

“Año de la Universalización de la Salud”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA

(CREADA POR LEY Nº25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

Caracterización de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD MATERNO PERINATAL
Y NEONATAL**

PRESENTADO POR: Bachiller Esplana Paitán, Evelina Daisy

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

**HUANCABELICA – PERÚ
2020**

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huancavelica a los treinta días del mes de diciembre a las 17:00 horas del año 2020 se reunieron los miembros del jurado evaluador de la sustentación de tesis de la egresada:

Esplana Paitán, Evelina Daisy

Siendo los jurados evaluadores:

Presidente : Dra. Lina Yubana CARDENAS PINEDA
Secretario : Dr. Leonardo LEYVA YATACO
Vocal : Mg. Liliana ENRÍQUEZ NATEROS

Para calificar la sustentación de la tesis titulada:

Caracterización de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019.

Concluida la sustentación de forma sincrónica, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 0417-2020-D-FCS-R-UNH, concluyendo a las 18:00 horas. Acto seguido, el presidente del jurado evaluador informa a la sustentante que suspenda la conectividad para deliberar sobre los resultados de la sustentación llegando al calificativo de: APROBADO por MAYORÍA.

Observaciones:

.....
.....
.....

Ciudad de Huancavelica, 30 de diciembre del 2020

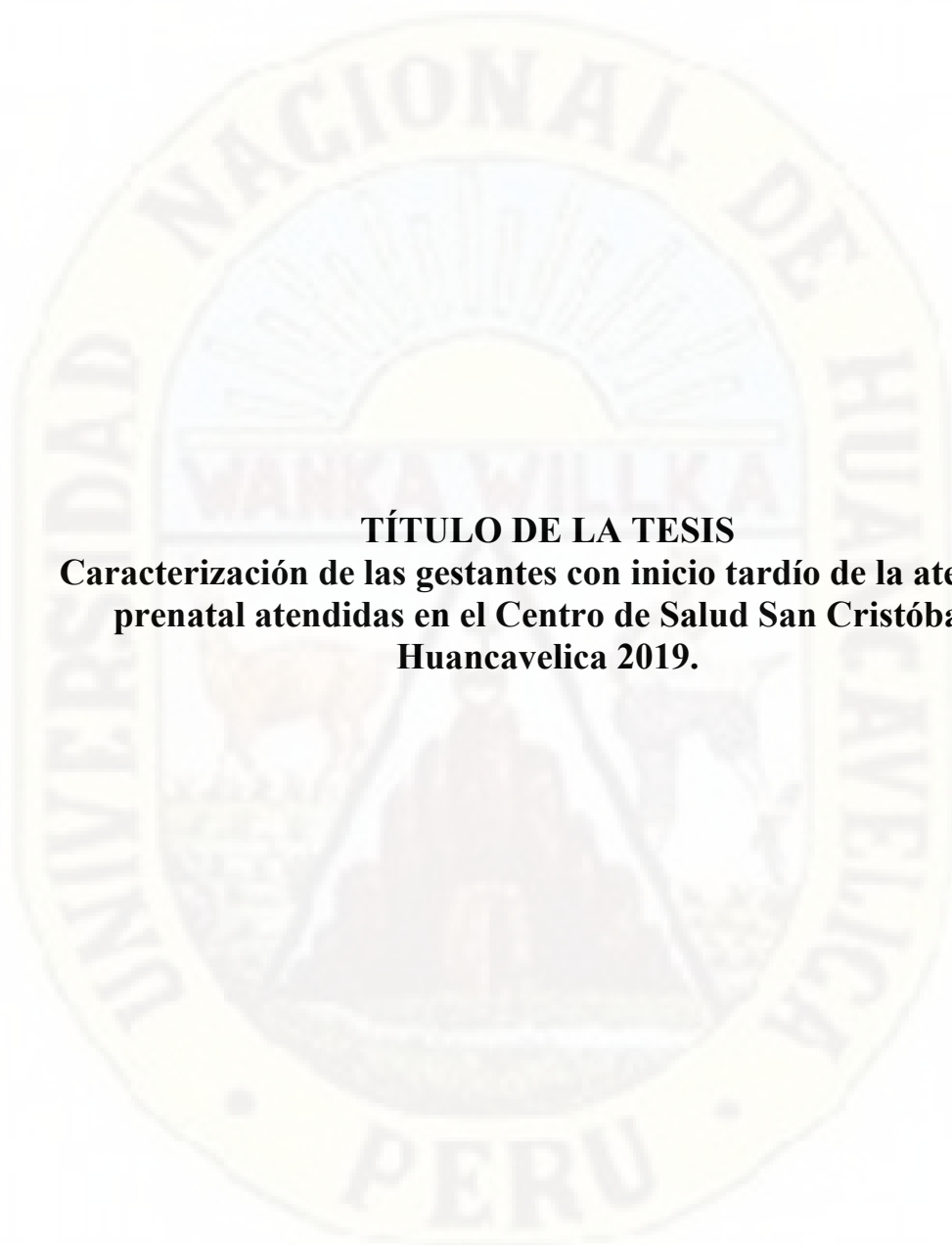
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Lina Yubana Cardenas Pineda
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DR. LEONARDO LEYVA YATACO
DOCENTE

Mg. Liliana Enríquez Nateros
VOCAL P. 25660

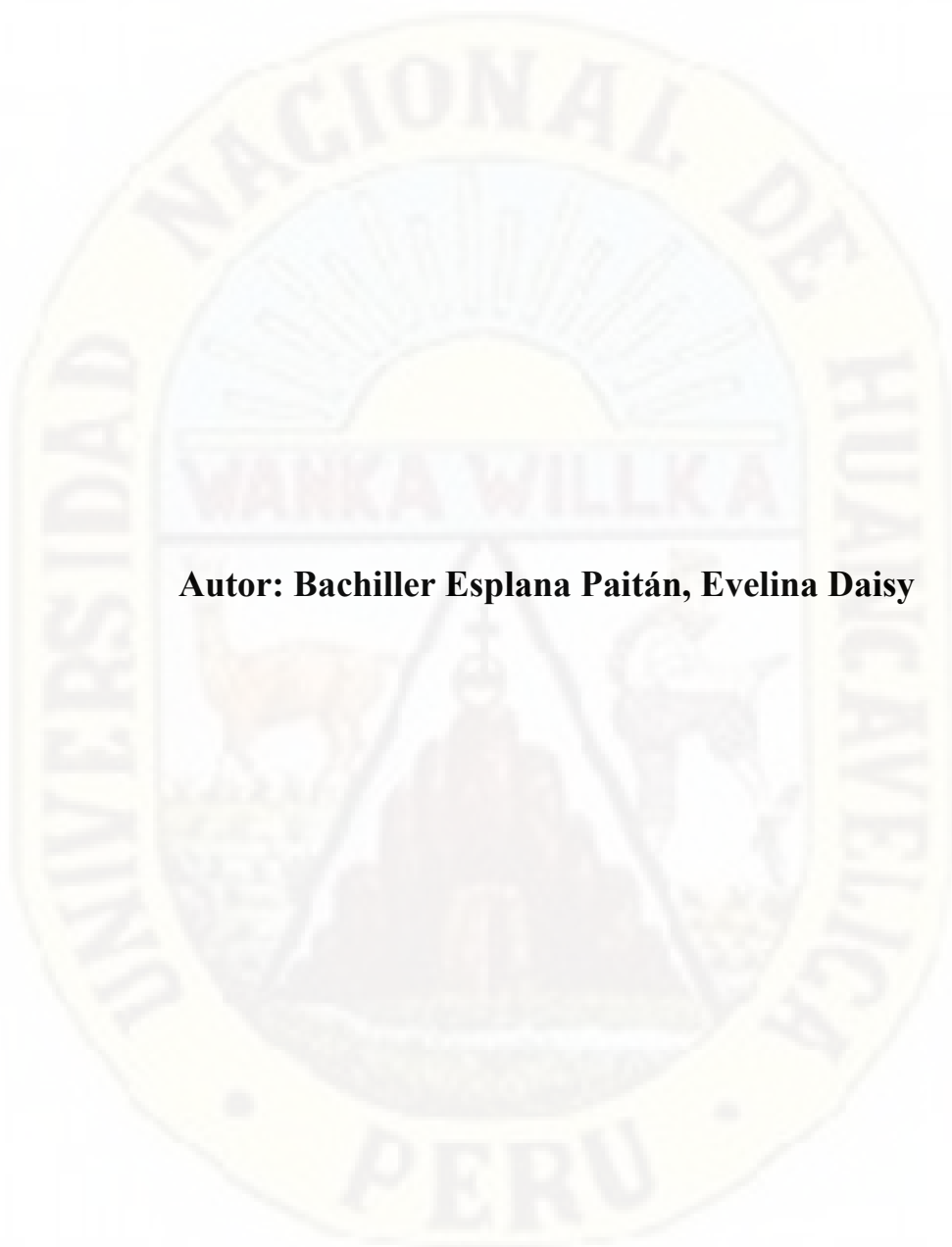
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO
V. P. DECANO
Mg. Susana Quispe Alvarado

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARÍA
OBSTETRA
DOP. 36759

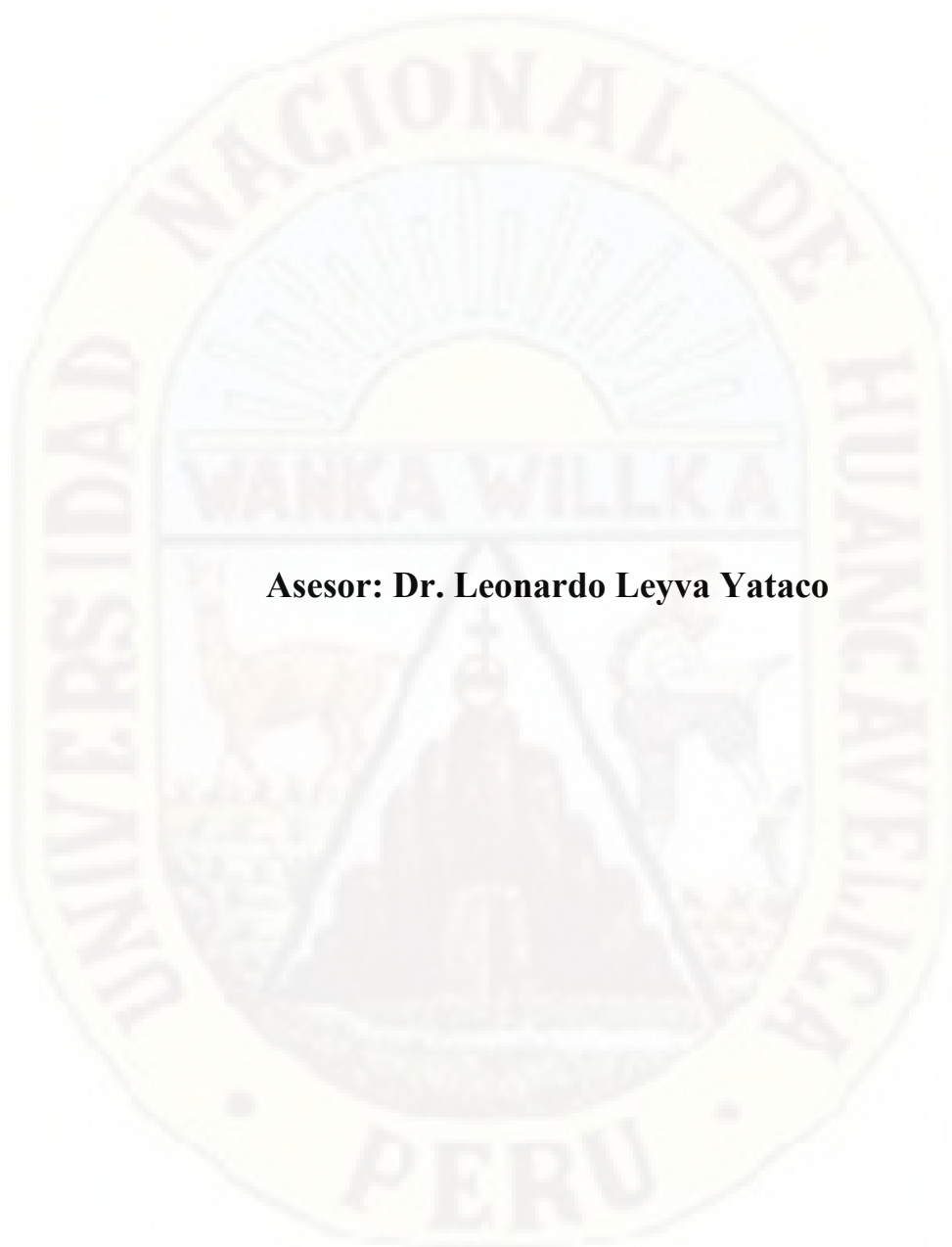


TÍTULO DE LA TESIS

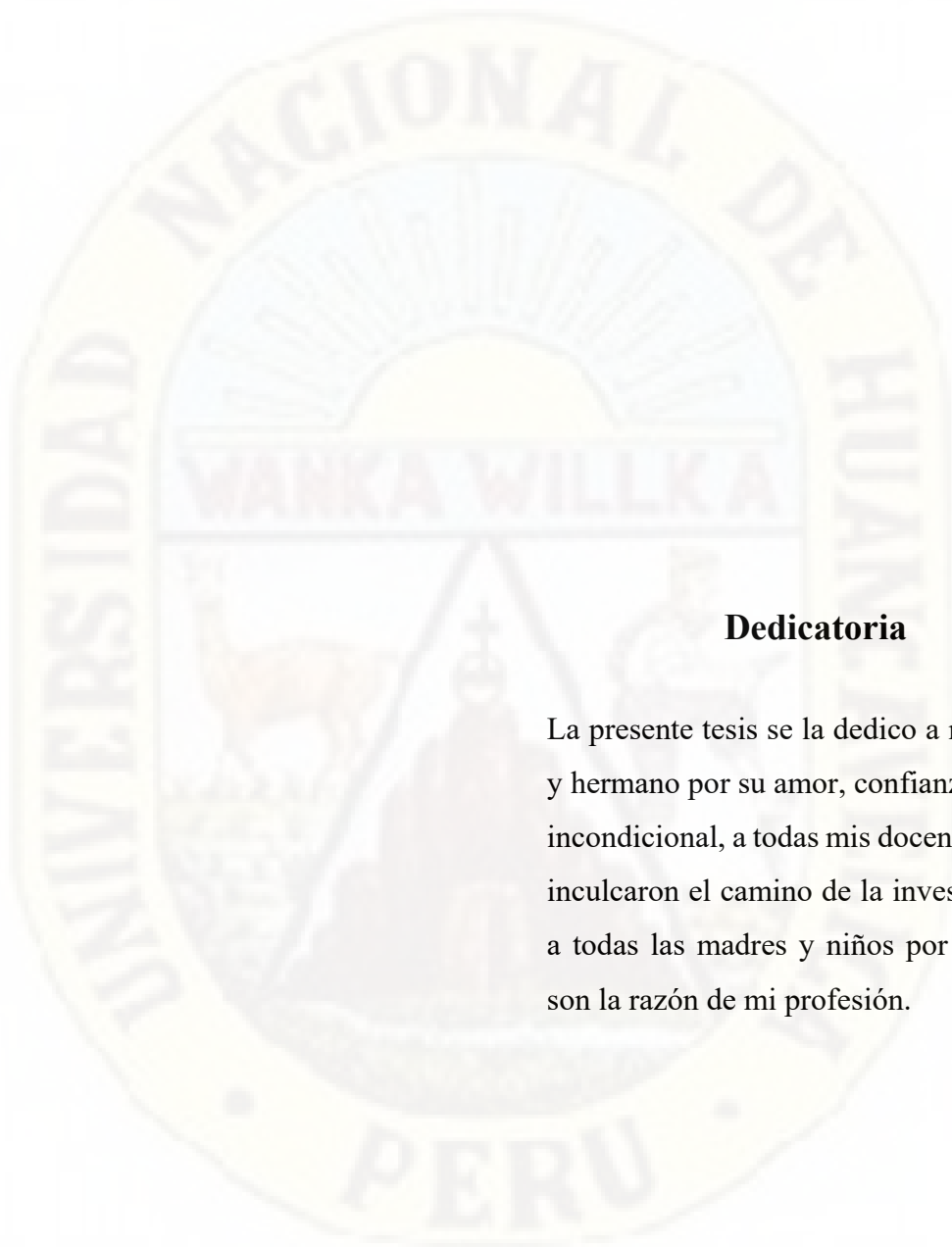
Caracterización de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019.



