de estudio realizado.

2.5.3.3 Definición Operacional:

- Dato consignado en el apartado filiación de la historia clínica materna. Clasificada en sin estudios, primaria, secundaria, técnica y universitaria.

2.5.4 ESTADO CIVIL

2.5.4.1 Tipo de variable: Cualitativa

2.5.4.2 Definición Conceptual:

- Situación legal y social de una persona en relación con su estado marital.

2.5.4.3 Definición Operacional:

- Dato consignado en el apartado filiación de la historia clínica materna. Clasificada en Soltera, conviviente y casada.

2.5.5 OCUPACIÓN MATERNA

2.5.5.1 Tipo de variable: Cualitativa

2.5.5.2 Definición Conceptual:

- Actividad que una persona realiza cotidianamente.

2.5.5.3 Definición Operacional:

- Dato consignado en el apartado filiación de la historia clínica materna. Clasificada en ama de casa, dependiente o independiente.

2.5.6 ANTECEDENTE DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

2.5.6.1 Tipo de variable: Cualitativa

2.5.6.2 Definición Conceptual:

- Historial de violencia física o psicológica desarrollada en el hogar.

2.5.6.3 Definición Operacional:

- Dato consignado en el apartado filiación de la cartilla perinatal materna. La presencia de violencia domestica será representada con un SI y la ausencia con un NO.

2.5.7 DISTANCIA ENTRE DOMICILIO Y ESTABLECIMIENTO DE SALUD

2.5.7.1 Tipo de variable: Cuantitativa

2.5.7.2 Definición Conceptual:

- Longitud en metros o kilómetros entre el lugar de domicilio de la puérpera y la ubicación del establecimiento de salud.

2.5.7.3 Definición Operacional:

- Dato consignado en el apartado filiación de la historia clínica materna y calculado por medio del programa Google Maps. Se denominará puérpera

con domicilio distante aquella que viva fuera del distrito donde se encuentra el establecimiento de salud, calculando un promedio de distancia mayor a 3km ²².

2.5.8 GESTACIONES

2.5.8.1 Tipo de variable: Cualitativa

2.5.8.2 Definición Conceptual:

- Número de veces en que la paciente ha logrado embarazarse.

2.5.8.3 Definición Operacional:

- Datos descritos en la formula obstétrica materna los cuales se encuentran consignados en la historia clínica. Clasificada en primigesta y multigesta.

2.5.9 PARIDAD

2.5.9.1 Tipo de variable: Cualitativa

2.5.9.2 Definición Conceptual:

- Número de veces en que la paciente ha logrado expulsar al feto por vía vaginal o cesárea.

2.5.9.3 Definición Operacional:

- Datos descritos en la formula obstétrica materna los cuales se encuentran consignados en la historia clínica. Clasificado en primípara y múltipara.

2.5.10 ANTECEDENTE ABORTO

2.5.10.1 Tipo de variable: Cualitativa

2.5.10.2 Definición Conceptual:

- Historial de muerte del feto intrauterina antes de las 22 semanas de edad gestacional.

2.5.10.3 Definición Operacional:

- Datos descritos en la formula obstétrica materna los cuales se encuentran consignados en la historia clínica. La presencia de aborto será representada con un SI y en la ausencia con un NO.

2.5.11 ANTECEDENTE DE HIPERTENCION ARTERIAL

2.5.11.1 Tipo de variable: Cualitativa

2.5.11.2 Definición Conceptual:

- Valor de la presión arterial por encima de 140/90 de estado crónico no asociado a la gestación.

2.5.11.3 Definición Operacional:

- Datos consignados en la cartilla prenatal en el apartado “antecedentes maternos”. La presencia de la enfermedad será representada con un SI y en la ausencia con un NO.

2.5.12 ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS

2.5.12.1 Tipo de variable: Cualitativa

2.5.12.2 Definición Conceptual:

- Valor de la glicemia basal por encima de 126 mg/dl tomados en dos oportunidades o valor de test de tolerancia oral a la glucosa por encima de 200 mg/dl.

2.5.12.3 Definición Operacional:

- Datos consignados en la cartilla prenatal en el apartado “antecedentes maternos”. La presencia de la enfermedad será representada con un SI y en la ausencia con un NO.

2.5.13 ANTECEDENTE DE TUBERCULOSIS PULMONAR

2.5.13.1 Tipo de variable: Cualitativa

2.5.13.2 Definición Conceptual:

- Historial de positividad de muestra pulmonar para mycobacterium tuberculosis.

2.5.13.3 Definición Operacional:

- Datos consignados en la cartilla prenatal en el apartado “antecedentes maternos”. La presencia de la enfermedad será representada con un SI y en la ausencia con un NO.

2.5.14 ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA

2.5.14.1 Tipo de variable: Cualitativa

2.5.14.2 Definición Conceptual:

- Historial de valor de presión arterial por encima de los 140/90 a partir de las 20 semanas de gestación asociado a proteinuria.

2.5.14.3 Definición Operacional:

- Datos consignados en la cartilla prenatal en el apartado “antecedentes maternos”. La presencia de la enfermedad será representada con un SI y en la ausencia con un NO.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	FUENTE
INCUMPLIMIENTO DE CONTROLES PRENATALES	Tipo Cualitativa	Inasistencia a las atenciones médicas prenatales.	Número menor a 6 asistencias a las atenciones clínicos prenatales.	SI	Nominal	Historia Clínica
				NO		
EDAD MATERNA	Tipo Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el presente de una persona.	Diferencia entre la fecha de nacimiento con la obtención de los datos	Edad en años	Intervalo	Historia Clínica
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Tipo Cualitativa	Grado más elevado de estudio realizado	Dato consignado en el apartado filiación de la historia clínica materna	Sin estudios	Ordinal	Historia Clínica
				Primaria		
				Secundaria		
				Técnica		
Universitaria						
ESTADO CIVIL	Tipo Cualitativa	Situación legal de una persona en relación con su estado marital.	Dato consignado en el apartado filiación de la historia clínica materna.	Soltera	Ordinal	Historia Clínica
				Conviviente		
				Casada		
OCUPACIÓN MATERNA	Tipo Cualitativa	Actividad que una persona realiza cotidianamente	Dato consignado en el apartado filiación de la historia clínica materna	Dependiente	Ordinal	Historia Clínica
				Independiente		

ANTECEDENTE DE VIOLENCIA DOMÉSTICA	Tipo Cualitativa	Historial de violencia desarrollada en el hogar.	Dato consignado en el apartado filiación de la cartilla perinatal materna	SI	Nominal	Historia Clínica
				NO		
DISTANCIA ENTRE DOMICILIO Y ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Tipo Cuantitativa	Distancia entre el domicilio de la puérpera y la localización del establecimiento de salud.	Dato consignado en el apartado filiación de la historia clínica materna y calculado por medio del programa Google Maps.	Kilómetros	Razón	Historia Clínica
GESTACIONES	Tipo Cualitativa	Número de veces en que la paciente ha logrado embarazarse.	Dato descrito en la formula obstétrica materna en la historia clínica.	Primigesta	Nominal	Historia Clínica
				Multigesta		
PARIDAD	Tipo Cualitativa	Número de veces en que la paciente ha logrado expulsar al feto.	Dato descrito en la formula obstétrica materna en la historia clínica.	Primípara	Nominal	Historia Clínica
				Múltipara		
ANTECEDENTE DE ABORTO	Tipo Cualitativa	Antecedente de muerte fetal antes de las 22 semanas.	Dato descrito en la formula obstétrica materna en la historia clínica.	SI	Nominal	Historia Clínica
				NO		

ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL	Tipo Cualitativa	Valor de la presión arterial por encima de 140/90 de estado crónico no asociado a la gestación.	Datos consignados en la cartilla prenatal en el apartado “antecedentes”.	SI	Nominal	Historia Clínica
				NO		
ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS	Tipo Cualitativa	Valor de la glicemia basal mayor a 126 mg/dl o valor de test de tolerancia oral a la glucosa mayor a 200 mg/dl.	Datos consignados en la cartilla prenatal en el apartado “antecedentes”.	SI	Nominal	Historia Clínica
				NO		
ANTECEDENTE DE TUBERCULOSIS PULMONAR	Tipo Cualitativa	Historial de positividad de muestra pulmonar para mycobacterium tuberculosis.	Datos consignados en la cartilla prenatal en el apartado “antecedentes”.	SI	Nominal	Historia Clínica
				NO		
ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA	Tipo Cualitativa	Historial de valor de presión arterial por encima de los 140/90 a partir de las 20 semanas de gestación asociado a proteinuria.	Datos consignados en la cartilla prenatal en el apartado “antecedentes”.	SI	Nominal	Historia Clínica
				NO		

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1 Tipo De Investigación

- **Analítico:** Se evaluó la relación entre las variables de estudio mediante un análisis multivariable.
- **Observacional:** No hubo intervención ni manipulación de la información recolectada por parte del investigador.
- **Retrospectivo:** Los datos fueron recopilados a partir de historias clínicas que correspondieron al año 2022.

