"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(CREADA POR LEY Nº25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

GESTANTES Y ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA EN EL CENTRO DE SALUD CONCEPCIÓN, JUNÍN 2018

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN: SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD MATERNO PERINATAL

PRESENTADO POR: Obsta. Núñez Iparraguirre, Jesús Iliana

HUANCAVELICA – PERÚ
2019

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 04 días del mes de abril a las 15:00 horas del año 2019 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) egresada:

obst. NUÑEZ IPARRAGUIRRE, JESUS ILIANA

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES
Secretario : Mg. Rossibel Juana MUÑOZ DE LA TORRE
Vocal : Mg. Ada Lizbeth LARICO LÓPEZ

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

"GESTANTES Y ATENCION PRENATAL REENFOCADA EN EL CENTRO DE SALUD CONCEPCION, JUNIN 2018".

Presentado por el (la) egresada:

obst. NUÑEZ IPARRAGUIRRE, JESUS ILIANA

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 013 - 2019 concluyendo a las 16:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD

Observaciones:

Ninguno.

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 04 de abril 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
PRESIDENTE
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DOCENTE PRINCIPAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
P.S.E. OBSTETRICIA
Obsta. Ada Lizbeth Larico López
VOCAL

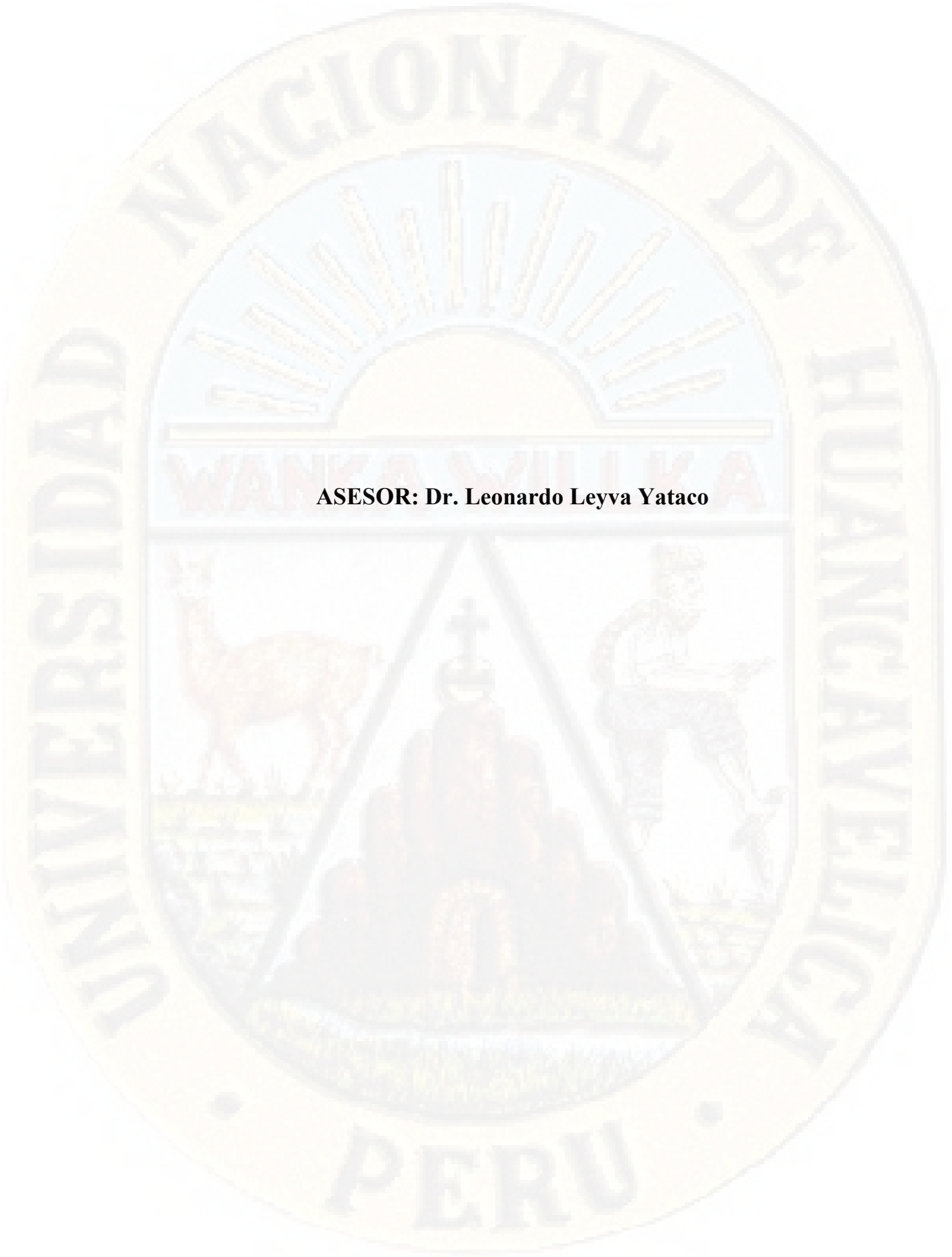
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.P. OBSTETRICIA
SECRETARIO
Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
DECANATO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
V°B° DECANA
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA

SECRETARIA DOCENTE

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

ASESOR: Dr. Leonardo Leyva Yataco



Dedicatoria

Dedico esta investigación especialmente a mis padres Marcelino y Teófila, por ser los mejores ejemplos de vida a seguir. De igual manera se la dedico a todas aquellas personas que aún creen en un futuro mejor y que han elegido afrontar los retos para tener un gran País.

