

“Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

**CARACTERISTICAS DE LAS GESTANTES CON
MORBILIDAD ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD
SUITUCANCHA DE YAULI, JUNIN 2018**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD MATERNO PERINATAL**

**PRESENTADO POR:
HUATUCO CASABONA, WENDY LAYSA**

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO**

**HUANCABELICA – PERÚ
2019**

ACTA DE SUSTENTACIÓN

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 10 días del mes de junio a las 10:00 horas del año 2019 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Egresado:
HUATUCO CASABONA WENDY LAYZA

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. Tola Susana Guerra Olivares
Secretario : Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
Vocal : Mg. Rossibel Juana Muñoz De la Torre

Para calificar la Tesis titulada:

Características de las gestantes con morbilidad
atendidas en el Puesto de Salud Suitucancha de
Yauli, Junín 2018.

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 317-2019 concluyendo a las 11:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de:
APROBADO por UNANIMIDAD

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 10 de junio 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE HUANCAYELICA

Mg. TOLA SUSANA GUERRA OLIVARES
PRESIDENTE
DOCENTE PRINCIPAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Mg. YENNY MENDOZA VILCAHUAMAN
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E OBSTETRICIA

Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE
VOCAL



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

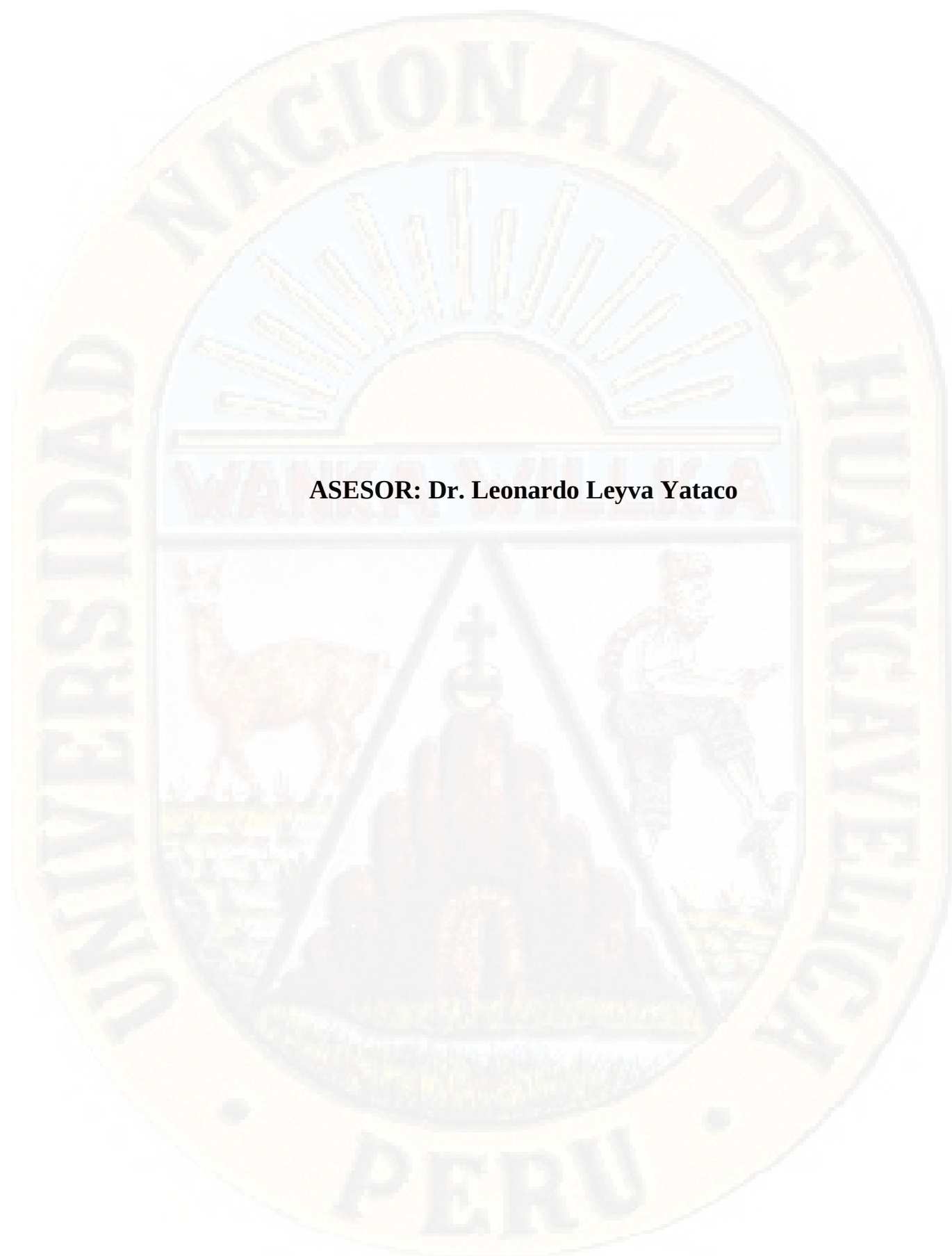
Mg. TOLA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA

V° B° DECANA



Kelly Y. Riveros Laurente
OBSTETRA
C.O.P. N° 36759

V° B° SECRETARIA DOC.



ASESOR: Dr. Leonardo Leyva Yataco

Dedicatoria

A mi madre por su apoyo incondicional siendo mi fortaleza, quien con sus palabras de aliento no me dejo decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis metas trazadas.

A mis amados hijos quienes son mi fuente de motivación para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado brindándome su comprensión, cariño y amor.

Agradecimiento

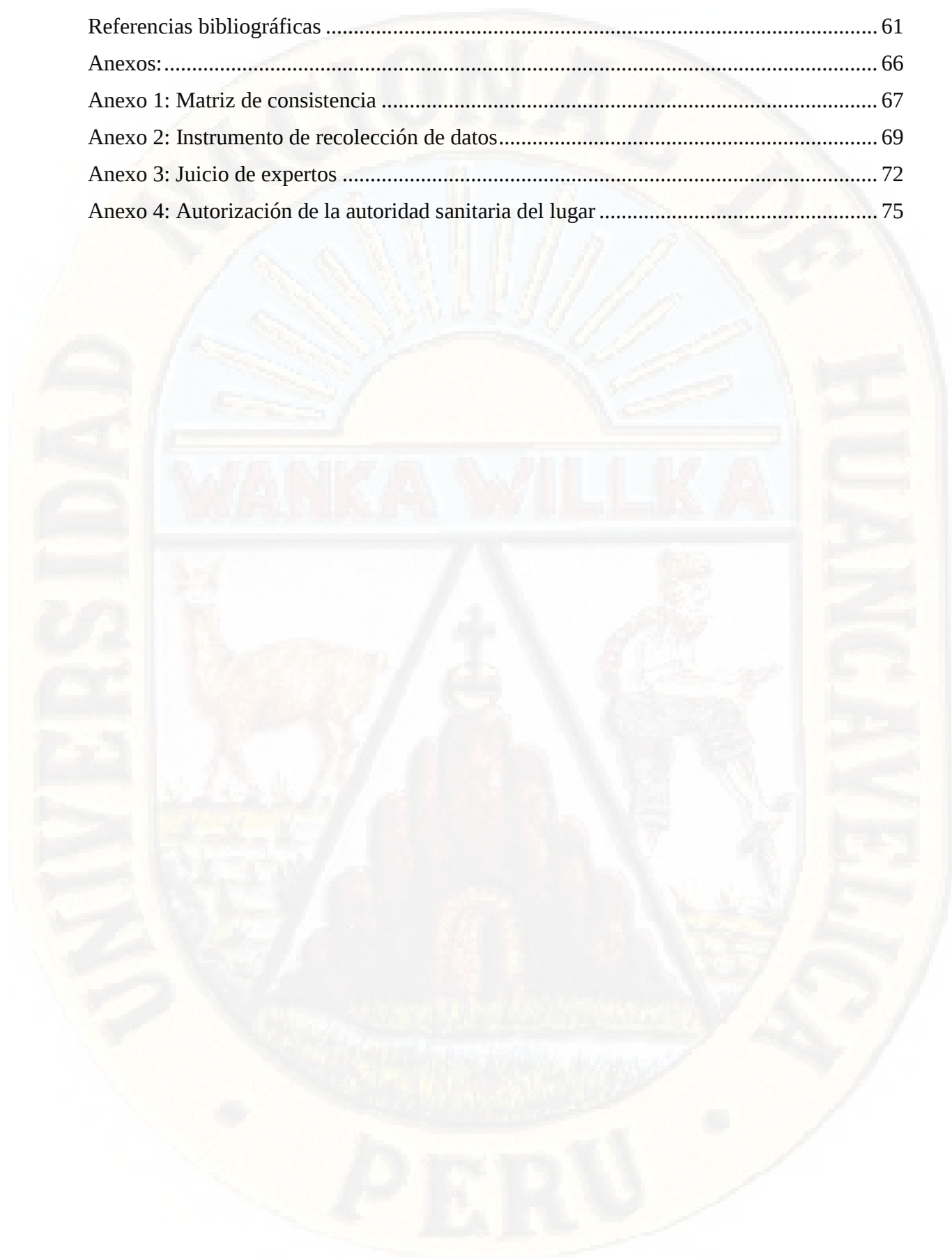
En primera instancia agradezco a mi madre, por siempre estar conmigo; así mismo agradecer a mis formadores, personas de gran sabiduría.

Agradezco a mi asesor Dr. Leonardo Leyva Yataco por haberme brindado su apoyo, su experiencia y conocimiento científico para el desarrollo de este trabajo de investigación; así mismo agradezco al jefe y trabajadores de salud del Puesto de Salud Suitucancha; quienes me brindaron todas las facilidades.

Índice

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Índice de tablas	vii
Resumen	viii
Abstract.....	ix
Introducción.....	x
CAPÍTULO I	
PROBLEMA	
1.1. Fundamentación del problema.....	12
1.2. Formulación del problema.....	14
1.3. Objetivos de la investigación.....	14
1.4. Justificación e importancia	15
1.5. Limitaciones	16
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	17
2.2. Bases teóricas	21
2.3. Variables de Estudio.....	40
2.4. Definición de términos	41
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Ámbito de estudio.....	43
3.2. Tipo de investigación	43
3.3. Nivel de investigación	43
3.4. Métodos de investigación	44
3.5. Diseño de investigación.....	44
3.6. Población, muestra y muestreo	45
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	45
3.8. Procedimiento de recolección de datos	46
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	46
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS	
4.1. Presentación e Interpretación de Datos	48
4.2. Discusión	56
Conclusiones.....	59
Recomendaciones	60

Referencias bibliográficas	61
Anexos:	66
Anexo 1: Matriz de consistencia	67
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos.....	69
Anexo 3: Juicio de expertos	72
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar	75



Índice de tablas

Tabla 1.	Proporción de gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018.	48
Tabla 2.	Tipo de morbilidad que presentaron las gestantes atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018.	49
Tabla 3.	Edad de la gestante, edad de la primera relación sexual, edad gestacional y número de parejas sexuales en las gestantes atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018.	50
Tabla 4.	Nivel de instrucción en las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018.	51
Tabla 5.	Estado civil de las gestantes con morbilidades atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018.	52
Tabla 6.	Tipo de ocupación en las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018.	53
Tabla 7.	Índice de masa corporal pregestacional en las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018.	54
Tabla 8.	Paridad antes del embarazo actual en las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018.	55

Resumen

Objetivo. Determinar las características de las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancha de Yauli, Junín 2018. **Método.** La investigación fue observacional, retrospectiva, transversal de nivel descriptivo. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. Fueron todas las gestantes con morbilidad atendidas en el Puesto de Salud Suitucancha del distrito de Suitucancha, provincia de Yauli, Región Junín, de enero a diciembre del 2018; según registros estadísticos fueron un total de 37 gestantes. La muestra fue censal. La técnica fue el análisis documental, el instrumento fue la ficha de recolección de datos. **Resultados.** El 74.0% (37) de las gestantes atendidas en el puesto de salud Suitucancha, tuvieron al menos una morbilidad. De todas las gestantes que tuvieron morbilidad; el 73% (27) presentaron infección de tracto urinario, el 54.1% (20) presentaron anemia leve, el 27% (10) presentaron síndrome de flujo vaginal, el 5.4% (2) presentaron parto pretérmino, el 2.7% (1) presento placenta previa total, el 2.7% (1) presento preeclampsia leve y el 2.7% (1) presento ruptura prematura de membranas. Se encontró como características que la edad promedio de la gestante fue de 26.6 años, el 50% tuvo menos de 27 años. La edad promedio de la primera relación sexual fue 16.86 años, el 50% tuvo su primera relación antes de los 17 años. La edad gestacional promedio al terminar la gestación fue de 37.92 semanas, el 50% tuvieron solo una pareja sexual. El 2.7% (1) no tuvieron estudios, el 10.8% (4) tuvieron primaria incompleta, el 10.8% (4) tuvieron primaria completa, el 24.3% (9) tuvieron secundaria incompleta, el 40.5% (15) tuvieron secundaria completa y el 10.8% (4) tuvieron superior incompleto. El 21.6% (8) fueron solteras, el 62.2% (23) fueron convivientes y el 16.2% (6) fueron casadas. El 78.4% (29) fueron convivientes o casadas. El 73% (27) fueron amas de casa, el 10.8% (4) fueron estudiantes, el 10.8% (4) realizaban labores agropecuarias y el 5.4% (2) fueron comerciantes. El 18.9% (7) tuvieron bajo peso pregestacional, el 73% (27) tuvieron un peso normal antes de la gestación y un 8.1% (3) tuvieron sobrepeso antes de la gestación. El 24.3% (9) fueron nulíparas, el 35.1% (13) fueron primíparas y el 40.5% (15) fueron múltiparas. **Conclusiones.** Siete de cada diez gestantes tuvieron alguna morbilidad en el embarazo; las morbilidades más frecuentes fueron infección de tracto urinario, la anemia leve, el síndrome de flujo vaginal y en mínima proporción el parto pretérmino, la placenta previa, la preeclampsia leve y la ruptura prematura de membranas; Las gestantes con morbilidad se caracterizaron por tener un bajo nivel educativo, ser en su mayoría convivientes y amas de casa.