3.1.2 Nivel De Investigación

El presente estudio es de tipo observacional, analítico de tipo casos y controles, se pretendió determinar la asociación entre las diversas variables de interés a través de análisis descriptivo e inferencial, con el uso de modelos de regresión logística. Se agrupó a la población de estudio en dos grupos: los casos (atenciones prenatales incompletas) y los controles (atenciones prenatales completas).

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 POBLACIÓN:

Las participantes estuvieron conformadas por:

- Puérperas cuyos partos fueron recibidos en el Hospital San José de Chíncha durante el año 2022.

3.2.2 MUESTRA:

Se calculó el tamaño muestral para los casos y controles por medio del programa estadístico Epidat en su versión 4.2, la frecuencia de exposición de los controles fue del 42%, medida a partir de la variable “estado civil” el cual mostró una

significancia estadística en estudio previo ²⁴, y un OR prevista de 1.8; el total de número de participantes 348, dividido en 174 para los casos (atenciones prenatales incompletas), y 174 para los controles (atenciones prenatales completas).

Datos:

Proporción de casos expuestos:	57,000%
Proporción de controles expuestos:	42,000%
Odds ratio a detectar:	1,831
Número de controles por caso:	1
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Casos	Controles	Total
80,0	174	174	348

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 sin corrección por continuidad.

Figura 1: Tamaño de muestra para estudio de tipo casos y controles

3.2.2.1 UNIDAD DE ANÁLISIS:

- **CASOS:** Puérperas hospitalizadas en el Hospital San José de Chíncha en el año 2022 con menos de 6 controles prenatales y que cumplan con los criterios de inclusión.
- **CONTROLES:** Puérperas hospitalizadas en el Hospital San José de Chíncha en el año 2022 con mayor o igual a 6 controles prenatales y que cumplan con los criterios de inclusión.

3.2.2.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- a) Puérperas cuyo parto fue atendido en el Hospital San José de Chíncha en el año 2022
- b) Puérperas hospitalizadas con registro de número de controles prenatales asistidos en el Hospital San José de Chíncha en el año 2022

3.2.2.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- a) Historias clínicas con información incompleta.
- b) Historias clínicas con letra ilegible.
- c) Gestantes con <28 semanas de gestación.

3.2.2.4 MUESTREO:

- Probabilístico aleatorio simple, una vez recibida el total de historias clínicas de puérperas con controles prenatales completos e incompletos, se fueron eligiendo aleatoriamente hasta alcanzar el número de población objetivo, para ambos grupos de estudio.
- N: Se trabajó con 348 puérperas divididas en 174 casos y 174 controles.

3.3 MEDIOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se envió la correspondiente documentación a la dirección del Hospital San José de Chincha y a la jefatura a la Unidad de Apoyo en docencia e investigación del establecimiento, solicitando permiso para acceder a la base de datos y a las historias clínicas de las puérperas atendidas en el año 2022. Se proporcionó toda la información relacionada con el estudio, incluyendo una copia del proyecto de investigación y el instrumento de recopilación de datos, el cual facilitó al personal administrativo del Departamento de Estadística e Informática en la búsqueda y selección de las historias clínicas correspondientes al año 2022.

Las historias clínicas maternas del Hospital San José de Chincha se encontraron registradas en el sistema operativo nacional del establecimiento, almacenadas en carpetas virtuales, codificadas con el número de historia clínica, clasificadas de acuerdo a tipo de parto y ordenadas de acuerdo a la fecha de parto. Por otra parte, el área de estadísticas del hospital cuenta con hojas de cálculo realizado en el programa estadístico Excel en donde transcriben los datos de filiación más importantes de los pacientes atendidos en el establecimiento, en el caso de las

pacientes obstétricas algunos datos que se deben agregar son: la formula obstétrica y el número de controles prenatales asistidos. Posteriormente, se dio a conocer al personal del departamento el número total de participantes que se necesitaba en este estudio y proponer la organización de las historias para continuar con la selección. El hospital comunicó que se tardarían máximo 2 semanas en ordenar y disponer todas las historias necesarias, y un plazo de 1 semana para la recopilación de los datos. Finalmente, se procedió con la evaluación mediante el uso de los criterios de inclusión y exclusión, luego se continuó con el llenado de las fichas de recolección de datos.

3.4 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS

El procesamiento de los datos fue realizado mediante el empleo del software estadístico SPSS en su última versión.

En primer lugar, se llevó a cabo la codificación de las variables, se asignaron valores numéricos a las distintas categorías de las variables categóricas, y se verificó la precisión en la introducción de los datos.

A continuación, se procedió a realizar el análisis de regresión logística bivariado con el objetivo de examinar la relación entre cada variable independiente y la variable dependiente de manera individual. Se utilizó el procedimiento de regresión logística en SPSS, seleccionando la variable dependiente y una variable independiente a la vez. Se obtuvieron los resultados correspondientes a los coeficientes de regresión, las ODDS RATIOS y los valores p.

Posteriormente, se llevó a cabo el análisis de regresión logística multivariada con el fin de evaluar la asociación ajustada entre las variables independientes y la variable dependiente, teniendo en cuenta el efecto conjunto de todas las variables independientes significativas en el modelo. Se empleó el método de entrada paso a paso en SPSS, incorporando las variables independientes

significativas una por una, y evaluando los coeficientes de regresión, las ODDS RATIOS ajustados y los valores p para cada variable.

3.5 DISEÑO Y ESQUEMA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Toda la información, se tabuló en una base de datos en Microsoft Excel y se analizó a través del programa estadísticos SPSS.

Se aplicó estadísticas descriptivas, en las variables cualitativas (distribución de frecuencias y proporciones). Debido a la falta de normalidad en las variables cuantitativas, se optó por resumirlas utilizando la mediana y el rango intercuartílico (RIC).

En relación al análisis inferencial, en el análisis bivariado se aplicó el estadístico Chi-cuadrado para las variables cualitativas y U-Mann Whitney para variables cuantitativas, todos con un nivel de significación estadístico $p < 0,05$. Para la determinación de la fuerza de la relación se aplicó la razón de productos cruzados u ODDS RATIO (OR) con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%).

En el análisis multivariado, se incluyeron todas las variables independientes significativas en el modelo para controlar posibles factores de confusión y evaluar su asociación ajustada. Se utilizó el método de entrada paso a paso para seleccionar las variables que contribuyeron de manera significativa al modelo final. Se interpretaron los coeficientes de regresión, los valores p y las ODDS RATIOS para evaluar el impacto de cada variable independiente en la variable dependiente, teniendo en cuenta el efecto de las demás variables en el modelo.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

En este estudio se cumplieron los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia e imparcialidad; todos ellos fueron observados a lo largo del desarrollo del proyecto de investigación. Se notificaron a los departamentos correspondientes de la institución acerca de los procedimientos a seguir, así

como del uso de la información recolectada. Se preservó el anonimato de las participantes en la investigación y se aseguraron la confidencialidad de los datos obtenidos. No se divulgó ninguna información que permita identificar a las mujeres que hayan participado en este estudio. Todos los datos recolectados fueron utilizados exclusivamente con fines de investigación. El proyecto de investigación fue sometido a revisión por parte del Comité de Ética de la Universidad Privada de San Juan Bautista, aprobado con el código de registro N° 0757-2023-CIEI-UPSJB.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS.