Agradecimiento

Agradezco a todas las personas, que se tomaron un tiempo para ser posible el desarrollo de la presente investigación y especialmente a mi familia que siempre me apoyo incondicionalmente.

A los profesores de la Universidad Nacional de Huancavelica quienes nos transmitieron sus conocimientos, experiencias y desarrollaron en nosotros habilidades y destrezas en la especialidad con una actitud positiva; lo cual nos servirá para seguir creciendo como persona y como profesionales.

Finalmente, un agradecimiento a mi Asesor Dr. Leonardo Leyva Yataco, por su guía y apoyo que resultan cruciales en este proceso

Índice

Dedicatoria iii
Agradecimiento iv
Índice v
Índice de tablas vii
Resumen viii
Abstract ix
Introducción x
CAPÍTULO I
PROBLEMA
1.1. Planteamiento del problema 12
1.2. Formulación del problema 14
1.3. Objetivos de la investigación 15
1.4. Justificación 15
1.5. Limitaciones y factibilidad 16
CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO
2.1. Antecedentes de la investigación 17
2.2. Bases teóricas 22
2.3. Variables de Estudio 42
2.4. Definición de términos 45
CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
3.1. Ámbito de estudio 47
3.2. Tipo de investigación 47
3.3. Nivel de investigación 47
3.4. Métodos de investigación 48
3.5. Diseño de investigación 48
3.6. Población, muestra y muestreo 48
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 49
3.8. Procedimiento de recolección de datos 49
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos 50

CAPÍTULO IV
RESULTADOS
4.1. Presentación e Interpretación de Datos 51
4.2. Discusión 61
Conclusiones 65
Recomendaciones 66
Referencias bibliográficas 67
Anexos: 70
Anexo 1: Matriz de consistencia 71
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos 74
Anexo 3: Juicio de expertos 78
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar 81

Índice de tablas

Tabla 1.	Edad y semanas de embarazo antes del parto en las gestantes con atención prenatal reenfocada atendidas en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.	55
Tabla 2.	Nivel de instrucción de las gestantes con atención prenatal reenfocada atendidas en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.	56
Tabla 3.	Estado civil de las gestantes con atención prenatal reenfocada atendidas en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.	57
Tabla 4.	Oportunidad y periodicidad en la atención prenatal reenfocada en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.	58
Tabla 5.	Número de atenciones prenatales en la gestante atendidas en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.	59
Tabla 6.	Anamnesis completa en la atención prenatal reenfocada de la gestante atendidas en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.	60
Tabla 7.	Examen físico en la atención prenatal reenfocada de la gestante atendidas en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.	61
Tabla 8.	Examen obstétrico completo en la atención prenatal reenfocada de la gestante atendidas en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.	62
Tabla 9.	Exámenes auxiliares y de laboratorio completos en la atención prenatal reenfocada de la gestante atendidas en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.	63
Tabla 10.	Inmunizaciones, suplementos nutricionales y otros exámenes en la atención prenatal reenfocada de la gestante atendidas en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.	64

Resumen

Objetivo. Caracterizar la atención prenatal reenfocada en las gestantes con 6 a más atenciones, atendidas en el centro de salud Concepción de la región Junín en el año 2018. **Método**. La investigación fue observacional, retrospectiva, transversal de nivel descriptivo. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron todas las gestantes que tuvieron seis a mas atenciones prenatales y terminaron su parto en el centro de salud Concepción en el 2018; según registros estadísticos fueron un total de 65 gestantes. La muestra fue censal. La técnica fue el análisis documental, el instrumento fue la ficha de recolección de datos. **Resultados.** De todas las gestantes que recibieron atención prenatal (APN) reenfocada; la edad promedio fue 26.97 años, la edad mínima 15 años y la edad máxima 40 años; el 75% tuvieron más de 23 años, el 25% tuvieron menos de 38 semanas antes del parto, el 12.3 (8) tuvieron primaria, el 56.9% (37) tuvieron secundaria, el 30.8% (20) tuvieron superior, el 81.5% (53) fueron convivientes, el 13.8% (9) fueron solteras y el 4.6% (3) fueron casadas, el 73.85% (48) tuvieron su 1ra APN antes de las 14 semanas, el 41.54% (27) tuvieron su 2da APN entre la 14 a 21 semanas, el 15.38% (10) tuvieron su 3ra APN entre la 22 a 24 semanas, el 35.38% (23) tuvieron su 4ta APN entre la 25 a 32 semanas, el 13.85% (9) tuvieron su 5ta APN entre la 33 a 36 semanas, El 12.31% (8) tuvieron su 6ta atención entre la 37 a 40 semanas, la periodicidad de la atención prenatal fue 1.54% (1), el promedio de APN fue 8, El mínimo número de APN fue de 6 y el máximo de 12. El 100% tuvieron una anamnesis completa, examen físico completo, exámenes obstétricos completos, Excepto la toma de Papanicolau que solo registró un 12.3%. El 100% (65) tuvieron exámenes auxiliares y de laboratorio como glicemia basal (2 baterías), hemoglobina (2 baterías), grupo sanguíneo y Rh, tamizaje de VIH/Sífilis (2 baterías), examen de orina completa o uro cultivo (2 baterías), el 96.9% (63) tuvieron segunda ecografía obstétrica, el 49.2% (32) tuvieron prueba de bienestar fetal test no estresante. El 89.2% (58) tuvo vacuna antitetánica en dosis completas (una en la primera APN y una segunda después de los dos meses), el 73.8% (48) recibieron ácido fólico (hasta las 13 semanas), el 49.2% (32) tuvo su segunda evaluación odontológica. El 100% (65) recibieron ácido fólico más sulfato ferroso (a partir de las 14 semanas) y tuvieron plan de parto completo (hasta la 3ra entrevista). En el 100% no se encontró registros en la historia clínica de la vacuna AH1N1 y no recibieron calcio a partir de las 20 semanas. **Conclusiones.** Las gestantes estudiadas con 6 a más atenciones prenatales no tuvieron una atención oportuna, periódica en su embarazo, no recibieron calcio y probablemente no fueron adecuadas según la norma; existió escasa cobertura en la toma de papanicolau, no todas tuvieron su segunda ecografía obstétrica, prueba de bienestar fetal, vacuna antitetánica, ácido fólico y segunda atención odontológica. Parcialmente se está cumpliendo la atención prenatal reenfocada en sus procedimientos o componentes.