Autor: Bachiller Esplana Paitán, Evelina Daisy



Asesor: Dr. Leonardo Leyva Yataco



Dedicatoria

La presente tesis se la dedico a mis padres y hermano por su amor, confianza y apoyo incondicional, a todas mis docentes que me inculcaron el camino de la investigación y a todas las madres y niños por nacer que son la razón de mi profesión.

Daisy

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de Huancavelica y la Escuela Profesional de Obstetricia por permitirme formar parte de la familia académica logrando en mí una formación profesional e integral.

Al Dr. Leonardo Leyva Yataco por su asesoramiento en el trabajo de investigación y por la motivación de realizar el estudio.

A los docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia por sus conocimientos impartidos.

Al Jefe del Centro de Salud San Cristóbal por brindarnos facilidades para recabar información.

Además de las gestantes que participaron voluntariamente en el brindar sus opiniones, dudas e inquietudes en el mejoramiento de la atención del programa de control prenatal.

A todos ¡muchas gracias!

Índice

Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice.....	viii
Índice de tablas.....	x
Resumen.....	xi
Abstract	xii
Introducción	xiii
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema.....	15
1.2. Formulación del problema	17
1.3. Objetivos de la investigación	18
1.4. Justificación	18
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	20
2.2. Bases teóricas	25
2.3. Definición de términos.....	49
2.4. Identificación de variables	50
2.5. Operacionalización de variables	52
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Tipo de investigación	53
3.2. Nivel de investigación.....	53
3.3. Métodos de investigación.....	53
3.4. Diseño de investigación	54
3.5. Población, muestra y muestreo	54
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	54
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	55
CAPÍTULO IV	
PRESENTACION DE RESULTADOS	
4.1. Presentación e interpretación de datos	56
4.2. Discusión de resultados.....	60
Conclusiones	63
Recomendaciones.....	64
Referencias bibliográficas.....	65
Anexos:	70

Anexo 1: Matriz de consistencia	71
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos	74
Anexo 3: Juicio de expertos	77
Anexo 4: Registro fotográfico.....	80
Anexo 5: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar.....	82



Índice de tablas

Tabla 1.	Características sociales de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica de julio a diciembre del 2019.	56
Tabla 2.	Características personales de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica de julio a diciembre del 2019.	58
Tabla 3.	Características de los servicios de salud en la atención a las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica de julio a diciembre del 2019.	59

Resumen

Objetivo. Identificar las características relevantes de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019.

Método. La investigación fue transversal, observacional de nivel descriptivo. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron todas las gestantes con inicio tardío en la atención prenatal, atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica de julio a diciembre 2019; que según registros estadísticos fueron un total de 41. La muestra fue censal. La técnica fue la encuesta, el instrumento fue el cuestionario.

Resultados. El 68.3% (28) tuvieron de 15 a 25 años, el 53.7% (22) fueron convivientes, el 12.2% (5) tuvieron educación primaria, el 31.7% (13) educación secundaria y el 56.1% (23) educación superior. El 56.1% (23) fueron amas de casa, el 92.7% (38) fueron de zona urbana, el 56.1% (23) tuvieron apoyo económico de su pareja y el 43.9% (18) tuvieron apoyo económico de sus padres; el 22% (9) tuvieron un ingreso económico familiar menor a 750 soles, el 46.3% (19) tuvieron un ingreso económico familiar de 750 a 1000 soles. El 58.5% (24) tuvieron una relación inapropiada con su pareja y no mostraron interés para acompañar a la gestante a su primera atención prenatal. El 56.1% (23) no asistieron a su atención prenatal por temor y/o vergüenza y aplazaron su primera atención prenatal por problemas. El 53.7% (22) tuvieron antecedentes de violencia, el 51.2% (21) consideraron que la atención prenatal no es importante, el 48.8% (20) consideraron que su familia no se preocupa por su salud, el 36.6% (15) no vive con su pareja y el 34.1% (14) considero que le falta apoyo y afecto por parte de su pareja en el embarazo. El 100% (41) fueron usuarias del seguro integral de salud, el 61% (25) no estuvieron conformes con el trámite para sacar citas para su atención prenatal, el 53.7% (22) consideraron que el tiempo de espera es inadecuado en su primera atención prenatal, el 51.2% (21) mostro incomodidad en la atención prenatal por un varón, el 26.8% (11) considero que el trato es inadecuado en el centro de salud, el 14.6% (6) percibió que los servicios de salud son inadecuados para la atención prenatal en cuanto a los equipos, materiales y el ambiente del consultorio de obstetricia, el 9.8% (4) mencionaron que faltan cupos para la atención prenatal y el 7.3% (3) tuvieron dificultades de acceso para llegar al establecimiento de salud.

Conclusiones. Las gestantes con inicio tardío en su atención prenatal se caracterizan por ser mujeres jóvenes, convivientes, amas de casa, con educación superior, de procedencia urbana, con apoyo económico de su pareja, con ingreso económico familiar bajo. Los problemas personales, la actitud de la gestante y su relación con su pareja, así como una limitada calidad de atención fueron los aspectos más característicos.

Palabras clave: Atención prenatal, caracterización de la gestante, atención prenatal inoportuna, características personales de la gestante.

Abstract

Objective. Identify the relevant characteristics of pregnant women with late onset of prenatal care attended at the San Cristóbal Health Center, Huancavelica 2019.

Method. The research was cross-sectional, observational at the descriptive level. The method was inductive, simple descriptive design. The population was all pregnant women with late onset of prenatal care, attended at the San Cristóbal Health Center, Huancavelica from July to December 2019; which according to statistical records were a total of 41. The sample was census. The technique was the survey, the instrument was the questionnaire.

Results. 68.3% (28) were between 15 and 25 years old, 53.7% (22) were cohabiting, 12.2% (5) had primary education, 31.7% (13) secondary education and 56.1% (23) higher education. 56.1% (23) were housewives, 92.7% (38) were from urban areas, 56.1% (23) had financial support from their partner and 43.9% (18) had financial support from their parents; 22% (9) had a family income of less than 750 soles, 46.3% (19) had a family income of 750 to 1000 soles. 58.5% (24) had an inappropriate relationship with their partner and were not interested in accompanying the pregnant woman to her first prenatal care. 56.1% (23) did not attend their prenatal care due to fear and / or embarrassment and deferred their first prenatal care due to problems. 53.7% (22) had a history of violence, 51.2% (21) considered prenatal care not important, 48.8% (20) considered their family not concerned about their health, 36.6% (15) did not live with his partner and 34.1% (14) consider that they lack support and affection from their partner in pregnancy. 100% (41) were users of comprehensive health insurance, 61% (25) had no problems with the procedure to make appointments for their prenatal care, 53.7% (22) considered the waiting time is affected in their first prenatal care, 51.2% (21) showed discomfort in prenatal care for a male, 26.8% (11) consider the treatment to be damaged in the health center, 14.6% (6) perceived that the health services are inadequate for prenatal care in terms of equipment, materials and the environment of the obstetrics office, 9.8% (4) said that there are insufficient places for prenatal care and 7.3% (3) had difficulties in accessing to reach the health facility.

Conclusions. Pregnant women with late onset in their prenatal care are characterized by being young women, cohabitants, housewives, with higher education, of urban origin, with economic support from their partner, with low family income. Personal problems, the attitude of the pregnant woman and her relationship with her partner, as well as a limited quality of care were the most characteristic aspects.

Keywords: Antenatal care, characterization of the pregnant woman, inappropriate prenatal care, personal characteristics of the pregnant woman.

Introducción

Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio (1). La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables, con la atención prenatal (2). Así mismo el cuidado materno es una prioridad, que debe formar parte de las políticas públicas para mejorar los resultados del embarazo (4).

La atención sanitaria de calidad durante el embarazo y el parto puede prevenir muchas de esas muertes; sin embargo, a nivel mundial solo el 64% de mujeres reciben atención prenatal (APN) cuatro o más veces a lo largo de su embarazo (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó que la primera APN debe ser a las 12 semana de embarazo o antes de las 14 semanas (3).

En México, en una de sus Redes Integradas de Servicios de Salud; se encontró que casi el 20% de las mujeres indígenas no iniciaron su APN en el primer trimestre del embarazo y el 27,2% tuvieron complicaciones durante el periodo gestacional; las principales barreras fueron de disponibilidad (horarios de atención, aspectos geográficos), accesibilidad (carencia de recursos financieros), aceptabilidad (prácticas ancestrales vs. recomendaciones médicas) y continuidad del servicio (5).

Estudios realizados en Colombia encontraron que un 29,7% de las gestantes inicia tarde su APN y su inicio tardío estuvo asociado con vivir en estrato socioeconómico bajo (6). En Santiago de Chile se encontró, que la negación y ocultamiento del embarazo son las principales razones del inicio tardío de la atención prenatal en adolescentes, otros factores fueron la vulnerabilidad familiar y social (7). En Costa Rica, un estudio realizado en la Caja Costarricense de Seguro Social encontró una baja cobertura de la APN por limitaciones en el cumplimiento de criterios de calidad (8).

En Perú, según ENDES en el primer semestre 2019, la atención prenatal en el primer trimestre de gestación por región natural, en la costa fue del 84,6% en la sierra del

74,8% y en la selva de 77,3% (9). En el Perú Cuatro de cada diez mujeres no recibieron una APN de calidad (10).

La atención prenatal temprana y oportuna, durante el primer trimestre de gestación, es muy importante en el cuidado de la salud de la madre y el niño.

Las mujeres de la localidad de San Cristóbal, del distrito de Huancavelica, no fueron ajenas a los problemas de inicio tardío de la atención prenatal; así mismo considerando que en la actualidad no existen estudios relacionados a este problema, me vi motivada a realizar esta investigación para conocer las características de gestante que inician tardíamente su atención prenatal; conociendo esta situación en su contexto socio cultural, permitirá un abordaje hacia las determinantes y factores que pueden influir en este proceso e implementar medidas preventivas para evitar riesgos y complicaciones en el embarazo.

El informe de investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capítulo describe la presentación de resultados.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio (1). La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la atención prenatal (2).

La atención sanitaria de calidad durante el embarazo y el parto puede prevenir muchas de esas muertes; sin embargo, a nivel mundial solo el 64% de mujeres reciben atención prenatal cuatro o más veces a lo largo de su embarazo (3). La atención prenatal (APN) es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brinden atención, apoyo e información a las embarazadas. Una atención prenatal con un mínimo de ocho contactos puede reducir las muertes perinatales hasta en 8 por cada 1000 nacimientos, en comparación con un mínimo de cuatro visitas (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó que la primera APN debe ser a las 12 semana de embarazo; el Doctor Ian Askew directivo de la OMS afirmó: “Para que las mujeres utilicen los servicios de atención prenatal y regresen cuando vayan dar a luz, deben recibir una atención de buena calidad durante todo su embarazo” (3).

La APN representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud, como la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico, y la prevención de enfermedades. Se ha constatado que, cuando se realizan en

tiempo oportuno prácticas apropiadas basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas (4).

En México, un estudio en los servicios obstétricos en el marco de Redes Integradas de Servicios de Salud; encontró que casi el 20% de las mujeres indígenas no iniciaron su atención prenatal en el primer trimestre del embarazo y el 27,2% tuvieron complicaciones durante el periodo gestacional; las principales barreras fueron de disponibilidad (horarios de atención, aspectos geográficos), accesibilidad (carencia de recursos financieros), aceptabilidad (prácticas ancestrales vs. recomendaciones médicas) y continuidad del servicio (dificultades para ingresar al segundo nivel de atención y a especialidades médicas) (5).

Estudios realizados en Colombia encontraron que un 29,7% de las gestantes inicia tarde su APN y su inicio tardío estuvo asociado con vivir en estrato socioeconómico bajo (6). En Santiago de Chile se encontró, que la negación y ocultamiento del embarazo son las principales razones del inicio tardío de la atención prenatal en adolescentes, otros factores fueron la vulnerabilidad familiar y social (7). En Costa Rica, un estudio realizado en la Caja Costarricense de Seguro Social encontró una baja cobertura de la APN por limitaciones en el cumplimiento de criterios de calidad (8).

En Perú, según ENDES en el primer semestre 2019, la atención prenatal en el primer trimestre de gestación por región natural, en la costa fue del 84,6% en la sierra del 74,8% y en la selva de 77,3% (9). En el Perú Cuatro de cada diez mujeres no recibieron una APN de calidad; ser mujer de etnia nativa o de la sierra o zona rural estuvo asociado a una mala calidad de la APN, requiriéndose priorización de estos grupos en las estrategias de salud materna (10).

La educación es un factor indispensable para lograr una APN adecuada, lo cual no sólo ayuda en el logro de los objetivos sino permite la participación activa de la gestante y la familia en el cuidado de la salud. Sin embargo, el Ministerio

de Salud promueve una APN donde la gestante cumple el rol de receptor pasivo y el profesional de salud es el actor principal en el cuidado de la salud materna; además, por falta de tiempo, deja la orientación y educación en un segundo plano (11).

Las mujeres de la localidad de San Cristóbal, del distrito de Huancavelica, no son ajenas a los problemas de inicio tardío de la atención prenatal; así mismo considerando que en la actualidad no existen estudios relacionados a este problema, me vi motivada a realizar esta investigación para conocer las características de gestante que inician tardíamente su atención prenatal; conociendo esta situación en su contexto socio cultural, permitirá un abordaje hacia las determinantes y factores que pueden influir en este proceso e implementar medidas preventivas para evitar riesgos y complicaciones en el embarazo.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características relevantes de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociales de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019?
- ¿Cuáles son las características personales de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019?
- ¿Cuáles son las características de los servicios de salud en la atención a las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Identificar las características relevantes de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociales de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019
- Identificar las características personales de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019
- Identificar las características de los servicios de salud en la atención a las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019

1.4. Justificación

La Organización Mundial de la Salud estimó ya hace más de dos décadas que 20 millones de mujeres tenían complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio con diferentes posibilidades de secuelas (12). Así mismo considera que el cuidado materno es una prioridad, que debe formar parte de las políticas públicas para mejorar los resultados del embarazo (4).

La evaluación del embarazo entre las semanas 11 y 14 ofrece al personal de salud responsable de la atención prenatal una gran oportunidad para realizar un tamizaje para otros padecimientos que complican el embarazo; en la actualidad, la atención prenatal que se ofrece a la mujer tiene como característica principal el tener un enfoque de reacción ante la identificación de síndromes clínicos; durante el primer trimestre de la gestación, basándose en características maternas, evaluaciones ecográficas y marcadores bioquímicos, es posible identificar el riesgo de complicaciones en el embarazo como: preeclampsia,

restricción del crecimiento intrauterino, diabetes gestacional, muerte fetal, aborto, parto pretérmino, macrosomía fetal y malformaciones fetales; la identificación temprana permite instalar medidas oportunas que podrían mejorar el resultado perinatal y disminuir el riesgo obstétrico (13).