Tras el análisis de un total de 348 puérperas atendidas en el año 2022 en el Hospital San José de Chincha, divididas en 174 casos (visitas antenatales insuficientes) y 174 controles (visitas antenatales suficientes), se evidenció los siguientes resultados.

La mediana de la edad calculada para el grupo de casos fue de 20 años con un rango intercuartílico (15 – 32) y controles fue 32 años con un rango intercuartílico (21 – 35). Se evidenció un valor $p < 0.001$ el cual se interpreta que, se observa una disparidad significativa en las edades de los dos grupos ($p = < 0.001$).

En cuanto al estado civil, el 68,8% ($n=97$) de las mujeres solteras pertenecían al grupo de casos y 31,2% ($n=44$) al grupo control, por otro lado, de las puérperas que convivían con su pareja el 32,9% ($n=48$) pertenecían al grupo de casos y el 67,1% ($n=98$) al grupo de controles. Debido a que la presencia de una pareja estable puede brindar un entorno de apoyo que fomenta el cuidado prenatal adecuado, se toma a la categoría casada como referencia. Se evidenció que las puérperas solteras en comparación con las mujeres casadas tienen 3.432 veces riesgo de tener un seguimiento prenatal deficiente. (OR: 3,432; IC 95% [1,313 – 4,562], $p = < 0,001$). Por otra parte, las mujeres convivientes en comparación con las mujeres casadas tienen aproximadamente 0.547 veces menor probabilidad de tener controles prenatales incompletos. (OR: 0,547; IC 95% [0,295 – 0,992])

Con respecto al nivel educativo materno, el 72,4% ($n=97$) de las puérperas con nivel secundario pertenecían al grupo de casos y el 27,6% ($n=37$) al grupo control. De las puérperas que tuvieron instrucción superior técnica, el 24,6% ($n=28$) conformaban el grupo de casos y el 75,4% ($n=86$) al grupo de controles. Debido a que las mujeres con educación universitaria generalmente tienen un

mayor nivel de conciencia y conocimiento sobre la importancia de la atención prenatal, se seleccionó a la categoría universitaria como referencia. Se evidenció que las mujeres con educación secundaria tienen aproximadamente 3.214 veces mayor probabilidad de tener controles prenatales incompletos en comparación con aquellas con educación universitaria (OR: 3,214; IC 95% [1,754 – 5,891]; $p < 0,001$).

Basados en la información de la ocupación, el 51,2% ($n = 153$) de las mujeres dependientes pertenecían al grupo de casos y el 48,8% ($n = 146$) al grupo control, por otro lado, de las puérperas que trabajan de manera independiente el 42,9% ($n = 21$) conformaban el grupo de casos y el 57,1% ($n = 28$) al grupo de controles. Asimismo, los resultados (OR: 0,709; IC 95% [0,379 – 1,306]; $p = 0.281$) revelaron que no existe una asociación significativa.

Basados en la información de la violencia doméstica, el 49,6% ($n = 169$) de las mujeres que no reportaron violencia pertenecían al grupo de casos y 50,4% ($n = 171$) al grupo control, por otro lado, de las puérperas que indicaron que si la padecían el 63,6% ($n = 5$) conformaban el grupo de casos y el 36,4% ($n = 3$) al grupo de controles. Asimismo, los resultados (OR: 0,593; IC 95% [0,14 - 2.521]; $p = 0,474$) revelaron que no existe una asociación significativa,

Con respecto a la dirección de domicilio, la distancia media calculada para el grupo de casos fue de 2'433.84 km \pm 1296.78 y grupo de controles fue de 2'124.40 km $DE \pm$ 1247.63. Asimismo, los resultados ($p = 0.052$) revelaron que no se observa una disparidad significativa en las edades de los dos grupos.

En lo que concierne a las características obstétricas de las puérperas, se pudo evidenciar que el 72,6% ($n = 85$) de las primigestas pertenecían al grupo de casos y el 27,4% ($n = 32$) al grupo de controles, por otra parte, de la población multigestas el 38,5% ($n = 89$) conformaban el grupo de casos y el 27,4% ($n = 32$)

al grupo de controles. Las puérperas primigestas evidenciaron 4.238 veces riesgo que las puérperas multigestas a no tener un seguimiento de control prenatal adecuado (OR: 4.238; IC 95% [2.609-6.885]; $p = <0.001$).

En cuanto a la paridad se pudo evidenciar que el 72,7% ($n = 96$) de las primíparas pertenecían al grupo de casos y el 20,7% ($n = 36$) al grupo de controles, de la población múltipara el 36,1% ($n = 78$) conformaban el grupo de casos y el 63,9% al grupo de controles. Las puérperas primíparas evidenciaron 4.718 veces riesgo que las puérperas múltiparas en no tener un seguimiento de control prenatal adecuado (OR: 4,718; IC 95% [2,94-7,572]; $p < 0,001$).

En cuanto a los antecedentes de aborto se pudo demostrar que el 42,3% ($n = 22$) de las mujeres con antecedentes de aborto pertenecían al grupo de casos y el 57,7% ($n = 30$) al grupo de controles, de las puérperas sin antecedentes de aborto, el 53,1% ($n = 153$) conformaban el grupo de casos y el 46,8% ($n = 144$) el grupo de controles. Los resultados (OR:0,689; IC 95% 0,332 - 1.476]; $p = 0.226$) revelaron que no existe asociación significativa entre ambas.

En términos de antecedentes médicos maternos, en referencia a la hipertensión arterial (HTA) se pudo evidenciar que el 41,9% ($n = 13$) de las puérperas que tenían esta enfermedad pertenecían al grupo de casos y el 58,1% ($n = 18$) al grupo de controles. De las que no tenían HTA el 53,1% ($n = 161$) pertenecían al grupo de casos y el 46,8% ($n = 156$) al grupo de controles. No se encontró una asociación significativa.

En referencia a la diabetes se pudo evidenciar que el 41,7% ($n = 5$) de las diabéticas pertenecían al grupo de casos y el 58,3% ($n = 7$) al grupo de. No se encontró una asociación significativa.

En referencia a la TBC se pudo evidenciar que el 100% del grupo de casos y el 100% del grupo de controles estuvieron conformados por puérperas sin antecedentes de TBC.

En cuanto a los antecedentes de preeclampsia se pudo evidenciar que, de las mujeres que la padecían el 34,8% (n= 8) pertenecían al grupo de casos y el 65,2% (n= 12) al grupo de controles. Sin embargo, no se estableció una asociación significativa. (TABLA 1).

En el análisis multivariado de la regresión logística se pudo evidenciar que ser convivir con la pareja se comportó como un factor protector frente al incumplimiento de los controles prenatales, tanto en el modelo crudo (OR 0.544; IC95% 0.295 – 0.992; $p < 0,001$) como en el modelo ajustado (ORa 0.420; IC95% 0.203 – 0.869; $p = 0,020$). Asimismo, se determinó que el grado académico técnico se comporta como un factor protector frente al incumplimiento de controles prenatales en comparación a las universitarias, tanto en el modelo crudo (OR 0,394; IC95% 0,215 – 0,746; $p < 0,001$) como en el modelo ajustado (ORa 0.379; IC95% 0.194 – 0,753; $p = 0,020$).

TABLA 1. ANÁLISIS BIVARIADO DE FACTORES ASOCIADOS Y EL INCUMPLIMIENTO DE CONTROLES PRENATALES EN PUÉRPERAS, 2022.