Palabras clave: Gestante, atención prenatal reenfocada, características de las gestantes, atención prenatal oportuna.

Abstract

Objective. Characterize pre-natal care refocused on pregnant women with 6 more attentions, attended at the Concepción health center in the Junín region in 2018. **Method.** The research was observational, retrospective, cross-sectional descriptive level. The method was inductive, simple descriptive design. The population was all pregnant women who had six more prenatal care and finished their birth at the Concepción health center in 2018; According to statistical records, there were 65 pregnant women. The sample was census. The technique was the documentary analysis; the instrument was the data collection card. **Results:** Of all the pregnant women who received refocused prenatal care (APN); the average age was 26.97 years, the minimum age 15 years and the maximum age 40 years; 75% were over 23 years old, 25% had less than 38 weeks before childbirth, 12.3 (8) had primary, 56.9% (37) had secondary, 30.8% (20) had higher, 81.5% (53) were cohabiting, 13.8% (9) were single and 4.6% (3) were married, 73.85% (48) had their 1st NPC before 14 weeks, 41.54% (27) had their 2nd NPC between 14 to 21 weeks, 15.38% (10) had their 3rd NPC between 22 to 24 weeks, 35.38% (23) had their 4th NPC between 25 to 32 weeks, 13.85% (9) had their 5th APN between 33 to 36 weeks, 12.31% (8) had their sixth attention between 37 to 40 weeks, the periodicity of prenatal care was 1.54% (1), the average of APN was 8, the minimum number of APN it was 6 and the maximum of 12. 100% had a complete anamnesis, complete physical examination, and complete obstetric exams, Except for Papanicolau, which only registered 12.3%. 100% (65) had laboratory and auxiliary tests such as basal glycaemia (2 batteries), hemoglobin (2 batteries), blood group and Rh, HIV / syphilis screening (2 batteries), complete urine test or uro culture (2 batteries), 96.9% (63) had second obstetric ultrasound, 49.2% (32) had non-stressful fetal well-being test. 89.2% (58) had tetanus vaccine in full doses (one in the first NPC and one second after two months), 73.8% (48) received folic acid (up to 13 weeks), 49.2% (32) He had his second dental evaluation. 100% (65) received folic acid plus ferrous sulfate (after 14 weeks) and had a complete birth plan (until the 3rd interview). In 100%, no records were found in the clinical history of the AH1N1 vaccine and they did not receive calcium after 20 weeks. **Conclusions:** The pregnant women studied with 6 or more prenatal care did not receive timely, periodic attention during their pregnancy and probably were not adequate; there was little coverage in the pap smear, not all had their second obstetric ultrasound, fetal well-being test, tetanus vaccine, folic acid and second dental care. Partially refocused prenatal care is being carried out on its procedures or components.

Keywords: Pregnant, refocused prenatal care, characteristics of pregnant women, timely prenatal care.

Introducción

La OMS sugiere a las mujeres que se encuentran en estado de embarazo acudir a la consulta en educación nutricional a fin de brindarles asesoramiento sobre la importancia de una alimentación saludable. Además, es importante proporcionarles suplementos como hierro, ácido fólico, calcio, entre otros, con el fin de prevenir la anemia gestacional, la sepsis puerperal, el bajo peso al nacer, el nacimiento prematuro y la preeclampsia (2).

La OMS considera que solo 63% de las embarazadas en África, 65% en Asia y 73% en Latinoamérica asisten al menos a una consulta de control prenatal. Otros estudios han revelado prevalencias de 69% y 38.8%, y una mediana de cuatro consultas por gestante (3). Según datos de la UNICEF treinta de cada 100 mujeres de 15 a 40 años no reciben atención prenatal en todo el mundo, 46 en Asia meridional y 34 en África subsahariana (4).

En el Perú, en los últimos cinco años, se incrementó el control prenatal por personal de salud calificado de 96,0% en el año 2012 a 97,5% en 2017. Por otro lado, bajó ligeramente la atención prenatal por parte de obstetra, de 81,4% a 80,8%; mientras aumentó la atención por médico de 31,4% a 38,3% entre 2012 y 2017. Así mismo, disminuyó la atención brindada por enfermera (de 11,5% a 9,7%) (5).

La atención prenatal inadecuada conlleva a mayores tasas de partos pretérmino, retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), pequeños para edad gestacional y mayores tasas de infecciones y de mortalidad materno-perinatal (6-8).