La atención prenatal temprana y oportuna, durante el primer trimestre de gestación, es muy importante en el cuidado de la salud de la madre y el niño. El embarazo es una situación de vida del periodo reproductivo normal; pero bajo ciertas circunstancias, pueden complicarse, algunas de estas complicaciones no pueden ser prevenidas y se desarrollan en forma aguda, aún en pacientes sin factores de riesgo y en algunos casos terminar en una muerte materna. Es por ello que resulta de gran importancia reconocer en forma temprana y oportuna no solo los factores de riesgo, sino también las complicaciones obstétricas que pueden presentarse y que ponen en peligro la vida de las mujeres en el embarazo; a fin de poder realizar una intervención inmediata, es por ello importante un inicio temprano y oportuno de la atención prenatal.

Los resultados de esta investigación permitirán conocer a fondo las características de nuestras usuarias que tienen limitaciones para el inicio oportuno de su atención prenatal en el contexto alto andino y desarrollar estrategias sanitarias de acuerdo a este contexto, que permitan intervenciones sanitarias oportunas en promoción de la salud, prevención y manejo clínico por personal capacitado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Juárez *et al* (5); investigaron las barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos; su objetivo fue analizar las barreras que enfrentan las mujeres indígenas para acceder a la red de servicios obstétricos en el marco de Redes Integradas de Servicios de Salud; Método: Se diseñó un estudio transversal descriptivo que integró métodos cuantitativos y cualitativos; la muestra fue intencionada, no probabilística; la recolección de datos se hizo en Oaxaca, México, durante 2017 y 2018; se encuestó a 149 mujeres indígenas usuarias de servicios obstétricos para caracterizarlas socio demográficamente y se seleccionaron 30 que tuvieron complicaciones durante el proceso de embarazo y parto para realizarles una entrevista semiestructurada; se realizó observación no participante; Resultados: La red de servicios obstétricos agrupa la atención de cuatro instituciones con diferentes modelos de atención, y por ello diversos tipos de establecimientos y recursos humanos para atender a las mujeres indígenas; casi el 20% de las mujeres no iniciaron control prenatal en el primer trimestre del embarazo y el 27,2% tuvieron complicaciones durante el periodo gestacional; las principales barreras fueron de disponibilidad (horarios de atención, aspectos geográficos), accesibilidad (carencia de recursos financieros), aceptabilidad (prácticas ancestrales vs recomendaciones médicas) y continuidad del servicio (dificultades para ingresar al segundo nivel de atención y a especialidades médicas); Conclusiones: El modelo de atención en redes posibilita el acceso a los servicios obstétricos, pero no garantiza la atención; para ello, es necesario mejorar tanto la infraestructura de las instituciones prestadoras de servicios obstétricos como los procesos de

atención, hay que ampliar la visión del modelo considerando la perspectiva de derechos humanos y de equidad en salud.

Cáceres *et al* (6), investigaron la prevalencia de inicio tardío de la atención prenatal y su asociación con el nivel socioeconómico de la gestante, estudio de corte transversal en Bucaramanga, Colombia, 2014-2015; su objetivo fue describir la prevalencia del inicio tardío de la atención prenatal y evaluar su asociación con el estrato socioeconómico donde habita la gestante; Materiales y métodos: estudio de corte transversal; se incluyeron gestantes procedentes del área urbana de Bucaramanga, seleccionadas por muestreo por cuotas con afijación proporcional por estrato socioeconómico, según la clasificación socioeconómica del barrio donde habitan; se consideró inicio tardío haber comenzado atención prenatal (APN) a las 12 semanas o más de gestación; se evaluó asociación del inicio tardío con el estrato socioeconómico, controlando por variables sociodemográficas y clínicas de la gestante, y se elaboró un modelo de regresión log-binomial multivariada para estimar las razones de prevalencia con sus intervalos de confianza del 95 % (IC 95 %); Resultados: se incluyeron 391 gestantes, con edades entre 18 y 43 años, mediana 23 años; respecto a la escolaridad la mediana fue de 11 años con un rango entre 0 y 25 años; el inicio tardío se dio en el 29,7 % (IC 95 %: 25,2-34,5) de las gestantes; Estuvo asociado con estrato bajo, razón de prevalencias ([RP] = 1,57; IC 95 %: 1,08-2,56), falta de afiliación a la seguridad social al inicio del embarazo (RP = 2,73; IC 95 %: 2,04-3,67), la baja escolaridad (RP = 1,46; IC 95 %: 1,02-2,16) y la edad entre 18 y 24 años (RP= 1,53; IC 95 %: 1,12-1,70); Fueron factores protectores el recordar la fecha de la última regla (RP = 0,48; IC 95 %: 0,32-0,71) y tener pareja estable (RP = 0,82; IC 95 %: 0,64-0,98); Conclusiones: cerca de una de cada tres gestantes inicia tarde su APN; el inicio tardío está asociado con vivir en estrato socioeconómico bajo; se requiere mejorar la captación temprana de las gestantes en esta población que presenta condiciones de inequidad en salud.

Alfaro y Campos (8), realizaron un Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital San Vicente de Paúl; tuvo por objetivo analizar el control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital San Vicente de Paúl durante el año 2012; la población estuvo constituida por las gestantes que tuvieron su parto en dicho hospital entre los meses de diciembre 2011 a noviembre 2012 y por los profesionales en medicina y enfermería que laboran para las Áreas de Salud de Heredia y el Hospital San Vicente de Paúl, que brindan control prenatal; para la recolección de la información se utilizaron tres instrumentos que consideraron la infraestructura, el equipamiento y el procedimiento para llevar a cabo el control prenatal, además, el nivel de satisfacción de las gestantes y de los y las profesionales; La investigación determinó que la infraestructura para brindar las consultas de control prenatal de las Áreas de Salud de la provincia de Heredia está en buen estado, sin embargo, requiere mantenimiento y una adecuación para que sean accesibles a toda la población; además, la Caja Costarricense de Seguro Social tiene una baja cobertura de atención prenatal con cumplimiento de criterios de calidad y por otra parte el reporte de la información obtenida durante las consultas de control prenatal en el Carnet Perinatal, es incompleta y errónea; Finalmente hay escasa o casi nula participación de los y las profesionales en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal, en el proceso del control prenatal, a pesar de que la legislación nacional y estudios reconocen que estos y estas profesionales cuentan con las competencias necesarias para brindar un adecuado control.

Rivera *et al* (14), investigaron los factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú; con el objetivo de determinar los factores asociados al acceso de la atención prenatal en sus dimensiones de atención oportuna y cobertura; Métodos: Estudio de enfoque cuantitativo, observacional y analítico, realizado en 110 puérperas de los hospitales de Huaral y Chancay, Perú; se evaluaron los factores (personales y sociodemográficos) asociados al acceso a la atención prenatal de acuerdo a su

cobertura (mínimo 6 controles) y atención oportuna (primer control <14 semanas); se realizó un análisis de regresión logística multivariada considerando un nivel de confianza del 95%; Resultados: Se halló que el olvido de las citas se muestra como un factor asociado a la cobertura inadecuada de la atención prenatal ($p=0,048$), mientras que la presencia de un seguro de salud, previo al control prenatal, se asoció a la atención prenatal oportuna ($p=0,013$); Conclusiones: La ausencia de olvido de las citas y la presencia de un seguro de salud previo al embarazo se asocian con el acceso a la atención prenatal.

Rodríguez (15), investigo sobre los factores de riesgo asociados al abandono de controles prenatales en gestantes del Hospital Ventanilla en el periodo junio - octubre 2017; con el objetivo de analizar los factores de riesgo asociados al abandono de controles prenatales en gestantes del Hospital Ventanilla en periodo Junio – Octubre 2017; Metodología: Estudio Casos y Controles donde se obtuvieron 160 gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Ventanilla; divididas en 80 gestantes con abandono al control prenatal y 80 sin abandono al control prenatal, pareadas de acuerdo al carnet de gestación; se aplicó el instrumento de recolección de datos que se dividió en 4 partes: nivel sociodemográfico, Factores de Riesgo Social, Factores de Riesgo Institucional y Factores de Riesgo Personal; Posteriormente toda la información fue procesada en una base de datos en excel, después analizada en un programa de SPSS versión 24 estadístico donde se obtuvieron estadísticas descriptivas e inferenciales con nivel de significación $p<0,05$ donde se utilizó OR con un intervalo de confianza 95%, regresión logística binaria; Resultados: Fueron relevantes las asociaciones en los componentes de los Factores Sociales como: dificultad para pedir permiso en el trabajo (OR 4,3), ocupación manual (OR 3,8) y domicilio lejano (OR 7,6); En los Factores Institucionales no se encontraron asociación significativa en ninguno de los componentes; asimismo en los componentes de los Factores Personales fueron relevantes las asociaciones como: poco apoyo de la pareja (OR 4,7), importancia del control prenatal (OR 5,7), olvido de las citas (OR 2,5) y embarazo no planificado (OR 2,7); Además se encontró en el grupo de

controles que el 86,5% realizaron controles prenatales adecuados en relación a los numero de controles durante I trimestre, II trimestre y III trimestre; Conclusión: Existen Factores Sociales y Personales asociados al abandono de controles prenatales.

Choquehuanca (16), investigo los factores asociados al inicio tardío del control prenatal de gestantes que acuden al consultorio externo de obstetricia del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo Azángaro Puno, junio a agosto del 2016; tuvo como objetivo: Identificar los factores socioculturales, obstétricos e institucionales asociados al inicio tardío del control prenatal de gestantes que acuden al consultorio externo de obstetricia del hospital “Carlos Cornejo Roselló Vizcardo” Azángaro Puno, Junio a Agosto del 2016; Material y métodos: Fue un estudio de campo, descriptivo-relacional, prospectivo y de corte transversal; Muestra 110 gestantes de sexo femenino, que acudieron a su primer control prenatal; se diseñó tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas y prueba estadística de chi cuadrado con un nivel de significancia de 5%; Resultados: La mayoría de gestantes, el 70,9% tuvieron un inicio tardío en su primer control prenatal; en los factores socioculturales el 73,64% de gestantes su edad oscilaba entre 20-35 años, un 85,45% son convivientes, el 59,09% tienen instrucción secundaria, un 60,91% son amas de casa, 83,64% proceden de la zona urbana, el 69,09% reciben apoyo afectivo de su pareja, 64,55% de gestantes afirmaron que si tienen apoyo de su familia, un 82,73% consideran importante al control prenatal; el 34,62% de gestantes manifestaron que no acudieron a su primer control prenatal en el primer trimestre de su embarazo por miedo y/o vergüenza y el 79,09% no sufren de violencia familiar, Dentro de los factores obstétricos un 49,09% de gestantes son multíparas, 70,91% no tuvieron ningún aborto, el 76,36% no planificaron su embarazo y el 60,9% de gestantes tuvieron un periodo inter genésico menor de 2 años; En cuanto a los factores institucionales el 93,64% cuentan con seguro integral de salud, el 62,73% de gestantes recibieron una regular atención en el consultorio de obstetricia y el 90,91% no están de acuerdo con el tiempo de espera; Conclusión: Los factores que se asocian con el inicio tardío del primer

control prenatal de las gestantes que fueron atendidas en el hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo fueron: la edad, apoyo afectivo de la pareja, dar importancia al control prenatal, miedo y/o vergüenza, la no violencia familiar, la multiparidad, no tener ningún aborto, no planificar el embarazo, contar con seguro de salud y la regular atención de las gestantes por el profesional de salud en el consultorio de obstetricia.

Reyes y Siccós (17), investigaron las razones del inicio tardío de la atención pre natal en gestantes atendidas en el centro de salud Chinchero Cusco 2016; tuvieron como objetivo conocer las razones del inicio tardío a la atención prenatal; se aplicaron entrevistas a profundidad a las gestantes que vive en la zona de Chinchero previo consentimiento informado; fue un estudio cualitativo y los resultados hallados fueron: gestantes de edad gestacional mayor a las 14 semanas, con ocupación en su mayoría amas de casa, con un grado de instrucción secundaria completa; en las entrevistas, las gestantes expresaron que, la falta de información sobre atención prenatal y la falta de conocimiento sobre la importancia de acudir a una primera atención prenatal oportuna con llevó a que las gestantes tengan una atención prenatal inoportuna; así también se obtuvo en las entrevistas que, existen limitantes como es el acceso al establecimiento de salud, demorando más de dos horas para llegar al Centro de salud, reciben maltrato por parte del personal de salud y es el temor por lo que la gestante no acuda a sus próximas atenciones prenatales.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Panorama de la atención prenatal.

Los cambios sociales a nivel mundial han modificado las condiciones para concebir en estado de salud o enfermedad; hoy en día se presentan situaciones diferentes que modifican el curso de la gestación: los adelantos obstétricos, han conseguido disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad materno perinatal (13).

La atención preconcepcional y el seguimiento del embarazo tienen como objetivo identificar y controlar riesgos que puedan incidir negativamente en la gestante o en el feto; la información que el médico de familia ofrece a la mujer forma parte del consejo reproductivo, se debe dar siempre que sea solicitada, y cuando la mujer refiera antecedentes familiares de enfermedades hereditarias, malos antecedentes reproductivos, consanguinidad y enfermedad crónica (18).

La asistencia prenatal tiene como objetivo asegurar que todo embarazo termine con el nacimiento de un niño sano sin que se deteriore la salud de la madre (19). La asistencia al embarazo comienza con la consulta prenatal, que debe realizarse en el curso del primer trimestre de la gestación, lo más precozmente posible (20).

La cobertura de la asistencia prenatal es variable según los países; en Perú, el 87% de las embarazadas tuvieron al menos cuatro consultas prenatales, mientras que en Etiopía la cobertura fue de tan sólo el 12%; son muchas las causas de que las mujeres no reciban la asistencia que necesitan antes, durante y después del parto; en algunas zonas remotas es posible que no haya profesionales disponibles, y si los hay, la atención no es tan buena; en otros casos la mujer no tiene acceso a los centros sanitarios porque no dispone de medios de transporte, o porque no puede pagar el costo del transporte o de los servicios de salud; las creencias culturales y el estatus social de la mujer también pueden impedir que la embarazada obtenga la asistencia que necesita; para mejorar la salud materna hay que identificar y solucionar a escala comunitaria las deficiencias de capacidad y calidad de los sistemas de salud y los obstáculos al acceso a los servicios de salud (21).

Las mujeres con mala atención prenatal tienen un mayor riesgo de resultados adversos del embarazo y presentan mayores tasas de bajo peso al nacer, de mortalidad perinatal y de parto pretérmino; los

patrones de uso de la atención de la salud infantil se pueden prever antes del nacimiento sobre la base del patrón de la madre en el uso de la atención prenatal; un menor número de visitas de rutina para las mujeres de bajo riesgo obstétrico no pone en peligro un resultado positivo de embarazo, aunque las pacientes están menos satisfechas; ninguno de los factores que pueden causar sangrado durante el embarazo puede ser eliminado mediante la atención prenatal, aunque los factores de riesgo pueden identificarse en la entrevista clínica (21).

Si conocemos los factores que pueden influir sobre la realización de una atención prenatal adecuada podremos intervenir sobre ellos e identificar las mujeres susceptibles de no recibir una atención prenatal adecuada e instar a implementar medidas para solventar esta desigualdad, asegurándose así directamente hombres y mujeres sanos, e indirectamente indicadores de país desarrollado (21).

2.2.2. Embarazo

El embarazo (gestación) es el proceso fisiológico en el que un feto se desarrolla dentro del cuerpo de la madre; se utilizan varios términos para definir la etapa de desarrollo de la concepción humana y la duración del embarazo; para los fines de la obstetricia, la edad gestacional o edad menstrual es el tiempo que ha transcurrido desde el primer día del último periodo normal (LNMP), que de hecho antecede al tiempo de la fertilización del ovocito (22).