		CASOS		CONTROLES		OR	IC95%		p
		f	%	f	%				
EDAD		20	(15 - 32) *	32	(21 - 35) *	1,730	1,200	2,510	<,001**
ESTADO CIVIL	Soltera	97	68,8%	44	31,2%	2,432	1,313	4,562	<,001
	Conviviente	48	32,9%	98	67,1%	0,547	0,295	0,992	
	Casada	29	47,5%	32	52,5%	Ref.			
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin estudios	3	60,0%	2	40,0%	1,839	0,283	11,707	<,001
	Primaria	15	57,7%	11	42,3%	1,689	0,673	4,137	
	Secundaria	97	72,4%	37	27,6%	3,214	1,754	5,891	
	Técnica	28	24,6%	86	75,4%	0,394	0,215	0,746	
	Universitaria	31	44,9%	38	55,1%	Ref.			
OCUPACIÓN	Independiente	21	42,9%	28	57,1%	0,709	0,379	1,306	0,281
	Dependiente	153	51,2%	146	48,8%	Ref.			
VIOLENCIA DOMESTICA	Si	5	63,6%	3	36,4%	0,593	0,140	2,521	0,474
	No	169	49,6%	171	50,4%	Ref.			
DISTANCIA DOMICILIARIA		2,8 km (1,2 – 3,3) *		2,1 km (1,1 – 2,8) *					0,052**
GESTACIONES	Primigesta	85	72,6%	32	27,4%	4,238	2,609	6,885	<,001
	Multigesta	89	38,5%	142	61,5%	Ref.			
PARIDAD	Primípara	96	72,7%	36	20,7%	4,718	2,940	7,572	<,001
	Múltipara	78	36,1%	138	63,9%	Ref.			
ANTECEDENTES DE ABORTO	Si	22	42,3%	30	57,7%	0,689	0,384	1,261	0,226
	No	152	53,1%	144	46,8%	Ref.			
HTA	Si	13	41,9%	18	58,1%	0,700	0,332	1,476	0,632
	No	161	53,1%	156	46,8%	Ref.			
DM	Si	5	41,7%	7	58,3%	0,755	0,221	2,263	0,545
	No	169	97,1%	167	95,9%	Ref.			
PREECLAMPSIA	Si	8	34,8%	12	65,2%	0,507	0,212	1,238	0,127
	No	166	48,9%	162	51,1%	Ref.			

* Mediana + Rango Intercuartílico.

** U-Mann Whitney.

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA EN EL AÑO 2022.

TABLA 2. ANÁLISIS MULTIVARIADO DE FACTORES ASOCIADOS Y EL INCUMPLIMIENTO DE CONTROLES PRENATALES EN PUÉRPERAS, 2022. RESULTADOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA CRUDA Y AJUSTADA

	MODELO CRUDO				MODELO AJUSTADO				
	OR	IC (95%)		p	OR	IC (95%)		p	
EDAD	1,730	1,200	2,510	<,001	1,023	0,970	1,086	0,334	
ESTADO CIVIL	Soltera	3,722	2,363	5,862	<,001	0,611	0,193	1,939	0,403
	Conviviente	0,544	0,295	0,992	<,001	0,420	0,203	0,869	0,020
	Casada	Ref.				Ref.			
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin estudios / Básico	1,689	0,673	4,137	0,146	2,064	0,904	4,721	0,085
	Técnica	0,394	0,215	0,746	<,001	0,379	0,194	0,753	0,005
	Universitaria	Ref.							
GESTACIONES	Primigesta	4,238	2,609	6,885	<.001	0,641	0,153	2,673	0,537
	Multigesta	Ref.				Ref.			
PARIDAD	Primípara	4,718	2,940	7,572	<.001	3,379	0,908	12,673	0,074
	Múltipara	Ref.							

FUENTE: HISTORIA CLÍNICA DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA EN EL AÑO 2022.

4.2 DISCUSIONES.

Este estudio a partir de un análisis de regresión logística ajustada reveló una asociación significativa entre la categoría conviviente y el incumplimiento de los controles antenatales. Evidenciándose un intervalo de confianza por debajo de 1, indicando que la categoría o está asociada con un menor riesgo o probabilidad de ocurrencia del resultado de interés, es decir, es un factor protector. Resultado que toma sustento a partir de la teoría propuesta por Dennis C y colaboradores⁵⁷ quienes sostienen que las mujeres sin pareja tienen una mayor probabilidad de presentar elementos de riesgo durante la gestación, incluyendo la falta de cumplimiento de las visitas médicas prenatales en comparación a las mujeres que viven con su pareja. Atribuyéndose al hecho de que las gestantes que carecen de una relación de pareja pueden experimentar una reducción en la disponibilidad de apoyo emocional y social. Además, puede conllevar a una situación de inestabilidad económica, dificultando la capacidad de cubrir los costos asociados con el transporte, las consultas médicas y los medicamentos necesarios. Una evidencia distinta a los establecidos por los estudios de Farje S.²² quien encontró una asociación significativa entre la categoría soltera y el incumplimiento, con un aumento de riesgo de 2.53 veces, mientras que Ortega M.²³ reportó un incremento de riesgo de 4.009 veces. Por otro lado, Amaya E. y Olaya E.²⁵ identificaron un incremento de riesgo de 2.087 veces. Esta diferencia de hallazgos puede deberse a que los rangos de edades de las mujeres participes de este estudio fueron más amplios y presentaron una distribución distinta, en comparación a estos estudios donde las edades de sus participantes fluctuaban entre los 20 años de edad, grupo etario donde no es muy común que se establezcan conyugalmente o que convivan con su pareja y que en su mayoría aun no culminan sus estudios y vivan en casa de sus padres.

En relación al grado académico, se reveló una asociación significativa entre la categoría grado técnico y el incumpliendo de los controles antenatales. Evidenciándose un intervalo de confianza por debajo de 1, indicando que la categoría está asociada con un menor riesgo o probabilidad de ocurrencia del resultado de interés, es decir, es un factor protector. Resultado probable y se explica en parte en el estudio realizado por Sisay G y colaboradores⁵⁵, quienes sostienen que la educación básica en comparación a la superior como la técnica o universitaria influye potencialmente en la comprensión de la importancia de llevar un control prenatal adecuado y los manejos médicos que esta estrategia preventiva proporciona. Por otra parte, los estudios de Ortega M.²³ y Castillo I. y colaboradores¹⁷ evidenciaron una asociación significativa entre la escolaridad básica y el incumplimiento de los controles prenatales. Ortega M. encontró un aumento de riesgo de 3.095, mientras que Castillo I. y colaboradores identificaron un riesgo de 1.6. La divergencia de los resultados puede ser atribuida a las diferentes técnicas de muestreo adoptadas en estos estudios, así como también, al tamaño muestral ya que existe una diferencia porcentual alta entre estos estudios y la presente investigación.

Por otra parte, inicialmente se observó una asociación significativa entre diversas variables y el incumplimiento. No obstante, después del análisis de regresión ajustado, estas asociaciones dejaron de ser significativas.

Dentro de los factores sociodemográficos, la mediana de la edad de las púerperas del grupo de casos fue de 20 años. Durante la evaluación inicial, se encontró una correlación estadísticamente relevante., sin embargo, al realizar un análisis ajustado, no se observa una asociación significativa. Es posible que, después de ajustar por otras variables como nivel educativo secundario, situación civil y características obstétricas, el efecto directo de la edad joven en el incumplimiento de los controles prenatales se haya atenuado. Esto podría deberse a que las otras variables controladas están más directamente

relacionadas con el incumplimiento de los controles prenatales y, por lo tanto, tienen un mayor impacto en la asociación observada. Una evidencia que contradice la teoría planteada por el estudio de Baer R y colaboradores ⁵⁶, quienes sostienen que las gestantes jóvenes tienen mayor riesgo de incumplir con la atención prenatal, debido a la inexperiencia y falta de conocimiento acerca del cuidado de la salud, prioridades y responsabilidades diferentes, barreras socioeconómicas, estigma social y falta de apoyo. Nuestro hallazgo difiere completamente a los determinados por Castillo I. y colaboradores ¹⁷ en Colombia, quienes, si reportaron una asociación significativa, las mujeres con edad promedio de 23 años tenían 1,4 veces riesgo de incumplir con sus controles prenatales. Ortigas M.²³ encontró que las púerperas con un promedio de 17 años tienen 5.768 más riesgo de no asistir a sus controles prenatales programados. Esta diferencia de resultados podría estar relacionada a que la muestra de nuestro estudio tiene un rango de edades más amplio y una distribución anormal en comparación a estas investigaciones. Además, los factores demográficos, como la ubicación geográfica o el contexto sociocultural de la población estudiada, también pueden influir en los resultados y explicar las diferencias observadas.

