

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**EFFECTOS DE LOS CONTROLES PRENATALES EN LA  
GESTACIÓN Y TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO -  
2021**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**MUÑANTE CORNEJO LOHANA ALEXANDRA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**ICA – PERÚ**

**2023**

**ASESOR**  
**Mg. JOSE CARLOS MALLMA SOTO**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**  
**SALUD GLOBAL**

## **AGRADECIMIENTO:**

Dios quien me ha guiado en todo momento, quien ha sabido estar para mi cuando más lo necesite, por siempre haber estado en muchos de mis desvelos y caídas y me ha sabido dar fuerzas para no dejarme caer y seguir adelante.

A mi familia por su apoyo incondicional y estímulo constante para seguir con mis estudios y agradecer a todas las personas que de alguna u otra forma me han ayudado sin ningún motivo y aquella persona especial en mi vida que me dio mucha motivación y ganas de seguir adelante para superarme a mí misma.

## **DEDICATORIA:**

A mis padres que me formaron con buenos valores y me dieron una buena educación pese a todas las dificultades que pasamos, siempre dándome lo mejor y apoyándome con mis estudios para llegar a ser una persona profesional.

También la dedico a la persona especial en mi vida quien me inspiro y me motivo en todo momento y me ayudo de alguna manera con la realización de mi trabajo y me enseñó a no rendirme y seguir adelante con mis estudios, brindándome su paciencia y amor.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los efectos de los Controles Prenatales en la gestación, trabajo de parto y la salud neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro -2021.

**Material y métodos:** Estudio de tipo no experimental, transversal, retrospectivo, comparativo en una población constituida por las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2021 que son 2400, de donde se obtuvo un tamaño de muestra de 312 gestantes las que se distribuyeron en dos grupos: 156 gestantes que tuvieron controles prenatales incompletos menos de 6 sesiones y 156 que tuvieron 6 a más controles prenatales.

**Resultados:** La proporción de preeclampsia en la muestra de estudio fue de 11,9%, la de rotura prematura de membranas fue de 11,2%, la de cesáreas fue de 40.7% la de periodo de dilatación prolongada fue de 10,3%, la de periodo expulsivo prolongado fue de 7,1% y la de parto prematuro fue de 10,9%. El insuficiente número de controles prenatales está asociado a desarrollar preeclampsia  $p=0,023$  OR:2.3 (IC95%:1,1,-4,7), a la rotura prematura de membranas  $p=0,007$  OR:2.7 (IC95%:1,3,-6,0), al parto por cesárea  $p=0,004$  OR:2 (IC95%:1,2-3,1), al periodo de dilatación prolongada  $p=0,009$  OR:2.8 (IC95%:1,3-6,3), al periodo expulsivo prolongado  $p=0,027$  OR:2.9 (IC95%:1,1-7,5) y al parto prematuro  $p=0,027$  OR:2,9 (IC95%:1,1-7,5).

**Conclusión:** Las complicaciones estudiadas preeclampsia, rotura prematura de membranas, parto por cesárea, periodo de dilatación y expulsivo, parto prematuro están asociadas a un insuficiente número de controles prenatales.

**Palabras clave:** Efectos, controles prenatales, gestación, trabajo de parto.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the effects of Prenatal Controls on pregnancy, labor and neonatal health in pregnant women treated at the Santa María del Socorro Hospital -2021

**Material and methods:** Non-experimental, cross-sectional, retrospective, comparative study in a population made up of pregnant women treated at the Santa María del Socorro Hospital in Ica in 2021, which are 2,400, from which a sample size of 312 pregnant women was obtained, which were distributed in two groups: 156 pregnant women who had less than 6 incomplete prenatal check-ups and 156 who had 6 or more prenatal check-ups.

**Results:** The proportion of preeclampsia in the study sample was 11.9%, that of premature rupture of membranes was 11.2%, that of cesarean sections was 40.7%, that of prolonged dilation period was 10.3%. , that of prolonged expulsive period was 7.1% and that of premature labor was 10.9%. The insufficient number of prenatal controls is associated with developing preeclampsia  $p=0.023$  OR:2.3 (95%CI:1.1,-4.7), with premature rupture of membranes  $p=0.007$  OR:2.7 (95%CI:1.3 ,-6.0), at delivery by caesarean section  $p=0.004$  OR:2 (95%CI:1.2-3.1), at the period of prolonged labor  $p=0.009$  OR:2.8 (95%CI:1.3-6 .3), to prolonged expulsive period  $p=0.027$  OR:2.9 (95%CI:1.1-7.5) and to premature birth  $p=0.027$  OR:2.9 (95%CI:1.1-7.5) .

**Conclusion:** The complications studied: preeclampsia, premature rupture of membranes, cesarean delivery, dilation of the labor and expulsive period, and premature birth are associated with an insufficient number of prenatal check-ups.

**Keywords:** Effects, prenatal controls, pregnancy, labor and delivery.

## INTRODUCCIÓN

La información y orientación en el CPN es una actividad de promoción preventiva realizada a través de la comunicación interpersonal que brinda información y orientación horizontal para ayudar a las mujeres embarazadas y a sus parejas o acompañantes a aumentar su confianza en sí mismas y promover el embarazo saludable, el propósito es establecer una cultura de comunicación y de apoyo y promover una atención continuada del parto en establecimientos de salud<sup>1</sup>.

El cuidado prenatal es importante incluso en embarazos saludables. Los exámenes regulares ayudan a identificar pacientes con alto riesgo obstétrico y perinatal, agregan intervenciones pertinentes para prevenir ese riesgo y también contribuyen a promover conductas saludables durante el embarazo<sup>2</sup>. En la atención prenatal es importante brindar información sobre los beneficios del parto y una orientación que permita identificar oportunamente las complicaciones obstétricas para disminuir los riesgos para la salud y la vida de la gestante, puérpera y recién nacido<sup>3</sup>.

La atención prenatal en Perú reportó que el 97,5% de los últimos embarazos recibieron Controles Prenatales por parte de una persona calificada, y el 88,9% de las gestantes recibieron 6 o más controles (el número mínimo de atenciones requeridas) según el Ministerio de Salud del Perú en su Normas Técnicas de Salud para la atención integral de la salud materna, aunque estos porcentajes pueden variar significativamente entre establecimientos de salud por el acceso a las gestantes<sup>1</sup>.

Se desarrolló este estudio con el objetivo general de: Determinar los efectos de los Controles Prenatales en la gestación, trabajo de parto y la salud neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro - 2021.

En el primer capítulo está el planteamiento del problema, objetivos y justificación, en el segundo capítulo está las bases teóricas, hipótesis y variables, en el tercer capítulo se diseña el estudio, incluye la población



muestra y técnicas de recojo y análisis de datos, en el capítulo cuatro están los resultados y discusión y en el quinto capítulo las conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

## ÍNDICE

CARÁTULA	i
ASESOR	ii
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
ÍNDICE	x
INFORME ANTIPLAGIO	xiii
LISTA DE TABLAS	xv
LISTA DE ANEXOS	xvi
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1. Planteamiento del Problema	2
1.2. Formulación del Problema	3
1.2.1. Problema General	3
1.2.2. Problemas Específicos	3
1.3. Justificación	3
1.4. Delimitación del área de estudio	4
1.5. Limitaciones de la investigación	4
1.6. Objetivos	5
1.6.1. Objetivo General	5
1.6.2. Objetivos Específicos	5
1.7. Propósito	5
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>6</b>

2.1. Antecedentes bibliográficos	6
2.2. Bases Teóricas	12
2.3. Marco conceptual	26
2.4. Hipótesis de la Investigación	28
2.4.1 Hipótesis general	28
2.4.2 Hipótesis específicas	28
2.5 Variables	29
2.5.1. Variable Independiente	29
2.5.2. Variables dependientes	29
2.6. Definición operacional de variables	29
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>31</b>
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
3.2.1. Población	31
3.2.2. Muestra	31
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	33
3.3.1. Técnicas	33
3.3.2. Instrumentos	33
3.4. Técnica de procesamiento y análisis de datos	33
3.5. Diseño y esquema de análisis de datos	34

3.6. Aspectos éticos	34
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	<b>35</b>
4.1. Resultados	35
4.2. Discusión	39
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>42</b>
5.1. Conclusiones	42
5.2. Recomendaciones	43
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>44</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>48</b>

## INFORME ANTIPLAGIO

TESIS - MUÑANTE CORNEJO LOHANA ALEXANDRA. EFECTOS DE LOS CONTROLES PRENATALES EN LA GESTACIÓN Y TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO, 2021

### INFORME DE ORIGINALIDAD



### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>repositorio.urp.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>3%</b>
<b>2</b>	<b>es.slideshare.net</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>repositorio.unheval.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>Submitted to Universidad Cesar Vallejo</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>repositorio.upse.edu.ec</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>www.slideshare.net</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>repositorio.utn.edu.ec</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>repositorio.ug.edu.ec</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>



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: 15/08/23

NOMBRE DEL ESTUDIANTE/ PROFESOR/INVESTIGADOR:

LOHANA ALEXANDRA MUÑANTE CORNEJO

TIPO DE PRODUCTO CIENTÍFICO:

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

**INFORME DE COINCIDENCIAS.** (SEGÚN PLATAFORMA SOFTWARE ANTIPLAGIO TURNITIN): 23 %  
DE ACUERDO CON EL REPORTE ANTIPLAGIO N°2146103221 SE REPORTA EL 23 % DE COINCIDENCIA  
DE LA TESIS TITULADA: "EFECTOS DE LOS CONTROLES PRENATALES EN LA GESTACIÓN Y TRABAJO  
DE PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO – 2021"

**COINCIDENCIA:** 23 %

Conformidad Investigador:

Nombre: LOHANA ALEXANDRA,

MUÑANTE CORNEJO.

DNI: 76856846

Huella:



MEH-FR-80

Conformidad Asesor:

Nombre: Mg. JOSE CARLOS,

MALLMA SOTO

DNI: 42363831

V.3

24/05/2023

## LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1 Características de las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro -2021 en estudio	35
Tabla 2 Efectos de los Controles Prenatales en la gestación en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2021	36
Tabla 3 Efectos de los Controles Prenatales en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2021	37
Tabla 4 Efectos de los Controles Prenatales en la salud neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro - 2021	38

## LISTA DE ANEXOS

	Pág
Anexo 1 Operacionalización de las variables	50
Anexo 2 Matriz de consistencia	51
Anexo 3 Ficha de recolección de datos	53
Anexo 4 Validación de Juicio de expertos	54
Anexo 5 Aprobación del comité institucional de ética en investigación	57
Anexo 6 Autorización para ejecución de proyecto de investigación	58



## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El control prenatal es definido como aquellas acciones y procedimientos realizados para prevenir, diagnosticar y tratar los factores que pueden incrementar la morbimortalidad materna y perinatal. Esto permite identificar riesgos y anomalías durante el embarazo, tanto de la madre como de la gestante. Las personas que no controlan su embarazo tienen 5 veces más probabilidades de presentar complicaciones<sup>1</sup>.

Pues debido a que se descubre temprano las alteraciones que distocia una gestación, se puede tratar rápidamente, de allí que el Ministerio de Salud del Perú recomienda tener al menos 6 controles prenatales, la primera antes de las 14 semanas, la segunda entre la 14 a 21 semanas, la tercera entre la 22 a 24 semanas, la cuarta entre la 25 a 32 semanas, la quinta entre la 33 a 36 semanas y la sexta entre la 37 a 40 semanas<sup>1</sup>.

Actualmente se han identificado factores antes de la concepción y conceptuales asociados al riesgo de enfermedad, así como diversas causas perinatales que provocan la mayoría de las enfermedades y muertes que ocurren durante el período perinatal. Entre ellas se encuentran, por ejemplo, la desnutrición, las enfermedades infecciosas, la ruptura prematura de las membranas, el parto prematuro, la distocia y las enfermedades iatrogénicas durante el parto, incluido el abuso de terminar el parto por cesárea<sup>2</sup>.