La edad gestacional se expresa en semanas terminadas; el inicio de la gestación (que se basa en el LNMP) ocurre, en general, dos semanas antes de la ovulación, suponiendo un ciclo menstrual regular de 28 días; La edad fetal o del desarrollo es la edad de la concepción, que se calcula a partir del momento de la implantación, la cual ocurre 4 a 6 días después de terminar la ovulación; la edad gestacional del embarazo se calcula en 280 días o 40 semanas completas; la fecha probable de parto

(EDD) se puede calcular sumando siete días al primer día del último periodo menstrual y restando tres meses más un año (regla de Naegele) (22).

2.2.3. Atención prenatal

La atención prenatal (APN) es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza; La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizarlos resultados del embarazo y prevenir la mortalidad perinatal; se considera necesario la detección y captación temprana de las gestantes, debiéndose iniciar tan pronto como la mujer tenga la primera amenorrea y antes de la semana doce de gestación, promoviendo así, que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas para la madre y su hijo; de este modo, con la APN se espera detectar y tratar oportunamente la morbilidad obstétrica y perinatal (23).

La asistencia perinatal es la atención médica y psicosocial que se presta a la mujer, a su hijo y a su familia, y que comienza antes del embarazo, se extiende durante la gestación y finaliza un año después del nacimiento (24).

Los tres componentes básicos de la atención prenatal son 1) valoración temprana y continua del riesgo; 2) promoción de la salud, y 3) intervenciones y seguimiento médico y psicológico; la valoración del riesgo incluye un interrogatorio completo; exploración física; pruebas de laboratorio, valoración del crecimiento y bienestar fetal; la promoción de la salud consiste en brindar información sobre la atención

prenatal, mejorar el conocimiento general sobre el embarazo y la maternidad, además de promover y apoyar los comportamientos saludables; las intervenciones incluyen tratamiento de cualquier enfermedad existente; provisión de recursos sociales y referencia o consulta con otros médicos especialistas (25).

La atención prenatal comprende todas las acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria que se llevan a cabo antes de la gestación, durante ésta y en el puerperio (26).

Sus principales objetivos son:

- Aumentar el nivel de salud de las gestantes y puérperas.
- Identificar los factores de riesgo
- Determinar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Disminuir la morbilidad materna y perinatal.
- Garantizar la atención sanitaria durante la gestación y el puerperio.
- Ofertar el diagnóstico prenatal.
- Detectar y tratar precozmente trastornos originados o agudizados durante la gestación.
- Identificar los embarazos de riesgo para realizar un control más exhaustivo.
- Educación materna.
- Información y apoyo en la lactancia materna.

2.2.4. La atención integral de salud materna

2.2.4.1. Atención preconcepcional / pregestacional

La atención es realizada por profesional calificado: médico gineco-obstetra, obstetra, médico cirujano, según nivel de complejidad; dentro de la atención integral materna, la

enfermera participa en inmunizaciones, visita domiciliaria y educación para el autocuidado de la salud (27).

La intervención es predominantemente en la mujer con vida sexual activa en la anamnesis también debe incluir a la pareja; se debe intervenir desde un año previo a la intención de embarazo, aunque mínimamente es aceptable 6 meses de intervención, antes del embarazo (27).

La atención incluye 2 consultas y la referencia a la especialidad correspondiente en caso se encuentre alguna patología; la primera atención es de detección del riesgo gestacional y la segunda de seguimiento o mantenimiento; de acuerdo al caso, se debe realizar la interconsulta o referencia correspondiente (27).

Incluye:

- Evaluación clínica del riesgo gestacional, nutricional, y exámenes auxiliares de laboratorio.
- Detección y evaluación temprana de riesgo de salud mental.
- Tamizaje de violencia familiar.
- Toma de Papanicolaou, previa orientación/consejería, examen de mamas y educación para el autoexamen.
- Solicitar evaluación y tratamiento odontológico.
- Revisar carné de vacunación e indicar que se complete según Esquema Nacional de Vacunación. Asimismo, indicar vacunación contra fiebre amarilla en zonas endémicas.
- Indicar suplemento de ácido fólico 1 mg al día, tres meses antes de la concepción.

- Realizar orientación/consejería en salud sexual y reproductiva, estilos de vida saludables y nutrición adecuada.
- Orientación/consejería a la pareja sobre su proyecto de paternidad y maternidad responsable.
- Revisión de los resultados de exámenes solicitados, elaborar el plan de trabajo a seguir según corresponda.

Evaluación del riesgo gestacional:

Historia clínica:

Factores sociodemográficos (27):

- Edad materna (inferior a 15 o superior a 35)
- Obesidad o delgadez extrema
- Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción
- Violencia de género
- Actividad física o laboral de riesgo
- Nivel socioeconómico bajo
- Exposición a teratógenos, farmacológicos o ambientales

Antecedentes reproductivos (27):

- Esterilidad previa
- Aborto o parto pre término a repetición
- Muerte perinatal
- Hijos con lesiones residuales o defectos congénitos

Antecedentes reproductivos (27):

- Esterilidad previa
- Aborto o parto pre término a repetición
- Muerte perinatal
- Hijos con lesiones residuales o defectos congénitos

Antecedentes médicos (27):

- Hipertensión arterial
- Enfermedad cardíaca o renal

- Endocrinopatías
- Epilepsias
- Enfermedad respiratoria crónica
- Enfermedades hematológicas o hepáticas

Evaluación nutricional

- Índice de masa corporal – IMC

Exploración física (27):

- Presión arterial
- Pulso
- Temperatura
- Examen cardiovascular
- Examen respiratorio
- Peso
- Talla

Exámenes de laboratorio (27):

- Hemoglobina/hematocrito
- Grupo y Factor Rh
- Orina completa
- Prueba rápida de sífilis
- Prueba rápida de VIH previa consejería
- Glucosa

2.2.4.2. Atención prenatal reenfocada

En todo establecimiento de salud según nivel de complejidad, se brindará la atención prenatal reenfocada que consiste en: vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal, para lograr una/un recién nacida/o sana/o, sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad (27).

La primera consulta de atención prenatal deberá tener una duración no menor de 40 minutos y en las consultas de seguimiento debe durar no menos de 25 minutos (27).

La atención prenatal reenfocada debe ser realizada por el profesional de la salud: médico Gineco-Obstetra o médico cirujano u obstetra, según el nivel de complejidad del establecimiento de salud; en ausencia de estos profesionales podrá ser asistido por la enfermera (27).

Toda complicación del embarazo detectada en cualquier momento de la atención de la gestante debe ser atendida por médico gineco-obstetra (27).

Brindar educación a la mujer gestante, su familia y la comunidad sobre cuidados durante la gestación, parto, puerperio (27).

Brindar educación sobre la identificación de signos de alarma durante la gestación, parto, puerperio (27).

En toda atención prenatal se debe llenar la Historia Clínica Materno Perinatal (27).

Brindar la atención prenatal reenfocada según esquema básico de la atención prenatal (27).

Realizar evaluación nutricional, orientación/consejería y suplementación con ácido fólico, calcio y hierro (27).

Elaborar el plan de parto para la atención institucional del parto con adecuación intercultural, de corresponder (27).

Detección y manejo temprano de complicaciones; realizar dosaje de proteinuria con tira reactiva o ácido sulfosalicílico (27).

Promover y preparar para la lactancia materna.

Facilitar la presencia de un acompañante durante la atención de preferencia la pareja (27).

En el primer nivel de atención la primera o segunda atención prenatal debe ser realizada por médico gineco-obstetra o médico cirujano, según el nivel de atención, a fin de realizar el examen físico completo, evaluar los resultados de laboratorio, identificar patologías o complicaciones asociadas, e iniciar manejo en los casos que requiera. En el segundo y tercer nivel de atención es realizada por el médico gineco-obstetra (27).

Las autoridades sanitarias correspondientes garantizarán la dotación del equipamiento completo para la atención prenatal, según nivel de atención (27).

2.2.4.3. Consultas en la atención prenatal reenfocada:

Aspectos específicos para la primera consulta:

Brindar información completa, veraz, clara y oportuna sobre la importancia de la atención prenatal y recibir información sobre las posibilidades de tener un producto con malformaciones congénitas, especialmente cuando existan antecedentes familiares o factores de riesgo (27).

- Es recomendable realizar el examen vaginal en la primera atención prenatal, esto incluye especuloscopia

para detección de vaginosis bacteriana, toma de muestra para Papanicolaou y valoración de pelvis. Puede posponerse hasta la siguiente consulta si es que la gestante no se encuentra preparada (27).

- Los análisis de laboratorio (hemoglobina, sífilis, VIH, glicemia basal y urocultivo o examen de orina completo) se deben de actualizar a partir de las 33 semanas y con un intervalo mínimo de 3 meses en relación a la primera muestra (27).
- Durante la atención se brindará información a la pareja o familiar que acompaña, sobre los cuidados necesarios que debe tener una mujer durante la gestación, parto y puerperio (27).
- En toda consulta se realizará la detección de síntomas y signos de alarma (27).

2.2.4.4. Procedimientos de la primera atención prenatal

Elaboración de la Historia Clínica Materno Perinatal:

- Anamnesis. Utilizan la Historia Clínica Materno Perinatal; precisar los datos de filiación, antecedentes familiares, antecedentes personales, antecedentes obstétricos, evaluar la edad gestacional e indagar sobre violencia y salud mental (27).
- Examen físico. Incluye funciones vitales y el examen de los diferentes órganos realizado por el medico (corazón, pulmones, abdomen, mamas, etc.) (27).
- Tomar funciones vitales: pulso (técnica de los 3 dedos), respiración, temperatura (el termómetro se debe lavar y guardar en su protector) y presión arterial (después

de 5 minutos de reposo, en posición sentada, tomar la presión arterial en el brazo derecho) (27).

- Tomar medidas antropométricas: peso (las balanzas deben ser calibradas diariamente con un peso estándar) y talla; valorar el estado nutricional: Graficar en las tablas de ganancia de peso CLAP/OPS del Carné y la Historia Clínica Materno Perinatal; Aplicar las tablas CLAP/OPS/OMS de peso/talla para la edad gestacional; si el gráfico denota riesgo nutricional, el seguimiento incluirá el uso de la tabla de índice de masa corporal (IMC) pregestacional del CENAN (27).
- Debido a que la mortalidad materna por causa de la enfermedad hipertensiva del embarazo es alta, el profesional de la salud responsable que atiende a la gestante o puerpera, debe valorar el edema y los reflejos osteotendinosos (27):

Valorar el edema:

0: No presenta edema

1+: Edema leve, fóvea perceptible sólo al tacto

2+: Edema evidente sólo en miembros inferiores

3+: Edema de miembros inferiores, superiores y cara

4+: Anasarca con ascitis

Evaluar reflejos Osteotendinosos:

0: Arreflexia o ausencia de reflejos

1+: Hiporreflexia

2+: Normal

3+: Hiperreflexia

4+: Presencia de clonus.

- Se consideran cifras hipertensivas, si: Presión arterial (PA) >140/90 o presión arterial media (PAM) >106, o presión arterial sistólica <140 y diastólica <90 mmHg, con un incremento de 30 mmHg en la cifra sistólica y de 15 mmHg en la diastólica, de los valores basales, o PAM <106 mmHg, con un aumento de 20 mmHg, en comparación a cifras basales (27).
- Si en los establecimientos que cumplen FONP se identifican signos de alarma referir a establecimientos que cumplen FONB o FONE (27).
- Consignar en la historia clínica materno perinatal todos y cada uno de los datos solicitados; en los casos de hospitalización en establecimientos FONE o FONI usar historia clínica según normatividad vigente (27).

Examen obstétrico completo:

- Valoración obstétrica según edad gestacional, determinar: altura uterina, número de fetos, latidos cardiacos fetales y movimientos fetales (27).
- Registrar el incremento de la altura uterina y graficar en la tabla CLAP/OPS; Utilizar la cinta métrica obstétrica para tomar la altura uterina a la gestante en posición de decúbito dorsal, semiflexión y apertura de miembros inferiores, juntando los talones (27).
- Valoración ginecológica: realizar examen en el momento oportuno, preferentemente desde la primera consulta, previa preparación de la gestante y explicación del procedimiento a realizar: examen de mamas y examen ginecológico, que incluye toma de muestra cérvico-uterino (Papanicolaou) (27).

Exámenes auxiliares basales

- Tamizaje de proteínas (albúmina) en orina a través de métodos cualitativos (prueba rápida en primera consulta: tira reactiva o prueba de reacción con ácido sulfosalicílico) (27).
- Hemoglobina (se evaluará según altitud sobre el nivel del mar de cada lugar), grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, pruebas rápidas para sífilis y VIH (para diagnóstico precoz y tratamiento oportuno) o RPR y ELISA, urocultivo, excepcionalmente examen completo de orina en establecimientos que no cuentan con microbiología (27).
- Ecografía obstétrica será solicitada antes de las 14 semanas para confirmar la edad gestacional, en gestantes mayores de 35 años solicitar evaluación del pliegue nucal entre las 10 y 14 semanas (27).
- Cuando sea necesario se solicitará otros exámenes de acuerdo a las necesidades:
 - Prueba de Coombs indirecto en gestantes con Rh negativo; si el resultado es negativo, se repetirá la prueba mensualmente hasta la semana 28; si la gestante no está sensibilizada se deberá administrar 250 mcg de inmunoglobulina anti-D entre las 28 y 32 semanas (27).
 - Luego del parto y confirmado el grupo sanguíneo de la/el recién nacida/o como Rh positivo y test de Coombs directo negativo se deberá aplicar a la madre 250 mcg de inmunoglobulina anti-D dentro las primeras 72 horas (27).
 - Prueba de glicemia en ayunas:

- Cifras mayores de 105 mg/dl: repetir en ayunas estricto (al menos 12 horas), derivar a médico especialista si continua la cifra mayor a 105 (27).
- Cifras menores de 105 mg/dl; realizar prueba de tolerancia a la glucosa, si tiene: antecedente familiar de diabetes, obesidad, abortos u óbitos fetales a repetición, malformaciones congénitas fetales, polihidramnios, macrosomía fetal (27).
- Urocultivo periódico: en pacientes con antecedentes de ITU o con leucocitos mayor de 10 por campo y/o nitritos positivos en el examen de orina (sedimento urinario y/o tira reactiva) (27).
- Prescripción de ácido fólico. Prescripción y entrega de ácido fólico (500 mcg) a toda gestante en la primera consulta durante el primer trimestre (hasta la semana 13) (27).
- Prescripción de ácido fólico y sulfato ferroso. Prescripción y entrega de ácido fólico (400 mcg) y sulfato ferroso (60 mg) a toda gestante a partir de las 14 semanas hasta el parto (27).
- Prescripción de calcio. Prescripción y entrega de calcio durante la gestación es de 2000 mg al día, a partir de las 20 semanas hasta el parto (27).
- Evaluación odontológica. De contar con odontólogo solicitar la evaluación; de no contar, referir al establecimiento más cercano o coordinar su atención con la red de servicios (27).
- Vacunación antitetánica y contra Influenza Estacional

La gestante no vacunada debe recibir su primera dosis de vacuna dt al término de la primera consulta y continuar según el Esquema Nacional de Vacunación;

Toda gestante debe recibir una dosis de vacuna contra la influenza a partir de las 20 semanas de gestación (27).

Información para la gestante en la primera consulta:

- Informar sobre los efectos nocivos y sus repercusiones en el feto por el consumo de tabaco, coca, alcohol y otras sustancias dañinas (27).
- Brindar información sobre dónde acudir en caso de presentar algún signo / síntoma de alarma: fiebre, sangrado, dolor abdominal, cefalea, convulsiones, mareos, tinnitus, escotomas, acúfenos, epigastralgia, anasarca, pérdida de líquido o cualquier otra emergencia (27).
- Solicitar a la gestante que registre fecha y hora de los primeros movimientos fetales presentes desde el segundo trimestre (27).
- Solicitar a la gestante que acuda a las siguientes consultas, de ser posible, acompañada por su pareja o un miembro de la familia o una persona de confianza para que la apoyen en el cuidado de su salud durante el embarazo, parto, puerperio Brindar información sobre sexo seguro, enfatizando el riesgo de adquirir ITS y/o VIH (27).
- Informar sobre los beneficios del Seguro Integral de Salud y Aseguramiento Universal (27).
- Programar la cita de la segunda atención prenatal con el médico para evaluar los resultados de exámenes de

laboratorio, dicha cita no deberá exceder los 15 días de la primera consulta, se registrará en el carné la fecha de la siguiente cita (27).