El Estado Peruano, a través del ministerio de salud promueve la atención prenatal reenfocada, ya que el cuidado materno es una prioridad con el propósito de reducir la mortalidad materna y perinatal, esta se encuentra regulada por normas como la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - establecida el 27 de Julio de 2004 (RM Nº 771-2004/MINSA, NTS Nº 105-MINSA-DGSP-V.01, RM N° 827-2013/MINSA, RM N° 159-2014/MINSA), con la que se desea lograr un manejo estándar, eficiente y de calidad en la atención integral de la salud materna.

En la región Junín específicamente en el centro de salud Concepción, donde se brinda atención prenatal; se tiene escaza información sobre la atención prenatal reenfocada; teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, es pertinente conocer a mayor profundidad cómo se brinda la atención prenatal reenfocada en los servicios de salud según la norma técnica para la atención integral de salud materna; con el fin de contribuir a mejorar los procesos y el acceso a los servicios de atención materno perinatal.

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 Capitulo describe el análisis e interpretación de resultados.

CAPÍTULO I
PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La atención prenatal reenfocada, es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones; con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe un mundo en el que todas las embarazadas y recién nacidos del mundo reciben una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal. En el continuo de los 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. Se ha constatado que, cuando se realizan en tiempo oportuno prácticas apropiadas basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas. De modo significativo, la atención prenatal también ofrece la oportunidad de comunicarse con las mujeres, las familias y las comunidades y brindarles apoyo en un momento decisivo de la vida de una mujer (2).

La OMS sugiere a las mujeres que se encuentran en estado de embarazo acudir a la consulta en educación nutricional a fin de brindarles asesoramiento sobre la importancia de una alimentación saludable. Además, es importante que se le proporcionen a las gestantes, suplementos como hierro, ácido fólico, calcio, entre otros, con el fin de prevenir la anemia gestacional, la sepsis puerperal, el bajo peso al nacer, el nacimiento prematuro y la preeclampsia. Por otro lado, se recomienda

realizar una evaluación completa del estado de salud de las maternas, realizar los exámenes pertinentes desde el comienzo de la gestación e insistir en la importancia de acudir a mínimo ocho controles prenatales para detectar signos de alarmas o algo inusual, a fin de tomar las medidas de precaución adecuadas para proceder con sus cuidados. En el caso del bebé, es necesario realizar en los controles prenatales ecografías, medición de la altura uterina y movimientos fetales (2).

La OMS considera que solo 63% de las embarazadas en África, 65% en Asia y 73% en Latinoamérica asisten al menos a una consulta de control prenatal. Otros estudios han revelado prevalencias de 69% y 38.8%, y una mediana de cuatro consultas por gestante. El cumplimiento del personal de salud a los protocolos se ve afectada por el número de pacientes, la falta de medicamentos, insumos y equipos, el poco tiempo para atender a la paciente, la actitud institucional, la falta de estímulo, la escasa satisfacción profesional, la insuficiente capacitación técnico-científica, la situación económica de las pacientes y la accesibilidad a los servicios de salud (3).

Según datos de la UNICEF treinta de cada 100 mujeres de 15 a 40 años no reciben atención prenatal en todo el mundo, 46 en Asia meridional y 34 en África subsahariana (4).

En el Perú, en los últimos cinco años, se incrementó el control prenatal por personal de salud calificado de 96,0% en el año 2012 a 97,5% en 2017. Por otro lado, bajó ligeramente la atención prenatal por parte de obstetra, de 81,4% a 80,8%; mientras aumentó la atención por médico de 31,4% a 38,3% entre 2012 y 2017. Así mismo, disminuyó la atención brindada por enfermera (de 11,5% a 9,7%). Las diferencias de atención prenatal se evidencian según características demográficas y sociales de la mujer. Así, 83,5% de mujeres menores de 20 años de edad al nacer la hija/hijo se atendieron con una obstetra, en comparación con el 73,5% de las mujeres que tenían de 35 a 49 años de edad (5).

La atención prenatal inadecuada conlleva a mayores tasas de partos pretérmino, retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), pequeños para edad gestacional y mayores tasas de infecciones y de mortalidad materno-perinatal (6-8).

El Estado Peruano, a través del ministerio de salud promueve la atención prenatal reenfocada, ya que el cuidado materno es una prioridad con el propósito de reducir la mortalidad materna y perinatal, esta se encuentra regulada por normas como la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - establecida el 27 de Julio de 2004 con resolución ministerial Nº 771-2004/MINSA, cuyo propósito es mejorar la salud sexual y reproductiva de la población peruana, la NTS Nº 105-MINSA-DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna" Aprobada con la resolución ministerial N° 827-2013/MINSA y precisada con la resolución ministerial N° 159-2014/MINSA, con la que se desea lograr un manejo estándar, eficiente y de calidad en la atención integral de la salud materna.

En la región Junín específicamente en el centro de salud Concepción, donde se brinda atención prenatal; se tiene escaza información sobre la atención prenatal reenfocada; teniendo en cuenta la información anteriormente mencionada, es pertinente conocer a mayor profundidad cómo se brinda la atención prenatal reenfocada en los servicios de salud según la norma técnica para la atención integral de salud materna; con el fin de contribuir a mejorar los procesos y el acceso a los servicios de atención materno perinatal, con calidad, acordes al contexto socio cultural, implementando estrategias que mejoren estos procesos y contribuyan a reducir la morbimortalidad materna perinatal.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cómo se brinda la atención prenatal reenfocada en las gestantes con 6 a más atenciones, atendidas en el centro de salud Concepción de la región Junín en el año 2018?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características de las gestantes que recibieron atención prenatal reenfocada atendidas en el centro de salud Concepción de la región Junín en el año 2018?