El control prenatal aborda estrategias dirigidas a la detección temprana de afecciones que pone en riesgo el embarazo, así mismo está dirigido a la prevención de complicaciones y la preparación de las gestantes

para el parto y el cuidado del niño. A pesar de ello, 530.000 mujeres mueren cada año de sus madres, 4 millones de niños mueren durante el período neonatal<sup>2</sup>.

A nivel mundial, 800 mujeres mueren diariamente por causas prevenibles asociadas con el embarazo y el parto. El 99% de ellos ocurren en países de bajos ingresos. Las tasas de mortalidad materna en estos países pueden llegar a 230 por 100.000 nacidos vivos, y en algunas partes de Colombia la preeclampsia y el sangrado obstétrico son las principales etiologías y por cada 100.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad materna supera los 100 por año, pudiendo estos casos ser evitados con una adecuada atención prenatal<sup>3</sup>.

Por lo tanto, el impacto del manejo prenatal depende de los grupos de riesgo socioeconómicos, demográficos y culturales. Así mismo las condiciones existentes de salud, edad, educación, pobreza y medio ambiente parecen cambiar la efectividad de la atención prenatal<sup>2</sup>.

En 2017, en Perú, el 97,5% de las mujeres embarazadas recibieron atención prenatal de profesionales médicos calificados (médicos, obstetras, enfermeras). Las diferencias en la atención prenatal son evidentes según las características demográficas y sociales y el 88,9% de los partos recibieron al menos 6 controles prenatales. El porcentaje varía según se trate de una zona urbana (83,9%) o de una zona rural (74,2%)<sup>1</sup>.

Según lo planteado, la Atención Prenatal puede evitar múltiples complicaciones durante el proceso de la gestación parto y puerperio tanto para la madre como para el niño, sin embargo, el caso contrario puede traer el desarrollo de complicaciones en este proceso que se requiere evaluar en este estudio a fin de tener en cuenta para mejorar la cobertura y calidad de las atenciones prenatales.

## 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

### 1.2.1. Problema principal

¿Cuáles son los efectos de los Controles Prenatales en la gestación, trabajo de parto y la salud neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro -2021?

### 1.2.2. Problemas específicos

¿Cuáles son los efectos de los Controles Prenatales en la gestación en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro - 2021?

¿Cuáles son los efectos de los Controles Prenatales en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro - 2021?

¿Cuáles son los efectos de los Controles Prenatales en la salud neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro - 2021?

## 1.3. JUSTIFICACIÓN

**Justificación metodológica:** La investigación siguió un método sistemático en su desarrollo a fin de evitar la presencia de sesgos de información, lo que hace que los resultados del estudio sean confiables y de utilidad para comparaciones con otras investigaciones.

**Justificación social:** Los principales beneficiarios del estudio son los pacientes, pues al mejorar el número y calidad de los controles prenatales sobre la base de la evidencia de este estudio se podrá disminuir sus efectos negativos como la proporción de complicaciones durante la gestación.

**Justificación práctica:** El estudio determinó la relación de la ausencia de números adecuados de controles prenatales con las complicaciones durante la gestación con lo que se busca poner la evidencia a disposición de los profesionales de la salud a fin de mejorar con sus intervenciones esta realidad.

**Justificación teórica:** La investigación se desarrolló con información actualizada de las complicaciones atribuidas a un control inadecuado antes del parto de las gestantes contribuyendo con ello a reforzar las teorías hasta conocidas.

**Viabilidad.**

La investigación recopiló información de las historias clínicas y perinatales a la que accedió el investigador mediante la autorización correspondiente, por lo que metodológicamente fue viable, además fue autofinanciada en todo el desarrollo por lo que financieramente es factible. No se produjo daños a la salud de los participantes por tratarse de un estudio en registros clínicos de allí que éticamente es viable.

#### **1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO**

- **Delimitación espacial:** El estudio se llevó a cabo en Hospital Santa María del Socorro específicamente en la Unidad de estadística e informática de este nosocomio, así como en el servicio de ginecoobstetricia.
- **Delimitación temporal:** La investigación se desarrolló sobre los controles prenatales realizados en el año 2021.
- **Delimitación social:** La investigación se desarrolló en las gestantes cuyo parto fue atendida en este nosocomio en el periodo del 2021.
- **Delimitación conceptual:** El estudio se llevó a cabo para determinar las complicaciones atribuidas a un control inadecuado del proceso de la gestación.

#### **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación abordó determinadas complicaciones que están asociadas a un control prenatal deficiente existiendo otras como la poca colaboración de la gestante en el proceso de la gestación

parto y puerperio que no se puede analizar en este estudio por tratarse de una investigación retrospectiva.

## **1.6. OBJETIVOS**

### **1.6.1. Objetivo General**

Determinar los efectos de los Controles Prenatales en la gestación, trabajo de parto y la salud neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro -2021.

### **1.6.2. Objetivos Específicos**

Precisar cuáles son los efectos de los Controles Prenatales en la gestación en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2021.

Identificar cuáles son los efectos de los Controles Prenatales en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2021.

Determinar cuáles son los efectos de los Controles Prenatales en la salud neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2021.

## **1.7. PROPÓSITO**

El estudio tiene el propósito de identificar las complicaciones más relevantes en el proceso de la gestación y en el parto de las gestantes que no tuvieron un control prenatal adecuada.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS**

#### **2.1.1 Antecedentes Internacionales**

Pérez Pons, E (Ecuador, 2022)<sup>4</sup> En su trabajo de investigación sobre factores de riesgos asociados al control prenatal en gestantes del Centro de Salud Velasco Ibarra – 2021, cuyo propósito fue determinar las entidades de riesgo que se asocian al inadecuado manejo prenatal en gestantes, con una metodología cuantitativa porque las variables han sido analizadas numérica y estadísticamente. El tipo de estudio fue descriptivo, con diseño transversal. La muestra estuvo conformada por 189 gestantes seleccionadas en base a criterios de inclusión y exclusión. En cuanto al inicio del control prenatal, el 60% inició en el primer trimestre, el 33% en el segundo trimestre y el 7% en forma tardía. Por otro lado, según el número de controles prenatales, el 48% de las gestantes tuvieron menos de 5 controles prenatales y el 52% más de 6 controles concluyéndose que la cobertura de atenciones prenatales adecuadas es baja.

Amay Jiménez, J (Ecuador, 2022)<sup>5</sup> en una investigación sobre evaluación del autocuidado en embarazadas que acuden al control prenatal del Hospital Básico de Manglaralto en el 2021 cuya finalidad fue valorar el autocuidado de las gestantes participantes del control prenatal con una metodología de tipo cuantitativo, no experimental, transversal, descriptiva. En una muestra de 34 usuarios. Como resultado, a nivel general el autocuidado es regular en un 56%, según dimensiones 62% para alimentación, 68% para ejercicio, 59% para descanso y recreación, 56% para vestimenta y como efectos de la falta de asistencia al control prenatal, el 44% tiene sobrepeso, el 53% tiene esquema de vacunación incompleto, el 71% tiene exámenes complementarios como glucemia y

ecografía insuficiente. En conclusión, el nivel de autocuidado afecta la salud de las gestantes que se realizan controles de salud prenatal.

Barros Raza, L (Ecuador, 2022)<sup>6</sup> realiza su estudio sobre los factores relacionados a la falta de control prenatal y su relación con las complicaciones obstétricas en el Ecuador en el 2022, cuya finalidad fue valorar la relación entre los factores asociados a la falta de atención prenatal. Metodología: Diseño documental con revisión bibliográfica Resultados: La primera búsqueda de información reportó un total de 1718 registros, de los cuales 86 fueron elegibles y 56 de los cuales fueron irrelevante, al realizar un metaanálisis. Conclusiones: Las complicaciones asociadas a la falta de manejo prenatal son infecciones, anemia, preeclampsia, sangrado, laceraciones perineales, bajo peso y prematuros.

Gómez Giles A (México, 2021)<sup>7</sup> en su trabajo de investigación sobre el control prenatal tardío y las complicaciones del embarazo en el Hospital Comunitario Puente de Ixtla en el 2018, cuyo propósito fue indicar la asociación entre el manejo prenatal y la presencia de complicaciones durante el embarazo. Materiales y métodos: Investigación cuantitativa, observación, y de corte transversal, los resultados indican que el 53% de las gestantes eran de edades de 20 y 29 años y acudían a sus controles prenatales en etapas tardías de la gestación, el 41% tenía educación secundaria incompleta y el 69% era ama de casa. Se espera que el 58% presente complicaciones como amenaza de aborto, hipertensión, diabetes gestacional, patología gestacional y amenaza de parto prematuro.

Duran, A (México, 2019)<sup>8</sup> en su estudio sobre asociación entre características maternas y el control prenatal con el desarrollo de preeclampsia y sus complicaciones en adolescente de México en el 2019, cuyo propósito fue indicar la relación en los controles prenatales

deficientes y el desarrollo de preeclampsia cuyos resultados del estudio analítico de caso y control de tipo retrospectiva Se desarrolló la investigación en 313 adolescentes embarazadas menores de 19 años dividiéndose en dos grupos. El grupo 1 (casos) incluye 165 pacientes con preeclampsia. El grupo 2 (control) incluye 146 pacientes que no desarrollaron preeclampsia. Se ha informado un vínculo entre la preeclampsia y la obesidad y la falta de atención prenatal. Conclusiones: Un número inadecuado de controles prenatales tuvo una mayor incidencia de resultados maternos adversos.

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales**

Méndez Pajares, A (Perú, 2021)<sup>9</sup> desarrolló su estudio sobre asociación entre el control prenatal inadecuado y las complicaciones obstétricas de la base de datos de ENDES 2017 al 2019, la finalidad del estudio fue la de determinar la asociación entre los controles prenatales inadecuados y la presencia de complicaciones obstétricas. Metodología: Estudio cuantitativa, observacional, retrospectiva, transversales y analíticos con base en información de la ENDES 2017-2019. Resultados: Se analizó una muestra total de 41.803 madres, con 21% y 28,7% que presentaron complicaciones prenatales y posparto, respectivamente, y 50,8% sin controles prenatales. La falta de control prenatal de calidad (RP = 1,20; IC 95% = 1,14-1,27) se asoció con una alta probabilidad de complicaciones prenatales y posparto. La falta de NPC de calidad (RP = 1,28; IC 95% = 1,22-1,33) se asoció con una alta probabilidad de complicaciones posparto. Conclusiones: hubo una asociación entre los controles prenatales de calidad y las complicaciones obstétricas maternas y posparto.

Mendoza Pilco, A (Perú, 2020)<sup>10</sup>. En su estudio sobre edad de la madre, paridad, controles prenatales, edad gestacional, peso del neonato y anemia asociada al trabajo de parto prolongado en gestantes del Hospital



III Goyeneche en Arequipa en el 2020, con la finalidad de establecer la asociación de la edad materna, el control prenatal, la edad gestacional, el peso neonatal y la anemia asociada al parto prolongado. Métodos: Se realizó un estudio de tipo no experimental, transversal, retrospectiva, la población de estudio estuvo conformada por 3648 personas, la muestra fue de 348 gestantes, se conformaron dos grupos, los resultados fueron: En las gestantes con parto prolongado, el 11,8 % tuvo mal control prenatal, el 14,1% presentó anemia, el 18,7 % tuvo recién nacidos con peso de 3500 gr más y el 25,3 % terminó su parto por cesárea.