Mantener los registros completos (27)

- Revisar y completar los datos de la historia clínica materno perinatal;
- Completar el Carné Materno Perinatal y entregar a la gestante recomendando que lo lleve cada vez que acuda a un establecimiento de salud;
- Registrar la atención prenatal en el Libro de Registro de Seguimiento de la Gestante y Puérpera;
- Registrar la atención en el formato de registro del HIS.

Referencia en caso de complicación obstétrica (27):

- Comunicar la referencia al establecimiento de mayor nivel de complejidad, para que el equipo de salud se encuentre preparado para la recepción y atención inmediata;
- La referencia debe realizarse con el formato correspondiente;
- Los casos derivados a establecimientos que cumplen FONE o FONI deben ser recibidos por el médico gineco-obstetra.

2.2.4.5. Procedimientos en las atenciones prenatales posteriores

En todas las consultas siguientes (27):

- Interrogar por signos y síntomas de alarma asociados a la gestación y evaluación integral;

- Indagar sobre el cumplimiento de las indicaciones, exámenes auxiliares y de laboratorio;
- Controlar el aumento de peso materno, las funciones vitales (especialmente presión arterial), reflejos y presencia de edemas;
- Control del crecimiento fetal intrauterino mediante la vigilancia de la altura uterina;
- Realizar prueba de proteinuria con ácido sulfosalicílico o tira reactiva en toda gestante;
- Evaluar edad gestacional, auscultación de latidos fetales y detección de movimientos fetales (desde las 20 semanas);
- Interpretación de exámenes auxiliares;
- Indicar suplemento de hierro con ácido fólico a partir de las 14 semanas.

A partir de las 28 semanas (27):

- Determinar la situación, posición, presentación fetal y número de fetos;
- Control de latidos cardíacos fetales;
- Interrogar sobre la presencia de movimientos fetales;
- Realizar prueba de Gantt o rollover test (prueba de rodamiento) entre las 28 a 32 semanas, de la siguiente manera: Tomar la presión arterial en decúbito lateral izquierdo en el brazo derecho, después colocar a la gestante en decúbito supino y esperar 5 minutos para repetir la toma de presión arterial, si la presión diastólica aumenta en 20 mmHg o si la presión arterial media es mayor de 85 mmHg es prueba positiva; La prueba de Gantt o rollover test es un método clínico predictivo de hipertensión arterial inducida por

embarazo más fácil de realizar y que tiene un alto porcentaje de efectividad;

- Solicitar segundo examen de hemoglobina, glucosa, prueba rápida de sífilis y/o RPR, prueba de Elisa o prueba rápida para VIH y urocultivo a partir de 33 semanas de gestación, con un intervalo no menor a tres meses de los primeros exámenes de laboratorio;
- Los exámenes de detección de diabetes gestacional (glicemia en ayunas) se debe realizar en la semana 25 a 33.

A partir de las 35 semanas (27):

- Pelvimetría interna y valoración feto-pélvica especialmente en primigrávidas y gestantes de talla baja (1,40 m);
- Determinación del encajamiento fetal;
- Determinación de la presentación fetal;
- Reevaluación del estado general materno;
- Actualizar exámenes auxiliares, si corresponde;
- Solicitar pruebas de bienestar fetal o test no estresante según el caso;
- Indicar a la gestante que controle los movimientos fetales; Se enseña a la gestante a identificar los movimientos fetales palpando el abdomen y debe controlarse 4 veces al día, cada control por 30 minutos, al término del día debe tener más de 10 movimientos, si tiene 10 o menos movimientos fetales debe acudir de inmediato al establecimiento de salud para su evaluación;
- Referir a establecimiento que cumplen FONE, los casos para cesárea electiva a fin de ser programada oportunamente;

- Se debe referir a las gestantes que no han tenido su parto hasta cumplidas las 40 semanas, a los establecimientos que cumplen FONE informándoles previamente el motivo de la referencia;
- En caso de vivir en lugar alejado o inaccesible referir a la gestante a una casa de espera materna cercana a un establecimiento que cumple FONB o FONE para la atención del parto institucional;

Signos y síntomas de alarma

Su presencia obliga a referir inmediatamente al establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive, según el caso para su atención (27):

- Náuseas y vómitos incoercibles,
- Disuria,
- Fiebre/escalofríos,
- Sangrado vaginal,
- Desmayo o mareos,
- Convulsiones,
- Hinchazón de cara, manos y pies;
- Pérdida de líquido amniótico,
- Disminución o ausencia de movimientos fetales,
- Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación,
- Alteraciones psicoafectivas,
- Indicio o evidencia de ser víctima de violencia familiar,
- Complicaciones del embarazo,
- Patología obstétrica o enfermedades intercurrentes,
- Accidentes y traumatismos,
- Otras que determine el médico gineco-obstetra, obstetra, o médico de guardia.

Con el fin de cumplir con una atención prenatal reenfocada de calidad, toda gestante que llega al sexto control debe haber recibido el esquema básico de atención (27).

En zonas endémicas además se debe considerar (27):

- Tratamiento antiparasitario;
- Protección contra la Malaria, Dengue, Bartonelosis, Chagas, usando mosquiteros tratados con insecticidas y seguimiento con la toma de gota gruesa; verificar efectos de insecticidas sobre el feto;
- Inmunización contra fiebre amarilla después de las 26 semanas.

2.2.5. Características sociales

Un factor social es una vía de explicación multilateral de la complejidad de una realidad concreta o sistema social, el cual permite una visión parcial de la totalidad de la misma (28).

Los factores sociales en cualquier realidad específica se componen de las interacciones que las personas tienen en diferentes campos de la relación social, como la estructura social, la familia, la escuela, el país, la religión, la cultura, entre otras; pero también debido a la sociedad colectiva y personal; los actores se constituyen a través de la mediación de la realidad concreta, inciden en esta realidad concreta como un todo, en la misma medida que ella influye también en ellos (28).

2.2.5.1. Edad materna

El tiempo de vida de una persona desde su nacimiento; la edad también representa varias etapas de desarrollo físico y varias etapas de la vida humana, como la infancia, la adolescencia, la juventud, la madurez y la vejez (28).

La edad es una característica biodemográfica que se puede utilizar para identificar factores de riesgo a lo largo de los ciclos de vida de las personas. Para las mujeres, el tiempo conocido como edad fértil es particularmente importante; aunque es una situación fisiológica, es probable que una determinada edad de la madre influya en el embarazo y haga que las mujeres, los fetos o los recién nacidos se enfermen o mueran (28).

2.2.5.2. Educación materna

La educación materna es inversamente proporcional a la morbilidad y mortalidad materna perinatal. Algunos investigadores creen que esto puede deberse a que madres bien educadas postergan la maternidad o la edad de matrimonio, y también eligieron métodos para controlar el embarazo, por lo que esta variable está estrechamente relacionada con las actitudes y costumbres de las mujeres; Mosley mencionó que en los países subdesarrollados, la educación de los padres es tan importante como la de las madres, porque un padre bien educado es el padre que finalmente decide el tratamiento médico adecuado o el cuidado de los niños (29).

2.2.5.3. Estado civil

Estado de una persona según la oficina de registro civil dependiendo si tiene pareja o no y de su situación legal al respecto; por otra parte estos estados o circunstancias personales determinan los derechos y obligaciones de las personas (30).

El estado civil es esencialmente un atributo del hombre, una cualidad que posee que le permite ser diferente y distinguirse

legalmente de los demás; en el Perú se distingue 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente) (31):

Soltero (a): Es la persona que no tiene unión legal con otra persona;

Casado (a): Persona que legalmente está unida a otra persona atribuyéndoseles derechos y obligaciones de la otra (31).

Conviviente: es la persona que legalmente no está unida, pero que desarrolla una vida de convivencia con otra atribuyéndosele algunas obligaciones y responsabilidades (31).

Divorciado (a): Es la persona que legalmente por trámite judicial culmina el matrimonio, pudiendo desarrollar de forma libre acciones personales y/o familiares (32).

Viudo (a): Es la persona que ha perdido a su cónyuge por fallecimiento; si es un varón se le llama viudo, y si es mujer, viuda.

2.2.6. Situación socio demográfica de la gestante en el Perú

La salud materna resulta de la interacción variada de múltiples condiciones no solo de tipo biológico sino también de acceso a los servicios de salud, factores sociales, económicos y educativos que contribuyen a la aparición de complicaciones que podrían ser evitadas; de igual modo, contribuye el desarrollo de tamizajes de detección oportuna como VIH y sífilis en la gestación (33).

Las desigualdades sociales están relacionadas con la salud, a medida que descende el nivel socioeconómico los indicadores de salud muestran peores resultados en la mortalidad, la utilización de servicios preventivos, y el acceso a servicios sanitarios; así mismo, el embarazo es una condición que no solo limita laboralmente las oportunidades en

el entorno organizacional; sino que también, las mujeres se enfrentan al reto de conciliar los roles maternal y profesional conllevando a la afectación del estado psicosocial; y puede ser nocivo para la salud y la seguridad de las gestantes; por otro lado, la maternidad entendida como producto sociocultural ha ido modificándose en las últimas décadas, la mayor autonomía económica, la anticoncepción, el valor del tiempo libre y la mayor formación educativa, entre otros factores, hacen que la maternidad ya no represente un fin para las mujeres, sino una posibilidad más entre otras en la planificación de su vida; estas modificaciones del perfil sociocultural influyen en las diversas formas de actuar de las mujeres entorno a la maternidad, en la cual también influyen aspectos relacionados a su edad y condiciones de vida (33).

En la región de la Costa el embarazo adolescente representa el 13% y el embarazo en añosas el 15,3%; en la región de la Sierra el embarazo adolescente representa el 14,7% y el embarazo en añosas el 16,9%; mientras que, en la región de la Selva el embarazo adolescente fue del 17,1% y el embarazo en añosas del 13,4% (33).

El lugar de residencia de gestantes en la Costa es con mayor frecuencia urbano (90,2%), seguido de rural (9,8%); en la Sierra es rural (55,7%) seguido de urbano (44,3%); mientras que en la selva es urbano (53,5%) seguido de rural (46,5%); las gestantes de la región Sierra y Selva se encontraron con mayor frecuencia en quintiles inferiores de riqueza; mientras que, en la Costa varió encontrándose principalmente gestantes en el quintil intermedio (28,5%), seguido del segundo quintil (24,6%) y en menor frecuencia en el quintil inferior (6,5%); según nivel de educación las gestantes con estudios primarios se encontraron principalmente en la región de la Selva 32,5%, seguido de la Sierra 26,6% y la Costa con el 10,6% (33).

Las mujeres gestantes refirieron principalmente que no tenían la preferencia de quedar embarazadas en ese momento actual, siendo con

mayor frecuencia en la región de la Costa 62,4%, seguida de la Sierra 62,1% y en la Selva el 59,4%; el embarazo adolescente es más frecuente entre embarazadas de la región Selva en comparación con la región de la Costa ($p<0,05$), sin embargo no existen diferencias significativas entre la frecuencia de embarazo adolescente entre la región de la Selva y la Sierra ($p>0,05$), El lugar de residencia rural de las embarazadas en la región Sierra es más frecuente en comparación que en la Costa y en la Selva ($p<0,05$), El quintil inferior de riqueza es más frecuente en gestantes de la Sierra y la selva en comparación con las gestantes de la región Costa de forma significativa ($p<0,05$), El nivel de educación primaria fue más frecuente significativamente en la Selva en comparación con la Costa y la Sierra ($p<0,05$) (33).

En la Costa la tendencia anual del embarazo adolescente varía, presentando una disminución del 16% al 12,7%, en la Sierra varía del 15,3% al 13,7%; sin embargo en la región de la Selva se evidencio un incremento del embarazo adolescente entre las gestantes de esta región, variando entre el 16% al 19%; se evidenció una relación múltiple entre gestantes que procede de la Costa, tener una edad de 20 a 34 años y haber preferido estar embarazadas en ese momento actual, así como entre tener estudios de solo secundaria y pertenecer a un quintil intermedio de riqueza; mientras que, las gestantes que presentaron educación superior se encontraban en el cuarto quintil de riqueza, Por otro lado, las gestantes que procedían de la Selva o la Sierra se relacionaron a tener estudios de solo primaria y pertenecer al quintil inferior de riqueza, Las gestantes adolescentes que en ese momento no querían estar embarazadas estuvo asociado a las que procedían de la región Costa en comparación de la región Sierra y Selva (33).

2.3. Definición de términos

Embarazo o gestación. Es el proceso fisiológico en el que un feto se desarrolla dentro del cuerpo de la madre (22).

Gestante. Estado de embarazo o gestación en la mujer; este estado fisiológico de la mujer se inicia con la fecundación y termina con el parto (22).

Edad gestacional. Es el tiempo de duración de la gestación; se mide a partir del primer día del último periodo menstrual normal y el momento en que se realiza el cálculo. La edad gestacional se expresa en días o semanas completas (22).

Características. Una característica es una cualidad que permite identificar a algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes; puede tratarse de cuestiones vinculadas al aspecto social, médico, personal biológico, económico, físico entre otros (28).

Atención en Salud. Es el conjunto de procesos o asistencia sanitaria a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población (27).

Atención prenatal. es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica (23).

Atención prenatal reenfocada. Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones; con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos (27).

Inicio tardío de la atención prenatal. Primera atención prenatal reenfocada que recibe la gestante a partir de las 14 semanas de embarazo o después.

2.4. Identificación de variables

Variable: Características de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal.

Dimensión 1: Características sociales

Grupo de edad de la gestante

Nivel de Instrucción de la gestante

Estado civil de la gestante

Tipo de ocupación que realiza la gestante

Lugar de procedencia de la gestante

Apoyo económico que recibe la gestante

Ingreso económico familiar

Dimensión 2: Características personales

Relación que tiene con su pareja

Situación que impidió asistir a su primera atención prenatal

Motivo del aplazamiento de la primera atención prenatal

Antecedente de haber sido víctima de violencia

Percepción de la importancia de la atención prenatal

La familia se preocupa por la salud gestante

La pareja muestra interés para acompañar a la gestante a su primera atención prenatal

Gestantes que no viven con su pareja

Apoyo y afecto por parte de su pareja en el embarazo

Dimensión 3: Características de los servicios de salud

Usuarías del Seguro Integral de Salud (SIS)

Conformidad con el trámite para sacar citas para su atención prenatal

Tiempo de espera adecuado en su primera atención prenatal.

Conformidad en la atención prenatal por personal de salud de sexo masculino

Trato en el establecimiento de salud

Percepción de los servicios para la atención prenatal en cuanto a los equipos, materiales y el ambiente del consultorio de Obstetricia.