En cuanto a los factores obstétricos, este estudio mostró inicialmente una asociación significativa entre la gestación y la paridad, sin embargo, después de realizar el análisis ajustado, esta asociación dejó de ser significativa. Es posible que se haya perdido la asociación significativa en el análisis ajustado debido a la influencia de otras variables controladas en el modelo, como el estado civil y el grado de instrucción. Es decir, una vez que se consideraron estas variables adicionales, que también están relacionadas con el incumplimiento de los controles prenatales, la asociación específica entre ser primigesta o multigesta y el incumplimiento puede haberse vuelto menos pronunciada o no estadísticamente significativa. Así mismo, es probable que otras variables

obstétricas no consideradas en el modelo estén influyendo en el cumplimiento de los controles prenatales. Por ejemplo, factores como la experiencia previa con el sistema de atención médica, el acceso a servicios de atención prenatal especializados o las complicaciones obstétricas previas podrían tener un impacto más significativo con las evaluaciones prenatales deficientes que el hecho de ser primigesta o multigesta en sí mismo. Hallazgos que van en contra de la teoría establecida por el estudio de Debessai Y. y colaboradores ⁵⁸ quienes sostienen que las mujeres primigestas y primíparas tienen mayor probabilidad de incumplir con sus evaluaciones prenatales, debido a que están experimentando su primer embarazo y tienen menos conocimiento y experiencia en términos de atención prenatal. Además, es posible que experimenten mayores niveles de temor o ansiedad frente al proceso de embarazo y atención médica, lo cual puede generar cierta resistencia a acudir a los controles debido a inquietudes relacionadas con la salud del feto, temores asociados a procedimientos médicos o una sensación de ansiedad vinculada a la maternidad. Una evidencia contradictoria a los reportados por los estudios de Londoño P y colaboradores ¹⁸ quienes si evidenciaron una asociación significativa entre el número de embarazos superior a 5 y la inasistencia de los controles prenatales y similar a los concluidos por Farje S. ²² y Macalupú P. ²⁴. Por otra parte, los estudios de Ortega M. ²³ y Macalupú P. ²⁴ manifestaron que la multiparidad está significativamente asociada con el uso inapropiado de la atención antenatal. Esta divergencia en los hallazgos puede deberse a que nuestro estudio contó con una muestra más amplia, lo que nos permitió obtener una representación más precisa y confiable de la población en estudio. Al contar con una muestra más grande, es probable que nuestros resultados reflejen de manera más precisa la realidad de la población en estudio.

La elección de realizar un estudio retrospectivo en lugar de uno mixto se basó en consideraciones prácticas y limitaciones de recursos y acceso a las participantes. En este caso, la disponibilidad y accesibilidad de las historias clínicas como

fuente de datos fue un factor determinante. Los datos recopilados en las historias clínicas son más fácilmente accesibles y están disponibles en comparación con la recolección prospectiva de datos, ahorrándonos tiempo y recursos, especialmente en estudios con un gran número de casos y controles. Asimismo, realizar un estudio prospectivo puede requerir recursos significativos, como la selección y seguimiento de un gran número de participantes a lo largo del tiempo. Un estudio retrospectivo puede ser más eficiente en términos de tiempo y costos, ya que utiliza datos ya recopilados y disponibles.

Por otra parte, existen estudios previos que respaldan ciertas asociaciones significativas entre las variables seleccionadas con el incumplimiento de controles prenatales, es por ello, que un enfoque retrospectivo puede ser suficiente para evaluar esas asociaciones, proporcionando información preliminar y generar hipótesis para futuras investigaciones.

Es esencial tener en cuenta que los estudios de diseño retrospectivo presentan ciertas limitaciones que pueden afectar los hallazgos de la investigación. Este estudio, fue consciente de estas limitaciones, por lo que se implementaron diversas estrategias para abordarlas de manera adecuada.

- Los datos retrospectivos pueden estar sujetos a sesgos de información debido a la falta de control directo sobre la recopilación de datos. Esto puede incluir errores de registro, inconsistencias o datos faltantes que pueden afectar los hallazgos. Para afrontar esta limitación se propuso: validar y revisar los datos recopilados para identificar posibles errores o inconsistencias, establecer criterios claros de inclusión y exclusión de casos y controles.
- La selección de los casos y controles en un estudio retrospectivo puede estar influenciada por factores que no están relacionados con el fenómeno

de interés. Esto puede introducir sesgos y afectar la representatividad de la muestra. Para afrontar el sesgo de selección se definió criterios claros de selección, se utilizó técnicas de muestreo adecuadas, se recopiló datos adicionales relevantes y se mostró transparencia en la descripción de los métodos.

- En un estudio retrospectivo, la disponibilidad de variables está limitada a los datos recopilados en las historias clínicas. Es posible que algunas variables de interés no estén disponibles o no se hayan medido de manera sistemática. Para afrontarlas se realizó un análisis cuidadoso y crítico de los datos disponibles, complementando los hallazgos con evidencia adicional de otros estudios o fuentes de datos.

En el presente proyecto de investigación la selección aleatoria de la muestra y la similitud en las características entre la muestra y la población objetivo respaldan la validez de los resultados al ser representativos. Además, el hecho de que esta investigación se haya ejecutado en un establecimiento de salud II-2 proporciona un contexto específico que puede mejorar la aplicabilidad de los resultados en situaciones similares. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la extrapolación de los resultados conlleva cierta incertidumbre y depende de las características y condiciones específicas de cada situación. Es recomendable considerar las limitaciones del estudio y las particularidades del entorno antes de generalizar los resultados.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES.

5.1.1 CONCLUSIÓN GENERAL:

- El análisis de regresión logística evidenció que convivir con la pareja y tener el grado académico técnico son factores protectores frente al incumplimiento de las atenciones antenatales.

5.1.2 CONCLUSIONES ESPECÍFICAS:

- En relación con los datos socio-demográficos maternos, se encontró una asociación significativa entre convivir con la pareja y tener un grado académico técnico con el cumplimiento de controles prenatales.
- En cuanto a los antecedentes obstétricos maternos, no se identificó una asociación significativa con el incumplimiento de controles prenatales.
- En lo que respecta a los antecedentes médicos maternos, no se identificó una asociación significativa con el incumplimiento de controles prenatales.

5.2 RECOMENDACIONES.

Es fundamental la implementación de programas educativos prenatales específicamente dirigidos a mujeres con niveles básicos de educación. Estos programas deben ofrecer información clara y fácil de entender sobre la importancia de los controles prenatales, los beneficios para la mamá y el feto, así como las consecuencias negativas de no cumplir con ellos. Además, es crucial abordar los obstáculos que estas mujeres enfrentan, como la falta de conocimiento o recursos, y brindarles el apoyo necesario para que puedan acceder y cumplir con los controles prenatales de manera efectiva. Se deben implementar estrategias que brinden un mayor apoyo social y emocional a las mujeres embarazadas, especialmente a aquellas que no cuentan con una pareja. Esto puede incluir el establecimiento de grupos de apoyo, la capacitación de

médicos, obstetras o enfermeras en la atención integral y empática, y la promoción de redes de apoyo comunitario.