Palabras clave: Gestante, morbilidad, características de las gestantes, complicaciones obstétricas.

Abstract

Objective. To determine the characteristics of pregnant women with morbidity treated in the health post Suitucancho de Yauli, Junín 2018. **Method.** The research was observational, retrospective, cross-sectional descriptive level. The method was inductive, simple descriptive design. All the pregnant women with morbidity attended in the Suitucancho Health Post of the Suitucancho district, Yauli province, Junín Region, from January to December 2018; According to statistical records, there were 37 pregnant women. The sample was census. The technique was the documentary analysis; the instrument was the data collection card. **Results:** 74.0% (37) of the pregnant women treated at the Suitucancho health post had at least one morbidity. Of all the pregnant women who had morbidity; 73% (27) presented urinary tract infection, 54.1% (20) presented mild anemia, 27% (10) presented vaginal discharge syndrome, 5.4% (2) presented preterm delivery, 2.7% (1) I present total placenta previa, 2.7% (1) presented mild preeclampsia and 2.7% (1) presented premature rupture of membranes. It was found that the average age of the pregnant woman was 26.6 years, 50% had less than 27 years. The average age of the first sexual intercourse was 16.86 years, 50% had their first relationship before age 17. The average gestational age at the end of pregnancy was 37.92 weeks, 50% had only one sexual partner. 2.7% (1) had no studies, 10.8% (4) had incomplete primary, 10.8% (4) had complete primary, 24.3% (9) had incomplete secondary, 40.5% (15) had complete secondary and 10.8% (4) had incomplete superiors. 21.6% (8) were single, 62.2% (23) were cohabiting and 16.2% (6) were married. 78.4% (29) were cohabiting or married. 73% (27) were housewives, 10.8% (4) were students, 10.8% (4) were engaged in agricultural work and 5.4% (2) were traders. 18.9% (7) had low pre-pregnancy weight, 73% (27) had a normal weight before pregnancy and 8.1% (3) were overweight before gestation. 24.3% (9) were nulliparous, 35.1% (13) were primiparous and 40.5% (15) were multiparous. **Conclusions:** Siete de cada diez gestantes tuvieron alguna morbilidad en el embarazo; las morbilidades más frecuentes fueron infección de tracto urinario, la anemia leve, el síndrome de flujo vaginal y en mínima proporción el parto pretérmino, la placenta previa, la preeclampsia leve y la ruptura prematura de membranas; Las gestantes con morbilidad se caracterizaron por tener un bajo nivel educativo, ser en su mayoría convivientes y amas de casa.

Keywords: Gestant, morbidity, characteristics of pregnant women, obstetric complications.

Introducción

El embarazo se considera tradicionalmente como un evento fisiológico. Sin embargo, puede presentarse complicaciones y/o morbilidades que terminan en resultados desfavorables para la madre y el niño (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona en el 2016, que la morbilidad y la mortalidad prevenibles relacionadas con el embarazo siguen siendo inaceptablemente altas. La OMS sugiere que las mujeres que se encuentran en estado de embarazo, deben realizarse los exámenes pertinentes desde el comienzo de la gestación e insistir en la importancia de acudir a sus atenciones prenatales para detectar signos de alarmas o algo inusual, a fin de tomar las medidas de precaución adecuadas para proceder con sus cuidados (2).

La morbilidad asociada al embarazo, parto y puerperio es un problema de salud pública al que no se le ha dado la importancia requerida. En México se ha señalado que aproximadamente 15% de los embarazos presentan complicaciones obstétricas (3). Respecto a la población en general, prácticamente no se conoce la prevalencia e incidencia de morbilidad aguda y crónica, que, si bien no lleva a la muerte, puede tener secuelas muy importantes para la salud de las mujeres que la padecen (4).

La concepción moderna y el enfoque actual de la salud reproductiva en el instituto mexicano del seguro social, conceden alta prioridad a las actividades destinadas al cuidado de la salud materna, tanto por su importancia para el bienestar general del núcleo familiar como por la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de la mujer en la etapa de embarazo, parto y puerperio (8).

El ministerio de salud del Perú considera que la atención prenatal, es vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbilidad 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 (10).

En la región Junín específicamente en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, donde se brinda atención prenatal; se tiene escasa información sobre las características de las gestantes con morbilidad o complicación materna; esta información es muy importante para la intervención sanitaria integral, las visitas domiciliarias a las gestantes y para mejorar los procesos de atención prenatal.

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 el análisis e interpretación de resultados.

CAPÍTULO I

PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema

El embarazo se considera tradicionalmente como un evento fisiológico. Sin embargo, puede presentarse complicaciones y/o morbilidades que terminan en resultados desfavorables para la madre y el niño. El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo; para una intervención oportuna, con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona en el 2016, al inicio de la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que la morbilidad y la mortalidad prevenibles relacionadas con el embarazo siguen siendo inaceptablemente altas. Aunque se han realizado progresos considerables, los países tienen que consolidar y acelerar esos avances y ampliar sus agendas para centrarse no solo en la mera supervivencia de sus poblaciones, sino también en mejorar y desarrollar al máximo su salud y potencial (2). La OMS sugiere que las mujeres que se encuentran en estado de embarazo, deben realizarse los exámenes pertinentes desde el comienzo de la gestación e insistir en la importancia de acudir a sus atenciones prenatales para detectar signos de alarmas o algo inusual, a fin de tomar las medidas de precaución adecuadas para proceder con sus cuidados (2).

La morbilidad asociada al embarazo, parto y puerperio es un problema de salud pública al que no se le ha dado la importancia requerida. En México se ha señalado que aproximadamente 15% de los embarazos presentan complicaciones obstétricas y en 2009 se calculaba que 30 000 mujeres quedaban con alguna discapacidad como consecuencia de éstas (3). Respecto a la población en general, prácticamente no se conoce la prevalencia e incidencia de morbilidad aguda y crónica, que si bien no lleva

a la muerte, puede tener secuelas muy importantes para la salud de las mujeres que la padecen (4).

La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con alimentación inadecuada (5, 6), como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro. En estos casos los riesgos nutricionales se incrementan, y además de la anemia existen otras carencias nutricionales específicas que colocan en peligro tanto el embarazo como su crecimiento y desarrollo (7).

La concepción moderna y el enfoque actual de la salud reproductiva en el instituto mexicano del seguro social, conceden alta prioridad a las actividades destinadas al cuidado de la salud materna, tanto por su importancia para el bienestar general del núcleo familiar como por la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de la mujer en la etapa de embarazo, parto y puerperio (8).

Los riesgos médicos asociados al embarazo en las madres adolescentes, tales como la hipertensión, anemia, peso bajo al nacer, parto pretérmino, determinan mayor morbilidad materna e incremento estimado en 2 a 3 veces de la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de madres con edad entre 20 y 29 años (9).

El ministerio de salud del Perú considera que la atención prenatal, es vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbilidad 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 (10).

En la región Junín específicamente en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, donde se brinda atención prenatal; se tiene escasa información sobre las características de las gestantes con morbilidad o complicación materna; esta información en muy

importante para intervención sanitaria integral, las vistas domiciliarias a las gestantes y para mejorar los procesos de atención prenatal.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características de las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la proporción de gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018?
- ¿Cuáles son las morbilidades que se presentan en las gestantes atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018?
- ¿Cuáles son los principales aspectos que caracterizan a las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar las características de las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la proporción de gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018.
- Identificar las morbilidades que se presentan en las gestantes atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018.
- Identificar los principales aspectos que caracterizan a las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018.

1.4. Justificación e importancia

La prevención de las complicaciones y la muerte durante el proceso de la reproducción, es uno de los pilares para el desarrollo de la salud reproductiva, y el principal instrumento para lograr este fin es la aplicación del concepto de riesgo reproductivo, el que se define como la posibilidad que tiene una mujer o su hijo de sufrir daño, lesión o muerte durante el proceso de la reproducción: embarazo, parto, puerperio, etapa perinatal, infantil y niñez (11).

La identificación temprana de los factores de riesgo, seguida de una atención adecuada, puede prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables. Las morbilidades presentes en las gestantes o los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una gestante pueden concurrir varios factores, con mayor efecto sobre el producto (1).

La detección temprana de morbilidades y tratamiento del riesgo obstétrico constituye, según Wall (12) una de las estrategias básicas que han posibilitado la mejora de la salud perinatal. En este aspecto es importante diferenciar la identificación y el tratamiento oportuno, realizada por los clínicos (13).

La detección precoz de las morbilidades y de los riesgos y/o la prevención es uno de los objetivos de la consulta pre natal de las pacientes con factores de riesgo. La identificación temprana de los embarazos y la continuidad permite identificar riesgos en el embarazo, esto a su vez ayuda a la gestión sanitaria en racionalizar los recursos y prestar la atención en el nivel de complejidad que requiere el grado de riesgo. En ningún momento debe significar una disminución de la atención de las pacientes de bajo riesgo.

En el continuo de servicios de atención de la salud reproductiva, la atención prenatal 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 (2).

En la región Junín específicamente en el puesto de salud Suitucancha de Yauli, donde se brinda atención prenatal; se tiene escasa información sobre las características de las gestantes con morbilidad o complicación materna; esta información es muy importante para intervención sanitaria integral; por lo cual es pertinente identificar estas morbilidades y conocer a mayor profundidad los factores relacionados; para prevenirlos, mejorar el adiestramiento en su manejo; con el fin de contribuir a mejorar la atención materno perinatal, acordes al contexto socio cultural y reducir la morbimortalidad materna perinatal.

1.5. Limitaciones

El estudio no tuvo limitaciones y fue factible de realizar desde los aspectos básicos operativos, técnicos y económicos. Se identificó todas aquellas actividades que fueron necesarias para lograr el objetivo, se evaluó y determinó todo lo necesario para la ejecución de la investigación; el proyecto consideró los recursos técnicos actuales suficientes (conocimientos, habilidades, experiencia) que fueron necesarios para efectuar las actividades o procesos del estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional.

Reyes (14), para identificar los factores de riesgos obstétricos en embarazadas que son atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeraldas, e identificar las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia, realizó un estudio exploratorio, descriptivo y cuanti-cualitativo, utilizando una muestra de 55 embarazadas, 10 licenciadas en enfermería, 5 auxiliares de enfermería y 7 médicos obstetras que laboran en el área de Ginecobstetricia, se aplicaron encuestas a las embarazadas conformadas por 14 preguntas de las cuales 5 eran cerradas y 9 de opciones múltiples, en un tiempo de 10 minutos, al personal de salud 10 preguntas abiertas en un tiempo de 20 - 30 minutos, además de una guía de observación aplicada al área y al personal de salud del área de Ginecobstetricia durante el mes de Agosto 2016. Se encontró que el mayor porcentaje de las embarazadas (42%) son las adolescentes de 12 a 16 años, un 46% viven en los sectores urbano marginales y el 44% han logrado culminar la secundaria, de las cuales el 36% solo han realizado 3 controles prenatales dando como resultado la presencia de algunas complicaciones tales como la amenaza de parto pre término en un 27%, pre eclampsia 16%, seguidas de las placenta previa 7%, se pudo concluir que los riesgos obstétricos en la actualidad si está afectando a la comunidad esmeraldeña, el área de salud antes mencionada si cuenta con equipos tecnológicos y personal profesional calificado.

Ardevol et al (15). Investigaron la labor educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. Objetivo: aplicar una estrategia de intervención educativa comunitaria acerca de los factores del riesgo reproductivo preconcepcional. Estrategia aplicada a mujeres en edad fértil con seguimiento por consulta de planificación familiar, pertenecientes al local II, área de salud Sur, Municipio

Florida, Camagüey, Cuba. Métodos: se ejecutó un estudio de intervención cuasi experimental en una muestra de 153 de mujeres, desde julio de 2010 a julio de 2011. Se desarrolló en dos etapas, donde se describen variables como: factores socioambientales, antecedentes obstétricos, antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles, estado nutricional, uso de anticonceptivo y nivel de conocimientos concerniente a los factores de riesgo reproductivo preconcepcional. Resultados: predominó el grupo entre los 20 a los 35 años, con una mayor incidencia en madres solteras entre los factores socioambientales y relaciones sexuales inestables; el no uso de anticonceptivos, así como un período intergenésico corto como antecedente obstétrico evidente. La anemia fue la enfermedad crónica no transmisible de mayor frecuencia en mujeres identificadas como desnutridas. Se obtuvieron resultados satisfactorios acerca del nivel de conocimientos referente a los factores del riesgo preconcepcional, además de la modificación parcial después de aplicada la intervención de algunos estos factores identificados en la muestra. Conclusiones: la realización de acciones en la labor de promoción y el desarrollo de actividades capacitadoras hacia el logro de salud reproductiva es un pilar básico para la prevención de complicaciones durante el proceso de reproducción.

Chamy et al (16). Investigaron el riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Objetivo: Evaluar el riesgo materno y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Método: Estudio de cohorte retrospectiva de todos los embarazos atendidos en el hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, entre enero de 2001 y diciembre de 2006. Se excluyeron menores de 20 años. Se analizaron variables maternas y perinatales. Resultados: En el período hubo 16.338 partos, 10,9% fueron en mujeres entre 35 y 39 años y 3,6% en embarazadas de 40 años o más. Un 27,2% de los embarazos fue en primigestas. La comparación entre embarazadas de 20-34 años y de 35-39 años mostró mayor frecuencia de hipertensión arterial crónica, hospitalización durante el embarazo, diabetes, preeclampsia, hemorragia del tercer trimestre, parto cesárea, hemorragia puerperal, menor peso del recién nacido, y defectos congénitos, entre otros. Hubo mayor frecuencia de rotura prematura de membranas al analizar las mayores de 40 años. Las primigestas tuvieron mayor frecuencia de obesidad, preeclampsia, diabetes, hospitalización del recién

nacido, y hemorragia puerperal. Al realizar una regresión logística para determinar influencia de la edad, se apreció que el riesgo de comorbilidades y eventos adversos maternos y fetales aumentaba proporcionalmente con la edad. Conclusión: La edad materna se asoció significativamente en forma independiente con resultados maternos y perinatales adversos. Hubo mayor riesgo para la mayoría de las variables analizadas en embarazadas de 35 años o más.