Adecuada cantidad de cupos para la atención prenatal

Dificultad de acceso para llegar al establecimiento de salud

2.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Características de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal.	Son rasgos o singularidades de naturaleza social, personal, entre otros que se presentan en la atención sanitaria y que caracteriza a alguien o a un grupo de personas; son varios los elementos que sirven para describir las distintas realidades.	Cuestionario aplicado a las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal, atendidas en el centro de salud san Cristóbal.	Características sociales	Grupo de edad de la gestante	¿Cuántos años tiene actualmente?	De 15 a 25 años (1) De 26 a 44 años (2)
				Nivel de Instrucción de la gestante	¿Cuál es su nivel de Instrucción?	Sin instrucción (1)
						Inicial (2)
						Primaria (3)
						Secundaria (4)
						Superior (5)
				Estado civil de la gestante	¿Cuál es su estado civil?	Soltera (1)
						Conviviente (2)
						Casada (3)
						Viuda (4)
						Divorciada (5)
				Tipo de ocupación que realiza la gestante	¿Cuál es tu ocupación?	Nominal
				Lugar de procedencia de la gestante	¿Cuál es tu lugar de procedencia?	Urbano (1) Rural (2)
				Apoyo económico que recibe la gestante	¿Quién te apoya económicamente?	Nominal
				Ingreso económico familiar	¿Cuál es tu ingreso económico familiar?	Menor a 750 soles (1) De 750 a 1000 soles (2) De 1001 a 2000 soles (3) De 2001 a 3000 soles (4) Más de 3000 soles (5)
			Características personales	Relación que tiene con su pareja	¿Cómo es la relación con tu pareja?	Nominal
				Situación que impidió asistir a su primera atención prenatal	¿Por qué no fuiste a tu atención prenatal?	Nominal
				Motivo del aplazamiento de la primera atención prenatal	¿Por qué demoraste en ir a tu primera atención prenatal?	Nominal
				Antecedente de haber sido víctima de violencia	¿Fui víctima de violencia?	Si (1) No (2)
				Percepción de la importancia de la atención prenatal	¿Para usted es importante la atención prenatal?	Si (1) No (2)
				La familia se preocupa por la salud gestante	¿Su familia se preocupa por su salud?	Si (1) No (2)
				La pareja muestra interés para acompañar a la gestante a su primera atención prenatal	¿Su pareja mostró interés en acompañarla a su primera atención prenatal?	Si (1) No (2)
				Gestantes que no viven con su pareja	¿Usted actualmente vive con su pareja?	Si (1) No (2)
				Apoyo y afecto por parte de su pareja en el embarazo	¿Usted recibe apoyo y afecto por parte de su pareja?	Si (1) No (2)
			Características de los servicios de salud	Usuaris del Seguro Integral de Salud (SIS)	¿Usted es usuaria del SIS?	Si (1) No (2)
				Conformidad con el trámite para sacar citas para su atención prenatal	¿Usted está conforme con los trámites para sacar citas, para su atención prenatal?	Si (1) No (2)
				Tiempo de espera adecuado en su primera atención prenatal.	¿El tiempo de espera fue adecuado en su primera atención prenatal?	Si (1) No (2)
				Conformidad en la atención prenatal por personal de salud de sexo masculino	¿Qué siente cuando un Varón le brinda la atención prenatal?	Nominal
				Trato en el establecimiento de salud	¿El trato es adecuado en el centro de salud?	Si (1) No (2)
				Percepción de los servicios para la atención prenatal en cuanto a los equipos, materiales y el ambiente del consultorio de obstetricia.	¿Le parece adecuada la atención prenatal en cuanto a los equipos, materiales y el ambiente del consultorio de obstetricia?	Si (1) No (2)
				Adecuada cantidad de cupos para la atención prenatal	¿De su experiencia, faltan cupos para la atención?	Si (1) No (2)
				Dificultad de acceso para llegar al establecimiento de salud	¿Tiene dificultades de acceso para llegar al centro de salud?	Si (1) No (2)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

El estudio fue una investigación transversal, observacional, descriptiva; transversal porque todas las mediciones se hicieron en una sola ocasión, por lo que no existió períodos de seguimiento, observacional porque no existió intervención del investigador, descriptivo porque sus datos fueron utilizados con la finalidad de describir la variable y analizarla (34-36).

3.2. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986); Su propósito fue describir el comportamiento de la variable; caracterizar a las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal (34, 37-39).

3.3. Métodos de investigación

3.3.1. Método general.

Se utilizó el método inductivo. Según Pimienta es este método permite obtener conclusiones generales a partir de premisas específicas; se trata del método científico más usado, en este método se distinguen cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización y la contrastación; es un método científico que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general (40).

3.3.2. Método Básico

Se utilizó el método descriptivo porque se describió las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación (40).

3.4. Diseño de investigación

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea; Este estudio corresponde a un diseño descriptivo simple. Debido a que estudiamos la realidad de los hechos, su característica básica es explicar el fenómeno correctamente (36, 38, 39).

Donde:

M O

M: Gestantes con inicio tardío de la atención prenatal, atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica de julio a diciembre 2019.

O: Características de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal.

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

Fueron todas las gestantes con inicio tardío en la atención prenatal, atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica de julio a diciembre 2019; que según registros estadísticos fueron un total de 41 gestantes.

Según Hernández una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (36, 38, 41, 42).

3.5.2. Muestra:

El estudio fue censal (36, 38, 41, 42).

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue la **encuesta**; esta técnica utilizó un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recogió y analizó una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretendió explorar y describir una serie de características (43).

El instrumento fue el **cuestionario** conteniendo la variable, dimensiones e indicadores a estudiar; el cual fue elaborado en base al planteamiento del problema, propósito y objetivos de estudio. Los datos recogidos fueron ordenados, codificados e ingresados a una tabla en Excel y luego para el análisis fue transportada al software SPSS 17, paquete estadístico que posibilita en análisis de datos de investigaciones con enfoque cuantitativo.

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Primero se realizó un ordenamiento de los datos de los cuestionarios aplicados a las gestantes, luego se codificaron y clasificaron; según el objetivo del estudio. Se elaboró una matriz de datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2013; esto se realizó por el fácil uso y familiaridad con el aplicativo ofimático.

Para el análisis estadístico, la base de datos de Excel se importó al programa estadístico de Windows SPSS versión 17. El análisis estadístico realizado fue descriptivo, obteniendo frecuencia absolutas y relativas; de la variable y sus indicadores.

El ingreso de datos fue realizado por personal con experiencia en el procesamiento de hojas de cálculo en Excel y software SPSS. Los datos se presentan en una tabla de medidas absolutas y relativas.

CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. Presentación e interpretación de datos

En el presente estudio, se realizó una caracterización de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica de julio a diciembre del 2019.

Tabla 1. Características sociales de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica de julio a diciembre del 2019.

Características sociales de la gestante	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Grupo de Edad			
De 15 a 25 años	28	68.3%	68.3%
De 26 a 44 años	13	31.7%	100.0%
Estado civil			
Conviviente	22	53.7%	53.7%
Soltera	15	36.6%	90.2%
Casada	4	9.8%	100.0%
Nivel de instrucción			
Primaria	5	12.2%	12.2%
Secundaria	13	31.7%	43.9%
Superior	23	56.1%	100.0%
Ocupación			
Ama de casa	23	56.1%	56.1%
Estudiante	14	34.1%	90.2%
Asesora de ventas	1	2.4%	92.7%
Ayudante de panadería	1	2.4%	95.1%
Docente	1	2.4%	97.6%
Enfermera	1	2.4%	100.0%
Procedencia			
Urbano	38	92.7%	92.7%
Rural	3	7.3%	100.0%
Apoyo económico			
Su pareja	23	56.1%	56.1%
Sus padres	18	43.9%	100.0%
Ingreso económico familiar			
Menor a 750 soles	9	22.0%	22.0%
De 750 a 1000 soles	19	46.3%	68.3%
De 1001 a 2000 soles	13	31.7%	100.0%

Fuente: Cuestionario sobre la caracterización de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019.

Tabla 1. Del total de gestantes con inicio tardío en la atención prenatal atendidas en el centro de salud san Cristóbal.

El 68.3% (28) tuvieron de 15 a 25 años y el 31.7% (13) de 26 a 44 años. El 53.7% (22) fueron convivientes, el 36.6% (15) fueron solteras y el 9.8% (4) fueron casadas. El 12.2% (5) tuvieron educación primaria, el 31.7% (13) tuvieron educación secundaria y el 56.1% (23) tuvieron educación superior.

El 56.1% (23) fueron amas de casa, el 34.1% (14) fueron estudiantes y en una proporción de 2.4% (1) cada una, fueron asesora de ventas, ayudante de panadería, docente y enfermera respectivamente.

El 92.7% (38) procedieron de zona urbana y el 7.3% (3) de zona rural. El 56.1% (23) tuvieron apoyo económico de su pareja y el 43.9% (18) tuvieron apoyo económico de sus padres.

El 22% (9) tuvieron un ingreso económico familiar menor a 750 soles, el 46.3% (19) tuvieron un ingreso económico familiar de 750 a 1000 soles y el 31.7% (13) tuvieron un ingreso económico familiar de 1001 a 2000 soles.

Tabla 2. Características personales de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica de julio a diciembre del 2019.

Características personales de las gestantes	Frecuencia	Porcentaje
Relación inapropiada con su pareja	24	58.5%
Parejas que no mostraron interés para acompañar a la gestante a su primera atención prenatal	24	58.5%
No asistió a su atención prenatal por temor y/o vergüenza	23	56.1%
Aplazamiento de la primera atención prenatal por problemas	23	56.1%
Antecedente de haber sido víctima de violencia	22	53.7%
Considera que la atención prenatal no es importante	21	51.2%
La familia no se preocupa por la salud gestante	20	48.8%
Gestantes que no viven con su pareja	15	36.6%
Falta de apoyo y afecto por parte de su pareja en el embarazo	14	34.1%

Fuente: Cuestionario sobre la caracterización de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019.

Tabla 2. Del total de gestantes con inicio tardío en la atención prenatal atendidas en el centro de salud san Cristóbal.

El 58.5% (24) tuvieron una relación inapropiada con su pareja, el 58.5% (24) de sus parejas no mostraron interés para acompañar a la gestante a su primera atención prenatal, el 56.1% (23) no asistieron a su atención prenatal por temor y/o vergüenza, el 56.1% (23) aplazaron su primera atención prenatal por problemas, el 53.7% (22) tuvieron antecedentes de violencia, el 51.2% (21) consideraron que la atención prenatal no es importante, el 48.8% (20) consideraron que su familia no se preocupa por su salud, el 36.6% (15) de las gestantes no vive con su pareja y el 34.1% (14) considero que le falta apoyo y afecto por parte de su pareja en el embarazo.

Tabla 3. Características de los servicios de salud en la atención a las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica de julio a diciembre del 2019.

Características de los servicios de salud en la atención a la gestante	Frecuencia	Porcentaje
Gestantes usuarias del Seguro Integral de Salud (SIS)	41	100.0%
Inconformidad con el trámite para sacar citas para su atención prenatal	25	61.0%
Tiempo de espera inadecuado en su primera atención prenatal.	22	53.7%
Incomodidad en la atención prenatal por personal de salud de sexo masculino	21	51.2%
Trato inadecuado en el establecimiento de salud	11	26.8%
Percepción de servicios inadecuados para la atención prenatal en cuanto a los equipos, materiales y el ambiente del consultorio de Obstetricia.	6	14.6%
Falta de cupos para la atención prenatal	4	9.8%
Dificultades de acceso para llegar al establecimiento de salud	3	7.3%

Fuente: Cuestionario sobre la caracterización de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019.

Tabla 3. Del total de gestantes con inicio tardío en la atención prenatal atendidas en el centro de salud san Cristóbal.

El 100% (41) fueron usuarias del seguro integral de salud, el 61% (25) no estuvieron conformes con el trámite para sacar citas para su atención prenatal, el 53.7% (22) consideraron que el tiempo de espera es inadecuado en su primera atención prenatal, el 51.2% (21) muestra incomodidad en la atención prenatal por personal de salud de sexo masculino, el 26.8% (11) considero que el trato es inadecuado en el establecimiento de salud, el 14.6% (6) percibió que los servicios de salud son inadecuados para la atención prenatal en cuanto a los equipos, materiales y el ambiente del consultorio de Obstetricia, el 9.8% (4) mencionaron que faltan cupos para la atención prenatal y el 7.3% (3) tuvieron dificultades de acceso para llegar al establecimiento de salud.

4.2. Discusión de resultados

El 68.3% (28) tuvieron de 15 a 25 años y el 31.7% (13) de 26 a 44 años. El 53.7% (22) fueron convivientes, el 36.6% (15) fueron solteras y el 9.8% (4) fueron casadas. El 12.2% (5) tuvieron educación primaria, el 31.7% (13) tuvieron educación secundaria y el 56.1% (23) tuvieron educación superior. El 56.1% (23) fueron amas de casa, el 34.1% (14) fueron estudiantes y en una proporción de 2.4% (1) cada una, fueron asesora de ventas, ayudante de panadería, docente y enfermera respectivamente. El 92.7% (38) procedieron de zona urbana y el 7.3% (3) de zona rural. El 56.1% (23) tuvieron apoyo económico de su pareja y el 43.9% (18) tuvieron apoyo económico de sus padres.

Estos resultados fueron similares a lo hallado por Cáceres *et al* (6), Choquehuanca (16), Reyes y Siccós (17) quienes también encontraron proporciones similares en estos ítems, en el grupo de gestantes con inicio tardío en la atención prenatal; por lo cual podemos decir que las gestantes con inicio tardío comúnmente se caracterizan por ser mujeres jóvenes, convivientes, amas de casa, con educación superior, de procedencia urbana y con apoyo económico de su pareja.

El 22% (9) tuvieron un ingreso económico familiar menor a 750 soles, el 46.3% (19) tuvieron un ingreso económico familiar de 750 a 1000 soles y el 31.7% (13) tuvieron un ingreso económico familiar de 1001 a 2000 soles; estos resultados fueron similares a lo hallado por Cáceres *et al* (6), quienes también encontraron que el estrato bajo se relaciona con el inicio tardío de la atención prenatal. Sobre estos resultados podemos mencionar que ingreso económico bajo es una característica de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal.

El 58.5% (24) tuvieron una relación inapropiada con su pareja, el 58.5% (24) de sus parejas no mostraron interés para acompañar a la gestante a su primera atención prenatal. El 56.1% (23) no asistieron a su atención prenatal por temor

y/o vergüenza, el 56.1% (23) aplazaron su primera atención prenatal por problemas; estos resultados también fueron encontrados por Juárez *et al* (5), Cáceres *et al* (6); Choquehuanca (16), Reyes y Siccos (17), pero en menor proporción en las mujeres que no iniciaron su atención prenatal de manera oportuna; así mismo en el estudio se encontró que las gestantes con inicio tardío en su atención prenatal tuvieron antecedentes de violencia en un 53.7% (22), consideraron que la atención prenatal no es importante en un 51.2% (21), consideraron que su familia no se preocupa por su salud en un 48.8% (20), no vive con su pareja en un 36.6% (15) y les faltó apoyo y afecto por parte de su pareja en el embarazo en un 34.1% (14). En relación al poco apoyo de la pareja, poca importancia a la atención prenatal, los resultados fueron similares a lo hallado por Rodríguez (15). De estos resultados contrastados con otros investigadores podemos decir que los problemas personales, la actitud de la gestante y su relación con su pareja son los que caracterizan a las gestantes con inicio tardío en la atención prenatal.

El 100% (41) fueron usuarias del seguro integral de salud, el 61% (25) no estuvieron conformes con el trámite para sacar citas para su atención prenatal, el 53.7% (22) consideraron que el tiempo de espera es inadecuado en su primera atención prenatal, el 51.2% (21) muestra incomodidad en la atención prenatal por personal de salud de sexo masculino, el 26.8% (11) considero que el trato es inadecuado en el establecimiento de salud, el 14.6% (6) percibió que los servicios de salud son inadecuados para la atención prenatal en cuanto a los equipos, materiales y el ambiente del consultorio de Obstetricia, el 9.8% (4) mencionaron que faltan cupos para la atención prenatal y el 7.3% (3) tuvieron dificultades de acceso para llegar al establecimiento de salud. Estos resultados fueron similares a lo hallado por Alfaro y Campos (8), quienes también encontraron que la cobertura de atención prenatal disminuye por falta de cumplimiento de los criterios de calidad. De estos resultados podemos decir que las limitaciones o dificultades en la calidad de atención en los servicios es una característica que esta presente en las gestantes con inicio tardío en la atención prenatal.