- ¿Cuáles son los procesos de la atención prenatal reenfocada que recibe la gestante atendida en el centro de salud Concepción de la región Junín en el año 2018?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Caracterizar la atención prenatal reenfocada en las gestantes con 6 a más atenciones, atendidas en el centro de salud Concepción de la región Junín en el año 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar las características de las gestantes que recibieron atención prenatal reenfocada atendidas en el centro de salud Concepción de la región Junín en el año 2018.
- Describir los procesos de la atención prenatal reenfocada que recibieron las gestantes atendidas en el centro de salud Concepción de la región Junín en el año 2018.

1.4. Justificación

La Organización Mundial de la Salud considera que el cuidado materno es una prioridad, que debe formar parte de las políticas públicas para mejorar los resultados del embarazo y prevenir la morbimortalidad materna y perinatal (2). Sin embargo, no todas las mujeres acceden a la atención prenatal reenfocada y al paquete básico de atención. Algunas no logran la adherencia a las recomendaciones, ni cumplir con la periodicidad en la asistencia a la atención.

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. Se ha constatado que, cuando se realizan en tiempo oportuno prácticas apropiadas basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas (2).

Quienes no reciben la atención prenatal adecuada corren el riesgo de que no se detecten posibles complicaciones en el embarazo, parto o que estas complicaciones

no se traten a tiempo. Y esto puede provocar problemas graves, tanto para la madre como para el bebé. Por eso es tan importante comenzar con la atención prenatal lo más pronto posible. Lo ideal, es comenzar incluso antes de que la mujer quede embarazada. Por supuesto, esto no siempre es posible. Pero cuanto más antes comiencen las atenciones prenatales en el embarazo, será mejor para el bienestar materno perinatal.

En la región Junín específicamente en el centro de salud Concepción, donde se brinda atención prenatal; se tiene escaza información sobre la atención prenatal reenfocada; Por lo cual es pertinente conocer a mayor profundidad cómo se brinda la atención prenatal reenfocada en los servicios de salud según la norma técnica para la atención integral de salud materna; con el fin de contribuir a mejorar los procesos y el acceso a los servicios de atención materno perinatal, acordes al contexto socio cultural, asimismo, servirá para implementar estrategias que le permitan ofrecer una atención oportuna y de calidad a las gestantes que llegan a los servicios de salud desde una perspectiva integral, garantizando una maternidad saludable; por otra parte, servirá como base para futuras investigaciones, sobre el tema.

1.5. Limitaciones y factibilidad

El estudio no tuvo limitaciones que impidieran su desarrollo, ya que se previó todos los aspectos básicos operativos, técnicos y económicos. Se identificó todas aquellas actividades que fueron necesarias para lograr el objetivo, se evaluó y determino todo lo necesario para la ejecución de la investigación; el proyecto considero 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.

Cáceres y Ruiz. (9) Investigaron sobre prevalencia de inicio tardío de la atención prenatal. Asociación con el nivel socioeconómico de la gestante. Estudio de corte transversal. Bucaramanga, Colombia, 2014-2015. Su objetivo fue describir la prevalencia del inicio tardío de la atención prenatal y evaluar su asociación con el estrato socioeconómico donde habita la gestante. Materiales y métodos: estudio de corte transversal. Se incluyeron gestantes procedentes del área urbana de Bucaramanga, seleccionadas por muestreo por cuotas con afijación proporcional por estrato socioeconómico, según la clasificación socioeconómica del barrio donde habitan. Se consideró inicio tardío haber comenzado atención prenatal (APN) a las 12 semanas o más de gestación. Se evaluó asociación del inicio tardío con el estrato socioeconómico, controlando por variables sociodemográficas y clínicas de la gestante, y se elaboró un modelo de regresión log-binomial multivariada para estimar las razones de prevalencia con sus intervalos de confianza del 95 % (IC 95 %). Resultados: se incluyeron 391 gestantes, con edades entre 18 y 43 años, mediana 23 años; respecto a la escolaridad la mediana fue de 11 años con un rango entre 0 y 25 años. El inicio tardío se dio en el 29,7 % (IC 95 %: 25,2-34,5) de las gestantes. Estuvo asociado con estrato bajo, razón de prevalencias ([RP] = 1,57; IC 95 %: 1,08-2,56), falta de afiliación a la seguridad social al inicio del embarazo (RP = 2,73; IC 95 %: 2,04-3,67), la baja escolaridad (RP = 1,46; IC 95 %: 1,02-2,16) y la edad entre 18 y 24 años. Fueron factores protectores el recordar la fecha de la última regla (RP = 0,48; IC 95 %: 0,32-0,71) y tener pareja estable (RP = 0,82; IC 95 %: 0,64-0,98). Conclusiones: cerca de una de cada tres gestantes inicia tarde su APN. El inicio tardío está asociado con vivir en estrato socioeconómico bajo. Se requiere mejorar la

captación temprana de las gestantes en esta población que presenta condiciones de inequidad en salud.