Rosell et al (17). Investigaron sobre el riesgo reproductivo preconcepcional, realizaron un estudio transversal para estimar la proporción en una población finita y las características de las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional en el policlínico comunitario docente “Dr. Carlos J Finlay” del municipio Camagüey, desde octubre de 2002 hasta abril de 2004. De un universo de 4372 pacientes en edad fértil, se obtuvo una muestra de 187 (error absoluto 5 %, frecuencia del factor 15 %, confiabilidad 95 %); por muestreo bietápico fueron seleccionadas las personas de los registros dispensariales oficiales de la atención primaria de salud. El 58.29 % de las mujeres trabajaban, el 27.81 % tenían 35 años y más. Las madres solteras y malnutridas representaron el 22.46 % y 17.65 % respectivamente. El 9.09 % de las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional tuvieron uno o más abortos del segundo trimestre, el 6.95 % neonatos con bajo peso al nacer en embarazos anteriores, mientras que dos de ellas reportaron malformaciones congénitas (1.07 %) en sus descendencias; el 8 % de las mismas fueron portadoras de una infección urinaria. También se encontraron las proporciones para anemia ferropénica (3.74 %), asma bronquial (2 %) y cardiopatías (2.14 %). Se estudiaron las variables: mujeres trabajadoras, añosas, fumadoras, con ingreso per cápita bajo, solteras, malnutridas por defecto y nivel escolar primario; así como, las que tuvieron abortos del segundo trimestre y nacimientos anteriores con bajo peso, las cuales se reconocieron como factores locales de riesgo reproductivo preconcepcional; la infección urinaria y la anemia ferropénica se consideraron de igual modo.

Navas et al (18). Realizaron un estudio transversal descriptivo para caracterizar el riesgo preconcepcional de las mujeres en edad fértil. El estudio se realizó en el área

de salud rural del policlínico comunitario docente Carlos J. Finlay, perteneciente a cinco consultorios de médicos del poblado de Altigracia, desde enero a diciembre de 2004. El universo lo constituyó la población femenina en edad fértil de dichos consultorios, la muestra 71 señoras evaluadas con riesgo preconcepcional (RPC). La información se recogió de las historias clínicas personales y familiares, y completó una encuesta confeccionada al efecto. Predominaron las edades extremas del período fértil con un 47, 88 % de adolescentes y un 33, 81 % con 35 o más años de edad. Presentaron bajo nivel escolar 70, 42 %, la condición de trabajadoras 46, 48 %, la de madre soltera 36, 62 %, en el aspecto social el per cápita fue inferior a \$50, 00; en el estudio prevalecieron el índice de malnutrición, los malos antecedentes obstétricos y las enfermedades asociadas (asma bronquial, infección urinaria e hipertensión crónica). El dato primario, recogido en la encuesta, se codificó manualmente y se procesó de forma computarizada en una computadora Pentium IV ASUS, el proceso estadístico se realizó a través del paquete de programas Microstat y se utilizaron como medidas: totales y por cientos, el resultado se obtuvo con una confiabilidad de 95 %. Se concluyó que, el control del riesgo preconcepcional es un instrumento imprescindible para todo médico general básico a la hora de mantener la población femenina en edad fértil con bajo riesgo de complicaciones.

A nivel nacional.

Alvino (19), investigó sobre los factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Febrero 2015. Objetivo: Identificar los factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del INMP. Febrero.2015. Metodología: Es un estudio tipo aplicada, de corte transversal y prospectivo, con diseño descriptivo, con una población constituida por usuarias que acuden a los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal, la muestra estuvo conformada por 73 usuarias, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia. El procesamiento de datos se realizó usando el paquete estadístico SPSS versión 21. Resultados y Conclusiones: En este estudio se identificó que el 15.1% de las usuarias son mayores de 35 años y el 6.8% son menores de 19 años; el 23.3% se encuentra en sobrepeso, según su Índice de Masa Corporal.

Al analizar los antecedentes personales patológicos, el 4.1% de las encuestadas refirieron nefropatías. En cuanto a los antecedentes familiares, el 35.6 % refirió diabetes mellitus; con respecto a los antecedentes ginecológicos obstétricos; el 43.8% son multíparas, el 42.5% de las encuestadas tuvo por lo menos 1 aborto, el periodo intergenésico corto se presentó en el 50.7% de las usuarias. El 71.2% refirió haber iniciado sus relaciones sexuales entre los 15-19 años. En cuanto al examen de Papanicolaou, el 19.2% nunca se lo realizó; el 49.3% de las pacientes utiliza como método de planificación familiar las píldoras anticonceptivas. El 47.9% de las encuestadas refirió ser ama de casa y el 52.1% refirió como estado civil, la convivencia. Además, el 64.4% no realiza actividad física y el 46.6% refirió un ingreso mensual entre los 750-1000 nuevos soles.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Riesgo

El riesgo es la medida que refleja la posibilidad de que se produzca, un hecho o daño a la salud (20).

¿Qué significa el término riesgo? En términos generales, es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte, etc.). Su enfoque se basa en la medición de esa probabilidad, la cual se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o a otros servicios. Riesgo es la probabilidad de que un hecho ocurra.

¿Qué es un factor de riesgo? Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido (20).

2.2.2. Estimación del riesgo obstétrico

El concepto de nivel de riesgo es fundamental para tratar de adaptar el seguimiento a cada paciente, en concreto en obstetricia (21). En realidad, la palabra «riesgo» abarca conceptos y finalidades diversas: ¿qué profesional de la obstetricia se encarga del seguimiento (Obstetra, médico general, u otro)?, ¿en qué lugar se realiza el seguimiento (consulta particular, servicios de

protección materna e infantil, maternidad)?, ¿se necesitan asistentes asociados (asistentes sociales, psicólogo, médicos especialistas)?, ¿qué nivel de centro asistencial elegir para el parto?, y ¿qué tipo de asistencia después del parto? Así, la primera consulta tiene como reto principal la búsqueda de afecciones médicas, psiquiátricas u obstétricas que puedan necesitar un seguimiento especializado. También, existen situaciones que presentan un mayor riesgo de complicaciones perinatales, en particular, de parto prematuro. Se trata sobre todo de factores sociales, biológicos, psicológicos y/o conductuales.

Cuando se detecta una enfermedad materna, es muy importante evaluar el efecto de ésta sobre el desarrollo del embarazo y a la inversa, garantizando, cualquiera que sea el nivel de riesgo, un seguimiento adecuado por un equipo médico (especialista en la enfermedad en cuestión) y sanitario (hospitalización a domicilio, psicólogo) (21). Como estas afecciones pueden aparecer en cualquier momento de la gestación, el riesgo obstétrico debe ser reevaluado en cada consulta. Existen, por último, situaciones de riesgo obstétrico para el parto propiamente dicho que requieren una preparación y una capacidad asistencial adecuadas, pero que no siempre necesitan un seguimiento en un centro especializado durante todo el embarazo, como ocurre con las enfermedades crónicas, ya sean de origen neurológico, como la epilepsia, o endocrino, como una diabetes anterior a la gestación o los distiroidismos (21).

2.2.3. Riesgo pre concepcional

Se conoce como riesgo preconcepcional a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio madre- feto o neonato, durante el embarazo, parto o puerperio. Por eso, el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que se debe hacer

un enfoque y análisis individualizado en cada caso. Por lo tanto, no puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero sí se deben tener en cuenta los criterios principales que ayuden a su identificación (1).

Antecedentes y condiciones generales

Edad (menos de 18 y más de 30 años)

En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal, etc. En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como el hábito de fumar, las enfermedades crónicas y la multiparidad (1).

Peso (malnutridas)

Las malnutridas por defecto deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con frecuencia se le asocian partos pretérminos y toxemia. En el caso de las obesas, las complicaciones principales van a estar relacionadas con la preeclampsia, la toxemia y la hipertensión arterial, pero también con la prematuridad y bajo peso (1).

Condiciones sociales desfavorables o conductas personales (o de pareja) inadecuadas

Estas también constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el producto. Entre ellas se encuentran: alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato y violencia familiar.

Antecedentes obstétricos y reproductivos (1).

- Paridad: es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como en mujeres con más de tres partos.

- Intervalo intergenésico: se considera corto cuando es menor de 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, a nacimientos pretérminos, y anemias durante el embarazo y la no atención adecuada al hijo existente.
- Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales: pudieran estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo.
- Recién nacidos de bajo peso y pretérminos: pueden repetirse en próximas gestaciones alguna causa previa que lo favorezca: enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc.
- Preeclampsia: puede repetirse debido al mal control de los hábitos higiénico-dietéticos y a otros factores.
- Cesárea anterior: como toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años para una nueva gestación, ya que es un factor que no se puede modificar.
- Rh negativo sensibilizado: es un importante riesgo, aunque no es frecuente. También debe estudiarse cuando han existido múltiples gestaciones.

Antecedentes patológicos personales

Principales enfermedades crónicas

Entre estas se encuentran hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías y hepatopatías, que son las más importantes por su repercusión sobre la vida del binomio, seguidas en frecuencia por el asma bronquial y las anemias. Es importante destacar que cuando se asocian los factores, el riesgo se incrementa. Una vez detectado el problema y su magnitud, debemos actuar para, en lo posible, erradicar, disminuir o controlar el riesgo, y, de esta manera, posibilitar el embarazo en el caso que se desee, o tomar una conducta sobre anticoncepción temporal o definitiva (1).

2.2.4. Morbilidad y complicaciones comunes en el embarazo

2.2.4.1. Infección de las vías urinarias en la gestación.

Las infecciones de las vías urinarias son afecciones frecuentes y potencialmente graves durante el embarazo. Los cambios hormonales, anatómicos, químicos e inmunológicos relacionados con el embarazo favorecen su aparición. La contaminación es principalmente ascendente. *Escherichia coli* es responsable del 75-90% de las infecciones urinarias gravídicas. Los factores de riesgo para la colonización y la infección urinaria durante el embarazo son: antecedentes de infección urinaria, bajo nivel socioeconómico, actividad sexual regular y diabetes pregestacional. La colonización urinaria se define por una bacteriuria asintomática significativa mayor o igual a 10⁵ unidades formadoras de colonias por mililitro. Su prevalencia se estima en el 2-10%. Puede complicarse en el 30% de los casos por pielonefritis aguda. Por lo tanto, la detección sistemática de la colonización urinaria está indicada durante el embarazo. El tratamiento de la colonización urinaria durante el embarazo debe adaptarse a los resultados del antibiograma. La duración recomendada del tratamiento es de 7 días (a excepción del tratamiento de dosis única con fosfomicina-trometamol). La prevalencia de cistitis aguda en el embarazo se estima en el 1-2%. El diagnóstico se basa en la presencia de signos clínicos sugestivos y un examen citobacteriológico de orina (ECBO) que muestra leucocituria y bacteriuria significativas. El tratamiento de la cistitis aguda es probabilista y secundariamente adaptado a los resultados del antibiograma. La fosfomicina-trometamol en dosis única es el tratamiento probabilista de elección. La prevalencia de pielonefritis aguda gravídica se estima en el 0,5-2%. El principal riesgo de la pielonefritis aguda en el embarazo es la sepsis materna o incluso el shock séptico. También parece estar asociada con un mayor riesgo de prematuridad. En primer lugar, se deben buscar los signos de gravedad a favor de la sepsis materna, la pielonefritis obstructiva

aguda o la amenaza de parto prematuro. El diagnóstico se basa en la presencia de signos clínicos sugestivos, asociados con la detección de leucocituria y bacteriuria significativas en el ECBO. Para evaluar las repercusiones en la madre, se solicita un análisis de sangre con hemograma, proteína C reactiva y creatinina sérica, así como una ecografía renal y de vías urinarias. Una evaluación de la repercusión fetal también es esencial. La hospitalización inicial generalmente es necesaria. El tratamiento de la pielonefritis aguda gravídica es probabilista y secundariamente adaptado a los resultados del antibiograma. Debe iniciarse tan pronto como sea posible después de obtener las muestras bacteriológicas. Las cefalosporinas inyectables de tercera generación representan el tratamiento probabilista de elección para la pielonefritis aguda no grave y grave durante el embarazo, sin factor de riesgo de enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro amplio. En presencia de signos de gravedad, se recomienda una biterapia que incluya amikacina durante 1-3 días. La duración total recomendada del tratamiento es de 10-14 días. En estas tres situaciones de infecciones urinarias durante el embarazo, se debe realizar un ECBO de control 8-10 días después del final del tratamiento y luego una vigilancia mensual hasta el parto (22).

2.2.4.2. Infecciones vaginales en la gestación.

La flora vaginal normal, conformada por múltiples microorganismos, juega un rol fundamental en la mantención de un ambiente adecuado de defensa contra ciertas infecciones durante el embarazo. Cuando se altera puede dar origen a Vaginosis Bacteriana, caracterizada por la presencia de múltiples bacterias en número mayor a lo habitual y que en el embarazo pueden potencialmente desencadenar efectos adversos, tanto en la madre como en el feto. Lo mismo ocurre con otro tipo de infecciones vaginales, como Clamydia y Gonorrea, que además de tener un impacto por ser las principales infecciones de transmisión sexual,

sus consecuencias en el feto pueden implicar secuelas de por vida. Si bien *Estreptococo* grupo B en la vagina no corresponde a una infección propiamente tal, su oportuna identificación y tratamiento durante el embarazo y parto, ha mostrado ser útil en la prevención de secuelas del recién nacido (23).