En referencia al seguro integral de salud, los resultados difieren de lo hallado por Rivera *et al* (14), quienes encontraron que tener seguro de salud se asocia a una atención prenatal oportuna. Por lo que se puede decir que a pesar que el 100% de las gestantes tengan seguro de salud esto no influyo en tener una atención prenatal oportuna.

En cuanto a la accesibilidad los resultados concuerdan con lo hallado por Juárez *et al* (5); aunque estos investigadores encontraron una mayor proporción de gestantes que no asistieron a su atención prenatal por dificultades de acceso geográfico entre otros.

Conclusiones

- 1 Las gestantes con inicio tardío en su atención prenatal se caracterizan por ser mujeres jóvenes, convivientes, amas de casa, con educación superior, de procedencia urbana y con apoyo económico de su pareja.
- 2 El ingreso económico familiar bajo fue una de las características de las gestantes con inicio tardío en la atención prenatal.
- 3 Los problemas personales, la actitud de la gestante y su relación con su pareja son los aspectos más característicos de las gestantes con inicio tardío en su atención prenatal.
- 4 En lo relacionado al establecimiento de salud, las limitaciones o dificultades en la calidad de atención en los servicios es una característica que esta presente en las gestantes con inicio tardío en la atención prenatal.
- 5 En referencia al seguro integral de salud, el que todas las gestantes estén aseguradas no garantiza que tengan una atención prenatal oportuna y de calidad.
- 6 En cuanto a la accesibilidad, las dificultades de acceso geográfico entre otros siguen siendo una limitación para una atención prenatal oportuna.

Recomendaciones

Al gobierno regional de Huancavelica.

Es muy importante desarrollar políticas públicas relacionadas a las determinantes sociales de la salud, con enfoque intercultural y equidad de género; que permitan un mejor acceso a los servicios de salud con adecuación intercultural; así mismo que permitan un mejor acceso a los servicios educativos, educación sanitaria, consejería y soporte familiar y social a fin de disminuir la violencia familiar.

Impulsar políticas económicas que contribuyan a mejorar el ingreso económico familiar.

Al sector salud.

Conociendo las características sociales y personales de las gestantes se pueden desarrollar nuevas estrategias sanitarias que permitan la captación temprana y oportuna antes de las 14 semanas de embarazo; así mismo tomando en cuenta la interculturalidad en salud desarrollar las visitas domiciliarias integrales para un seguimiento adecuado y educación sanitaria familiar con involucramiento de la misma.

En los procesos de consejería y atención a la gestante se le debe brindar atención psicológica para que pueda adecuarse a la nueva situación de vida.

Basados en el análisis de la práctica diaria y mejora continua; se debe capacitar y fortalecer las competencias del personal de salud para mejorar la calidad de atención con enfoque intercultural.

Referencias bibliográficas

1. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A, et al. Global, Regional, and National Levels and Trends in Maternal Mortality Between 1990 and 2015, With Scenario-based Projections to 2030. *Obstetric Anesthesia Digest*. 2016;36(4).
2. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*. 2014;2(6):e323-e33.
3. Organización Mundial de la Salud. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. Centro de prensa. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 [updated 07 de noviembre del 2016; cited 28 de diciembre 2019]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who#:~:text=Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20atenci%C3%B3n%20prenatal&text=Una%20atenci%C3%B3n%20prenatal%20con%20un,un%20m%C3%ADnimo%20de%20cuatro%20visitas>.
4. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018 [cited 2019 enero 03]. Available from: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>.
5. Juárez-Ramírez C, Villalobos A, Saucedo-Valenzuela AL, Nigenda G. Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. *Gac Sanit*. 2019(1557):7.
6. Cáceres Manrique FdM, Ruiz Rodríguez M. Prevalencia de inicio tardío de la atención prenatal. Asociación con el nivel socioeconómico de la gestante. Estudio de corte transversal. Bucaramanga, Colombia, 2014-2015. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2018;69(1):22-31.
7. Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, José González M, Sanhueza G. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. *Salud Pública de México*. 2013;55(6):572.

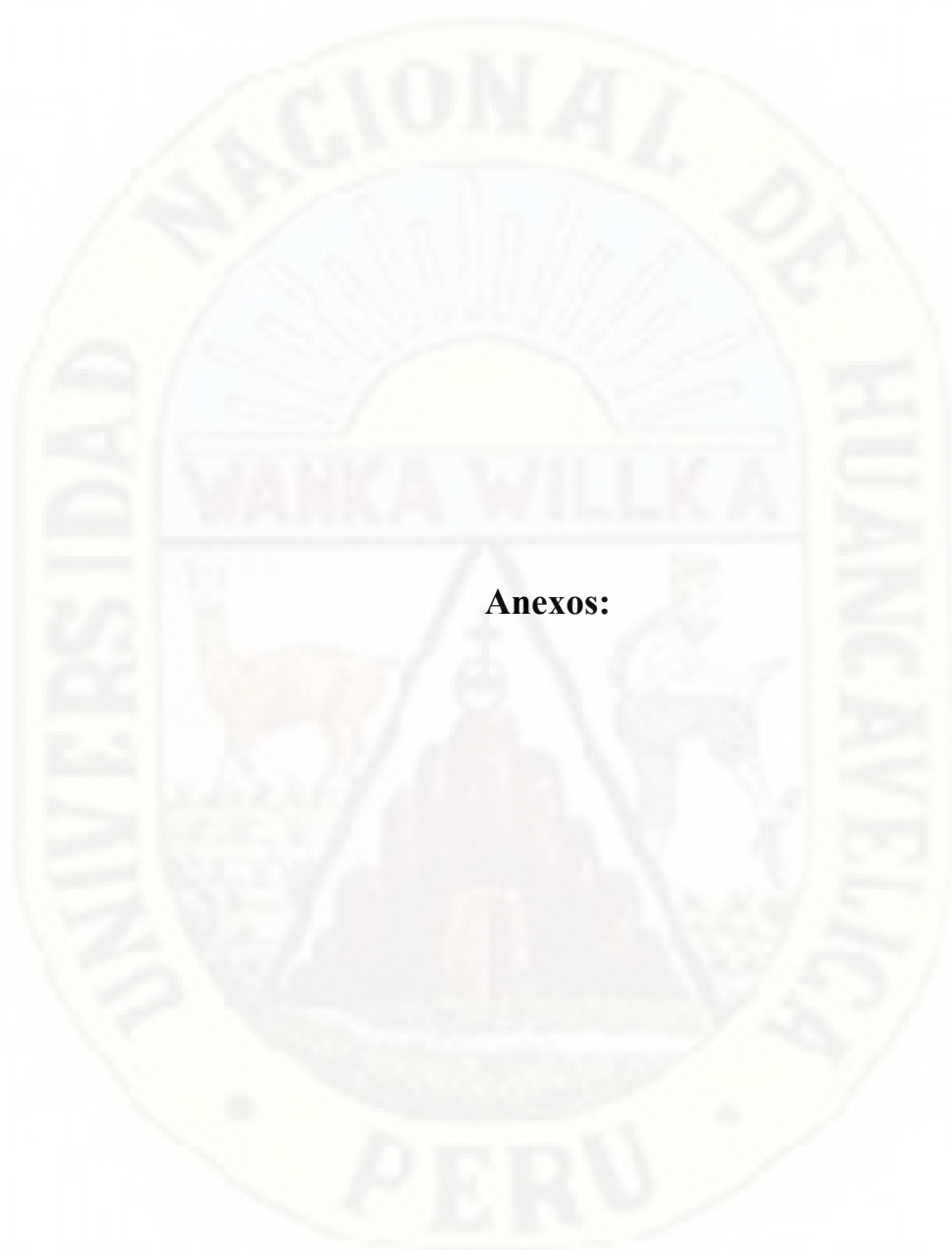
8. Alfaro Vargas N, Campos Vargas G. Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital San Vicente de Paúl. *Enfermería Actual en Costa Rica*. 2014(26):1-19.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre 2019. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima - Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Agosto; 2019.
10. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Bendezu-Quispe G. Factores asociados a la calidad de la atención prenatal en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2019;36:178-87.
11. Alva R. Sobre la Educación en el Control Prenatal en el Perú. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*. 2018;3(2):8-9.
12. Ronsmans C, Filippi V. Beyond the numbers. Reviewing Maternal Deaths and Complications to Make Pregnancy Safer. Geneva: World Health Organization. 2004.
13. Tena Alavez G. *Ginecología y Obstetricia*. México: Editorial Alfil; 2014. 680 p.
14. Rivera Felix LM, Burgos López NH, Gomez Diaz JZ, Moquillaza Alcántara VH. Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2018;79(2):131-7.
15. Rodríguez Bendejú JL. Factores de riesgo asociados al abandono de controles prenatales en gestantes del Hospital Ventanilla en el periodo junio - octubre 2017. [Tesis de titulación]. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Manuel Huaman Guerrero; 2018.
16. Choquehuanca Mamani JA. Factores asociados al inicio tardío del control prenatal de gestantes que acuden al consultorio externo de obstetricia del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo Azángaro Puno, junio a agosto del 2016. [Tesis de titulación]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Facultad de Obstetricia y Puericultura; 2017.
17. Reyes Guardapuclla A, Siccos Quispe T. Razones del inicio tardío de la atención pre natal en gestantes atendidas en el centro de salud Chinchero Cusco 2016. [Tesis de titulación]. Cusco: Universidad Andina del Cusco, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017.

18. García López E, Valls Pérez B, Berekoetxea Robador M, Bailón Muñoz E. Actualización del diagnóstico prenatal. FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2018;25(3):159-63.
19. Acién Álvarez P. Tratado de obstetricia y ginecología. 2da ed. Alicante: Mohillo; 2001.
20. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Asistencia prenatal al embarazo normal. Recomendaciones de la SEGO. Madrid: SEGO; 2002.
21. Martínez-Galiano JM. Factores que afectan la atención prenatal. Nursing. 2010;28(9):62-5.
22. Bernstein HB, VanBuren G. Embarazo normal y cuidados prenatales. In: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS, editors. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 11 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores; 2014. p. 141-2.
23. Navarro Pérez CF, González Jiménez E, Schmidt RioValle J, Meneses Echávez JF, Martínez Torres J, Ramírez Vélez R. Factores sociodemográficos y seguimiento prenatal asociados a la mortalidad perinatal en gestantes de Colombia. Nutrición Hospitalaria. 2015;32(3):1091-8.
24. González Merlo J, Laílla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. Obstetricia. 6 ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. 752 p.
25. Hacker NF, Gambone J, Hobel CJ. Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore. 5 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2011.
26. Pellicer Martínez A, Hidalgo Mora JJ, Perales Marín A, Díaz García C. Obstetricia y ginecología: guía de actuación. Madrid: Médica Panamericana; 2014. 759 p.
27. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. NTS N° 105 - MINSA/DGSP.V.01. R.M. N° 827-2013/MINSA, R.M. N° 159-2014/MINSA. Lima - Perú: Ministerio de Salud; 2014.
28. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago. 2015(128):336-50.
29. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.

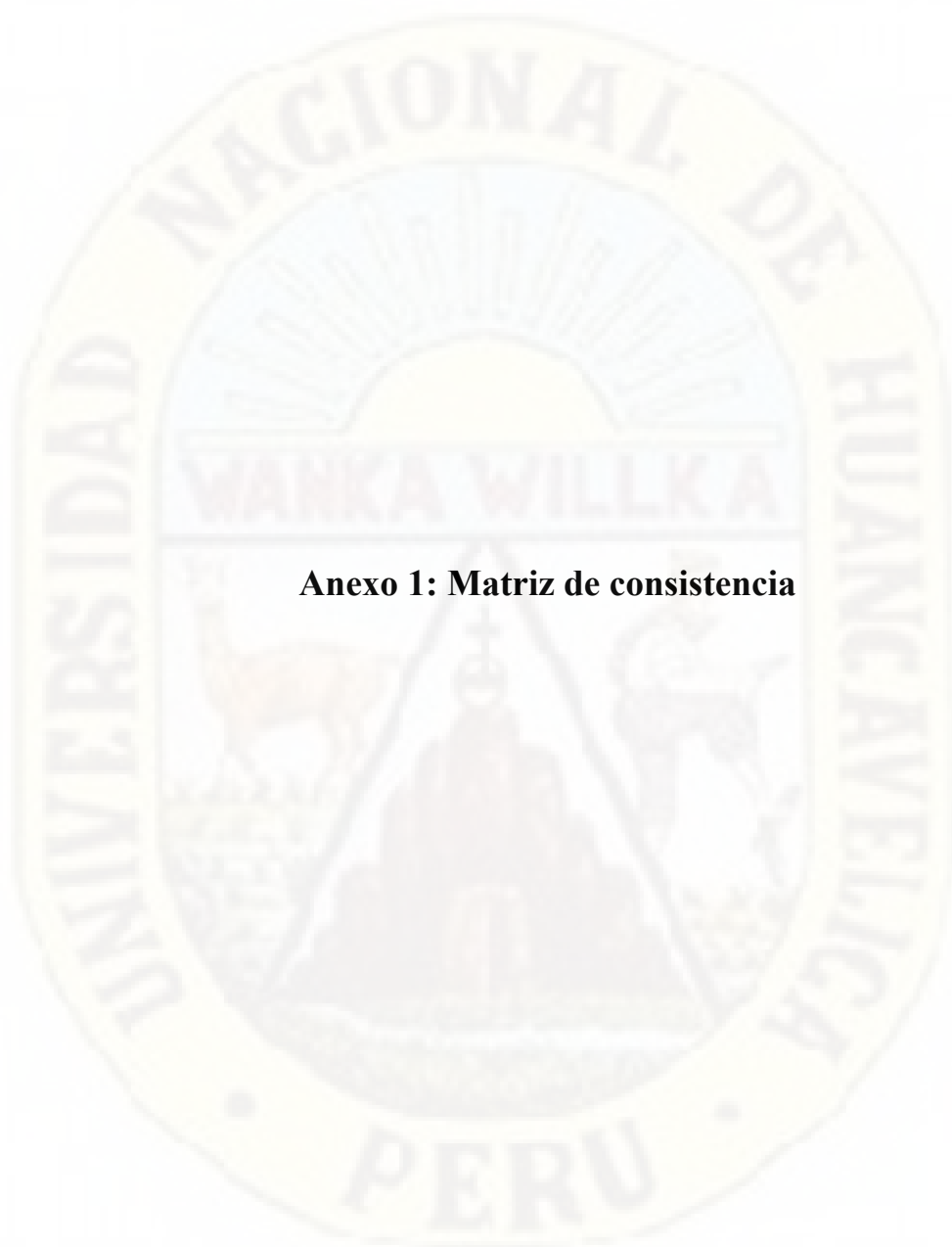
30. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2003;82(2):182-8.
31. Inga Castillo G. Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del hospital Militar Central en el año 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Huamana; 2017.
32. Sánchez Vidal KJ. Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado-Hospital Nacional Sergio Bernales, 2004. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2005.
33. Espinola Sánchez M, Racchumí Vela A, Arango Ochante P, Minaya León P. Perfil sociodemográfico de gestantes en el Perú según regiones naturales. *Rev Peru Investig Matern Perinat*. 2019;8(2):14-20.
34. Artilles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. 65-78 p.
35. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
36. Martínez Montaña MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.
37. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.
38. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
39. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.
40. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
41. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.

42. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.
43. García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza Universidad Textos; 1993. 141-70 p.





Anexos:



Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA
INVESTIGACIÓN: Caracterización de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019.