Martínez Laos, H (Perú, 2020)<sup>11</sup> En su trabajo de tesis titulado control prenatal inadecuado relacionado a complicaciones perinatales en gestantes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2019 cuya finalidad fue la de indicar si la atención prenatal inadecuada está asociada a complicaciones perinatales Metodología: Trabajo retrospectivo, observacional, analítica, de casos y controles. Se realizó en un total de 507 pacientes. Esta muestra estuvo conformada por 169 casos, entre mujeres embarazadas y/o recién nacidos. Resultados: Hubo 169 casos y 338 controles. De los casos, el 68,6% presentó alguna complicación, frente al 20,7% de los controles. De igual forma, el 37,2% de las pacientes presentó control prenatal inadecuado. Resultados: la falta de un adecuado manejo prenatal hace que el riesgo de desarrollar alguna complicación sea unas 9 veces mayor (IC: 5.820-14.034). Conclusión: El mal manejo prenatales un factor de riesgo para complicaciones en la gestación.

Castilla Berrospi, G (Perú, 2020)<sup>12</sup> realizó su estudio titulado asociación entre controles prenatales inadecuados y complicaciones en gestantes y neonatos atendidos en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2018 - 2019. Cuya intención fue la de identificar la asociación entre manejo prenatal inadecuado y complicaciones neonatales. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de casos y controles.

Resultados: De las 272 gestantes, la edad promedio fue de  $31,7 \pm 7,1$  años, con un 49,3% de controles prenatales inadecuados. Hubo una asociación estadísticamente significativa entre los controles prenatales inadecuados y complicaciones como prematuros, bajo peso al nacer, depresión, y mortalidad neonatal, con un valor de  $p < 0,05$ . Conclusiones: El mal manejo prenatal es un factor asociado principalmente para complicaciones neonatales como prematuros, bajo peso al nacer, depresión, y mortalidad neonatal.

Gonzales Morales, L(Perú, 2020)<sup>13</sup> en su estudio sobre complicaciones materno perinatales en adolescentes gestantes y el control prenatal deficiente en el Hospital Santa Rosa de Piura, 2018, la finalidad fue la de identificar la relación entre las complicaciones materno-perinatales y el control prenatal inadecuado en el Hospital Santa Rosa-Piura en adolescentes embarazadas Metodología: Se realizó un estudio de tipo transversal, retrospectiva, observacional, analítica, de manejo de casos y controles. Se revisaron 150 historias clínicas y se estudiaron 34 casos y 116 controles Resultados: El control prenatal inadecuado estuvo presente en el 38,7% de las adolescentes embarazadas con complicaciones maternas y en el 9,3% de las gestantes sin complicaciones maternas y se asoció significativamente (OR: 6,124). Conclusión: La atención prenatal inadecuada es un factor de riesgo para las complicaciones maternas y perinatales.

Céspedes Pérez, J (Perú, 2019)<sup>14</sup> en su estudio sobre control prenatal y factores que se asocian con el parto distócico del servicio de ginecobstetricia del Hospital Antonio Lorena del Cusco en el 2018, con la finalidad de establecer la relación de los controles prenatales inadecuados con la presencia de complicaciones en la gestación, con una metodología de tipo no experimental, transversal, retrospectiva analítica de diseño casos y controles en un tamaño muestral de 216 gestantes de

las cuales 108 conformaron los casos y 108 conformaron los controles, los resultados indica que existe asociación entre controles prenatales ineficaces y las distocias en la gestación que representan el 17,1%, con (OR: 3.2, IC95%:1.49-7.14,  $p=0.0020$ ). Conclusión: Se estableció que el deficiente control prenatal está asociado a distocias en el parto.

Núñez-Herrera, R (Perú, 2018)<sup>15</sup> realizó un estudio sobre complicaciones obstétricas que se asocian al control prenatal inadecuado en pacientes atendidas en un Centro de Atención perinatal del Perú, 2018, cuyo objetivo fue evaluar las complicaciones obstétricas asociadas al manejo prenatal inadecuado de puérperas atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo en Lima (Perú). Materiales y Métodos: Estudio analítico transversal que evaluó 66 registros de puérperas que tuvieron parto en el Centro Materno Infantil del Perú. Resultados: El 39,4% de las gestantes presentaron atenciones prenatales inadecuadas. La ganancia de peso insuficiente (IC 95%: 54,9-78,3%), las infecciones del tracto urinario (OR: 1,54; IC 95%: 1,03-2,3) y la anemia (OR: 1,96; IC 95%: 1,05-3,64) son las más frecuentes complicaciones atribuidas a una deficiente atención prenatal. Se ha encontrado que los controles prenatales inadecuados son factores de riesgo significativos para infecciones del tracto y anemia. El número de complicaciones obstétricas fue mayor en aquellas que presentaron controles prenatales inadecuadas ( $p = 0,008$ ). Conclusiones: La presencia de anemia e infecciones del tracto urinario se asoció con un control prenatal inadecuado.

López Siña, J (Perú, 2018)<sup>16</sup> En un estudio sobre controles prenatales y su relación con el parto distócico en gineco-obstetricia del Hospital Nacional Dos de mayo 2018. Cuya intención fue la de determinar la relación que existe entre número de controles prenatales y el parto distócico. Metodología: Estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles. La muestra fue un total de 200 gestantes. Resultado: Se utilizaron estadísticos OR para mostrar que existe riesgo entre ambas

variables, se calculó una OR de 12,55 (IC 95%: 6,359 y 24,789), lo que significa que las asociaciones existentes son estadísticamente significativas, es decir, las mujeres embarazadas con menos de 6 controles prenatales inadecuados tienen 12,55 veces más probabilidades de tener distocia. Conclusión: Existe una asociación significativa entre el número de controles prenatales inadecuados y el parto con distocia de hombros.

### **2.1.3. Antecedentes locales**

Leveau – Bartra, H (Perú, 2019) <sup>17</sup> En su estudio sobre efectividad de los controles prenatales en gestantes tratadas en el Hospital Regional de Ica, Perú 2019, Finalidad: Identificar la efectividad del control prenatal (CPN) en gestantes atendidas en un hospital regional de Ica de febrero a mayo de 2019. Materiales y métodos: Estudio de tipo observacional, transversal, caso y control retrospectivo. Una muestra de 126 gestantes. Resultados: No existe asociación entre controles prenatales de 6 a más con una prolongación del periodo dilatación ni de expulsivo ni con retención de restos placentarios, tampoco reducen el número de desgarros vaginales. Mientras que 6 a más controles prenatales se asoció a mejorar el Apgar del recién nacido. Conclusiones: El número de controles prenatales no reduce el tiempo de expulsivo, no reduce la probabilidad de retención de elementos placentarios o laceraciones vaginales y si reduce la morbimortalidad neonatal.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. Controles Prenatales**

El manejo prenatal se entiende como una serie de contactos, entrevistas y visitas programadas entre gestantes y el equipo de salud para monitorear el progreso del embarazo y obtener una preparación adecuada para el parto y el cuidado del niño<sup>18</sup>.

Las atenciones prenatales son parte de un proceso destinado a promover la salud de las madres, los fetos y las familias y cuenta con el apoyo de las organizaciones de servicios de salud<sup>19</sup>.

Es recomendable la consulta temprana para confirmar el diagnóstico de embarazo, evaluar el estado general de la gestante, descartar afecciones genitales y establecer una evaluación primaria de riesgo con base en la historia clínica y los hallazgos clínicos y laboratoriales<sup>19</sup>.

Los procedimientos de laboratorio y clínicos permiten reconocer el diagnóstico de embarazo a una edad más temprana, y el conocimiento global de las enfermedades es de utilidad para deslumbrar cualquier riesgo a que esta propensa la gestante, para su prevención, corrección, compensación y tratamiento de dichas complicaciones.

Por lo tanto, es posible analizar conductas que pueden mejorar la salud de la gestante como son las nutricionales, actividades físicas, exposiciones a tóxicos ambientales, reducción o supresión del tabaquismo, bebidas alcohólicas y consumo de drogas<sup>20</sup>.

Las atenciones prenatales consisten en una serie de consultas, conductas relacionadas a la salud y atención prenatal, con una metodología establecida y una cronología fundamentada científicamente, asegurando un diagnóstico completo y correcto y un seguimiento adecuado de cada embarazada hasta el fin del embarazo<sup>20</sup>.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que las mujeres embarazadas estén en contacto por lo menos ocho oportunidades con los trabajadores de la salud durante el proceso del embarazo, sin embargo, algunas gestantes necesitan más oportunidades para detectar y manejar posibles problemas en esta etapa<sup>21</sup>.

Con estas recomendaciones, el establecimiento pone especial énfasis en las mujeres y adolescentes que viven en entornos con poco acceso a los servicios de atención, asegurando que las mujeres embarazadas tengan una experiencia positiva del parto, con el fin de reducir la mortalidad prenatal y perinatal<sup>20</sup>.

El control prenatal establecido en Perú se ha ido modificando a medida que se han ido incorporando nuevos conocimientos a nuestro sistema nacional de salud. Su desarrollo se realiza básicamente en la atención primaria de salud<sup>20</sup>.

Las principales características de un buen control prenatal es que son regulares, continuas e inclusivas (de preferencia desde las 12 semanas antes del embarazo), con la participación del equipo, así mismo de la comunidad, permitiendo siempre una evaluación completa de cada gestante. Este control prenatal incluye visitas periódicas al domicilio de cada gestante para conocer sus condiciones sociales y ambientales<sup>20</sup>.

Desde sus inicios, además de detectar factores de riesgo y condiciones médicas asociadas al embarazo, se han implementado lineamientos educativos y preventivos como estilos alimentarios basados en la evaluación nutricional de cada gestante, y monitorear adecuadamente este importante aspecto. Además, se deben realizar pruebas de detección de posibles malformaciones congénitas, entre otras complicaciones, además de evaluar condiciones médicas que pueden causar un parto prematuro<sup>18</sup>.

Uno de los exámenes necesarios para cada gestante es la ecografía regular que no solo permite el diagnóstico correcto de malformaciones, sino también la detección de enfermedades que pueden complicar el embarazo, con este examen se puede detectar además alteraciones placentarias, vasculares con eco Doppler que pueden orientar a un manejo especializado donde el seguimiento y evolución deben ser más estrictos<sup>22</sup>.

Es sabido que la mortalidad materna e infantil es uno de los indicadores más importantes para medir el nivel de salud de la población de un país, el solo hecho que se pierda la vida de una madre pone en peligro la vida del recién nacido pues es imposible que tenga lactancia materna exclusiva de la propia madre así mismo se priva de muchos cuidados que la madre pudo habersele brindado<sup>19</sup>.

La adherencia al control prenatal adecuado es una garantía dentro del programa materno infantil para lograr un niño sano y una madre sana, por lo que debe realizarse con el más estricto y establecido cumplimiento. La correcta implementación y adhesión a la metodología establecida de atención prenatal constituye una prioridad para lograr aún mejores resultados en la dicotomía materno-infantil<sup>19</sup>.

El contacto inicial busca factores de riesgo en el proceso de la gestación orientando el curso actual del embarazo. Hay síntomas que tienden a repetirse con frecuencia, como retención de placenta, sangrado posparto y embarazos múltiples.

La determinación de la salud a partir de un examen físico general abdominal y pélvico es una intervención que busca complementar la historia clínica general y reproductiva y definir el tipo de atención requerida y el nivel de atención adecuado<sup>19</sup>.

Según sea el caso se programará un conjunto de rutinas y otros estudios dirigidos. En las primeras etapas de la gestación, las pruebas de detección simples pueden diagnosticar anemia, número y tipo de inmunización, probabilidad de sufrir de diabetes. Infecciones del tracto urinario y otros trastornos médicos o condiciones adversas. La detección de otras condiciones médicas específicas (malaria, parásitos, SIDA, etc.) puede aplicarse a grupos expuestos de alto riesgo<sup>19</sup>.

En condiciones en la que existe alta cobertura prenatal y baja mortalidad fetal y neonatal, se puede considerar la detección de malformaciones congénitas y trastornos metabólicos<sup>23</sup>.

La primera entrevista es probablemente la más importante, pues las mujeres embarazadas muchas veces entran en contacto con el equipo de salud por primera vez o por primera y perciben el grado de apoyo que tendrán durante su gestación<sup>23</sup>.