Miranda y Castillo (10). Investigaron sobre los factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. El estudio se propuso determinar los factores de necesidad que influyen en el uso adecuado del control prenatal en gestantes de Sincelejo 2014. Materiales y Métodos: Estudio analítico de corte transversal, que incluyó 730 gestantes, seleccionadas mediante muestreo aleatorio por conglomerados, de las comunas de la ciudad. La información fue recolectada por medio de una encuesta sociodemográfica, una ficha de uso de control prenatal y un Cuestionario para evaluar los factores de necesidad propuestos por el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. Las gestantes fueron contactadas en sus domicilios y diligenciaron los instrumentos. Los datos fueron analizados aplicando estadística descriptiva e inferencial para determinar las asociaciones entre variables. Resultados: El 97,7% (713) de las gestantes asistía al control prenatal, con una mediana de 4 controles prenatales. Un 2,3% (17) no lo habían iniciado al momento de la encuesta y 24,4% (178) hizo uso inadecuado. El 80,7% (589) de las gestantes califican su estado de salud como bueno o muy bueno, 94,8% (692) percibieron beneficios del control prenatal. Se encontró asociación significativa entre la percepción de beneficios y el uso adecuado de control prenatal [OR=5,5 (IC 95%: 2,8 - 10,8)]. Discusión y Conclusiones: La percepción que las mujeres tienen sobre los buenos resultados que reporta la asistencia al control prenatal, es el principal factor que puede explicar la adherencia al control y el cumplimiento regular de las consultas.

Sánchez et al. (11) Investigaron sobre los factores sociales asociados con la utilización de los servicios de atención prenatal en Ecuador. Su objetivo fue describir los factores sociales asociados con la utilización de los servicios de atención prenatal en Ecuador. Métodos. Entre 2011 y 2012, se realizó un análisis de la información procedente de las historias clínicas y de la entrevista a las participantes, que integraron una muestra probabilística a nivel nacional de 5 998 mujeres atendidas por

parto o aborto en 15 servicios sanitarios en Ecuador con el objetivo de estimar la prevalencia de VIH, sífilis, enfermedad de Chagas y la cobertura de atención prenatal. Resultados. El estudio mostró que 94,1% de las mujeres había acudido a algún control prenatal, pero la asistencia al menos a cuatro controles fue 73,1%. Se encontró que el menor nivel educativo, el mayor número de embarazos, la ocupación en el sector agrícola o ganadero y la pertenencia a los grupos étnicos indígena, afroecuatoriano u otros minoritarios fueron factores asociados con la falta de uso (ningún control prenatal) o al uso inadecuado de la atención prenatal (menos de cuatro controles o primer control después de las 20 semanas de gestación) en Ecuador. Conclusiones. Estos resultados apuntan a la persistencia de desigualdades marcadas en el acceso y en la utilización de servicios de atención prenatal atribuibles a factores socioeconómicos y a la necesidad de fortalecer las estrategias para su abordaje para alcanzar la meta de la cobertura universal de atención prenatal.

Heredia et al. (12) Realizaron la medición de la idoneidad de la atención sanitaria prenatal: un estudio transversal nacional en México. Objetivo Proponer una clasificación de atención prenatal para medir la continuidad de la atención sanitaria según su idoneidad: momento en que se empieza a recibir atención prenatal, número de visitas de atención prenatal y procesos básicos de atención. Métodos En un estudio transversal y retrospectivo se utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) realizada en México en 2012, que contenía información auto declarada acerca del uso de atención prenatal de 6 494 mujeres durante su último embarazo con nacidos vivos. Se consideró que la atención prenatal era adecuada si una mujer realizaba su primera visita durante el primer trimestre de embarazo, hacía al menos cuatro visitas de atención prenatal y recibía al menos siete de los ocho procedimientos recomendados durante las visitas. Se utilizó una regresión logística ordinal multivariable para identificar las correlaciones de la atención prenatal adecuada y la cobertura prevista. Resultados Según una muestra ponderada de la población de 9 052 044 personas, el 98,4% de las mujeres recibieron atención prenatal durante su último embarazo, pero únicamente el 71,5% (intervalo de confianza del 95%: 69,7 a 73,2) recibieron atención sanitaria prenatal clasificada como adecuada. Se identificaron importantes diferencias geográficas en la cobertura

de la atención sanitaria entre los estados. La probabilidad de recibir una atención prenatal adecuada era mayor entre mujeres con una mejor situación socioeconómica, más años de escolarización y seguro médico. Conclusión, Aunque la cobertura básica de atención prenatal es alta en México, su idoneidad sigue siendo escasa. Los esfuerzos realizados por sistemas sanitarios, gobiernos e investigadores para medir y mejorar la atención prenatal deberían adoptar una definición más rigurosa de la misma para incluir elementos importantes de calidad, como la continuidad y los procesos de atención.

A nivel nacional.

Maúrtua (13) investigo sobre la atención prenatal reenfocada y complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes de 18 a 35 años en el hospital maría auxiliadora. San Juan de Miraflores: octubre 2016 a mayo 2017- lima. Objetivo: Determinar si la atención prenatal reenfocada se relaciona con las complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes de 18 a 35 años. Metodología: Estudio de tipo descriptivo retrospectivo, de diseño no experimental, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 260 gestantes, con atención del parto en el Hospital María Auxiliadora. Se aplicó la técnica de investigación documental y el instrumento fue una ficha que recogió datos sobre el análisis de la evaluación de la atención prenatal (APN) reenfocada, y complicaciones obstétricas durante el parto. Los resultados fueron analizados con el programa SPSS v.21. Resultados: Se evidenció que solo el 5% (13 gestantes) tuvieron una APN reenfocada adecuada y completa, encontrándose como única complicación obstétrica durante el parto al desgarro perineal de primer grado con un 15.4%. (2 gestantes). Por otro lado, el 95% (247 gestantes) tuvieron una APN reenfocada inadecuada e incompleta, encontrándose variadas complicaciones obstétricas siendo las de mayor frecuencia el desgarro perineal de primer grado con un 23.9% (59 gestantes) y anemia puerperal leve con un 13% (32 gestantes). Conclusión: Se ha demostrado que a un nivel de significancia de 0,05 si existe relación entre la APN reenfocada y las complicaciones obstétricas durante el parto. Se propone innovar en estrategias actuales con intervención del equipo de salud capacitado para el manejo adecuado de las gestantes que llegan por primera vez a su APN, brindar información y educación a la gestante sobre su

importancia, además se debe reforzar el sistema de radar de gestantes para las visitas domiciliarias y captar aquellas que dejaron de asistir a las atenciones.