2.2.4.3. Anemia en la gestación.

A partir de su sexta semana de gestación, la mujer embarazada presenta aumento en su volumen plasmático y en la masa eritrocitaria. Sus valores se incrementan aún más a medida que la gestación avanza¹. Sin embargo, existe un desequilibrio entre dichos parámetros, ya que mientras el volumen plasmático aumenta un 40%, la masa eritrocitaria lo hace en un 25%². Estos cambios se explican por la estimulación de la secreción de aldosterona y por el aumento de la actividad de la eritropoyetina plasmática³, estimulada a su vez por el lactógeno placentario. En consecuencia, aun cuando la masa eritrocitaria aumente, paradójicamente se produce una anemia por dilución. Sabemos por otra parte que los cambios que conducen a esa hemodilución son adaptaciones necesarias para una gestación sana. Estas variaciones fisiológicas que se llevan a cabo durante un embarazo normal provocan además un lógico descenso en los niveles de hemoglobina (Hb) que no siempre constituirán anemia. Por esta razón, sería incorrecto considerar las cifras de Hb estipulados como límites para el diagnóstico de anemia en una mujer adulta no grávida⁴, y aplicarlo a las mujeres embarazadas. Es más racional entonces utilizar valores de Hb < 11 g/dl para establecer este diagnóstico en las mujeres grávidas, cifra que se considera como estándar por la mayoría de los sistemas sanitarios⁵. Si una mujer embarazada presenta valores de Hb < 11 g/dl, existe un incremento del riesgo tanto para ella como para su hijo, como por ejemplo complicaciones hemorrágicas durante el embarazo, niños con bajo peso al nacer o bien mayor número de enfermedades neonatales.

La anemia se considera entonces como el problema hematológico más frecuente del embarazo en el mundo entero. Se tienen informes de su existencia en un 60% de las embarazadas del continente americano, pero existe una amplia variabilidad entre las diferentes regiones, con valores tan dispares como 1,3% en Santiago de Chile, 18% en México o 70,1% en Pucallpa, Perú (24).

2.2.5. Atención prenatal

Casi un siglo después de su introducción, la atención prenatal se ha convertido en uno de los servicios de salud más usados. Desde principios de la década de 1990, los grupos minoritarios son los que más se han beneficiado de la atención prenatal oportuna. Sin embargo, las disparidades continúan. De los 27 estados que usan el certificado de nacimiento revisado, el porcentaje de mujeres caucásicas, hispanas y afroamericanas que no recibieron atención prenatal en 2008 fue 1.1, 2.7 y 3.3, respectivamente (Osterman, 2011). (25)

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. (26)

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, y valoración del crecimiento y bienestar fetal. La promoción de la salud consiste en brindar información sobre la atención propuesta, mejorar el conocimiento general sobre el embarazo y la maternidad (y paternidad), además de promover y apoyar los comportamientos saludables. Las intervenciones incluyen tratamiento de cualquier enfermedad existente; provisión de recursos sociales y financieros, y referencia o consulta con otros médicos especialistas. (27)

La atención prenatal (28) 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. 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.

2.2.6. Valoración de la atención prenatal apropiada

Un sistema usado con frecuencia para medir la eficacia de la atención prenatal es el índice de Kessner et al. (1973). Este Índice de Kessner incorpora tres elementos del acta de nacimiento: duración de la gestación, momento de la primera consulta prenatal y número de consultas. Aunque no mide la calidad de la atención, el índice se conserva como medida útil de la atención prenatal adecuada. Con este índice, el National Center for Health Statistics concluyó que 12% de las mujeres estadounidenses que dieron a luz en 2000 recibió atención prenatal adecuada (Martin, 2002a). Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2000) analizaron los datos de actas de nacimiento de los años 1989 a 1997 y observaron que la mitad de las mujeres que no recibieron atención prenatal o lo hicieron de forma tardía deseaba iniciarla antes. Las dificultades para la atención variaron según el grupo étnico, edad y método de pago. La razón citada con mayor frecuencia fue la identificación tardía del embarazo por parte de la paciente. La segunda dificultad citada más a menudo fue la falta de dinero o seguro médico para recibir tal atención. La tercera fue la imposibilidad de obtener una cita. (25)

2.2.7. Eficacia de la atención prenatal

La atención prenatal diseñada a principios del siglo XX se orientaba a disminuir los elevados índices de mortalidad materna. No hay duda que esta atención contribuyó al descenso drástico de los índices de mortalidad materna de 690 por 100,000 nacimientos en 1920, a 50 por 100,000 para 1955 (Loudon, 1992); quizá la actual tasa de mortalidad materna relativamente baja de aproximadamente 10 a 15 por 100,000 se relacione con la elevada atención prenatal (Xu, 2010). De hecho, en un análisis de datos de 1998 a 2005 del Pregnancy Mortality Surveillance System (PRAMS), Berg et al. (2010) identificaron un aumento de cinco veces en el riesgo de muerte materna en mujeres que no recibieron atención prenatal. Otros estudios certifican la eficacia de la atención prenatal. Herbst et al. (2003) observaron que la falta de atención prenatal se relaciona con un aumento a más del doble de parto prematuro. Los datos del National Center for Health Statistics mostraron que las mujeres con atención prenatal tenían una tasa general de mortinatos (óbitos) de 2.7 por 1000, comparada con 14.1 por 1000 entre las mujeres sin atención prenatal (Vintzileos, 2002a). Más tarde, estos mismos investigadores publicaron que la atención prenatal se acompaña de menores tasas de parto prematuro y muerte neonatal relacionada con placenta previa, restricción del crecimiento fetal y embarazo postérmino (Vintzileos, 2002b, 2003). Al valorar el formato de atención, Ickovics et al. (2007) compararon la atención prenatal individual y la atención prenatal en grupo. En este último se mantuvo la vigilancia habitual del embarazo en circunstancias grupales, con enfoque especial en el apoyo, educación y participación activa en la atención de salud. Las mujeres incluidas en la atención prenatal en grupo tuvieron tasas mucho más bajas de parto prematuro que aquellas que recibieron atención individual. (25)

2.2.8. La atención integral de salud materna (10)

2.2.8.1. Atención preconcepcional / pregestacional

La atención es realizada por profesional calificado: médico gineco obstetra, médico cirujano, obstetra, 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.

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.

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.

Incluye:

- Evaluación clínica (realizado por el profesional médico), del riesgo gestacional, nutricional, y de laboratorio.
- Detección y evaluación temprana de riesgo de salud mental.
- Tamizaje de violencia familiar.
- Toma de Papanicolaou, previa orientación/consejería, y examen de mamas (realizado por el profesional médico). Incluye 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, sobre estilos de vida saludables y de nutrición adecuada.
- Orientación/consejería a la pareja sobre su proyecto de paternidad y maternidad responsable.

- Revisión del caso con los resultados de exámenes solicitados, elaborar el plan de trabajo a seguir según corresponda (interconsultas a especialidad, nuevas pruebas, planificación familiar, etc.).

Evaluación del riesgo gestacional:

Historia clínica:

Factores sociodemográficos:

- 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:

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

Antecedentes médicos:

- Hipertensión arterial
- Enfermedad cardíaca o renal
- Endocrinopatías
- Epilepsias
- Enfermedad respiratoria crónica
- Enfermedades hematológicas o hepáticas

Evaluación nutricional

- Índice de masa corporal – IMC

Exploración física:

- Presión arterial
- Pulso

- Temperatura
- Examen cardiovascular
- Examen respiratorio
- Peso
- Talla

Exámenes de laboratorio:

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

2.2.8.2. 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 morbilidad 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.
- 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.
- 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.

- Toda complicación del embarazo detectada en cualquier momento de la atención de la gestante debe ser atendida por médico gineco-obstetra.
- Brindar educación a la mujer gestante, su familia y la comunidad sobre cuidados durante la gestación, parto, puerperio.
- Brindar educación sobre la identificación de signos de alarma durante la gestación, parto, puerperio.
- En toda atención prenatal se debe llenar la Historia Clínica Materno Perinatal.
- Brindar la atención prenatal reenfocada según esquema básico de la atención prenatal.
- Realizar evaluación nutricional, orientación/consejería y suplementación con ácido fólico, calcio y hierro.
- Elaborar el plan de parto para la atención institucional del parto con adecuación intercultural, de corresponder.
- Detección y manejo temprano de complicaciones. Realizar dosaje de proteinuria con tira reactiva o ácido sulfosalicílico.
- Promover y preparar para la lactancia materna.
- Facilitar la presencia de un acompañante durante la atención de preferencia la pareja.
- 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.
- Las autoridades sanitarias correspondientes garantizarán la dotación del equipamiento completo para la atención prenatal, según nivel de atención.

2.2.8.3. Paquete de actividades en la visita domiciliaria a la gestante

- Educación en auto cuidado de la salud dirigida a la gestante y familia, identificación de signos de alarma, verificar la preparación de pezones, percepción y control de los movimientos fetales.
- Informar a la gestante y familia, sobre la importancia de la atención prenatal y de la toma de análisis de laboratorio.
- Verificar la toma de sulfato ferroso más ácido fólico y de medicamentos indicados en caso de alguna patología.
- Verificar vacunas y resultados de exámenes de laboratorio en el carnet prenatal. Coordinar con inmunizaciones del establecimiento de salud en el caso no se haya vacunado. Si no tiene resultados para VIH/SIDA y Sífilis se realizará la prueba rápida previa orientación/consejería.
- Identificación de Violencia Basada en Género y Depresión.
- Segunda y tercera entrevista del plan de parto.
- Firma de compromiso para acudir a su atención prenatal.

2.2.8.4. Plan de Parto:

De aplicación obligatoria en todos los niveles de atención. En el primer nivel de atención se debe realizar siguiendo las siguientes pautas:

- Primera Entrevista: se elabora la ficha de plan de parto en la primera atención prenatal, entregándole una copia a la gestante para que la socialice con su familia y decidan todas las opciones concernientes a la atención del parto; así mismo fijen la fecha para que el personal de salud acuda a su domicilio para la segunda y tercera entrevista.

- Segunda entrevista: se realiza en el domicilio de la gestante antes de la segunda atención prenatal, según la fecha acordada para comprometer a la pareja y a la familia.
- Tercera entrevista: se realiza en el domicilio de la gestante con la participación del agente comunitario o líder comunitario según la fecha acordada para asegurar el apoyo con el transporte en caso de emergencia, entre otras cosas. La gestante con la tercera entrevista realizada se considera gestante con plan de parto completo.
- En caso sea atendida la gestante en un hospital, las entrevistas del plan de parto serán realizadas en dicho establecimiento de salud.

En el caso de gestante adolescente, previo consentimiento de la adolescente y en calidad de confidencialidad, la tercera entrevista se realiza en la institución educativa, con la participación del tutor o docente encargado del aula para asegurar: permanencia en la institución educativa, apoyo en caso de emergencia, para garantizar el parto institucional y la reinserción escolar después del mismo.

En el segundo y tercer nivel de atención, las entrevistas pueden realizarse durante la consulta pre natal

Se considera Plan de Parto Efectivo, en aquella gestante que después de haberle realizado las 3 entrevistas termina en parto institucional.

2.2.9. Características de las gestantes

Son diversos factores entre ellos sociales, económicos, biológicos entre otros, de la gestante en una realidad concreta o sistema social.

Los factores sociales en cualquier realidad concreta están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de

manifestación de lo social, como son: las estructuras sociales, las instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado, la religión, la cultura, etcétera, las cuales al mismo tiempo que son constituidas gracias a su mediación por los actores sociales colectivos e individuales a través de la realidad concreta, inciden en la realidad concreta como un todo, en la misma medida que ella influye también en ellos (29).

2.2.9.1. Edad materna

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento. La edad también representa cada una de las etapas del desarrollo físico y los periodos en que se divide la vida humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez.

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir.

2.2.9.2. Educación materna

La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbilidad materna perinatal. Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo cual esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres. Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación paterna puede ser tan importante como la materna, ya que un padre mejor educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos (30).

2.2.9.3. Estado civil

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas (31).

Estado civil es esencialmente un atributo de la persona, una cualidad que lleva consigo que le permite diferenciarse y distinguirse legalmente de los demás. Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, separado, conviviente) (32). Para aspectos de estudio consideraremos:

Soltero: Es la persona que no tiene unión legal con otra persona.

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

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

Divorciado: Es la persona que legalmente por trámite judicial culmina el matrimonio, pudiendo desarrollar de forma libre acciones personales y/o familiares (33).

2.2.9.4. Paridad

El antecedente del número de partos previos es usado para establecer el riesgo obstétrico. Según varios investigadores la primiparidad o el primer embarazo tienen una alta correlación con el aborto y mortalidad materna; esta se potencia cuando interactúa con embarazo en la adolescencia o en mujeres mayores de 30 años. Por otro lado, la multiparidad también ha sido asociada a resultados adversos explicados principalmente por complicaciones obstétricas o patologías maternas (34).

2.2.9.5. Índice de masa corporal (IMC) pregestacional

El IMC es una útil herramienta que es utilizada comúnmente por los profesionales de la salud para determinar si una persona está por debajo su peso normal, exceso de peso u obesidad en adultos.

El estado nutricional deficiente por exceso o por defecto en las mujeres antes y durante el embarazo, está asociado a un mayor riesgo de complicaciones durante el parto e incrementa la morbilidad y mortalidad materno-perinatal (35, 36).

El índice de masa corporal (IMC) pregestacional afecta a la salud de la madre durante y después del embarazo, y se relaciona con un aumento del riesgo a sufrir diabetes gestacional, preeclampsia o muerte fetal. Además, el IMC pregestacional elevado aumenta los niveles de ansiedad, estrés y depresión, lo que conlleva al aumento de riesgo de aborto, bajo peso al nacer y prematuridad (37).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la prevalencia de obesidad en la embarazada se encuentra en un rango comprendido entre 1,8 y 25,3 %, dependiendo de las series (38). La obesidad aumenta de forma considerable la morbimortalidad asociada al embarazo; no sólo por el exceso de peso presente al inicio de la gestación, sino también de la variación en él a medida que el embarazo progresa. Algunos de estos riesgos aumentan con el desarrollo de sobrepeso y varían de acuerdo a la severidad del rango, o debido a la progresión hacia los diferentes subtipos de obesidad (39).