La identificación de factores de riesgo o condiciones reconocidas desde la visita inicial puede conducir a la hospitalización completando el diagnóstico en el internamiento donde se realizará el tratamiento.

La consulta profesional y el manejo posterior suelen cumplir con estándares de alto riesgo y generalmente requieren de personal más especializado, con alta disponibilidad de tiempo por paciente y con capacidad para utilizar técnicas especiales. Una vez superadas o resueltas algunas de las condiciones de riesgo, la gestante puede regresar a la atención prenatal de bajo riesgo<sup>23</sup>.

En las consultas siguientes el contacto posterior está destinado a controlar los cambios fisiológicos que el proceso reproductivo ocasiona en la madre y asegurar que el crecimiento y desarrollo del producto se lleve a cabo dentro de los parámetros esperados en la etapa intrauterina, se deben buscar indicios de complicaciones importantes como la enfermedad hipertensiva del embarazo, los trastornos del desarrollo fetal intrauterino y los síntomas fetales anormales que suelen ser casi o completamente asintomáticos<sup>24</sup>.

La intervención oportuna puede prevenir consecuencias adversas para el feto y la madre<sup>24</sup>. La visita final tiende a evaluar el riesgo del parto en sí mismo, teniendo en cuenta la adaptación fetal a la pelvis materna, la progresión del embarazo y la historia de eventos reproductivos previos<sup>24</sup>. Se debe brindar contenido educativo que evalúa el riesgo de forma puntual y aprovechar el tiempo para fomentar la confianza y preparación física y mental de la madre y alertar sobre problemas agudos como dolor abdominal, sangrado genital, ruptura prematura de membranas y contracciones uterinas durante el parto<sup>24</sup>.

El uso prenatal y el contacto entre las gestantes y los equipos de salud fortalece las relaciones familiares y las incentiva a aprovechar esta oportunidad única de estímulo y receptividad para utilizarlo en la educación en salud. Muchos de los contenidos y mensajes que se dan a las gestantes durante la gestión del embarazo también son válidos para el núcleo de toda la familia<sup>24</sup>.

No se debe usar el nombre atención prenatal si la entrevista se lleva a cabo fuera del alcance de estas pautas generales. El contacto no



planificado, continuo, improductivo y sin comunicación no satisface al equipo de salud, se desvaloriza a los ojos de las gestantes y genera resistencia en la comunidad<sup>24</sup>.

Necesitamos buscar la armonía y adecuación al número y calidad profesional para promover la intimidad y el diálogo para que las gestantes puedan expresar sus inquietudes y dudas y orientarlas con prudencia y respeto. Los esfuerzos para mejorar la adaptación psicológica y social de las mujeres embarazadas y sus familias son la percepción de que la salud no es solo una pura ausencia de enfermedad<sup>25</sup>.

El seguimiento de los procesos biológicos naturales es casi siempre fisiológico, pero no exento de riesgos, es decir alrededor de los 9 meses de gestación se requiere una verdadera programación de consultas a fin de que el control de la gestante no deje espacios que puedan no ser evaluados<sup>25</sup>.

Se recomienda que la primera visita suele ser a las 16 semanas de amenorrea, seguida de otras a las 24 y 28 semanas, luego cada dos semanas hasta las 36 semanas, y luego cada semana<sup>25</sup>.

Es importante señalar que este enfoque es el resultado de la opinión de expertos desde hace 60 años y no ha sido validado por investigaciones posteriores<sup>26</sup>.

En realidad, el manejo de este número parece exagerado en embarazos de bajo riesgo y es solo una meta difícil de cumplir para los países en vías de desarrollo donde la mayoría de los nacimientos ocurren fuera del establecimiento<sup>26</sup>.

La mayoría de las técnicas y contenidos de manejo prenatal se han ido incorporando paulatinamente sin pasar por el proceso de evaluación. Por ello, no es de extrañar que existan diferencias entre un lugar y otro, y se cuestione el valor de algunos componentes, así como el propio manejo prenatal<sup>26</sup>.

## **Costo-Beneficio del Control Prenatal**

En general, no requiere instalaciones costosas, equipos complejos o laboratorios sofisticados para llevar a cabo un control prenatal eficaz, que es en sí mismo una clínica ambulatoria. Sin embargo, existe la necesidad del uso sistemático de la historia clínica para recolectar y documentar información relevante y el uso de estándares técnicos confidenciales para detectar la existencia de riesgos mayores a los esperados de manera temprana<sup>27</sup>.

El manejo prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenido y oportunidad, ordenado por riesgo, tiene un gran potencial para contribuir a la salud de la familia y es una actividad modelo de acción preventiva. Realizado con estas características y direcciones, esta estrategia es un fenómeno reciente que ha tenido un gran progreso en los últimos 30 años.

Se aplica de manera regular y extensiva y ayuda a prevenir eventos adversos junto con otras medidas de salud pública como la atención institucional del parto, el uso de criterios de riesgo para determinar el nivel de derivación y complejidad, y la atención inmediata de los recién nacidos<sup>28</sup>.

Es muy difícil individualizar a cada paciente pues las patologías son diversas y obedecen a múltiples causas por lo que cada gestante debe estar en un grupo de enfermedades donde el tratamiento y control sea similar, en razón de ellos se estableció los grados de embarazo de bajo mediano y alto riesgo obstétrico<sup>28</sup>.

Además de reducir algunos riesgos de mortalidad perinatal y materna, esta puede reducirse mediante un manejo prenatal extensivo en los programas materno-infantiles<sup>28</sup>.

Las atenciones prenatales deben eliminar el miedo y el tabú, y mejora la confianza en el sistema de salud, una actitud más positiva hacia la maternidad, el espaciamiento que debe haber entre un embarazo y otro, mejores estilos de vida familiares y mejores tendencias para controlar el

crecimiento del producto. Promover actitudes hacia la lactancia natural y promover planes de vacunación<sup>28</sup>.

Debe reconocerse que el manejo del embarazo significa un costo para el sistema de salud y el tiempo fuera del trabajo de la madre, en los Estados Unidos se estimó que invertir \$ 1 en atención prenatal para mujeres embarazadas en riesgo social reduciría su gasto inicial directo en atención de la salud en \$ 84<sup>28</sup>.

Los siguientes factores se asocian con un manejo prenatal inadecuado: adolescencia, baja escolaridad, soltería o abandono familiar, ingresos familiares bajos<sup>28</sup>.

Las barreras para el manejo prenatal efectivo son:

- a) Coste si el sistema de salud no es gratuito. A esto hay que sumar los gastos de envío y el tiempo perdido.
- b) Capacidad inadecuada del sistema médico por la alta demanda de gestantes.
- c) Cuestiones organizativas, e incluso el ambiente en el que se ejerce el control.
- d) Barreras culturales.
- e) Desconfianza de las prestaciones y servicio de gestión del sistema sanitario<sup>28</sup>.

Para que las visitas domiciliarias sean efectivas en la detección de riesgos en las gestantes, estas deben ser realizadas por personal calificado, a fin de que la observación de las condiciones en las que vive la gestante sea identificada como riesgo si es que así las condiciones lo manifiestan, de lo contrario se trataría de una visita inefectiva que hace perder valioso tiempo<sup>28</sup>.

Algunas barreras y obstáculos van más allá de las acciones de los equipos de salud. Sin embargo, es su responsabilidad brindar productos excelentes que satisfagan a los usuarios y sus miembros<sup>28</sup>.

Las mujeres embarazadas constituyen un grupo fácilmente reconocible y altamente vulnerable, que representa entre el 2% y el 5% de la población

cada año. Es deber del sistema de salud actuar sobre el núcleo familiar y brindarles los beneficios de un apoyo simple y programado que proteja al niño desde su origen<sup>27</sup>.

En este periodo la mujer está sujeta a múltiples complicaciones, durante los 9 meses que dura el proceso, unas son de gravedad y otros de menor complejidad, son ejemplos de las más complejas la ruptura prematura de las membranas corioamnióticas, el parto prematuro, la distocia, y acudir de manera indiscriminada a terminar el parto por cesárea<sup>29</sup>.

Una forma lógica y eficaz de enfrentar los problemas de salud perinatal es la ubicación de un enfoque de riesgo. El uso de este enfoque se debe a la necesidad de asignar los recursos de manera diferenciada. Por lo tanto, aquellos que necesitan más recursos pueden recibir más atención en proporción al riesgo. Al igual que en otras áreas de la salud, en la atención perinatal se atiende a las gestantes, partos y recién nacidos con el nivel de complejidad que exige el riesgo, y se garantiza una atención mínima a las personas de bajo riesgo, que estará al alcance de todos.

Para lograr este objetivo, exigió que las actividades relacionadas con la atención prenatal, del bebé y del recién nacido se estandarizaran adecuadamente<sup>29</sup>.

Las tasas más altas de embarazo y parto son de bajo riesgo, ya que son el resultado de una evaluación cuidadosa durante el embarazo y el parto. Para que esta evaluación llegue a todas las mujeres embarazadas, se debe ampliar el alcance de la atención prenatal y la atención institucional del parto<sup>29</sup>.

Al normalizar estas actividades, puede mejorar la utilización de los recursos, aumentar la cobertura y concentrar los recursos en quienes más los necesitan<sup>29</sup>.

El desarrollo de estrategias apropiadas para enfrentar el alto riesgo requiere la regulación de las actividades de bajo riesgo. El resultado requerido del enfoque de riesgo es resolver el problema al nivel menos

complejo posible y evitar la referencia exagerada de la madre al nivel más complejo.

Por esta razón, las regulaciones de bajo riesgo deben incluir acciones dirigidas a resolver problemas con técnicas simples. Si es necesario, proponer la derivación de la madre a un nivel de atención de acuerdo con los estándares de alto riesgo<sup>29</sup>. Esto puede significar transferir a otra institución o aplicar las reglas de la misma institución si el riesgo es alto<sup>29</sup>.

### **Manejo prenatal y su propósito**

Se trata de una serie de entrevistas o consultas programadas entre la mujer embarazada y el equipo de salud para monitorear el progreso del embarazo y obtener los preparativos adecuados para el parto y el cuidado del niño.

El propósito del control prenatal es:

- Detección de enfermedad materna asintomática.
- Prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- Alivio de molestias y síntomas leves asociados al embarazo.
- Preparación psicofísica para el parto.
- Gestionar contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza. La disminución del número y la atención prenatal inadecuada son factores de riesgo independientes para el parto prematuro, seguidos por los bebés con bajo peso al nacer. La atención prenatal con un mínimo de 8 contactos puede reducir la mortalidad perinatal hasta en 8 por cada 1000 nacidos vivos en comparación con un mínimo de 4 visitas.

Alrededor del 15% de las madres tienen problemas médicos antes del embarazo.

- 1) Hipertensión crónica: La enfermedad crónica más frecuente. Además de evaluar los riesgos que pueden ocasionar futuros embarazos, en determinadas situaciones se puede modificar el tratamiento para evitar los efectos teratogénicos de algunos medicamentos.

- 2) Diabetes: (0.5-1.5%) El control estricto de los niveles de glucosa en sangre antes de la concepción y durante el primer trimestre de la concepción reduce la prevalencia de defectos de nacimiento. Determinar el nivel de hemoglobina glicosilada es útil para determinar el estado metabólico. Si es alto, indica un mal control metabólico y un mayor riesgo de malformaciones congénitas.
- 3) Anemia: Sobre todo por deficiencia de hierro.
- 4) Útero-patología de tipo tumorales:
- 5) Cáncer cervicouterino: Se realiza cribado sistemático mediante el método de Papanicolaou y colposcopia.
- 6) Miomas uterinos significativos, malformaciones uterinas, tumores de ovario, necesitan ser evaluados y tratados.