Llallahui (14) investigo sobre la atención Prenatal Reenfocada y los resultados en la evaluación inmediata del recién nacido en madres adolescentes de 12-17 años en el Centro de Salud Mala - Cañete durante el año 2014 – 2016. El estudio tuvo como Objetivo: determinar la relación entre la atención prenatal reenfocada y los resultados en la evaluación inmediata del recién nacido de madres adolescentes de 12 - 17 años atendidas en el Centro de Salud Mala - Cañete durante el año 2014 - 2016. Diseño y Metodología: es una investigación no experimental retrospectiva, correlacional, Muestra: se estudió 65 historias clínicas de madres adolescentes y recién nacidos atendidas en el Centro de Salud Mala - Cañete. Resultados: el (87.7%) fue la edad más frecuente de 16 - 17 años, el (61.54%) tuvieron APN reenfocada, el (46.15%) con inicio de APN en el segundo trimestre, el (76.9%) iniciaron APN con anemia leve, el (53.85%) finalizaron la gestación con anemia leve, el (61.54%) cumplieron con exámenes de laboratorio, el (73.85%) con segunda ecografía, el (53.85%) recibieron 4 - 5 dosis de sulfato ferroso, el (46.15%) tuvieron 6 sesiones de psicoprofilaxis; en el resultados del recién nacido se encontró el (92%) tuvieron Apgar normal, el (7.7%) fueron deprimidos, el (4.7%) fueron macrosómicos, el (13.9%) tuvieron bajo peso y el (81.54%) tuvieron peso normal, el (92.31%)tuvieron talla normal, el (67.69%) fueron a término, el (7.692%) pre término, y el (4.61%) post término, no hubo mortalidad neonatal (100%) nacidos vivos. Conclusión: se determinó que existe relación entre la atención prenatal reenfocada y los resultados en la evaluación inmediata del recién nacido, se encontró frecuencias elevadas (15.4%) de resultados anormales en recién nacidos sin atención prenatal reenfocada.

Llaza y Aguirre, (15) investigaron el grado de adherencia de la Atención Prenatal Reenfocada a la Norma Técnica para la Atención Integral de Salud Materna, del Servicio de Obstetricia - Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola – Arequipa 2015. Objetivo: Determinar el grado de adherencia de la Atención Prenatal Reenfocada a la Norma Técnica para la Atención Integral de Salud Materna, en el

Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola. Material y Métodos: El estudio fue observacional, transversal y retrospectivo, realizado en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola en el cual se revisó una muestra representativa de 93 historias clínicas de gestantes a término, para verificar si cumplieron los criterios de la norma técnica de atención prenatal, durante el periodo de marzo a junio 2015. Resultados: Elaboración de la historia clínica perinatal se logró en 80.15%, el examen obstétrico sólo 57.07%. La adherencia de los exámenes auxiliares alcanzo un 64.52%, y de la Prescripción de suplementos vitamínicos lo hizo en un bajo porcentaje de 60.57% de historias. En la elaboración del plan de parto sólo 43.73%, en el Seguimiento y visitas domiciliarias, se logró un mínimo de 38.17%. En cuanto a la interconsulta a diferentes servicios en un ínfimo porcentaje de 35.48%, la Referencia a un Centro de Competencia se hizo en un exiguo porcentaje de 100%, en brindar consejería, se logró un mínimo 52.69% de casos, y el número de controles prenatales, alcanzó el escaso porcentaje de 62.36% de adherencia. Esto hace una adherencia total de 64.83% para el Centro de Salud Zamácola. Se concluye que la adherencia a la Norma Técnica de la Atención Prenatal Reenfocada en el Centro de Salud Zamácola es regular y que requiere reforzamiento y capacitación del personal para lograr niveles óptimos.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Atención prenatal

Casi un siglo después de su introducción, la atención prenatal se ha convertido en uno de los servicios de salud más usados en Estados Unidos. En 2001 hubo alrededor de 50 millones de consultas prenatales, la mediana fue de 12.3 visitas por embarazo y muchas mujeres acudieron a 17 visitas o más en total. La información se recopila de certificados de nacimiento y se introdujo un formato revisado en 2003. Ahora se usa en 27 estados y en Puerto Rico, mientras que los 23 estados restantes todavía usan un formato de 1989. Por desgracia, no es posible hacer una comparación directa de los datos sobre el marco temporal de la atención prenatal entre estos dos sistemas (Osterman, 2011). 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). (16)

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 u n año después del nacimiento. (17)

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. (18)

La atención prenatal (19) 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 morbimortalidad 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.

2.2.2. 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. (16)

2.2.3. 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. (16)

2.2.4. La atención integral de salud materna (1)

2.2.4.1. Atención preconcepcional / pregestacional

La atención es realizada por profesional calificado: médico gíneco 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 genero

- 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 reproductivos:

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

Antecedentes médicos:

- Hipertensión arterial
- Enfermedad cardiaca 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

2.2.4.2. Atención prenatal reenfocada

- En todo establecimiento de salud según nivel de complejidad, se brindará la atención prenatal reenfocada que consiste en: vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal, para lograr una/un recién nacida/o sana/o, sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad.
- 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 Gíneco-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 gíneco-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 gíneco-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 gíneco-obstetra.
- Las autoridades sanitarias correspondientes garantizarán la dotación del equipamiento completo para la atención prenatal, según nivel de atención.