Asimismo, desarrollar programas educativos dirigidos a las mujeres embarazadas, especialmente aquellas que presentan factores de riesgo identificados, como mujeres jóvenes, no tener pareja y contar con una instrucción educativa básica. Estos programas deben enfatizar la importancia de las atenciones médicas prenatales y los beneficios que brindan tanto a la madre como al feto. Además, se deben proporcionar informaciones claras y accesibles sobre los riesgos asociados al incumplimiento de los controles prenatales.

Es importante establecer mecanismos de monitoreo y seguimiento de las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta el posparto. Esto permitirá identificar tempranamente aquellas mujeres que presentan mayor riesgo de incumplimiento de las atenciones médicas prenatales y brindarles un seguimiento más cercano.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Maternal Health World Health Organization. Geneva: WHO; 2017. Disponible en: http://www.who.int/topics/maternal_health/en/
2. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2018.
3. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. Nota de prensa. Ginebra. OMS; 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
4. Shah J, Revere F, Toy E. Improving Rates of Early Entry Prenatal Care in an Underserved Population. *Matern Child Health J.* 2018; 22 (12): 1738-1742. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29992373/>
5. Organización Panamericana de Salud. Salud Materna. Informe de salud. OPS; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
6. Michel A, Fontenot H. Adequate Prenatal Care: An Integrative Review. *J Midwifery Womens Health.* 2023; 68 (2): 233-247. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.13459>
7. Fernández Y, García G, Estrada A, Kassandra O. Inasistencia al control prenatal: ¿Cuáles son los principales factores asociados? *CpD.* 2019; 10 (1): 9-16. Disponible en: <https://revista.usanpedro.edu.pe/index.php/CPD/article/view/350>.
8. Barros L, Velasco E. Factores Asociados a la falta de control prenatal En América Latina y su relación con las complicaciones obstétricas. *Enferm. investig.* 2018; 7 (1), 58–66. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1480>
9. Najarro K. Asociación entre el control prenatal y complicaciones obstétricas en el parto según ENDES 2020 [Tesis de Bachiller] Perú; 2022. Disponible en:

<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/5277/MED-Najarro%20Rojas%2c%20Kelly%20Janneth.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- 10.** Santos K. Factores asociados al abandono del control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital San José De Chincha. [Tesis de Bachiller] Chincha; 2017. Disponible en: <http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/130/1/santos%20human%20katherine-abandono%20del%20control%20prenatal%20gestantes.pdf>
- 11.** Bonifaz M, García M. Factores relacionados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en El Hospital San José De Chincha. [Tesis de Bachiller] Chincha; 2020. Disponible en: <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/1005/1/bonifaz%20campos-garcia%20bendezu.pdf>
- 12.** Atuncar Y, Saravia A. Factores relacionados a la deserción de la atención prenatal en gestantes del Hospital San José De Chincha. [Tesis de Bachiller] Chincha; 2021. Disponible en: <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/1879/1/Yoselyn%20Alondra%20Atuncar%20Mesias.pdf>
- 13.** Rojas J, Suárez N, Ateka O. Developing obstetric medicine training in Latin America. *Obstetric Medicine*. 2017; 10 (1): 16-20. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1753495X16684708#articleCitationDownloadContainer>
- 14.** Castro A. Witnessing Obstetric Violence during Fieldwork. *Health Hum. Rights*. 2019; 21 (1): 103-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6586976/>
- 15.** Gómez A. Control prenatal tardío y complicaciones en el embarazo, Hospital Comunitario Puente De Ixtla. [Tesis de Bachiller] México; 2018.

Disponible en:
<http://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/1789/GOGALD07T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

16. Barros L, Velasco E. Factores Asociados a la falta de control prenatal En América Latina y su relación con las complicaciones obstétricas. *Enferm. investig.* 2018; 7 (1), 58 – 66. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1480>
17. Castillo I, Fortich L, Padilla J, Monroy M, Morales Y, Ahumada A. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. *Rev Cubana Enfermer.* 2017; 33 (1): 62 – 71. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192017000100008&lng=es.
18. Londoño P, Ibáñez L, Valencia W, Anacona M, Abou Trabi R, Pache R. Frecuencia y factores relacionados al no cumplimiento del control prenatal en gestantes de 35 años o más en el Cauca, Colombia, 2016-2018. *Rev. colomb. obstet. ginecol.* 2022; 73 (3): 255-64. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3833>.
19. Osawa E, Kodama T. Regional socio-environmental characteristics associated with inadequate prenatal care during pregnancy: an ecological study of 47 prefectures in Japan. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021; 21 (1): 619. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34517823/>
20. Betancourt A, Garcia M. Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. *Vida y Salud.* 2020; 4 (7): 74 - 96. Disponible en: <https://fundacionkoinonia.com.ve/ojs/index.php/saludyvida/article/view/646>
21. Pereira A, Leite A, Lima R, Osório M. Prenatal evaluation in primary care in Northeast Brazil: factors associated with its adequacy. *Rev. saúde*

- pública. 2019; 530:43. Disponible en:
<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/158062>
- 22.** Farje S. Factores asociados a controles prenatales incompletos en gestantes del Hospital Santa Rosa. [Tesis de Bachiller] Lima; 2018. Disponible en:
<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/1772/SFARJE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 23.** Ortega M. Factores asociados a controles prenatales inadecuados en madres adolescentes. [Tesis de Bachiller] Lima; 2018. Disponible en:
<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/1282/117%20TESIS%20ortega%20limas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 24.** Macalupú P. Factores de Riesgo para Controles Prenatales Incompletos en Gestantes del Establecimiento de Salud I-4. [Tesis de Bachiller] Piura; 2021. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/88416/Macalup%c3%ba_GPDB-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 25.** Amaya E, Olaya E. Factores sociales asociados al abandono de la atención prenatal en gestantes del centro de salud Bellavista I-4 [Tesis de Bachiller] Piura; 2021. Disponible en:
<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/9990>
- 26.** Meza S. Factores de riesgo del control prenatal inadecuado de las mujeres atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue [Tesis de Bachiller] Lima; 2017. Disponible en:
<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/2783>
- 27.** Timoteo P, Castillo E. Factores sociodemográficos asociados al abandono del control prenatal en gestantes del Perú. Rev Int Salud Materno Fetal 2022; 7(2): o1-7. Disponible en:
<http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/268/281>

28. Espino M. El entorno social como determinante del abandono de controles prenatales en adolescentes. *Ciencia Latina*. 2022; 6 (5), 91-103. Disponible en: <https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/3061/4502>
29. Palma M. Factores socio culturales asociados a los controles prenatales de la gestante, Hospital Víctor Ramos Guardia. [Tesis de Bachiller] Huaraz; 2018. Disponible en: http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/8801/Tesis_59125.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
30. Sanchez E. Factores para un embarazo de riesgo. *Rev.méd.sinerg*. 2019; 4 (9): e319. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/319/664>
31. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica. Control Prenatal Con Atención Centrada En La Paciente. Imss. 2017; 104. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guias_clinicas/028GER.pdf
32. Ministerio de Salud del Perú. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva Lima: Ministerio de Salud; 2004.
33. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N.º 827-2013-MINSA. Resolución Ministerial. Lima: Ministerio de Salud; 2013.
34. Barquet N, Moreno J, Gutiérrez A, Hernández K, Et al. Factores predisponentes para abandono del control prenatal. *Ocronos*. 2021; 4 (12) 84. Disponible en: <https://revistamedica.com/factores-abandono-control-prenatal/>
35. Munares O. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. *Rev peru epidemiol* 2013; 17 (2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203129458007.pdf>