### **Hábitos y estilo de vida**

Nutrición: Las madres embarazadas deben poder quedar embarazadas con el peso adecuado para su cuerpo. La desnutrición previa al embarazo no corregida asociada con un aumento de peso inadecuado durante el embarazo aumenta la morbilidad y la mortalidad neonatal. La obesidad, por otro lado, se asocia con diabetes, hipertensión y macrosomía fetal, lo que también aumenta el riesgo de la gestante<sup>31</sup>.

Los defectos del tubo neural se pueden prevenir parcialmente con un suplemento congénito de vitaminas que contengan ácido fólico. El problema de la desnutrición es especialmente importante en la adolescencia. Porque si queda embarazada, los requisitos son mayores que los de una mujer adulta<sup>31</sup>.

Tabaquismo: Los cigarrillos son directamente tóxicos para el feto y provocan alteraciones graves. El más importante es el retraso del crecimiento intrauterino<sup>31</sup>.

Alcoholismo: Se le debe prohibir beber alcohol antes y durante el embarazo. Beber de 2 a 4 vasos en la primera semana de embarazo duplica el riesgo de aborto espontáneo. Altas dosis pueden causar graves malformaciones<sup>31</sup>.

Consumo de drogas: La cocaína, heroína, metadona, anfetaminas, marihuana, etc. se asocian con retraso del crecimiento intrauterino y mortalidad perinatal. Las mujeres que usan drogas ilegales necesitan ser educadas sobre el daño que le hacen a su descendencia<sup>31</sup>. Sobredosis de cafeína: puede estar asociada con bajo peso al nacer.

El manejo prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

Ser rápido

Tener una periodicidad,

Ser completo

Tener amplia cobertura <sup>32</sup>.

**Temprano:** La primera visita debe hacerse temprano. En la medida de lo posible durante el primer semestre del embarazo. Esto le permite tomar acciones oportunas para promover, proteger y recuperar su salud, lo que constituye la razón básica de su manejo. Además, la detección temprana de embarazos de alto riesgo aumenta la probabilidad de una planificación eficaz del manejo de cada caso en función de las características de la atención obstétrica a recibir<sup>32</sup>.

**Regular:** La frecuencia de los controles prenatales depende del riesgo de la gestante. Los de bajo riesgo requieren menos controles que los de alto riesgo<sup>32</sup>.

**Completo:** El contenido mínimo de control debe asegurar el desempeño efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud <sup>32</sup>.

**Cobertura amplia:** cuanto mayor sea la proporción de la población manejada (idealmente para todas las mujeres embarazadas), mayor será el impacto positivo en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal <sup>32</sup>. En general, no requiere instalaciones costosas, equipos complejos o laboratorios sofisticados para llevar a cabo un control prenatal eficaz, sin embargo, es necesario el uso sistemático de la historia clínica para

recopilar y documentar información relevante e informar tempranamente la existencia de riesgos mayores a los esperados <sup>32</sup>.

Actualmente, se han hecho varios intentos de medir estos atributos a través de estudios de evaluación de la calidad de la CPN, pero el concepto de calidad no se ha estandarizado y la CPN tiene diversas variables y momentos evaluables<sup>25</sup>.

Con base en los resultados del análisis, los expertos concluyeron que mejorar la calidad de la CPN redujo la mortalidad prevenible en un 80 %. En contraste, los estudios de morbilidad materna severa en pacientes internadas asociadas a regímenes de atención adecuadas y atención oportuna mostraron una incidencia de complicaciones inferior al 1,1%<sup>26</sup>.

Por lo tanto, dada la dificultad de evaluar todos los atributos de la Control Prenatal y las múltiples interacciones entre las necesidades de la madre y el niño, se sugiere que el programa incluya la continuidad en la atención de las mujeres embarazadas y su producto de la concepción<sup>26</sup>.

La mayoría de los modelos de Controles Prenatales, por otro lado, no existen evaluaciones científicas rigurosas, aunque algunos estudios al respecto consideran inadecuados, como consultas irregulares, largos tiempos de espera y poca respuesta en la atención de las mujeres. Con base en los hallazgos de la relación entre la mortalidad prevenible en la niñez y la calidad de la CPN, se recomienda considerar la calidad de atención en las instituciones que brindan servicios médicos a la población materno-infantil<sup>26</sup>.

Sin embargo, debido a la falta de evidencia, no es posible identificar una estrategia exitosa<sup>26</sup>. Se han formulado recomendaciones para unificar criterios y conductas para la derivación oportuna de pacientes a prácticas de atención a la salud de la mujer en riesgo como son, promoción, prevención, diagnóstico y niveles de atención correspondientes<sup>26</sup>.



El objetivo de la consejería en la etapa de prejuicio es lograr la mejor salud posible de los futuros padres para lograr el embarazo en las mejores condiciones posibles. Las condiciones que puedan afectar futuros embarazos deben prevenirse, diagnosticarse, tratarse, evitarse o mitigarse en la medida de lo posible<sup>26</sup>. La comunicación y el flujo de información entre profesionales y pacientes es importante<sup>27</sup>.

El bienestar de las mujeres antes, durante y después del embarazo está condicionado principalmente por el entorno y repercute directamente en sus hijos. La felicidad con la pareja, la familia y el entorno social es fundamental para lograr los mejores resultados perinatales. En este contexto, se prioriza la etapa reproductiva de la vida de la mujer, tanto para ella como para su familia y la sociedad en su conjunto<sup>27</sup>.

Los programas locales de salud perinatal deben estar orientados a mejorar la información y difusión sobre el tema y ampliar el alcance de las pruebas para las mujeres que desean quedar embarazadas<sup>27</sup>.

Dada la importancia de los intervalos entre partos, elegir el mejor momento para iniciar un embarazo requiere un típico intercambio de información para la consulta de prejuicios ventajas y desventajas a fin de tener un espacio de tiempo adecuado entre un embarazo y otro<sup>27</sup>.

La importancia de las primeras semanas de embarazo es bien conocido, pues se trata de la embriogénesis, el desarrollo de órganos, el cierre de los tubos neurales y muchos otros momentos de gran importancia en la formación órganos y tejidos. Por lo tanto, es fundamental predecir el comportamiento para pasar esta etapa en las mejores condiciones posibles<sup>27</sup>.

A pesar de lo anterior, la primera consulta no suele ser tan temprana en la mayoría de los casos, el control comienza a mediados del primer trimestre, donde ha pasado casi todo el desarrollo embrionario, por lo que se pierde la oportunidad de realizar intervenciones que estén validadas por la mejor evidencia científica disponible<sup>29</sup>.

Las adolescentes también conforman un grupo etario especial que se beneficiará mucho de esta modalidad de atención, ya que el 20% de los embarazos se dan dentro de este grupo<sup>29</sup>.

Primera etapa del trabajo de parto referida a la dilatación: Dura en promedio 9-10 horas para mujeres nulíparas y 8 horas para mujeres multíparas.

Segundo período del trabajo de parto o expulsivo: Comienza cuando la dilatación es completa y termina con la expulsión fetal. La duración media de las primíparas es de 33 minutos y la duración media de las pacientes multíparas es de 8,5 minutos <sup>29</sup>.

Tercer período de parto alumbramiento: con una duración promedio de 5 minutos en la que se expulsa la placenta<sup>29</sup>.

### **2.3. MARCO CONCEPTUAL**

Controles prenatales: Se entiende por manejo de riesgos sean biológicos, conductuales o genéticos teniendo en cuenta hechos importantes antes del embarazo, como precisar la fecha de la última menstruación, determinar el peso de la mujer antes del embarazo, corregirlo si es necesario y controlar su condición<sup>19</sup>.

Accesibilidad: Disponibilidad de recursos y definición de procedimientos, esto asegura que los usuarios tengan acceso a los servicios de promoción de la salud que necesitan dentro de la responsabilidad legal de cada entidad<sup>20</sup>.

Embarazo de bajo riesgo: Embarazo sin factores de riesgo identificados<sup>22</sup>.

Embarazo de alto riesgo. Embarazo que es probable que sufra lesión, muerte fetal, materna o neonatal como resultado de eventos reproductivos, todas las mujeres con un embarazo de alto riesgo deben

ser derivadas a un servicio de atención profesional, incluso si no hay señales de advertencia<sup>22</sup>.

Vigilancia: Para realizar un manejo y seguimiento cuidadoso de la salud materna y fetal, se debe iniciar en el segundo nivel de atención tan pronto como se identifique el embarazo y el riesgo obstétrico. La frecuencia de las visitas debe variar dependiendo de las complicaciones y factores de riesgo presentes en cada caso particular<sup>23</sup>.

Evaluación de la unidad fetal-placentaria: Se trata de una serie de procedimientos conductuales y de diagnóstico destinados a evaluar el desarrollo y el crecimiento del feto durante el embarazo. Constituye uno de los objetivos más importantes del manejo prenatal. Se realiza con fines de prevención encaminados a que los niños expresen todo su potencial genético y neurológico en la vida extrauterina, detectando oportunamente los factores de riesgo que pueden afectar negativamente al feto<sup>24</sup>.

Riesgo: Se trata de la probabilidad de que un evento o peligro para la salud ocurra. El enfoque del riesgo se basa en medir esa probabilidad<sup>25</sup>.

Factor de riesgo: Características o situaciones que se encuentran en una persona en relación con la probabilidad de producir daño a la salud de la persona<sup>25</sup>.

Factores de riesgo obstétrico: Características biológicas, ambientales o sociales. Si está presente, se asocia con un mayor potencial de daño a la madre, al feto o a ambos<sup>25</sup>.

Riesgo de complicaciones: Son condiciones o factores existentes que aumentan la probabilidad de complicaciones en el embarazo, todas las gestantes con riesgo deben ser derivados al segundo nivel de atención<sup>24</sup>.

Riesgo Obstétrico- Toda condición presente en una mujer o su entorno que puede complicar el desarrollo del embarazo, parto y puerperio y puede alterar de alguna manera el normal desarrollo o supervivencia del producto, el riesgo obstétrico requiere un control prenatal bien planificado para orientar adecuadamente a la gestante y detectar oportunamente las complicaciones<sup>24</sup>.

## **2.4. HIPÓTESIS**

### **2.4.1. Hipótesis general**

Ha: Existen efectos positivos y significativos de los Controles Prenatales en la gestación, trabajo de parto y la salud neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro -2021.

Ho: No existen efectos positivos y significativos de los Controles Prenatales en la gestación, trabajo de parto y la salud neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro -2021.

### **2.4.2. Hipótesis específicas**

Ha: Menos de 6 Controles Prenatales en la gestación están asociados a efectos adversos en la gestación en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2021.

Ho: Menos de 6 Controles Prenatales en la gestación No están asociados a efectos adversos en la gestación en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2021.

Ha: Menos de 6 Controles Prenatales están asociados a efectos adversos en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2021.

Ho: Menos de 6 Controles Prenatales No están asociados a efectos adversos en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2021.

Ha: Menos de 6 Controles Prenatales están asociados a efectos adversos en la salud neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2021.

Ho: Menos de 6 Controles Prenatales No están asociados a efectos adversos en la salud neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2021.

## **2.5. VARIABLES**

### **2.5.1. Variable Independiente**

- Controles Prenatales

### **2.5.2. Variables dependientes**

- Gestación
  - Preeclampsia
  - Rotura prematura de membranas
- Trabajo de parto
  - Tipo de parto
  - Periodo de dilatación
  - Periodo expulsivo
- Salud neonatal
  - Parto prematuro

## **2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS**

- Controles Prenatales: Son las atenciones que las gestantes tienen de parte de un profesional de salud antes que ocurra el nacimiento, se recomienda 6 controles durante todo el proceso de la gestación.
- Preeclampsia: Enfermedad hipertensiva de aparición después de las 20 semanas de gestación acompañada de proteinuria y edemas.