2.3. Variables de Estudio

2.3.1. Identificación de Variable

Variable: Características de las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli.

Subvariables

Presencia de morbilidad en la gestante

Tipo de morbilidad que presentó la gestante

Edad de la gestante en años

Edad de la primera relación sexual

Edad gestacional en semanas al terminar el embarazo

Número de parejas sexuales antes del embarazo actual

Nivel de Instrucción de la gestante

Estado civil de la gestante

Tipo de ocupación de la gestante

Índice de masa corporal pregestacional

Paridad antes del embarazo actual

2.3.2. Operacionalización de variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador (es)	Ítem	Valor
Características de las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancha de Yauli	Son rasgos o singularidades de naturaleza social, biológica, médica, demográfica, económica entre otros que identifica a alguien o a un grupo de personas; son varios los elementos que sirven para describir las distintas realidades.	Análisis documental de las historias clínicas de las gestantes atendidas en el puesto de salud Suitucancha de Yauli. Sobre características de la gestante con morbilidad. y registro en la ficha de recolección de datos	Presencia de morbilidad en la gestante	Gestante presento morbilidad	Si(1) No(2)
			Tipo de morbilidad presentada en la gestante	Tipo de morbilidad que tuvo la gestante	Nominal
			Edad de la gestante en años	Edad de la gestante que tuvo morbilidad	Numérico
			Edad de la primera relación sexual en años	Edad de la primera relación sexual en la gestantes con morbilidad	Numérico
			Edad gestacional en semanas al terminar el embarazo	Edad gestacional en semanas al terminar el embarazo	Numérico
			Número de parejas sexuales	Número de parejas sexuales antes del embarazo actual	Numérico
			Nivel de Instrucción de la gestante	Sin estudios	1
				Primaria incompleta	2
				Primaria completa	3
				Secundaria incompleta	4
				Secundaria completa	5
				Superior incompleta	6
				Superior completa	7
			Estado civil de la gestante	Soltera	1
				Conviviente	2
				Casada	3
				Viuda	4
				Divorciada	5
			Tipo de ocupación de la gestante	Tipo de ocupación de la gestante con morbilidad	Nominal
			Índice de masa corporal pregestacional	Bajo peso (menos de 19,8)	1
				Peso Normal (de 19,8 a 26,0)	2
				Sobrepeso (de 26,1 a 29,0)	3
				Obesidad (mayor de 29,0)	4
			Paridad antes del embarazo actual	Nulípara	1
				Primípara	2
				Múltipara	3

2.4. Definición de términos

El embarazo o gravidez (de grávido, y este del latín gravidus) es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto.

Gestante. Estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.

Morbilidad Se refiere a la presentación de una enfermedad o síntoma de una enfermedad, o a la proporción de enfermedad en una población. La morbilidad también se refiere a los problemas médicos que produce un tratamiento.

Morbilidad en la gestante Es la complicación o problema de salud que se presenta o se desarrolla durante el embarazo, que pone en riesgo la salud o vida de la mujer y el feto, el cual requiere de una atención inmediata.

Riesgo El riesgo es la medida que refleja la posibilidad de que se produzca, un hecho o daño a la salud

Factor de riesgo Son eventos o fenómenos de cualquier naturaleza a los cuales se expone el individuo en su ambiente cuya consecuencia puede ser la producción de una enfermedad o efecto.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito de estudio

La investigación sobre características de las gestantes con morbilidad atendidas en el Puesto de Salud Suitucancha, se realizó en el distrito de Suitucancha el cual es uno de los diez distritos de la Provincia de Yauli, ubicada en el Departamento de Junín, Se compone de 106 centros poblados, el pueblo de Suitucancha está ubicado a 4,255 msnm. Ubicado a 42.87 km al este de la ciudad de La Oroya. El recorrido en movilidad hasta el distrito es de 55 minutos.

3.2. Tipo de investigación

El estudio fue una investigación observacional, retrospectiva, descriptiva, de corte transversal. Observacional porque no existe intervención del investigador, los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador, retrospectivo porque recolecta y analiza la información que se produjo con anterioridad, los datos se recogen de registros donde el investigador no tuvo participación (secundarios), transversal porque todas las mediciones se hacen en una sola ocasión, por lo que no existen períodos de seguimiento, descriptivo porque sus datos serán utilizados con finalidades puramente descriptivas. Su propósito es describir la variable y analizarla en un momento dado (40-42).

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986); Su propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable o variables en forma independiente. Es decir, buscan especificar las propiedades de la variable, la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Es decir, pretendió medir o recoger información de

manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren (40, 43-45).

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general:

Se utilizó el método inductivo. Según Pimienta (46) es aquel que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares. Se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse 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.

3.4.2. Método Básico

Se utilizó el método descriptivo porque describe las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación (46).

3.5. Diseño de investigación

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea. El estudio corresponde a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la de realizar una interpretación correcta del fenómeno (42, 44, 45).

Donde:

M O

M: Gestantes atendidas en el Puesto de Salud Suitucancha.

O: Características de las gestantes con morbilidad.

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

Fueron todas las gestantes con morbilidad atendidas en el Puesto de Salud Suitucancha del distrito de Suitucancha, provincia de Yauli, Región Junín, de enero a diciembre del 2018; según registros estadísticos fueron un total de 37 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 (42, 44, 47, 48).

3.6.2. Muestra:

El estudio fue censal. La muestra de estudio la constituyeron todas las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancha, Yauli, Junín, enero - diciembre del 2018 (42, 44, 47, 48).

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se tomó en cuenta los aspectos éticos, ya que toda información recolectada fue de absoluta reserva, no se vulneró los derechos humanos.

La técnica utilizada fue el **análisis documental**; Esta técnica permitió el análisis documental de las Historias Clínicas, registros de seguimiento, de los usuarios atendidos en el establecimiento de salud. La información fue recolectada por los investigadores de campo previamente capacitados y estandarizados para tal fin.

Fuentes Secundarias

- Historia Clínica, registro de seguimiento de los usuarios.

El instrumento fue la **ficha de recolección de datos** conteniendo la variable y subvariables a estudiar; la cual fue elaborada en base al planteamiento del problema, propósito, objetivos, variables de estudio entre otros. Los datos recogidos fueron ordenados, codificados e ingresados a una tabla en Excel y luego para el análisis fue transportada al software SPSS 23, paquete estadístico intuitivo y versátil que posibilita en análisis de datos de investigaciones con enfoque cuantitativo.

3.8. Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta lo siguiente:

Primero: Se realizó el trámite administrativo en el programa de segunda especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud, para el proceso de investigación.

Segundo: Se validó el instrumento de recolección de datos por juicio de expertos; buscando que el instrumento mida o capture los datos que realmente sirvan para el propósito para el cual fue construido.

La valoración de los expertos fue cualitativa. En el instrumento de investigación, el contenido o ítems utilizados para las mediciones y sus resultantes fueron consideradas pertinentes para la investigación.

Tercero: Luego se solicitaron los permisos respectivos para la realización de la investigación al jefe del Puesto de Salud Suitucancha, el permiso o autorización fue importante para el acceso a los registros de atención, historia clínica, libro de seguimiento entre otros.

Cuarto: Se capacitaron a los investigadores de campo para la recolección de los datos de investigación y registro en la ficha de recolección de datos.

Quinto: Con la debida autorización, se tuvo una reunión con el personal del establecimiento de salud para socializar el objetivo de la investigación.

Luego se procedió a la revisión de los registros de atención, historias clínicas, libro de seguimiento entre otros; se aplicó la ficha de recolección de datos a toda la muestra de estudio.

Sexto: Se codificó y tabuló los datos obtenidos en una hoja de cálculo del aplicativo Microsoft Office Excel; para el análisis estadístico se exportó la base de datos del Excel al programa “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS).

3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Primero se realizó un ordenamiento, clasificación y codificación de los datos recolectados en el trabajo de campo. Se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2016; esto se realizó por el fácil uso y familiaridad con el aplicativo ofimático.

Para el análisis estadístico se importó la base de datos del Excel al programa SPSS 23 para Windows, con la finalidad de realizar el análisis estadístico descriptivo según

la naturaleza del estudio. El ingreso de datos lo realizó una persona con experiencia en el manejo de equipos de cómputo hojas de cálculo Excel y software SPSS.

Los datos fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Presentación e Interpretación de Datos

En el presente estudio, se investigaron las características de las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018

Tabla 1. Proporción de gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018.

Morbilidad en gestante	Frecuencia	Porcentaje
Gestante con morbilidad	37	74.0
Gestante sin morbilidad	13	26.0
Total	50	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las características de las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018.

En la tabla 1. Del 100% (50) de gestantes atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018; el 74.0% (37) tuvieron al menos una morbilidad y el 26% (13) no presentaron ninguna morbilidad.

Tabla 2. Tipo de morbilidad que presentaron las gestantes atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018.

Morbilidad en la gestantes	Frecuencia	Porcentaje
Infección de tracto urinario	27	73.0
Anemia leve	20	54.1
Síndrome de flujo vaginal	10	27.0
Parto pretérmino	2	5.4
Placenta previa total	1	2.7
Preeclampsia leve	1	2.7
Ruptura prematura de membranas	1	2.7

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las características de las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018.

En la tabla 2. De las 37 gestantes que presentaron alguna morbilidad o complicación atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín; el 73% (27) presentaron infección de tracto urinario, el 54.1% (20) presentaron anemia leve, el 27% (10) presentaron síndrome de flujo vaginal, el 5.4% (2) presentaron parto pretérmino, el 2.7% (1) presento placenta previa total, el 2.7% (1) presento preeclampsia leve y el 2.7% (1) presento ruptura prematura de membranas.

Tabla 3. Edad de la gestante, edad de la primera relación sexual, edad gestacional y número de parejas sexuales en las gestantes atendidas en el puesto de salud Suitucancha de Yauli, Junín 2018.

Estadísticos	Edad de la gestante en años	Edad de la primera relación sexual	Edad gestacional en semanas al terminar el embarazo	Número de parejas sexuales antes del embarazo actual
Numero de gestantes con morbilidad	37	37	37	37
Media	26.65	16.86	37.92	1.49
Mediana	27.00	17.00	38.00	1.00
Moda	22 ^a	17	39	1
Mínimo	15	13	33	1
Máximo	41	23	40	4
Percentiles 25	21.00	15.00	37.00	1.00
Percentiles 50	27.00	17.00	38.00	1.00
Percentiles 75	32.00	18.00	39.00	2.00

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las características de las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancha de Yauli, Junín 2018.

En la tabla 3. Del total de gestantes con alguna morbilidad o complicación atendidas en el puesto de salud Suitucancha de Yauli, Junín. Se encontró como características que la edad promedio de la gestante fue de 26.6 años, el 50% tuvo menos de 27 años, el 75% tuvo menos de 32 años. La edad promedio de la primera relación sexual fue 16.86 años, el 50% tuvo su primera relación antes de los 17 años y un 25% antes de los 15 años. La edad gestacional promedio al terminar la gestación fue de 37.92 semanas, el 75% terminaron su embarazo con más de 37 semanas de gestación. El numero promedio de parejas sexuales en el grupo estudiado fue de 1.49, el 50% tuvo solo una pareja sexual.

Tabla 4. Nivel de instrucción en las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancha de Yauli, Junín 2018.

Nivel de Instrucción de la gestante	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin estudios	1	2.7	2.7
Primaria incompleta	4	10.8	13.5
Primaria completa	4	10.8	24.3
Secundaria incompleta	9	24.3	48.6
Secundaria completa	15	40.5	89.2
Superior incompleta	4	10.8	100.0
Total	37	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las características de las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancha de Yauli, Junín 2018.

En la tabla 4. Del 100% (37) de gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancha de Yauli, Junín. El 2.7% (1) no tuvieron estudios, el 10.8% (4) tuvieron primaria incompleta, el 10.8% (4) tuvieron primaria completa, el 24.3% (9) tuvieron secundaria incompleta, el 40.5% (15) tuvieron secundaria completa y el 10.8% (4) tuvieron superior incompleto. El 48.6% de las gestantes con complicaciones tuvieron como nivel de instrucción secundaria incompleta o menos. El 89.2% de las gestantes con complicaciones tuvieron nivel de instrucción secundario o menos.

Tabla 5. Estado civil de las gestantes con morbilidades atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018.

Estado civil de la gestante	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Conviviente	23	62.2	62.2
Soltera	8	21.6	83.8
Casada	6	16.2	100.0
Total	37	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las características de las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018.

En la tabla 5. Del 100% (37) de gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín. El 62.2% (23) fueron convivientes, el 21.6% (8) fueron solteras y el 16.2% (6) fueron casadas. El 78.4% (29) fueron convivientes o casadas.

Tabla 6. Tipo de ocupación en las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018.

Tipo de ocupación de la gestante con morbilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ama de casa	27	73.0	73.0
Estudiante	4	10.8	83.8
Labores agropecuarias	4	10.8	94.6
Comerciante	2	5.4	100.0
Total	37	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las características de las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018.

En la tabla 6. Del 100% (37) de gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín. El 73% (27) fueron amas de casa, el 10.8% (4) fueron estudiantes, el 10.8% (4) realizaban labores agropecuarias y el 5.4% (2) fueron comerciantes.

Tabla 7. Índice de masa corporal pregestacional en las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018.

Índice de masa corporal pregestacional en la gestante con morbilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo peso (menos de 19,8)	7	18.9	18.9
Peso Normal (de 19,8 a 26,0)	27	73.0	91.9
Sobrepeso (de 26,1 a 29,0)	3	8.1	100.0
Total	37	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las características de las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018.