36. Guallpa M. Control prenatal asociado a complicaciones obstétricas. [Tesis de Pre Grado] Ecuador; 2020. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/10549/1/ART%c3%8dCU LO%20PAOLA%20GUALLPA%20terminado%20completo.pdf>
37. Castilla G. Asociación entre los controles prenatales inadecuados y las complicaciones neonatales en los recién nacidos del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen [Tesis de Pre Grado] Lima; 2020. Disponible en: [https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/3780/Tesis %20Final%202020%20-%20Gabriel%20Castilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/3780/Tesis%20Final%202020%20-%20Gabriel%20Castilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
38. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2013; 122: 1122-11312. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24150027/>
39. Magee L, Helewa M, Moutquin J, Von Dadelszen P. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2008; 30: S1-48. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18817592/>
40. Filipek A, Jurewicz E. Preeclampsia - a disease of pregnant women. *Postepy Biochem.* 2018; 64 (4): 232-229. Disponible en: <https://postepybiochemii.ptbioch.edu.pl/index.php/PB/article/view/146/252>
41. Fishel Bartal M, Sibai B. Eclampsia in the 21st century. *Am J Obstet Gynecol.* 2022; 226 (2S): S1237 - S1253. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32980358/>
42. Bienstock J, Eke A, Hueppchen N. Postpartum Hemorrhage. *N Engl J Med.* 2021; 384 (17): 1635 - 1645. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33913640/>

43. Gill P, Patel A, Van Hook J. Uterine Atony. StatPearls. 2022; PMID: 29630290. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29630290/>
44. Balki M, Wong C. Refractory uterine atony: still a problem after all these years. *Int J Obstet Anesth.* 2021; 48: 103207. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34391025/>
45. Escobar M, Echavarría M, Zambrano M, Ramos I, Kusanovic J. Maternal sepsis. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2020; 2 (3): 100149. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33345880/>
46. Meller C, Carducci M, Ceriani J, Otaño L. Preterm premature rupture of membranes. *Arch Argent Pediatr.* 2018;116 (4): e575 - e581. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30016035/>
47. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 188: Prelabor Rupture of Membranes. *Obstet Gynecol.* 2018; 131 (1): e1 - e14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29266075/>
48. Tchirikov M, Schlabritz N, Maher J, Buchmann J, Naberezhnev Y, Winarno AS, Seliger G. Mid-trimester preterm premature rupture of membranes: etiology, diagnosis, classification, international recommendations of treatment options and outcome. *J Perinat Med.* 2018; 46 (5): 465 - 488. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28710882/>
49. Peng C, Chang J, Lin H, Cheng P, Su B. Intrauterine inflammation, infection, or both (Triple I): A new concept for chorioamnionitis. *Pediatr Neonatol.* 2018; 59 (3): 231 - 237. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29066072/>
50. Jain V, Willis K, Jobe A, Ambalavanan N. Chorioamnionitis and neonatal outcomes. *Pediatr Res.* 2022; 91 (2): 289 - 296. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34211129/>
51. Humberg A, Fortmann I, Siller B, Kopp M, Herting E, Göpel W, Härtel C. Preterm birth and sustained inflammation: consequences for the neonate.

- Semin Immunopathol. 2020; 42 (4): 451 - 468. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32661735/>
52. Da Fonseca E, Damião R, Moreira D. Preterm birth prevention. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2020; 69: 40 - 49. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33039310/>
53. Leiss N, Tarun S, Polin R. Infection prevention for extremely low birth weight infants in the NICU. Semin Fetal Neonatal Med. 2022; 27 (3): 101345. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35550785/>
54. Sema A, Tesfaye F, Belay Y, Amsalu B, Bekele D, Desalew A. Associated Factors with Low Birth Weight in Dire Dawa City, Eastern Ethiopia: A Cross-Sectional Study. Biomed Res Int. 2019; 2019: 2965094. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31886197/>
55. Sisay G, Mulat T. Antenatal Care Dropout and Associated Factors in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Health Serv Res Manag Epidemiol. 2023; 10: 23333928231165743. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37021289/>
56. Baer R, Altman M, Oltman S, Ryckman K, Chambers C, Rand L, Jelliffe-Pawlowski L. Maternal factors influencing late entry into prenatal care: a stratified analysis by race or ethnicity and insurance status. J Matern Fetal Neonatal Med. 2019; 32 (20): 3336 - 3342. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29631462/>
57. Dennis C, Prioreshi A, Brown H, Brennenstuhl S, Bell R, Atkinson S, Misita D, Marini F, Carsley S, Jiwani-Ebrahim N, Birken C. Medical, behavioural and social preconception and interconception risk factors among pregnancy planning and recently pregnant Canadian women. Fam Med Community Health. 2022; 10 (3): e001175. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36113893/>

58. Debessai Y, Costanian C, Roy M, El-Sayed M, Tamim H. Inadequate prenatal care use among Canadian mothers: findings from the Maternity Experiences Survey. *J Perinatol.* 2016; 36 (6): 420 - 6. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26796126/>

ANEXO N° 1: OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	FUENTE
INCUMPLIMIENTO DE CONTROLES PRENATALES	Tipo Cualitativa	Inasistencia a las atenciones médicas prenatales.	Número menor a 6 asistencias a las atenciones clínicos prenatales.	SI	Nominal	Historia Clínica
				NO		
EDAD MATERNA	Tipo Cuantitativa	El tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Diferencia entre la fecha de nacimiento con la obtención de los datos	Edad en años	Intervalo	Historia Clínica
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Tipo Cualitativa	Grado más elevado de estudio realizado	Dato consignado en el apartado filiación de la historia clínica	Sin estudios	Ordinal	Historia Clínica
				Primaria		
				Secundaria		
				Técnica		
ESTADO CIVIL	Tipo Cualitativa	Situación legal de una persona en relación con su estado marital.	Dato consignado en el apartado filiación de la historia clínica.	Soltera	Ordinal	Historia Clínica
				Conviviente		
				Casada		
OCUPACIÓN MATERNA	Tipo Cualitativa	Actividad que una persona realiza cotidianamente	Dato consignado en el apartado filiación de la historia clínica	Dependiente	Ordinal	Historia Clínica
				Independiente		


ANTECEDENTE DE VIOLENCIA DOMÉSTICA	Tipo Cualitativa	Historial de violencia desarrollada en el hogar.	Dato consignado en el apartado filiación de la cartilla perinatal materna	SI	Nominal	Historia Clínica
				NO		
DISTANCIA ENTRE DOMICILIO Y ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Tipo Cuantitativa	Longitud en kilómetros entre el domicilio de la paciente y la localización del establecimiento de salud.	Dato consignado en el apartado filiación de la historia clínica materna y calculado por medio del programa Google Maps.	Kilómetros	Razón	Historia Clínica
GESTACIONES	Tipo Cualitativa	Número de veces en que la paciente ha logrado embarazarse.	Dato descrito en la formula obstétrica materna en la historia clínica.	Primigesta	Nominal	Historia Clínica
				Multigesta		
PARIDAD	Tipo Cualitativa	Número de veces en que la paciente ha logrado expulsar al feto.	Dato descrito en la formula obstétrica materna en la historia clínica.	Primípara	Nominal	Historia Clínica
				Múltipara		
ANTECEDENTE DE ABORTO	Tipo Cualitativa	Antecedente de muerte fetal antes de las 22 semanas.	Dato descrito en la formula obstétrica materna en la historia clínica.	SI	Nominal	Historia Clínica
				NO		

ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL	Tipo Cualitativa	Valor de la presión arterial por encima de 140/90 de estado crónico no asociado a la gestación.	Datos consignados en la cartilla prenatal en el apartado “antecedentes”.	SI	Nominal	Historia Clínica
				NO		
ANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS	Tipo Cualitativa	Valor de la glicemia basal mayor a 126 mg/dl o valor de test de tolerancia oral a la glucosa mayor a 200 mg/dl.	Datos consignados en la cartilla prenatal en el apartado “antecedentes”.	SI	Nominal	Historia Clínica
				NO		
ANTECEDENTE DE TUBERCULOSIS PULMONAR	Tipo Cualitativa	Historial de positividad para mycobacterium tuberculosis.	Datos consignados en la cartilla prenatal en el apartado “antecedentes”.	SI	Nominal	Historia Clínica
				NO		
ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA	Tipo Cualitativa	Valor de presión arterial por encima de los 140/90 asociado a proteinuria.	Datos consignados en la cartilla prenatal en el apartado “antecedentes”.	SI	Nominal	Historia Clínica
				NO		