- Rotura prematura de membranas: Solución de continuidad de las membranas amnióticas con pérdida de líquido amniótico.
- Tipo de parto. Parto que ocurre vía abdominal o vaginal
- Periodo de dilatación prolongado: El promedio de duración hasta la dilatación completa es de 9 a 10 horas en las nulíparas y de 8 horas en las multíparas.
- Periodo expulsivo prolongado: El periodo de duración desde la dilatación completa hasta la expulsión del producto es de 33 minutos en las Primigestas y de 8.5 minutos en las multíparas.
- Parto prematuro. Parto que se produce antes de las 37 semanas de gestación.

## CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1.1. Tipo

La investigación es tipo observacional pues no existió intervención sobre las variables, transversal en razón de que las medidas de las variables es una sola vez no existiendo un seguimiento, retrospectivo pues se trata de datos obtenidos en el pasado y analítica pues el estudio es de dos variables a comparar, con enfoque cuantitativo.

#### 3.1.2. Nivel

Relacional pues se trata de comparar las gestantes con controles prenatales en cantidades adecuadas con las que no tuvieron un número adecuado de controles prenatales.

### 3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

**3.2.1. Población.** La población estuvo constituida por las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2021 que son 2400

#### 3.2.2. Muestra:

Fórmula para obtener una muestra de una población conocida.

$$n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N-1) + z^2 * P * Q}$$

N= 2400  
p= 0.37<sup>13</sup>

$$q = 1 - 0.37 = 0.63$$

$$Z = 1.96$$

$$d = 5\% = 0.05$$

$$n = \frac{2400 (1.96)^2 (0.37) (0.63)}{(0.05)^2 (2400 - 1) + (1.96)^2 (0.37) (0.63)}$$

n= 312 gestantes

### **Criterios de inclusión en los casos**

Gestante que tienen controles prenatales de 6 a más veces.

Gestante que tuvo su parto en el año 2021.

Gestante tenga en su historia clínica los datos necesarios para el desarrollo de la investigación.

Gestante que no presente alteraciones físicas que sean incompatibles que el parto ocurra vía vaginal.

### **Criterios de inclusión en los controles**

Gestante que tienen controles prenatales menos de 6 veces.

Gestante tenga en su historia clínica los datos necesarios para el desarrollo de la investigación.

Gestante que no presente alteraciones físicas que sean incompatibles que el parto ocurra vía vaginal.

Gestante con fetos en posición que no sea imposible el parto vaginal.

Complicaciones de la gestación y el parto relacionados a la poca colaboración de la gestante.

### **Criterios de exclusión**

Gestante no tenga en su historia clínica los datos necesarios para el desarrollo de la investigación.



Gestante que presente alteraciones físicas que sean incompatibles que el parto ocurra vía vaginal.

Gestante con fetos en posición que sea imposible el parto vaginal.

Complicaciones de la gestación y el parto relacionados a la poca colaboración de la gestante.

### **Técnicas de Muestreo.**

La técnica de muestreo fue la aleatoria a fin de cada uno de la población pueda ser parte del estudio.

## **3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

### **3.3.1. Técnica**

La técnica de obtención de los datos fue la documental pues se trató de revisión de historias clínicas.

### **3.3.2. Instrumento**

Una ficha de recolección de datos elaborados por el investigador que tenga los indicadores de cada variable, con validez por juicio de expertos (Ver anexos).

### **3.3.3. Técnica de procesamiento y análisis de datos**

Los datos obtenidos de las historias clínicas fueron digitados en una hoja Excel debidamente codificadas para poder ser extrapolados al programa SPSS v23 paquete estadístico para las ciencias de la salud, de donde se obtuvieron los estadísticos descriptivos como son los valores absolutos, porcentuales, así mismo, las tablas estadísticas de una y dos entradas para establecer las diferencias entre ambos grupos las que serán contrastadas con el chi cuadrado como estadístico no paramétrico con un nivel de confianza del 95%.

### 3.4. DISEÑO Y ESQUEMA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El estudio corresponde a un diseño comparativo

	Sin CPN adecuado	Con CPN adecuado	Total
Efecto adverso presente	x	x	x
Efecto adverso ausente	x	x	x
Total	x	x	x

### 3.5. ASPECTOS ÉTICOS

La investigación solicitó el consentimiento informado al paciente en tan sea necesario y se salvaguardó la privacidad y la intimidad de las gestantes participantes en el estudio. se rigió según las normas establecidas para el desarrollo de estudios en humanos, en tal sentido el principio de no maleficencia se cumplió al no tener contacto físico ni verbal con los participantes pues el estudio es sobre las historias clínicas de los pacientes. El principio ético de beneficencia se cumplió según el propósito del estudio que es mejorar la calidad de vida en la gestación. El principio ético de justicia se cumple en razón de que cada paciente se identificó con un número por lo que el manejo de datos fue ciego sin discriminación o preferencias.

El estudio se llevó a cabo previa la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética de la Universidad San Juan Bautista.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1. RESULTADOS

**Tabla 1: Características de las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro -2021 en estudio.**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Preeclampsia</b>		
Con preeclampsia	37	11,9%
Sin preeclampsia	275	88,1%
Total	312	100,0%
<b>Rotura prematura de membranas</b>		
Con RPM	35	11,2%
Sin RPM	277	88,8%
Total	312	100,0%
<b>Tipo de parto</b>		
Cesárea	127	40,7%
Vaginal	185	59,3%
Total	312	100,0%
<b>Periodo de dilatación</b>		
Prolongada	32	10,3%
Normal	280	89,7%
Total	312	100,0%
<b>Periodo expulsivo</b>		
Prolongado	22	7,1%
Normal	290	92,9%
Total	312	100,0%
<b>Prematuro</b>		
Parto prematuro	34	10,9%
Parto a término	278	89,1%
Total	312	100,0%

**Fuente: Elaboración propia**

La tabla muestra que la proporción de preeclampsia en la muestra de estudio fue de 11,9%, la de rotura prematura de membranas fue de 11,2%, la de cesáreas fue de 40,7% la de periodo de dilatación prolongada fue de 10,3%, la de periodo expulsivo prolongado fue de 7,1% y la de parto prematuro fue de 10,9%.

**Tabla 2: Efectos de los Controles Prenatales en la gestación en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2021.**

Preeclampsia	Control Prenatal		Total	
	CPN < de 6	CPN > de 6		
	25	12	37	X <sup>2</sup> =5,2
Con preeclampsia	16,0%	7,7%	11,9%	p=0,023
	131	144	275	OR:2.3
Sin preeclampsia	84,0%	92,3%	88,1%	(IC95%:1,1-4,7)
	156	156	312	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	
Rotura prematura de membranas	Control Prenatal		Total	
	CPN < de 6	CPN > de 6		
	25	10	35	X <sup>2</sup> =7,2
Con RPM	16,0%	6,4%	11,2%	p=0,007
	131	146	277	OR:2.7
Sin RPM	84,0%	93,6%	88,8%	(IC95%:1,3-6,0)
	156	156	312	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla indica que existe una mayor proporción de casos de preeclampsia en el grupo de gestantes con controles prenatales incompletos (16%) que en el grupo de gestantes con controles prenatales completos (7,7%) con p=0,023 OR:2.3 (IC95%:1,1,-4,7). Y más casos de rotura prematura de membranas en el grupo de gestantes con controles prenatales incompletos (16%) en comparación con el grupo de gestantes con controles prenatales completos (6,4%) con p=0,007 OR:2.7 (IC95%:1,3,-6,0).

**Tabla 3: Efectos de los Controles Prenatales en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2021.**

Tipo de parto	Control Prenatal		Total	
	CPN < de 6	CPN > de 6		
Cesárea	76 48,7%	51 32,7%	127 40,7%	X <sup>2</sup> =8,3 p=0,004 OR:2.0 (IC95%:1,2-3,1)
Vaginal	80 51,3%	105 67,3%	185 59,3%	
Total	156 100,0%	156 100,0%	312 100,0%	
Dilatación	Control Prenatal		Total	
	CPN < de 6	CPN > de 6		
Prolongada	23 14,7%	9 5,8%	32 10,3%	X <sup>2</sup> =6,8 p=0,009 OR:2.8 (IC95%:1,3-6,3)
Normal	133 85,3%	147 94,2%	280 89,7%	
Total	156 100,0%	156 100,0%	312 100,0%	
Expulsivo	Control Prenatal		Total	
	CPN < de 6	CPN > de 6		
Prolongado	16 10,3%	6 3,8%	22 7,1%	X <sup>2</sup> =4,9 p=0,027 OR:2.9 (IC95%:1,1-7,5)
Normal	140 89,7%	150 96,2%	290 92,9%	
Total	156 100,0%	156 100,0%	312 100,0%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla indica que existe una mayor proporción de casos de partos por cesárea en el grupo de gestantes con controles prenatales incompletos (48,7%) que en el grupo de gestantes con controles prenatales completos (32,7%) con p=0,004 OR:2 (IC95%:1,2-3,1). Más casos de periodo de dilatación prolongada en el grupo de gestantes con controles prenatales incompletos (14,7%) en comparación con el grupo de gestantes con controles prenatales completos (5,8%) con p=0,009 OR:2.8 (IC95%:1,3-6,3). Y mayor proporción de casos de periodo expulsivo prolongado en el grupo de gestantes con controles prenatales incompletos (10,3%) en comparación con las gestantes que tuvieron controles prenatales completos (3,8%) p=0,027 OR:2.9 (IC95%:1,1-7,5).

**Tabla 4: Efectos de los Controles Prenatales en la salud neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2021.**

Prematuro	Control Prenatal		Total	
	CPN < de 6	CPN > de 6		
	24	10	34	$X^2=4,9$
Parto prematuro	15,4%	6,4%	10,9%	$p=0,027$ OR:2.9
	132	146	278	(IC95%:1,1-7,5)
Parto a término	84,6%	93,6%	89,1%	
	156	156	312	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla indica que existe una mayor proporción de casos parto prematuro en el grupo de gestantes con controles prenatales incompletos (15,4%) que en el grupo de gestantes con controles prenatales completos (6,4%) con  $p=0,027$  OR:2,9 (IC95%:1,1-7,5).

## 4.2. DISCUSIÓN

Los controles prenatales son procedimientos que prevén complicaciones durante la gestación y en el posparto debiendo ser éstos de buena calidad y por lo menos 6 sesiones, sin embargo, existen muchas parturientas que no cumplieron o lo hicieron de manera insuficiente dichos controles por lo que se expusieron a riesgo de muchas complicaciones tanto durante la gestación como en el parto o luego de él, por ello se evalúa las complicaciones asociadas a no tener atenciones prenatales en número adecuado dando por sentada que dichas atenciones son correctamente hechas. Al respecto investigaciones como las de Pérez (Ecuador, 2022)<sup>4</sup> encuentran que, según el número de controles prenatales, el 48% de las gestantes tuvieron menos de 5 controles prenatales concluyéndose que la cobertura de atenciones prenatales adecuadas es baja en Ibarra, incluso el estudio de Amay (Ecuador, 2022)<sup>5</sup> en Manglaralto hace hincapié que el nivel de autocuidado afecta la salud de las gestantes que se realizan controles de salud prenatal insuficientes. Además, el estudio de López (Perú, 2018)<sup>9</sup> en Lima y Céspedes (Perú, 2019)<sup>11</sup> en el Cuzco y Núñez (Perú, 2019)<sup>12</sup> en Lima demuestran que existe una asociación significativa entre el número de controles prenatales inadecuados y el parto con distocias.

Se evalúa el desarrollo de preeclampsia asociada a insuficiente control prenatal encontrando que la preeclampsia como enfermedad prevenible puede ser evitada con controles prenatales en número suficiente, la asociación con insuficiente número de controles prenatales incrementa el riesgo hasta en 2,3 veces más de desarrollar preeclampsia que si tuviera de 6 sesiones a más. Y según Barros (Ecuador, 2022)<sup>6</sup> en el Ecuador concluye en su investigación que las complicaciones asociadas a la falta de manejo prenatal son infecciones, anemia, preeclampsia, sangrado, laceraciones perineales, bajo peso y prematuros. También el estudio de Duran (México, 2019)<sup>8</sup> encuentra en México el vínculo entre la preeclampsia y la obesidad y la falta de atención prenatal.