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
Problema general ¿Cuáles son las características relevantes de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019?	Objetivo general Identificar las características relevantes de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019	La atención prenatal temprana y oportuna, durante el primer trimestre de gestación, es muy importante en el cuidado de la salud de la madre y el niño. El embarazo es una situación de vida del período reproductivo normal; pero bajo ciertas circunstancias, pueden complicarse, algunas de estas complicaciones no pueden ser prevenidas y se desarrollan en forma aguda, aún en pacientes sin factores de riesgo. Es por ello que resulta de gran importancia reconocer en forma temprana y oportuna no solo los factores de riesgo, sino también las complicaciones obstétricas que pueden presentarse y que ponen en peligro la vida de las mujeres en el embarazo: a fin de poder realizar una intervención inmediata es por ello importante un inicio temprano y oportuno de la atención prenatal. Los resultados de esta investigación permitirán conocer a fondo las características de nuestras usuarias que tienen limitaciones para el inicio oportuno de su atención prenatal en el contexto alto andino y desarrollar estrategias sanitarias de acuerdo a este contexto, que permitan intervenciones sanitarias oportunas en promoción de la salud, prevención y manejo clínico por personal capacitado.	Características de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal.	Características sociales	Grupo de edad de la gestante Nivel de Instrucción de la gestante	¿Cuántos años tiene actualmente? ¿Cuál es su nivel de Instrucción?	De 15 a 25 años (1) De 26 a 44 años (2) Sin Instrucción (1) Inicial (2) Primaria (3) Secundaria (4) Superior (5) Soltera (1) Conviviente (2) Casada (3) Viuda (4) Divorciada (5) Nominal	Nivel de investigación El nivel de investigación es descriptivo. Tipo de investigación Investigación transversal, observacional, descriptiva. Diseño de Investigación Este estudio corresponde a un diseño descriptivo simple. Debido a que estudiamos la realidad de los hechos, su característica básica es explicar el fenómeno correctamente (36, 38, 39). Esquema: M O
Problemas específicos ¿Cuáles son las características sociales de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019?	Objetivos específicos Identificar las características sociales de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019				Estado civil de la gestante Tipo de ocupación que realiza la gestante Lugar de procedencia de la gestante Apoyo económico que recibe la gestante Ingreso económico familiar	¿Cuál es su estado civil? ¿Cuál es tu ocupación? ¿Cuál es tu lugar de procedencia? ¿Quién te apoya económicamente? ¿Cuál es tu ingreso económico familiar?	Mayor (5) Menor (1) Casado (3) Soltero (1) Divorciado (2) Viuda (4) Nominal	M: Gestantes con inicio tardío de la atención prenatal, atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica de julio a diciembre 2019. O: Características de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal. Población, muestra, muestreo La población Fueron todas las gestantes con inicio tardío en la atención prenatal, atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica de julio a diciembre 2019, que según registros estadísticos fueron un total de 41 gestantes. Muestra: El estudio fue censal. Técnicas e instrumentos La técnica utilizada fue la encuesta. El instrumento fue el cuestionario.
¿Cuáles son las características personales de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019?	Identificar las características personales de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019			Características personales	Relación que tiene con su pareja Situación que impidió asistir a su primera atención prenatal Motivo del aplazamiento de la primera atención prenatal Antecedente de haber sido víctima de violencia Percepción de la importancia de la atención prenatal La familia se preocupa por la salud gestante La pareja muestra interés para acompañar a la gestante a su primera atención prenatal Gestantes que no viven con su pareja	¿Cómo es la relación con tu pareja? ¿Por qué no fuiste a tu atención prenatal? ¿Por qué demoraste en ir a tu primera atención prenatal? ¿Fui víctima de violencia? ¿Para usted es importante la atención prenatal? ¿Su familia se preocupa por su salud? ¿Su pareja muestra interés en acompañarla a su primera atención prenatal? ¿Usted actualmente vive con su pareja?	Urbano (1) Rural (2) Nominal Menor a 750 soles De 750 a 1000 soles De 1001 a 2000 soles De 2001 a 3000 soles Más de 3000 soles Nominal Nominal Nominal Nominal Si (1) No (2) Si (1) No (2) Si (1) No (2) Si (1) No (2) Si (1) No (2) Si (1) No (2)	

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
				Características de los servicios de salud	Usuarías del Seguro Integral de Salud (SIS) Conformidad con el trámite para sacar citas para su atención prenatal Tiempo de espera adecuado en su primera atención prenatal. Conformidad en la atención prenatal por personal de salud de sexo masculino Trato en el establecimiento de salud Percepción de los servicios para la atención prenatal en cuanto a los equipos, materiales y el ambiente del consultorio de obstetricia. Adecuada cantidad de cupos para la atención prenatal Dificultad de acceso para llegar al establecimiento de salud	¿Usted es usuaria del SIS? ¿Usted está conforme con los trámites para sacar citas, para su atención prenatal? ¿El tiempo de espera fue adecuado en su primera atención prenatal? ¿Qué siente cuando un Varón le brinda la atención prenatal? ¿El trato es adecuado en el centro de salud? ¿Le parece adecuada la atención prenatal en cuanto a los equipos, materiales y el ambiente del consultorio de obstetricia? ¿De su experiencia, faltan cupos para la atención prenatal? ¿Tiene dificultades de acceso para llegar al centro de salud?	Si (1) No (2) Si (1) No (2) Si (1) No (2) Nominal Si (1) No (2) Si (1) No (2) Si (1) No (2)	



Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FORMATO N° 01

Cuestionario sobre la caracterización de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal

Investigación: Caracterización de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019.

Presentación: Estimada Señora tenga Ud. Muy buenos (días, tardes), soy egresada de la escuela profesional de obstetricia; de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Huancavelica, me encuentro desarrollando una investigación sobre “Caracterización de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal”; por lo cual solicito su participación en la presente investigación, la información que nos brinde será de carácter CONFIDENCIAL Y ANONIMO. Le agradecemos anticipadamente por su valiosa colaboración.

I. DATOS PARA SER LLENADO POR EL INVESTIGADOR DE CAMPO:

- 1.1. Ficha N° _____
- 1.2. Responsable del llenado: _____
- 1.3. Fecha del llenado: ____ / ____ / 2019. Hora del llenado: ____ : ____ horas
- 1.4. Región: _____ 1.5. Provincia: _____
- 1.6. Distrito: _____
- 1.7. N° de historia clínica: _____

II. Instrucciones.

Registre la información solicitada en cada ítem o marque con un aspa (x) según sea su caso, por favor conteste todas las preguntas.

III. Datos propios del estudio:

- 3.1. ¿Cuántos años tiene actualmente?
_____ años
- 3.2. ¿Cuál es su nivel de Instrucción?
 - 3.2.1. Sin instrucción (1)
 - 3.2.2. Inicial (2)
 - 3.2.3. Primaria (3)
 - 3.2.4. Secundaria (4)
 - 3.2.5. Superior (5)
- 3.3. ¿Cuál es su estado civil?
 - 3.3.1. Soltera (1)
 - 3.3.2. Conviviente (2)
 - 3.3.3. Casada (3)
 - 3.3.4. Viuda (4)
 - 3.3.5. Divorciada (5)
- 3.4. ¿Cuál es tu ocupación?

- 3.5. ¿Cuál es tu lugar de procedencia?
Urbano (1) Rural (2)

- 3.6. ¿Quién te apoya económicamente?
-
- 3.7. ¿Cuál es tu ingreso económico familiar?
- 3.7.1. Menor a 750 soles (1)
- 3.7.2. De 750 a 1000 soles (2)
- 3.7.3. De 1001 a 2000 soles (3)
- 3.7.4. De 2001 a 3000 soles (4)
- 3.7.5. Más de 3000 soles (5)
- 3.8. ¿Cómo es la relación con tu pareja?
-
- 3.9. ¿Por qué no fuiste a tu atención prenatal?
-
- 3.10. ¿Por qué demoraste en ir a tu primera atención prenatal?
-
- 3.11. ¿Fuiste víctima de violencia?
- Si (1) /No (2)
- 3.12. ¿Para usted es importante la atención prenatal?
- Si (1) /No (2)
- 3.13. ¿Su familia se preocupa por su salud?
- Si (1) /No (2)
- 3.14. ¿Su pareja mostro interés en acompañarla a su primera atención prenatal?
- Si (1) /No (2)
- 3.15. ¿Usted actualmente vive con su pareja?
- Si (1) /No (2)
- 3.16. ¿Usted recibe apoyo y afecto por parte de su pareja?
- Si (1) /No (2)
- 3.17. ¿Usted es usuaria del SIS?
- Si (1) /No (2)
- 3.18. ¿Usted está conforme con los trámites para sacar citas, para su atención prenatal?
- Si (1) /No (2)
- 3.19. ¿El tiempo de espera fue adecuado en su primera atención prenatal?
- Si (1) /No (2)
- 3.20. ¿Qué siente cuando un Varón le brinda la atención prenatal?
-
- 3.21. ¿El trato es adecuado en el centro de salud?
- Si (1) /No (2)
- 3.22. ¿Le parece adecuada la atención prenatal en cuanto a los equipos, materiales y el ambiente del consultorio de obstetricia?
- Si (1) /No (2)
- 3.23. ¿De su experiencia, faltan cupos para la atención prenatal?
- Si (1) /No (2)
- 3.24. ¿Tiene dificultades de acceso para llegar al centro de salud?
- Si (1) /No (2)



Anexo 3: Juicio de expertos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creada por Ley 25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Juicio de Experto

Investigación: Caracterización de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019.

Investigador: Bachiller Esplana Paitán, Evelina Daisy

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems del “Cuestionario sobre la caracterización de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal” que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena
-------------------	----------------	-------------	-----------	---------------

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

Variables de Estudio / ITEMS		1	2	3	4	5
Variable: Características de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal.						
Dimensión: Características sociales						
1	Grupo de edad de la gestante					
2	Nivel de Instrucción de la gestante					
3	Estado civil de la gestante					
4	Tipo de ocupación que realiza la gestante					
5	Lugar de procedencia de la gestante					
6	Apoyo económico que recibe la gestante					
7	Ingreso económico familiar					
Dimensión: Características personales						
1	Relación que tiene con su pareja					
2	Situación que impidió asistir a su primera atención prenatal					
3	Motivo del aplazamiento de la primera atención prenatal					
4	Antecedente de haber sido víctima de violencia					
5	Percepción de la importancia de la atención prenatal					
6	La familia se preocupa por la salud gestante					
7	La pareja muestra interés para acompañar a la gestante a su primera atención prenatal					
8	Gestantes que no viven con su pareja					
9	Apoyo y afecto por parte de su pareja en el embarazo					
Dimensión: Características de los servicios de salud						
1	Usuaris del Seguro Integral de Salud (SIS)					
2	Conformidad con el trámite para sacar citas para su atención prenatal					
3	Tiempo de espera adecuado en su primera atención prenatal.					
4	Conformidad en la atención prenatal por personal de salud de sexo masculino					
5	Trato en el establecimiento de salud					

6	Percepción de los servicios para la atención prenatal en cuanto a los equipos, materiales y el ambiente del consultorio de Obstetricia.						
7	Adecuada cantidad de cupos para la atención prenatal						
8	Dificultad de acceso para llegar al establecimiento de salud						

Recomendaciones:

.....

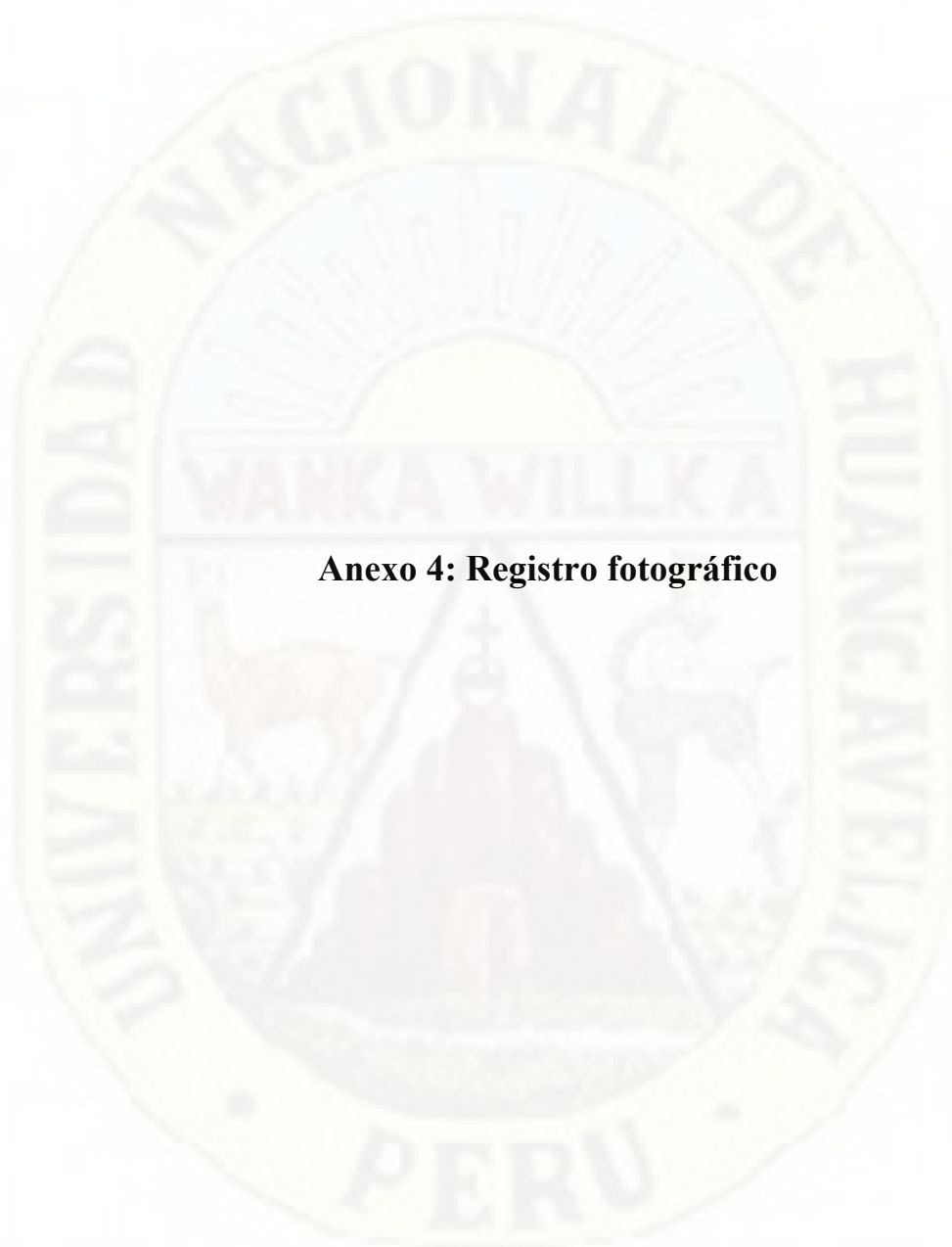
OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Buena, para mejorar e) Muy buena, para aplicar

Nombres y Apellidos:		DNI N°	
Dirección:		Teléfono/Celular:	
Título Profesional:			
Grado Académico:			
Mención:			

 Firma

Lugar y Fecha



Anexo 4: Registro fotográfico

Registro fotográfico de la aplicación del cuestionario





Anexo 5: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creado por Ley N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

.....
Director
Centro de Salud San Cristóbal

SD.

Yo, Esplana Paitán, Evelina Daisy; bachiller en obstetricia, egresada de la escuela profesional de obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto me presento y expongo.

Que, deseando realizar una investigación sobre “Caracterización de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud San Cristóbal, Huancavelica 2019”.

Solicito me brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a los registros de atención de las gestantes con inicio tardío en la atención prenatal, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo servirá para poder realizar la visita domiciliaria y aplicar el cuestionario de la investigación; por lo mencionado solicito se me brinde la autorización respectiva.

Por lo expuesto, pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justa.

Huancavelica, 12 de junio del 2019.

Firma del Interesado