En la tabla 7. Del 100% (37) de gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín. El 18.9% (7) tuvieron bajo peso pregestacional, el 73% (27) tuvieron un peso normal antes de la gestación y un 8.1% (3) tuvieron sobrepeso antes de la gestación.

Tabla 8. Paridad antes del embarazo actual en las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018.

Paridad antes del embarazo actual	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nulípara	9	24.3	24.3
Primípara	13	35.1	59.5
Múltipara	15	40.5	100.0
Total	37	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las características de las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín 2018.

En la tabla 8. Del 100% (37) de gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancho de Yauli, Junín. El 24.3% (9) fueron nulíparas, el 35.1% (13) fueron primíparas y el 40.5% (15) fueron múltiparas.

4.2. Discusión

Del total de gestantes atendidas en el puesto de salud Suitucancha de la provincia de Yauli, Junín; el 74% presentaron alguna morbilidad. No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados. Solo tres de cada diez gestantes no presentan morbilidad en su gestación lo cual, lo cual es alarmante y es pertinente adoptar medidas de intervención inmediatas fortaleciendo las actividades preconcepcionales, para mejorar las condiciones de salud de estas gestantes. La elevada proporción de morbilidad en las gestantes atendidas en el Puesto de Salud Suitucancha, probablemente se deba a las condicionantes o determinantes sociales, culturales, pobreza, bajo nivel educativo, limitado acceso a los servicios de salud, falta de información entre otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención preconcepcional o durante el embarazo.

De las 37 gestantes que presentaron alguna morbilidad o complicación atendidas en el puesto de salud Suitucancha de la provincia de Yauli, Junín. el 73% presentaron infección de tracto urinario, el 54.1% anemia leve, el 27% síndrome de flujo vaginal, el 5.4% parto pretérmino, en mínimas proporciones se presentaron otras morbilidades (placenta previa total, preeclampsia leve ruptura prematura de membranas). De las morbilidades halladas solo algunas fueron también encontradas en otros estudios realizados pero en proporciones diferentes y/o menores como refiere por Reyes (14), Ardevol et al (15), Chamy et al (16), Navas et al (18). Las morbilidades encontradas en mayor proporción como infección de tracto urinario, anemia, síndrome de flujo vaginal, son prevenibles y tratables en un 100%; por lo cual las acciones preventivo promocionales aunadas a una buena atención preconcepcional y prenatal permitirían controlar y disminuir este problema; por otra parte, es muy importante seguir interviniendo en las determinantes y condicionantes de la salud.

Se encontró como características que la edad promedio de la gestante fue de 26.6 años, el 50% tuvo menos de 27 años, la edad promedio de la primera relación sexual fue 16.86 años, el 50% tuvo su primera relación antes de los 17 años, la edad gestacional promedio al terminar la gestación fue de 37.92 semanas, el 50% tuvo solo una pareja sexual. Estos resultados difieren de los hallado por Reyes (14), Navas et al (18). De las características encontradas no se encontró elevadas proporciones en

los grupos considerados edades de riesgo (menores de 18 y mayores de 35 años); por otra parte, en el análisis de que más de la mitad de las gestantes tuvieron más de 27 años y el 50% tuvo su primera relación sexual antes de los 17 años; permite abstraer que este grupo de estudio tienen una vida sexual activa con un considerable tiempo de convivencia; por lo cual de acuerdo a las condiciones de su contexto socio económico y determinantes de la salud; que requiere se le brinde una atención sanitaria adecuada de manera continua sobre todo en salud sexual y reproductiva.

El 2.7% no tuvieron estudios, el 10.8% tuvieron primaria incompleta, el 10.8% tuvieron primaria completa, el 24.3% tuvieron secundaria incompleta, el 40.5% tuvieron secundaria completa y el 10.8% tuvieron superior incompleto. El 48.6% tuvieron como nivel de instrucción secundaria incompleta o menos. El 89.2% de las gestantes con complicaciones tuvieron nivel de instrucción secundario o menos. En cuanto al nivel de instrucción secundario el resultados concuerda con lo hallado por Reyes (14). Lo encontrado refleja un bajo nivel educativo en este grupo de gestantes probablemente por el limitado acceso a la educación y otras condicionantes sociales. El bajo nivel educativo de las gestantes limita las oportunidades de desarrollo familiar; así mismo, limita el entendimiento de las charlas, consejerías o capacitaciones en salud materno perinatal.

El 21.6% fueron solteras, el 62.2% fueron convivientes y el 16.2% fueron casadas. El 78.4% fueron convivientes o casadas. Estos resultados concuerdan con lo hallado por Rosell et al (17), Alvino (19). En cuanto al estado civil la mayoría fueron convivientes situación que en el ámbito estudiado o contexto andino es una relación familiar estable que debe ser tomado por el personal de salud como una oportunidad para las intervenciones sanitarias integrales, prevenir riesgos y daños en las gestantes.

El 73% fueron amas de casa, el 10.8% fueron estudiantes, el 10.8% realizaban labores agropecuarias y el 5.4% fueron comerciantes. No hubo estudios para contrastar estos resultados, pero lo encontrado refleja que la mayoría de estas gestantes no realizan labores de riesgo; por otra parte, debe ser tomado en cuenta por el personal de salud como una oportunidad para las intervenciones sanitarias integrales.

El 24.3% fueron nulíparas, el 35.1% fueron primíparas y el 40.5% fueron multíparas. El 18.9% tuvieron bajo peso pregestacional, el 73% tuvieron un peso normal antes de la gestación y un 8.1% tuvieron sobrepeso antes de la gestación. No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados. Lo hallado indica que existe gestantes, aunque en mínima proporción que estuvieron con bajo peso pregestacional y sobrepeso. La baja talla y bajo peso maternos están relacionados con el bajo peso y talla al nacer como lo refiere el estudio de Poletti et al (49); por otra parte la obesidad es un factor de riesgo para hipertensión inducida por el embarazo según lo refiere en su estudio Diago et al (50); por ello es pertinente un adecuado seguimiento en la gestante por el equipo de salud con involucramiento familiar no solo en los consultorio, sino también en las visitas domiciliarias.

Conclusiones

- Primero. De las gestantes atendidas en el puesto de salud Suitucancha de la provincia de Yauli, siete de cada diez tuvieron alguna morbilidad en el embarazo.
- Segundo. Las morbilidades que se presentaron en las gestantes atendidas en el puesto de salud Suitucancha de la provincia de Yauli, fueron en mayor proporción la infección de tracto urinario, la anemia leve, el síndrome de flujo vaginal y en mínima proporción el parto pretérmino, la placenta previa, la preeclampsia leve y la ruptura prematura de membranas.
- Tercero. Se encontró como características que la edad promedio de la gestante fue de 26.6 años, la mitad tuvieron menos de 27 años, la mitad tuvieron su primera relación sexual antes de los 17 años, la edad gestacional promedio al terminar la gestación fue de 37.9 semanas y la mitad tuvieron solo una pareja sexual.
- Cuarto. Las gestantes con morbilidad se caracterizaron por tener un bajo nivel educativo, ser en su mayoría convivientes y amas de casa.
- Quinto. En las gestantes con morbilidad siete de cada diez tuvieron un peso normal antes de la gestación y cuatro de cada diez fueron múltiparas.

Recomendaciones

Al gobierno regional, en su plan de Desarrollo Regional Concertado debe incorporar políticas públicas integrales que mejoren el acceso a la educación y a la salud, planes de desarrollo económico que contribuyan a mejorar el ingreso económico en la población, planes de desarrollo familiar que integren todos los sectores involucrados a fin de contribuir a mejorar las condicionantes y determinantes de la salud.

Al sector salud desarrollar acciones integrales de atención primaria en salud enfatizando la promoción de la salud, la salud familiar y comunitaria; identificación, prevención y control de riesgos en salud; sobre todo obstétricos para una buena salud materna neonatal.

Seguir mejorando los procesos de accesibilidad a los servicios de salud, atención preconcepcional, medicina general, salud familiar, atención prenatal de calidad y mejora de la cartera de servicios.

El personal de salud debe estar capacitado para incentivar e impulsar la atención preconcepcional e identificar condiciones de morbilidad y/o factores de riesgo en la gestante para una intervención oportuna y disminuir las complicaciones obstétricas; así mismo en la promoción de la salud, prevención de riesgos y cuidados de la gestante con la participación familiar.

Fortalecer el seguimiento en la gestante por el equipo de salud con involucramiento familiar no solo en los consultorios, sino también en las visitas domiciliarias integrales.

Las familias, la comunidad, los gobierno locales y regionales deben impulsar y priorizar en la agenda pública políticas de salud sexual y reproductiva; y de desarrollo familiar.

Referencias bibliográficas

1. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba SR. Obstetricia y ginecología. 3 ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. 462 p.
2. 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>.
3. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Estrategias para acelerar la disminución de la muerte materna en México. México: Secretaría de Salud/Dirección General de Salud Reproductiva; 2009.
4. Sánchez A, Pérez F. ¿Qué sabemos de la incidencia de la morbilidad materna en México?. Revista Género y Salud en Cifras. 2014;12(1):3-14.
5. Brabin BJ, Hakimi M, Pelletier D. An analysis of anemia and pregnancy-related maternal mortality. The Journal of nutrition. 2001;131(2):604S-15S.
6. Sifakis S, Pharmakides G. Anemia in pregnancy. Annals of the New York Academy of Sciences. 2000;900(1):125-36.
7. Peña E, Sánchez A, Solano L. Perfil de riesgo nutricional en la adolescente embarazada. Archivos latinoamericanos de Nutrición. 2003;53(2):141-9.
8. Ferrer Arreola L, Alvarado de Luzuriaga E, Valdés Huevo B, Valenzuela Soto G, Santiago Cruz RM, Gómez Morales J. Guía para la atención prenatal en medicina familiar. Unidad de atención primaria a la salud. Coordinación de atención integral a la salud en el primer nivel. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2016. 26 p.
9. Elster AB, Lamb ME, Tavaré J, Ralston CW. The medical and psychosocial impact of comprehensive care on adolescent pregnancy and parenthood. Jama. 1987;258(9):1187-92.
10. 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.
11. Morejón AdJT, Hernández ME, Bofill SD, Díaz AA. Riesgo preconcepcional en mujeres del consultorio No. 1 del Policlínico “Carlos Verdugo”. 2008. Revista Médica Electrónica. 2008;30(6):764-71.

12. Wall E. Assessing obstetric risk. A review of obstetric risk-scoring systems. *The Journal of family practice*. 1988;27(2):153-63.
13. Alexander S. Formal risk scoring during pregnancy. En: Chalmers I, Enkin M, eds. *Effective care during pregnancy and childbirth*. Vol 1 Oxford: Oxford University Press. 1993.
14. Reyes Arboleda PS. Factores de riesgo obstetrico en embarazadas que acuden al Hospital Delfina Torres de Esmeraldas [Tesis de grado]. Esmeraldas: Pontificia Universidad Catolica del Ecuador; 2016.
15. Ardevol Cordovez D, Lluch Bonet A, de la Paz Alemán DM. Labor educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. *Revista Cubana de Enfermería*. 2015;31(3).
16. Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2009;74(6):331-8.
17. Rosell Juarte E, Delgado Hernández M, Trufero Cánovas N. Riesgo reproductivo preconcepcional. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2006;10(6):47-55.
18. Navas Ábalos N, Castillo Fernández FA, Campos Martínez A. Caracterización del riesgo preconcepcional. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2006;10(2):64-72.
19. Alvino Mamani JL. Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Febrero 2015 [Tesis de grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2015.
20. Colimon KM. *Fundamentos de epidemiología*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S. A.; 2008.
21. Ceccaldi P-F, Duvillier C, Poujade O, Chatel P, Pernin E, Davitian C, et al. Control del embarazo normal. *EMC-Ginecología-Obstetricia*. 2015;51(4):1-14.
22. Mattuizzi A, Madar H, Froeliger A, Brun S, Sarrau M, Bardy C, et al. Infección urinaria y embarazo. *EMC - Ginecología-Obstetricia*. 2018;54(4):1-20.
23. Marcelo Pradenas A. Infecciones cérvico vaginales y embarazo. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014;25(6):925-35.
24. Marín GH, Fazio P, Rubbo S, Baistrocchi A, Sager G, Gelemur A. Prevalencia de anemia del embarazo y análisis de sus factores condicionantes. *Atención Primaria*. 2002;29(3):158-63.