Al evaluar la asociación con la rotura prematura de membranas se determinó que un número insuficiente de atenciones prenatales está asociada a la mayor probabilidad de desarrollar rotura prematura de membranas hasta en 2,7 veces más, la que se explica porque la rotura prematura de membranas es un

accidente que ocurre antes del inicio del trabajo de parto que puede ser perfectamente prevenible mediante buenas atenciones prenatales basadas en una alimentación saludable y estilos de vida acorde con el progreso de la gestación.

Del mismo modo se investigó los efectos de los controles prenatales en el tipo de finalización del trabajo de parto, encontrándose que las gestantes que tienen insuficientes números de controles prenatales tienen 2 veces más probabilidad de terminar su gestación a través de una cesárea, lo que se debería a que las complicaciones maternas o fetales u ovulares motivo de indicación del fin de la gestación por cesárea en su mayoría pueden ser prevenidos. Esta asociación es demostrada en el estudio de Mendoza (Perú, 2021)<sup>10</sup> en Arequipa donde concluye que el parto por cesárea es más frecuente en gestantes con insuficiente número de controles prenatales.

Seguidamente se valoró el tiempo que dura la dilatación respecto a los números de controles prenatales, encontrando una asociación con el número insuficiente de controles prenatales que incrementan hasta en 2,8 veces más que este proceso se prolongue más allá del tiempo normal ello en razón de que la dilatación del cuello uterino necesita que la gestante no se encuentre bajo estrés que contrae los músculos dificultando una buena dilatación, la que puede ser cortada a través de una psicoterapia e información sobre el trabajo de parto durante los controles prenatales. Martínez (Perú, 2020)<sup>13</sup> manifiesta en su estudio que de los casos que no tuvieron número suficiente de controles prenatales, el 68,6% presentó alguna complicación, frente al 20,7% de los controles, del mismo modo lo indica Méndez (Perú, 2021)<sup>14</sup> que concluye que la falta de controles prenatales de calidad se asoció con una alta probabilidad de complicaciones posparto.

También se valoró el tiempo en exclusivo, que es un proceso donde la colaboración de la madre es fundamental, encontrándose que el insuficiente número de controles prenatales está asociado en 2,9 veces más en aumento del riesgo de que esta etapa se prolongue, que si hubiera tenido controles adecuados es perfectamente prevenible pues una información completa del trabajo de parto relaja a la madre e induce a que colabore con tener un buen



pujo sostenido con buena oxigenación. El estudio de Gonzales (Perú, 2020)<sup>16</sup> en Piura indica que la atención prenatal inadecuada es un factor de riesgo para las complicaciones maternas y perinatales, aunque el estudio de Leveau – Bartra (Perú, 2019)<sup>17</sup> concluye que el número insuficiente de controles prenatales no reduce el tiempo de expulsivo.

Finalmente, en el estudio se verifica la asociación entre el número de controles prenatales y el parto prematuro, encontrándose que el insuficiente número de atenciones prenatales incrementa el riesgo de desarrollar parto prematuro hasta en 2,9 veces más lo que estaría en relación de que muchas de las condiciones que favorecen un parto prematuro pueden ser abordadas durante la gestación con controles prenatales en número suficiente como es la preeclampsia buen control de la diabetes entre otras condiciones que influyen en tener un parto prematuro. Y el estudio de Gómez (México, 2021)<sup>7</sup> concluye que se espera que el 58% de gestantes con insuficiente número de controles prenatales presente complicaciones como amenaza de aborto, hipertensión, diabetes gestacional, patología gestacional y amenaza de parto prematuro. También el estudio de Castilla (Perú, 2020)<sup>15</sup> indica una asociación estadísticamente significativa entre los controles prenatales inadecuadas y complicaciones como partos prematuros, bajo peso al nacer, depresión, y mortalidad neonatal.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. CONCLUSIONES**

1. Las complicaciones estudiadas preeclampsia, rotura prematura de membranas, parto por cesárea, dilatación periodo de dilatación y expulsivo y parto prematuro están asociadas a un insuficiente número de controles prenatales que según la Norma técnica del Ministerio de Salud del Perú es menos de 6 veces.
2. Menos de 6 Controles Prenatales en la gestación están asociados a efectos adversos en la gestación en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2021, tales como preeclampsia y rotura prematura de membranas debido a que con controles prenatales adecuados se puede detectar estas patologías en sus inicios y tratarlo oportunamente.
3. Menos de 6 Controles Prenatales en el trabajo de parto están asociados a efectos adversos en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2021, tales como el parto por cesárea, dilatación del periodo de dilatación y expulsivo, todas ellas son complicaciones provocadas por otras patologías que, con controles prenatales adecuados, se pueden disminuir sus efectos negativos.
4. Menos de 6 Controles Prenatales están asociados a efectos adversos en la salud neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2021 como el parto prematuro, complicación que obedece a múltiples causas que con controles prenatales en número y calidad adecuada pueden mejorar la salud neonatal.

## 5.2. RECOMENDACIONES

1. Ampliar la cobertura de atenciones prenatales mediante captación de gestantes sobre todo de alto riesgo en las zonas céntricas y alejadas a la jurisdicción del hospital, la que es responsabilidad del personal de salud de gineco-obstetricia.
2. Realizar un adecuado control de las gestantes de riesgo sobre todo de enfermedades hipertensivas que pueden complicar gravemente a la madre y niño, mediante una monitorización y seguimiento estricto de dichas gestantes por parte de los gineco-obstetras.
3. Orientar a las gestantes sobre el proceso de la gestación parto y puerperio para obtener de ella la máxima colaboración, la que es función de las obstetras del hospital o de los Centros Sanitarios, pues una buena psicoterapia contribuye a un final normal de la gestación.
4. Realizar actividades preventivo promocionales para educar a la población sobre la salud sexual y reproductiva, así como en centros educativos para eliminar embarazos precoces que incrementan la probabilidad de tener parto prematuro, así como de tener un radar de la gestante que visite en casa a las gestantes sobre todo de riesgo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017. Salud Materna Capítulo 8. Disponible en:  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1\\_525/pdf/cap008.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1_525/pdf/cap008.pdf)
2. Tatal Muñoz L. Condiciones de acceso al programa de control prenatal en un centro de primer nivel de atención de la Ciudad de Pasto, Colombia. Rev. peru. ginecol. obstet. vol.65 no.2 Lima abr./jun: 2019  
<http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v65i2165>
3. OECD/The World Bank (2020), Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020, OECD Publishing, Paris,  
<https://doi.org/10.1787/740f9640-es>.
4. Pérez Pons, E. Factores de riesgos relacionados al control prenatal. Centro de Salud Velasco Ibarra-2021. URI.  
<https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/7102>.
5. Amay Jiménez, J. Evaluación del autocuidado en gestantes que acuden al control prenatal en consulta externa del Hospital Básico Manglaralto. 2021. La Libertad. UPSE, Matriz. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud. 41p. URI: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/7099>.
6. Barros Raza, L. Factores asociados a la falta de control prenatal en américa latina y su relación con las complicaciones obstétricas Ecuador 2022. Enfermería Investiga, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 58 - 66, ene. 2022. ISSN 2550-6692. Disponible en:  
<<https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1480>>. Fecha de acceso: 06 jun. 2022 doi:  
<http://dx.doi.org/10.31243/ei.uta.v7i1.1480.2022>.
7. GILES, A. G. G. (2018). Control prenatal tardío y complicaciones en el embarazo, hospital comunitario puente de ixtla. Retrieved from <http://riaa.uaem.mx/xmlui/handle/20.500.12055/1789>

8. Duran, A. Asociación entre las características maternas y del control prenatal con el desarrollo de preeclampsia y sus complicaciones en población adolescente Mexico 2019. URI. <http://hdl.handle.net/11285/636301>
9. Méndez Pajares, A. Asociación entre el control prenatal adecuado y las complicaciones obstétricas maternas periparto y postparto. ENDES 2017 al 2019. URI. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/3793>
10. Mendoza Pilco, A. Edad materna, paridad, controles prenatales, edad gestacional, peso del recién nacido y anemia asociados a trabajo de parto prolongado en pacientes del Hospital III Goyeneche de Arequipa 2020. URI: <http://hdl.handle.net/20.500.12773/12389>
11. Martínez Laos, H. Control prenatal inadecuado asociado a complicaciones perinatales en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo enero junio del 2019. URI. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/2965>
12. Castilla Berrospi, G. Asociación entre los controles prenatales inadecuados y las complicaciones neonatales en los recién nacidos del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, 2018-2019. URI. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/3780>
13. Gonzales Morales, L. Complicaciones materno-perinatales en gestantes adolescentes y el control prenatal insuficiente en el Hospital Santa Rosa - Piura, enero a diciembre 2018. URI. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/6090>
14. Céspedes Pérez, J. Control prenatal y factores asociados con el parto distócico en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena, Cusco 2018. URI. <http://hdl.handle.net/20.500.12918/4044>
15. Núñez-Herrera, R. Complicaciones obstétricas asociadas al control prenatal inadecuado en puérperas atendidas en un centro materno infantil peruano, 2018 Perinatol Reprod Hum. 2019;33

16. López Siña, J. Controles prenatales y su asociación con el parto distócico en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Dos de mayo 2018. URI <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1170>
17. Leveau H. Efectividad de los controles prenatales en gestantes atendidos en el Hospital Regional de Ica, Perú. Rev. Panacea Vol. 8 Núm. 3 (2019): DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v8i3.191>
18. Rubio Peralta, F. d. M. (2018). Psicoprofilaxis Obstétrica de emergencia en trabajo de parto de primigesta sin control prenatal en el hospital Cayetano Heredia. URI: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1889>
19. Farje Marquina, S. "Factores asociados a controles prenatales incompletos en gestantes del Hospital Santa Rosa en el periodo Enero– Julio 2018. URI <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1772>
20. Lugones Botell M. La importancia de la atención prenatal en la prevención y promoción de salud La Habana, Cuba, 2018. Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología Vol. 44, No. 1. Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/305/21>
21. De La Rosa Martínez, A. Efectos de la educación en el control prenatal y los resultados en la atención del parto de bajo riesgo. URL. <http://repositorio.uan.edu.co/handle/123456789/4896>
22. López Cedeño, D. Consecuencias infecciones del tracto urinario en las mujeres embarazadas que asisten al control prenatal. URI. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/60399>
23. Macalupú Goicochea, P. "Factores de riesgo para controles prenatales incompletos en gestantes del establecimiento de Salud I-4 La Unión 2021. URI <https://hdl.handle.net/20.500.12692/88416>
24. Flores Anchundia, Y. Embarazo y control prenatal en mujeres embarazadas del centro de salud crucita. URI. <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/1267>

25. Villon, A. Control prenatal inadecuado como factor de riesgo para la morbilidad neonatal en un hospital de referencia de lima octubre-diciembre ,2018. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2918>
26. Muñoz Jiménez, N. Cumplimiento de los controles prenatales y su relación con el desarrollo de embarazos en adolescentes en el circuito de Salud "Lucha Obrera", Cantón Babahoyo, Provincia de Los Ríos, 2019. BS thesis. Babahoyo: UTB-FCS, 2019, 2019.
27. Calle, Esteban A. Determinantes sociales de la salud que influyen en la adherencia al control prenatal." Revista Publicando 7.26 (2020): 54-62.
28. Palomino Ruiz, J. Complicaciones materno-perinatales asociadas a la atención prenatal insuficiente en gestantes. Hospital Cayetano Heredia Piura 2019. URI. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/75208>
29. Ipia-Ordóñez N. Impacto de las condiciones sociodemográficas sobre el control prenatal en Latinoamérica. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n3.69536>.
30. Machado Medrano S. Factores asociados a la falta de asistencia al control prenatal y consecuencias maternas y perinatales en tres IPS de Sincelejo 2017. [https://repositorio.unisucre.edu.co/bitstream/001/637/1/T618.32%20F%20142.p df](https://repositorio.unisucre.edu.co/bitstream/001/637/1/T618.32%20F%20142.pdf)
31. Ruiz, Aniervic M. "Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes." Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida 4.7 (2020): 74-96.
32. Rodríguez Bendezú J. Factores de riesgo asociados al abandono de controles prenatales en gestantes del Hospital Ventanilla en el periodo junio - octubre 2017. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1250/142%20RODR%C3%8DGUEZ%20BENDEZ%C3%9A.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