ANEXO N° 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
GENERAL	GENERAL:	GENERAL	INDEPENDIENTE
¿Cuáles son los factores asociados al incumplimiento de controles prenatales en puérperas atendidas en el Hospital San José de Chíncha en el 2022?	Determinar los factores asociados al incumplimiento de controles prenatales en puérperas atendidas en el Hospital San José de Chíncha en el 2022.	Existen factores que se asocian al incumplimiento de controles prenatales.	Edad materna - I: Años Grado de instrucción - I: sin estudios, primaria, secundaria, técnica y universitaria Estado civil - I: Soltera, conviviente y casada Ocupación - I: Dependiente e independiente Violencia domestica - I: SI/ NO Distancia - I: Kilómetros Gestaciones - I: Primigesta, multigesta Paridad - I: Primípara, múltipara Aborto - I: SI/ NO HTA - I: SI/ NO DM - I: SI/ NO TBC - I: SI/ NO Preeclampsia - I: SI/ NO
ESPECIFICAS	ESPECIFICAS	ESPECIFICAS	DEPENDIENTE
- ¿Cuál es la asociación entre los datos sociodemográficos maternos y el incumplimiento de controles prenatales en puérperas atendidas en el Hospital-San José de Chíncha en el 2022? - ¿Cuál es la asociación entre antecedentes obstétricos maternos y el incumplimiento de controles prenatales en puérperas atendidas en el Hospital-San José de Chíncha en el 2022? - ¿Cuál es la asociación entre antecedentes médicos maternos y el incumplimiento de controles prenatales en puérperas atendidas en el Hospital-San José de Chíncha en el 2022?	- Determinar la asociación. entre los datos socio demográficos maternos y el incumplimiento de controles prenatales en puérperas atendidas en el Hospital San José de Chíncha en el 2022. - Determinar la asociación entre antecedentes obstétricos maternos y el incumplimiento de controles prenatales en puérperas atendidas en el Hospital San José de Chíncha en el 2022. - Determinar la asociación entre antecedentes médicos maternos y el incumplimiento de controles prenatales en puérperas atendidas en el Hospital San José de Chíncha en el 2022.	- Existe asociación entre algunos datos sociodemográficos maternos y el incumplimiento de controles prenatales. - Existe asociación entre algunos antecedentes obstétricos maternos y el incumplimiento de controles prenatales. - Existe asociación entre algunos antecedentes médicos maternos y el incumplimiento de controles prenatales.	DEPENDIENTE Incumplimiento de controles prenatales. - I: SI / NO

ANEXO N° 3: FICHA DE RECOLECCIÓN

	UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA		
TITULO: Factores asociados a controles prenatales incompletos en puérperas del Hospital San José de Chincha, 2022			
AUTOR: Olmos Soldevilla Rodolfo Cristóbal			
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS N°: _____			
Grupo de estudio	Controles incompletos <6 controles	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
FACTORES MATERNOS			
DATOS SOCIODEMOGRAFICOS			
Edad	_____	Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Casada
Grado de instrucción	<input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Universitaria	Ocupación	<input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente
Violencia Doméstica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dirección de Domicilio	
ANTECEDENTES OBSTETRICOS		ANTECEDENTES MEDICOS	
GESTACIONES	<input type="checkbox"/> Primigesta <input type="checkbox"/> Multigesta	HTA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PARIDAD	<input type="checkbox"/> Primípara <input type="checkbox"/> Multípara	DM	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ANTECENTE DE ABORTO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TBC	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		PREECLAMPSIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

ANEXO N° 4: APROBACIÓN DE LA UNIDAD DE APOYO E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA



GOBIERNO REGIONAL DE ICA

CARTA DE PRESENTACION N° *088* -UADI-HSJCH/23

SEÑOR : LIC.ADM. MARÍN AYBAR VALENCIA
Jefe de la Unidad de Estadística e Informática

ASUNTO : Autorización para desarrollo de Trabajo de Investigación para Tesis

REFERENCIA : Exp. N°006242


FECHA : 17 de Mayo del 2023

Es grato dirigirme a Ud., saludarlo cordialmente, presentándole al alumno(a) **RODOLFO CRISTOBAL OLMOS SOLDEVILLA**, bachiller en Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, quien se encuentra ejecutando la tesis titulada **"FACTORES ASOCIADOS A CONTROLES PRENATALES INCOMPLETOS EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA, 2022"**, solicitando le brinde las facilidades para que el estudiante pueda desarrollar dicha investigación en el servicio a su cargo, el alumno terminado el trabajo de investigación, dejará una copia de su trabajo en la biblioteca de la unidad de apoyo a la docencia e investigación.

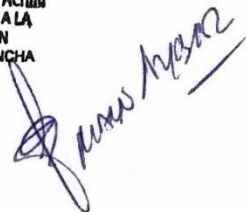
Para tal efecto se sugiere otorgarle la autorización y el apoyo correspondiente para que pueda realizar su trabajo de investigación con responsabilidad y eficiencia

Sin otro particular me despido de usted no sin antes reiterarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente


LIC. ED. DORA SILVIA QUELLHUA ACHIRI
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA

DSDA/J/UADI



DIRECCION REGIONAL DE SALUD ICA
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION
GOBIERNO REGIONAL DE ICA
Av. Abelardo Alva Maurtua N° 600
Ica - Chincha

ANEXO N° 5: APROBACION COMITÉ INSTITUCIONAL DE ETICA EN INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD PRIVADA
SAN JUAN BAUTISTA

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y
RESPONSABILIDAD SOCIAL

CONSTANCIA N°0757-2023-CIEI-UPSJB

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Privada San Juan Bautista SAC, deja constancia que el Proyecto de Investigación detallado a continuación fue **APROBADO** por el CIEI:

Código de Registro: **N°0757-2023-CIEI-UPSJB**

Título del Proyecto: **“FACTORES ASOCIADOS A CONTROLES PRENATALES INCOMPLETOS EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA, 2022”**

Investigador (a) Principal: **OLMOS SOLDEVILLA RODOLFO CRISTOBAL**

El Comité Institucional de Ética en Investigación, considera que el proyecto de investigación cumple los lineamientos y estándares académicos, científicos y éticos de la UPSJB. De acuerdo a ello, el (la) investigador (a) se compromete a respetar las normas y principios de acuerdo al Código de Ética En Investigación del Vicerrectorado de Investigación y Responsabilidad Social.

La aprobación tiene vigencia por un período efectivo de **un año** hasta el **19/06/2024**. De requerirse una renovación, el (la) investigador (a) principal realizará un nuevo proceso de revisión al CIEI al menos un mes previo a la fecha de expiración.

Como investigador (a) principal, es su deber contactar oportunamente al CIEI ante cualquier cambio al protocolo aprobado que podría ser considerado en una enmienda al presente proyecto.

Finalmente, el (la) investigador (a) debe responder a las solicitudes de seguimiento al proyecto que el CIEI pueda solicitar y deberá informar al CIEI sobre la culminación del estudio de acuerdo a los reglamentos establecidos.

Lima, 19 de junio de 2023.



Juan Antonio Flores Tumba
Mg. Juan Antonio Flores Tumba
Presidente del Comité Institucional
de Ética en Investigación

www.upsjb.edu.pe

CHORRILLOS
Av. José Antonio Lavalle
N° 302-304 (Ex Hacienda Villa)

SAN BORJA
Av. San Luis 1923 – 1925 – 1931

ICA
Carretera Panamericana Sur
103, 113 y 123 (Ex km 300)

CHINCHA
Calle Albilla 108
Urbanización Las Viñas
(Ex Toche)

CENTRAL INSTITUCIONAL: (01) 644 9131