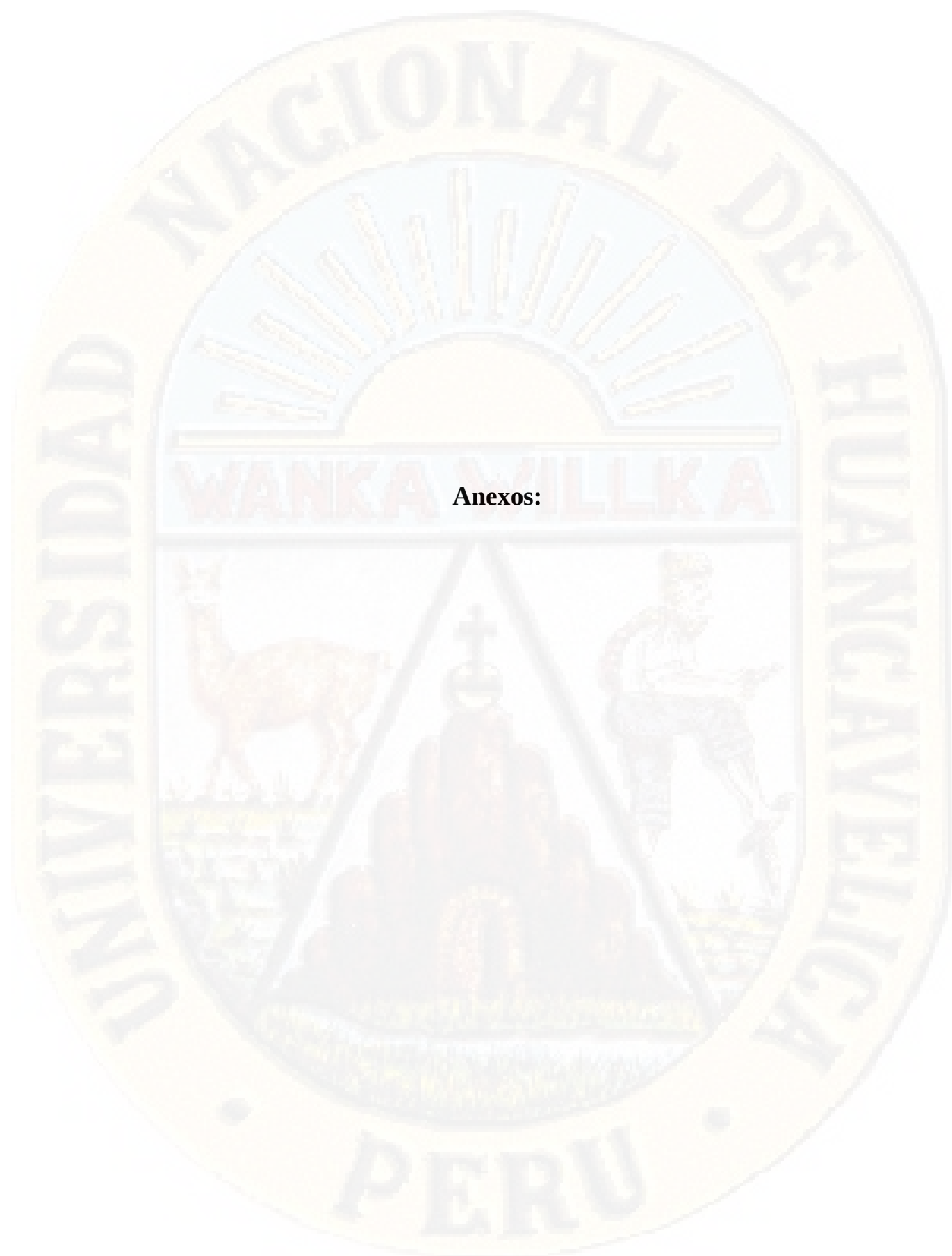
25. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams Obstetricia. 24 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores, SA; 2015. 1356 p.
26. González Merlo J, Laílla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. Obstetricia. 6 ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. 752 p.
27. Hacker NF, Gambone J, Hobel CJ. Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore. 5 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2011.
28. Pellicer Martínez A, Hidalgo Mora JJ, Perales Marín A, Díaz García C. Obstetricia y ginecología: guía de actuación. Madrid: Médica Panamericana; 2014. 759 p.
29. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago. 2015(128):336-50.
30. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.
31. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2003;82(2):182-8.
32. 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.
33. 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.
34. Rodríguez EC, Roura LC, Staff V, Martínez LA, Obstetricia SEdGy. Sego: Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción, 2 Tomos + Cd-Rom: Panamericana Editorial; 2003.
35. Magriples U, Boynton MH, Kershaw TS, Lewis J, Rising SS, Tobin JN, et al. The impact of group prenatal care on pregnancy and postpartum weight trajectories. American journal of obstetrics and gynecology. 2015;213(5):688. e1-. e9.
36. Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, Misso ML, Boyle JA, Harrison CL, et al. Gestational weight gain across continents and ethnicity: systematic review and meta-analysis of maternal and infant outcomes in more than one million women. BMC medicine. 2018;16(1):153.
37. Romero-González B, Caparrós-González R-A, Strivens-Vílchez H, Peralta-Ramírez M-I. ¿Puede el índice de masa corporal pregestacional relacionarse con el estado

psicológico y físico de la madre durante todo el embarazo? *Nutrición Hospitalaria*. 2018;35:332-9.

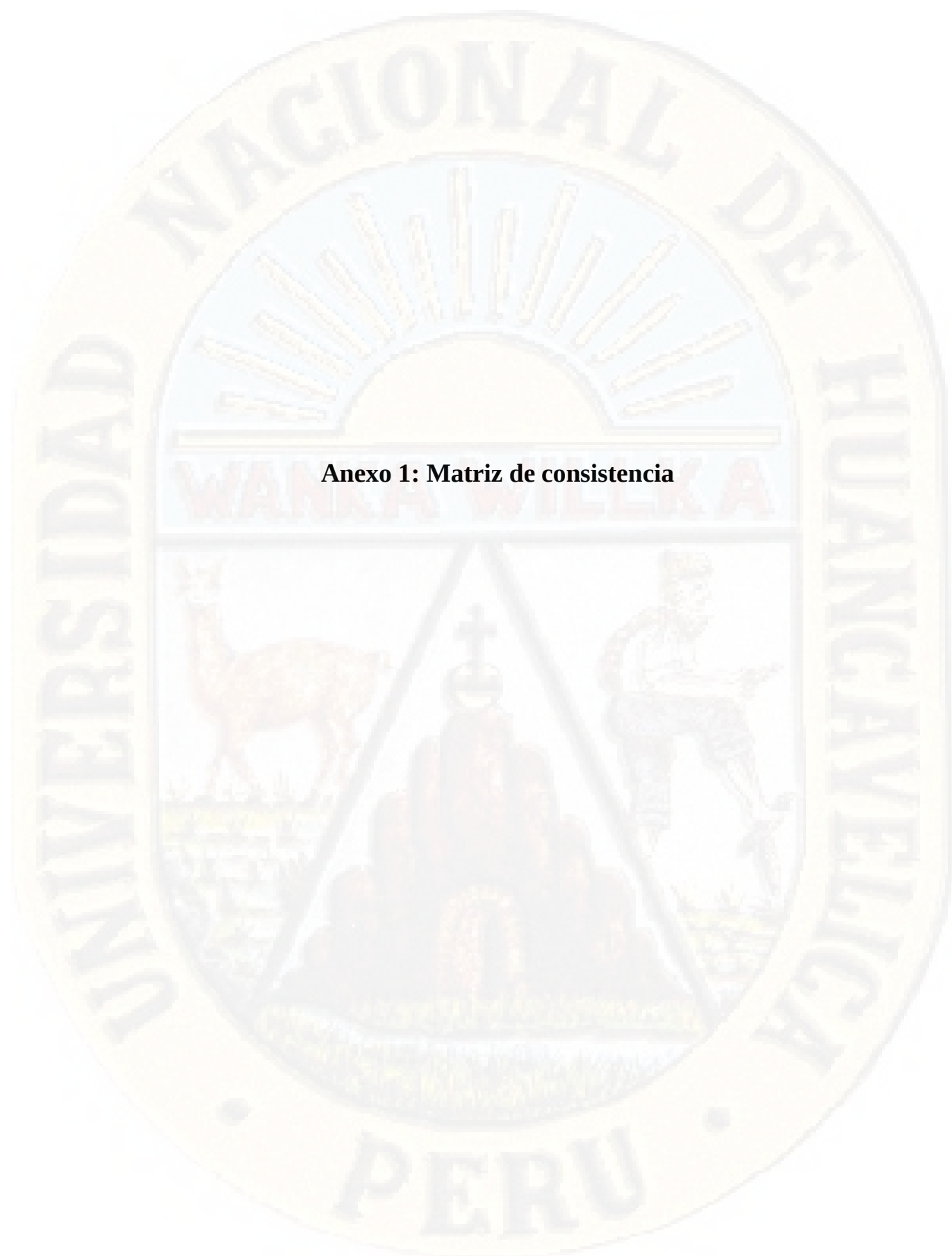
38. Sirimi N, Goulis DG. Obesity in pregnancy. *Hormones*. 2010;9(4):299-306.
39. De la Plata Daza M, Pantoja Garrido M, Frías Sánchez Z, Rojo Novo S. Influencia del índice de masa corporal pregestacional y ganancia ponderal materna en los resultados perinatales materno-fetales. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2018;44(1):1-9.
40. Artiles 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.
41. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
42. 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.
43. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.
44. 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.
45. 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.
46. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
47. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
48. 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.
49. Poletti O, Barrios L, Cremonte S, Elizalde A, Bluvstein S, Elizalde M. Antropometría materna y factores de riesgo para peso bajo, talla baja y prematuridad del recién nacido. Corrientes: Universidad Nacional del Nordeste. 2000.

50. Diago Caballero D, Vila Vaillant F, Ramos Guilarte E, Garcia Valdés R. Factores de riesgo en la hipertensión inducida por el embarazo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011;37(4):448-56.





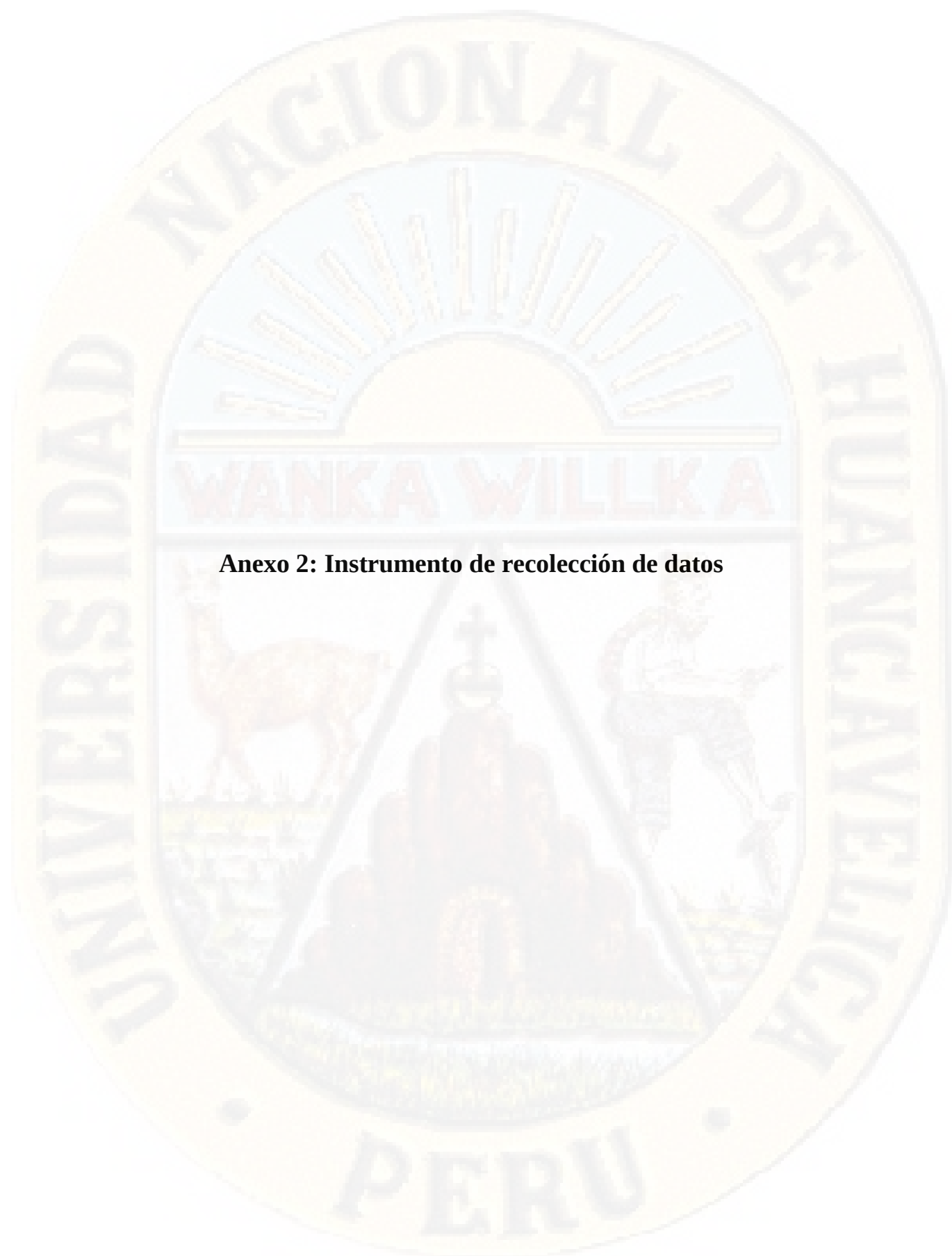
Anexos:



Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA
INVESTIGACIÓN: CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON MORBILIDAD ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD SUITUCANCHA DE YAULI, JUNÍN 2018

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
Problema general ¿Cuáles son las características de las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancha de Yauli, Junín 2018? Problemas específicos ¿Cuál es la proporción de gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancha de Yauli, Junín 2018? ¿Cuáles son las morbilidades que se presentan en las gestantes atendidas en el puesto de salud Suitucancha de Yauli, Junín 2018? ¿Cuáles son los principales aspectos que caracterizan a las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancha de Yauli, Junín 2018?	Objetivo general Determinar las características de las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancha de Yauli, Junín 2018 Objetivos específicos - Determinar la proporción de gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancha de Yauli, Junín 2018. - Identificar las morbilidades que se presentan en las gestantes atendidas en el puesto de salud Suitucancha de Yauli, Junín 2018. - Identificar los principales aspectos que caracterizan a las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancha de Yauli, Junín 2018	La identificación temprana de los factores de riesgo, seguida de una atención adecuada, puede prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables. Las morbilidades presentes en las gestantes o los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una gestante pueden concurrir varios factores, con mayor efecto sobre el producto (l) En la región Junín específicamente en el puesto de salud Suitucancha de Yauli, donde se brinda atención prenatal; se tiene escasa información sobre las características de las gestantes con morbilidad o complicación materna; esta información es muy importante para intervención sanitaria integral; por lo cual es pertinente identificar estas morbilidades y conocer a mayor profundidad los factores relacionados; para prevenirlos, mejorar el adiestramiento en su manejo; con el fin de contribuir a mejorar la atención materno perinatal, acordes al contexto socio cultural y reducir la morbimortalidad materna perinatal.	Características de las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancha de Yauli	Presencia de morbilidad en la gestante Tipo de morbilidad presentada en la gestante Edad de la gestante en años Edad de la primera relación sexual en años Edad gestacional en semanas al terminar el embarazo Número de parejas sexuales Nivel de Instrucción de la gestante Estado civil de la gestante Tipo de ocupación de la gestante Índice de masa corporal pregestacional Paridad antes del embarazo actual	Gestante presento morbilidad Tipo de morbilidad que tuvo la gestante Edad de la gestante que tuvo morbilidad Edad de la primera relación sexual en las gestantes con morbilidad Edad gestacional en semanas al terminar el embarazo Número de parejas sexuales antes del embarazo actual Sin estudios Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta Superior completa Soltera Conviviente Casada Viuda Divorciada Tipo de ocupación de la gestante con morbilidad Bajo peso (menos de 19,8) Peso Normal (de 19,8 a 26,0) Sobrepeso (de 26,1 a 29,0) Obesidad (mayor de 29,0) Nulipara Primípara Multipara	S(1) No(2) Nominal Numérico Numérico Numérico Numérico 1 2 3 4 5 6 7 1 2 3 4 5 Nominal 1 2 3 4 1 2 3	Nivel de investigación El nivel de investigación es descriptivo (DANKHE 1986). Tipo de investigación investigación observacional, retrospectiva, de corte transversal, descriptivo. Diseño de Investigación El estudio corresponde a un diseño descriptivo simple; porque se trabajará sobre realidades del hecho y su característica fundamental es la de representar una interpretación correcta del fenómeno Esquema: M O M: Gestantes atendidas en el Puesto de Salud Suitucancha. O: Características de las gestantes con morbilidad Población, muestra, muestreo La población: Fueron todas las gestantes con morbilidad atendidas en el Puesto de Salud Suitucancha del distrito de Suitucancha, provincia de Yauli, Junín de enero a diciembre del 2018; según registros estadísticos fueron un total de 37 gestantes. Muestra: El estudio fue censal. La muestra de estudio la constituyeron todas las gestantes con morbilidad atendidas en el puesto de salud Suitucancha, Yauli, Junín, enero - diciembre del 2018.



Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

FORMATO N° 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON MORBILIDAD

Investigación: CARACTERISTICAS DE LAS GESTANTES CON MORBILIDAD ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD SUITUCANCHA DE YAULI, JUNIN 2018.

INSTRUCCIONES: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas, registros de atención e informes de visita domiciliaria; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrar, tampoco cambiar o modificar los datos. Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para las observaciones en las que se deberá anotar con claridad si ocurriera los siguientes casos: falta un dato(s) será considerado como mal llenado; no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada.

I. DATOS GENERALES:

1. Ficha N° _____
2. Responsable del llenado: _____
3. Fecha del llenado: ____/____/2018. Hora del llenado: ____:____ horas
4. Región de procedencia de la gestante: _____
5. Provincia de procedencia de la gestante: _____
6. Distrito de procedencia de la gestante: _____
7. N° de historia clínica: _____

II. DATOS PROPIOS DEL ESTUDIO (marque con una "X" o registrar los datos según corresponda)

- a. Edad de la gestante _____ años.
- b. Edad de la primera relación sexual _____ años.
- c. Edad gestacional en semanas al terminar el embarazo _____
- d. Peso pre gestacional en kilogramos _____. _____ kilogramos
- e. Talla pre gestacional en metros _____. _____ metros
- f. Número de parejas sexuales antes del embarazo actual _____
- g. Tipo de ocupación de la gestante _____
- h. Estado civil de la gestante
 - a) Soltera (1)
 - b) Conviviente (2)
 - c) Casada (3)
 - d) Viuda (4)
 - e) Divorciada (5)

i. Nivel educativo de la gestante

- a) Sin estudios (1)
- b) Primaria Incompleta (2)
- c) Primaria completa (3)
- d) Secundaria incompleta (4)
- e) Secundaria completa (5)
- f) Superior incompleta (6)
- g) Superior completa (7)

j. Paridad antes del embarazo actual

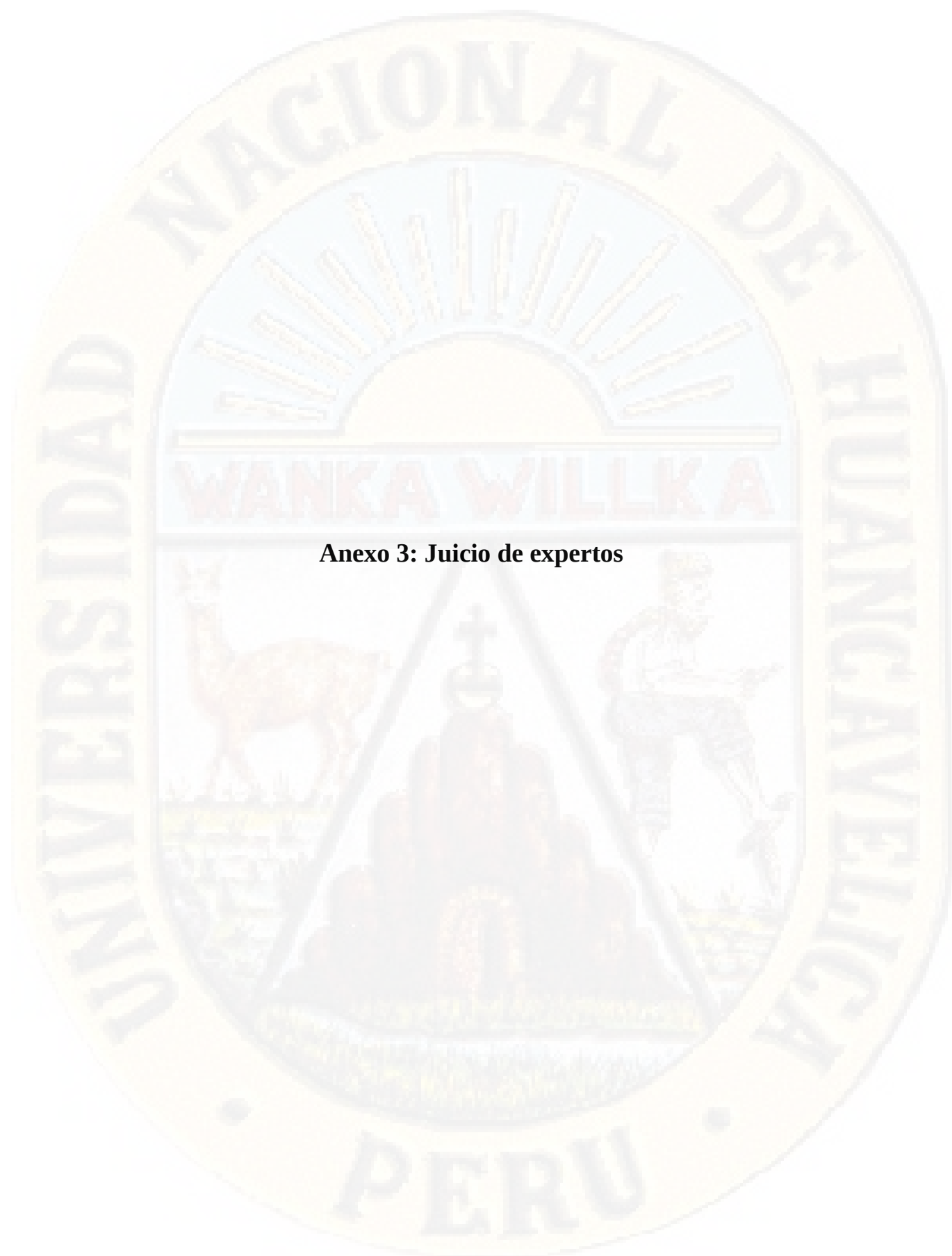
- a) Nulípara (1)
- b) Primípara (2)
- c) Multípara (3)

k. Morbilidad de la gestante:

- 1 No presenta ninguna morbilidad ()
- 2 Presenta morbilidad () Si la gestante presenta morbilidad mencione cada una de las morbilidades que presenta:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____

Observaciones:



Anexo 3: Juicio de expertos

Juicio de Experto

INVESTIGACIÓN: CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON MORBILIDAD ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD SUITUCANCHA DE YAULI, JUNIN 2018.

Investigador: Obsta. Huatuco Casabona Wendy

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la “FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON MORBILIDAD” 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						
1	Presencia de morbilidad en la gestante					
2	Tipo de morbilidad que presento la gestante					
3	Edad de la gestante en años					
4	Edad de la primera relación sexual					
5	Edad gestacional en semanas al terminar el embarazo					
6	Número de parejas sexuales antes del embarazo actual					
7	Nivel de Instrucción de la gestante					
8	Estado civil de la gestante					
9	Tipo de ocupación de la gestante					
10	Índice de masa corporal pregestacional					
11	Paridad antes del embarazo actual					

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

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
(Creada por Ley 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Ficha de evaluación del instrumento de investigación por el criterio de experto o Juez

Instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON MORBILIDAD.

Investigación: CARACTERISTICAS DE LAS GESTANTES CON MORBILIDAD ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD SUITUCANCHA DE YAULI, JUNIN 2018.

1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez : _____
 1.2. Grado académico : _____
 1.3. Mención : _____
 1.4. DNI/ Celular : _____
 1.5. Cargo e institución donde labora : _____
 1.6. Lugar y fecha : _____

2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.					
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					

CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)	↓ A	↓ B	↓ C	↓ D	↓ E

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez = $\frac{1 \times A + 2 \times B + 3 \times C + 4 \times D + 5 \times E}{50} = \text{-----}$

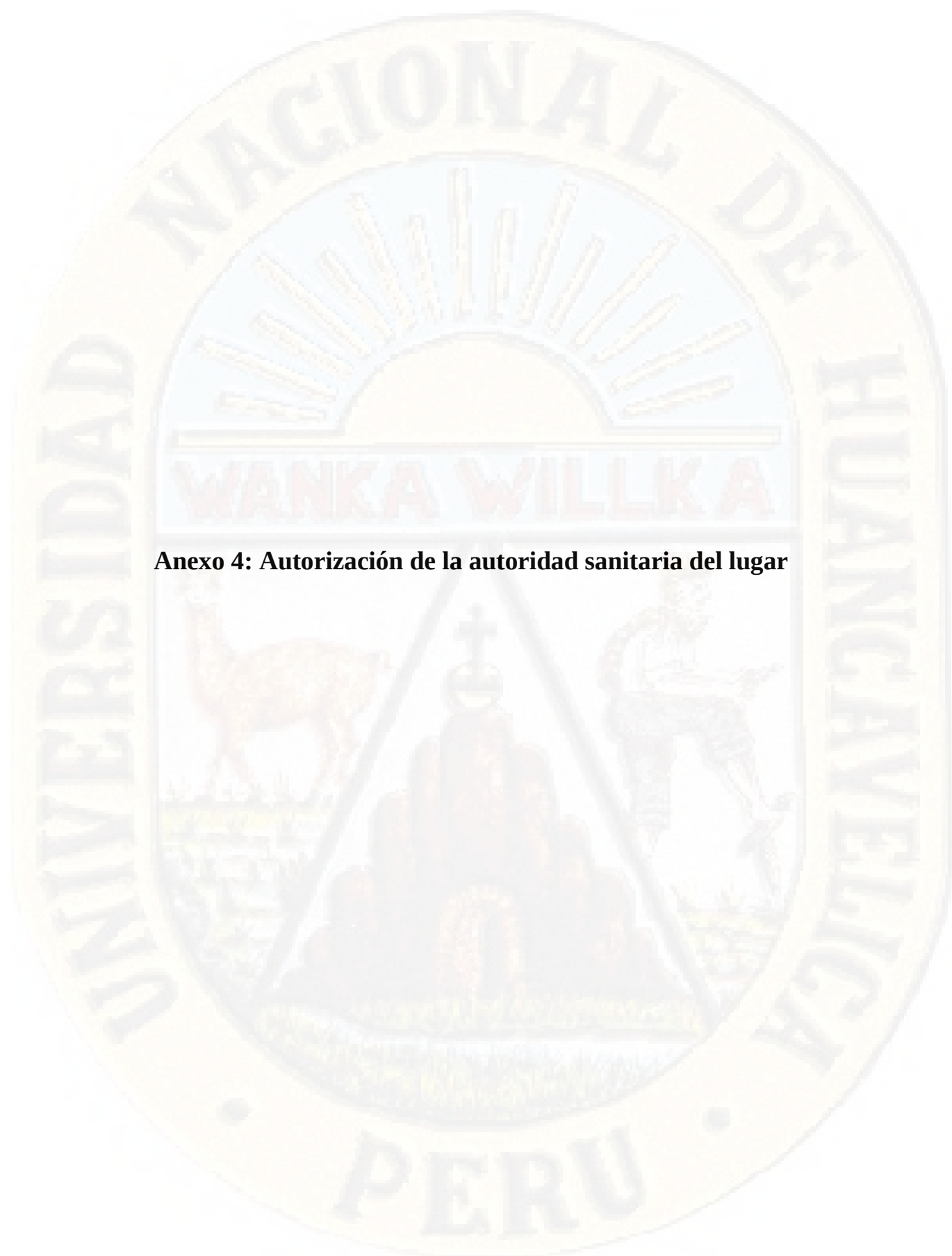
3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	☐	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	☐	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	☐	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	☐	<0,81 – 1,00]

4. RECOMENDACIONES:

.....

.....
 Firma del Juez



Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creado por Ley N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

.....
JEFE

PUESTO DE SALUD SUITUCANCHA DE YAULI - JUNÍN

SD.

Yo, Obsta. Wendy Huatuco Casabona (a) con D.N.I. N° _____, Obstetra de profesión, egresada de la especialidad en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto me presento y digo.

Que, deseo realizar una investigación sobre las CARACTERISTICAS DE LAS GESTANTES CON MORBILIDAD ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD SUITUCANCHA DE YAULI, JUNIN 2018.

Por lo cual solicito me brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes secundarias; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicito se me expida la autorización y se me brinde las facilidades, para realizar la investigación.

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

Concepción, 20 de febrero del 2019.

Firma del Interesado