## **ANEXOS**



## ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES						
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES	VALOR FINAL	INSTRUMENTO	FUENTE
Controles Prenatales	Atenciones prenatales con la finalidad de detectar alteraciones en el proceso de la gestación	Son las atenciones que las gestantes tienen de parte de un profesional de salud antes que ocurra el nacimiento, se recomienda 6 controles durante todo el proceso de la gestación.	Número de Controles Prenatales	< de 6 ≥ de 6	Ficha de datos	Historia clínica

VARIABLES INDEPENDIENTES						
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES	VALOR FINAL	INSTRUMENTO	FUENTE
Preeclampsia	Hipertensión desarrollada después de las 20 semanas de gestación	Enfermedad hipertensiva de aparición después de las 20 semanas de gestación acompañada de proteinuria y edemas.	PA ≥ 140/90 mmHg Proteinuria Edemas	Presente Ausente	Ficha de datos	Historia clínica

Rotura prematura de membranas	Perdida de la continuidad de las membranas corioamnióticas	Solución de continuidad de las membranas amnióticas con pérdida de líquido amniótico.	Líquido amniótico en vagina	Presente Ausente	Ficha de datos	Historia clínica
Tipo de parto	Parto ocurrido vía vaginal o abdominal	Parto vaginal o abdominal	Tipo de parto	Vaginal Cesárea	Ficha de datos	Historia clínica
Periodo de dilatación	Tiempo que dura la dilatación del cérvix hasta 10 cm.	El promedio de duración hasta la dilatación completa es de 9 a 10 horas en las nulíparas y de 8 horas en las múltiparas.	Horas	Adecuado Prolongado	Ficha de datos	Historia clínica
Periodo expulsivo	Tiempo que transcurre desde la dilatación completa hasta la expulsión del feto	El periodo de duración desde la dilatación completa hasta la expulsión del producto es de 33 minutos en las Primigestas y de 8.5 minutos en las múltiparas.	Minutos	Adecuado Prolongado	Ficha de datos	Historia clínica
Parto prematuro	Parto antes de las 37 semanas de gestación	Parto que se produce antes de las 37 semanas de gestación.	Edad gestacional	< 37 semanas ≥ 37 semanas	Ficha de datos	Historia clínica



Mg. José Carlos Mallma Soto

FIRMA DEL ASESOR



Dr. Uribe Perez Javier  
GINECOLOGO - OBSTETRA  
ECOGRAFISTA  
C.M.P. 34558 R.N.E 2839\*

FIRMA DEL ESPECIALISTA




Harry Leveou Bartra Ph.D  
CMP. 27304 RNE. 11569  
ESPECIALISTA EN CIRUGIA  
MG. Y Dr. en Salud Pública  
Ph. D. en Investigación Bioestadística

FIRMA DEL ESTADISTICO

## ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p><b>Problema general:</b> ¿Cuáles son los efectos de los Controles Prenatales en la gestación, trabajo de parto y la salud neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro -2021?</p> <p><b>Problemas específicos</b> ¿Cuáles son los efectos de los Controles Prenatales en la gestación en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro - 2021? ¿Cuáles son los efectos de los Controles Prenatales en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro - 2021? ¿Cuáles son los efectos de los Controles Prenatales en la salud neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro - 2021?</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar los efectos de los Controles Prenatales en la gestación, trabajo de parto y la salud neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro -2021</p> <p><b>Objetivos Específicos</b> Precisar cuáles son los efectos de los Controles Prenatales en la gestación en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2021 Identificar cuáles son los efectos de los Controles Prenatales en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2021 Determinar cuáles son los efectos de los Controles Prenatales en la salud neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro - 2021</p>	<p><b>Hipótesis general</b> Ha: Existen efectos positivos y significativos de los Controles Prenatales en la gestación, trabajo de parto y la salud neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro -2021.</p> <p><b>Hipótesis específicas</b> Ha: Menos de 6 Controles Prenatales en la gestación están asociados a efectos adversos en la gestación en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2021  Ha: Menos de 6 Controles Prenatales están asociados a efectos adversos en el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2021  Ha: Menos de 6 Controles Prenatales están asociados a efectos adversos en la salud neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro – 2021</p>	<p><b>Variable Independiente</b> •Controles Prenatales</p> <p><b>Variables dependientes</b> •Preeclampsia. •Rotura prematura de membranas. •Tipo de parto •Periodo de dilatación prolongado. •Periodo expulsivo prolongado. •Parto prematuro.</p>

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>Tipo de Investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Observacional</li> <li>-Transversal</li> <li>-Retrospectiva</li> <li>-Analítica</li> </ul> <p>- Nivel: Relacional</p>	<p><b>Población:</b> La población está constituida por las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica en el 2021 que son 2400</p> <p><b>Tamaño de muestra:</b> n= 142 gestantes</p> <p><b>Muestreo:</b> La técnica de muestreo es la aleatoria a fin de cada uno de la población pueda ser parte del estudio.</p>	<p><b>Técnica:</b> La técnica de obtención de los datos será la documental pues se trata de revisión de historias clínicas.</p> <p><b>Instrumentos:</b> Una ficha de recolección de datos elaborados por el investigador que tenga los indicadores de cada variable, con validez por juicio de expertos (Ver anexos).</p>




Mg. José Carlos Mallma Soto

FIRMA DEL ASESOR



Harry Leveau Bartra Ph.D  
C.M.P. 27304 R.N.E. 115698  
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA  
Mg. y Dr. en Salud Pública  
Ph. D. en Investigación Bioestadística

FIRMA DEL ESTADISTICO



Dr. Uribe Perez Javier J  
GINECOLOGO - OBSTETRA  
ECOGRAFISTA  
C.M.P. 34558 R.N.E 28397

FIRMA DEL ESPECIALISTA



### ANEXO 3: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.- Ficha N° \_\_\_\_\_

2.- **Controles Prenatales (Número de Controles Prenatales)**

(< de 6 CPN)                      (≥ de 6 CPN)

3.- **Preeclampsia. (PA ≥ 140/90 mmHg, Proteinuria, Edemas)**

(Presente)      (Ausente)

4.- **Rotura prematura de membranas. (Líquido amniótico en vagina)**

(Presente)      (Ausente)

5.- Periodo de dilatación prolongado. \_\_\_\_\_ horas

(De 9 a 10 horas en las nulíparas y de 8 horas en las multíparas).

(Más de 10 horas en las nulíparas y más de 8 horas en las multíparas)

6.- **Periodo expulsivo prolongado. \_\_\_\_\_ minutos**

(De 33 minutos en las Primigestas y de 8.5 minutos en las multíparas)

(Más de 33 minutos en las Primigestas y más de 8.5 minutos en las multíparas)

7.- **Tipo de parto**

(Cesárea)                      (Vaginal)

8.- Parto prematuro. \_\_\_\_\_ semanas de edad gestacional

(< 37 semanas)                      (≥ 37 semanas)

## ANEXO 4: VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

### Informe de Opinión de Experto

#### I.- DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Javier Uribe Pérez

1.2 Cargo e institución donde labora: Hospital Santa María del Socorro

1.3 Tipo de experto: Metodológico  Especialista  Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Cuestionario

1.5 Autor (a) del instrumento: Lohana Alexandra Muñante Cornejo

#### II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					97%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					96%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					99%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer (relación a las variables).					97%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					99%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación (tipo de investigación)					97%

#### III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE

#### IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

Lugar y Fecha: Ica, 5 de Julio del 2022

97.7%

Dr. Uribe Perez Javier  
GINECOLOGO - OBSTETRA  
ECOGRAFISTA  
C.M.P. 34558 R.N.E 28398

Firma del Experto

## ANEXO 4: VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

### Informe de Opinión de Experto

#### I.- DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Harry Leveau Bartra

1.2 Cargo e institución donde labora: Hospital Regional de Ica

1.3 Tipo de experto: Metodológico  Especialista  Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Cuestionario

1.5 Autor (a) del instrumento: Lohana Alexandra Muñante Cornejo

#### II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					96%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					97%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					97%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					97%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer (relación a las variables).					98%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					99%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					97%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación (tipo de investigación)					97%


#### III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE

#### IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

97.3%

Lugar y Fecha: Ica, 5 de Julio del 2022

  
\*\*\*\*\*  
Harry Leveau Bartra Ph. D  
C.M.P. 27304 R.N.E. 11562  
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA  
Mg. y Dr. en Salud Pública  
M. D. en Investigación Bioestadística

Firma del Experto

## ANEXO 4: VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

### Informe de Opinión de Experto

#### I.- DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Fiorella Belén Jerónimo Franco

1.2 Cargo e institución donde labora: Hospital IV Augusto Hernández Mendoza

1.3 Tipo de experto: Metodológico  Especialista  Estadístico

1.4 Nombre del instrumento: Cuestionario

1.5 Autor (a) del instrumento: Lohana Alexandra Muñante Cornejo

#### II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					96%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					99%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					97%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					97%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer (relación a las variables).					96%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					99%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					97%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación (tipo de investigación)					98%

#### III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE  
.....

#### IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

97.4%

Lugar y Fecha: Ica, 5 de Julio del 2022

  
Dr. Fiorella Jerónimo Franco  
GINECOLOGA - OBSTETRA  
CMP. 43732. RNE 20446

Firma del Experto



## ANEXO 5: APROBACIÓN DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ETICA EN INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA  
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y  
RESPONSABILIDAD SOCIAL

### CONSTANCIA N° 1169-2022 - 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° 1169-2022-CIEI-UPSJB**

Título del Proyecto: **“EFECTOS DE LOS CONTROLES PRENATALES EN LA GESTACIÓN Y TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO-2021”**

Investigador (a) Principal: **“MUÑANTE CORNEJO LOHANA ALEXANDRA”**

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 **22/08/2023**. 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, 22 de agosto de 2022.



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

[www.upsjb.edu.pe](http://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  
Ex km 300 La Angostura,  
Subtanjalla

**CHINCHA**  
Calle Albilla 108 Urbanización  
Las Viñas (Ex Toche)

CENTRAL TELEFÓNICA: (01) 748 2888

## ANEXO 6: AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

 **DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD-ICA**  
**U.E. 405 HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO-ICA**  
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional" 

---

**DICTAMEN DE AUTORIZADO**

MUÑANTE CORNEJO, LOHANA ALEXANDRA


PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el Proyecto de Investigación titulado:

"EFECTOS DE LOS CONTROLES PRENATALES EN LA GESTACION Y TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO 2021".

Que usted sometió a consideración del Comité de Ética e Investigación del Hospital Santa María del Socorro de Ica, de acuerdo a las recomendaciones de sus integrantes cumple con los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **AUTORIZADO** para su desarrollo y publicación.

Número de Registro  
R-2022-100-44  
Ica, 28 de setiembre 2022.

  
GOBIERNO REGIONAL ICA  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD-ICA  
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO  
Lic. Del ISSBETH RAMOS OLIVARES  
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA  
E INVESTIGACION

---

HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA  
Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación  
GOBIERNO REGIONAL DE ICA  
Calle Castrovirreyna N°759  
Ica - Ica