2.2.4.3. Consultas en la atención prenatal reenfocada:

Aspectos específicos para la primera consulta:

Brindar información completa, veraz, clara y oportuna sobre la importancia de la atención prenatal y recibir información sobre las posibilidades de tener un producto con malformaciones

congénitas, especialmente cuando existan antecedentes familiares o factores de riesgo.

- Es recomendable realizar el examen vaginal en la primera atención prenatal, esto incluye especuloscopía para detección de vaginosis bacteriana, toma de muestra para Papanicolaou y valoración de pelvis. Puede posponerse hasta la siguiente consulta si es que la gestante no se encuentra preparada.
- Los análisis de laboratorio (hemoglobina, sífilis, VIH, glicemia basal y urocultivo o examen de orina completo) se deben de actualizar a partir de las 33 semanas y con un intervalo mínimo de 3 meses en relación a la primera muestra.
- Durante la atención se brindará información a la pareja o familiar que acompaña, sobre los cuidados necesarios que debe tener una mujer durante la gestación, parto y puerperio.
- En toda consulta se realizará la detección de síntomas y signos de alarma.

2.2.4.4. Procedimientos de la primera atención prenatal

Elaboración de la Historia Clínica Materno Perinatal:

- Anamnesis. Utilizan la Historia Clínica Materno Perinatal. Precisar los datos de filiación, antecedentes familiares, antecedentes personales, antecedentes obstétricos, evaluar la edad gestacional e indagar sobre violencia y salud mental.
- Examen físico. Incluye funciones vitales y el examen de los diferentes órganos realizado por el medico (corazón, pulmones, abdomen, mamas, etc.).
- Tomar funciones vitales: pulso (técnica de los 3 dedos), respiración, temperatura (el termómetro se debe lavar y guardar en su protector) y presión arterial (después de 5

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

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

  0: No presenta edema

  1+: Edema leve, fóvea perceptible sólo al tacto

  2+: Edema evidente sólo en miembros inferiores

  3+: Edema de miembros inferiores, superiores y cara

  4+: Anasarca con ascitis

  Evaluar reflejos Osteotendinosos:

  0: Arreflexia o ausencia de reflejos

  1+: Hiporreflexia

  2+: Normal

  3+: Hiperreflexia

  4+: Presencia de clonus.

- Se consideran cifras hipertensivas, si: Presión arterial (PA) >140/90 o presión arterial media (PAM) >106, o presión

arterial sistólica <140 y diastólica <90 mmHg, con un incremento de 30 mmHg en la cifra sistólica y de 15 mmHg en la diastólica, de los valores basales, o PAM <106 mmHg, con un aumento de 20 mmHg, en comparación a cifras basales.

- Si en los establecimientos que cumplen FONP se identifican signos de alarma referir a establecimientos que cumplen FONB o FONE.
- Consignar en la historia clínica materno perinatal todos y cada uno de los datos solicitados. En los casos de hospitalización en establecimientos FONE o FONI usar historia clínica según normatividad vigente.

Examen obstétrico completo:

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

Exámenes auxiliares basales

- Tamizaje de proteínas (albúmina) en orina a través de métodos cualitativos (prueba rápida en primera consulta: tira reactiva o prueba de reacción con ácido sulfosalicílico).

- Hemoglobina (se evaluará según altitud sobre el nivel del mar de cada lugar), grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, pruebas rápidas para sífilis y VIH (para diagnóstico precoz y tratamiento oportuno) o RPR y ELISA, urocultivo, excepcionalmente examen completo de orina en establecimientos que no cuentan con microbiología.
- Ecografía obstétrica será solicitada antes de las 14 semanas para confirmar la edad gestacional, en gestantes mayores de 35 años solicitar evaluación del pliegue nucal entre las 10 y 14 semanas.
- Cuando sea necesario se solicitará otros exámenes de acuerdo a las necesidades:
  - Prueba de Coombs indirecto en gestantes con Rh negativo. Si el resultado es negativo, se repetirá la prueba mensualmente hasta la semana 28. Si la gestante no está sensibilizada se deberá administrar 250 mcg de inmunoglobulina anti-D entre las 28 y 32 semanas.
  - Luego del parto y confirmado el grupo sanguíneo de la/el recién nacida/o como Rh positivo y test de Coombs directo negativo se deberá aplicar a la madre 250 mcg de inmunoglobulina anti-D dentro las primeras 72 horas.
  - Prueba de glicemia en ayunas:
    - Cifras mayores de 105 mg/dl: repetir en ayunas estricto (al menos 12 horas), derivar a médico especialista si continua la cifra mayor a 105.
    - Cifras menores de 105 mg/dl; realizar prueba de tolerancia a la glucosa, si tiene: antecedente familiar de diabetes, obesidad, abortos u óbitos fetales a repetición, malformaciones congénitas fetales, polihidramnios, macrosomía fetal.
  - Urocultivo periódico: en pacientes con antecedentes de ITU o con leucocitos mayor de 10 por campo y/o nitritos

positivos en el examen de orina (sedimento urinario y/o tira reactiva).

- Prescripción de ácido fólico. Prescripción y entrega de ácido fólico (500 mcg) a toda gestante en la primera consulta durante el primer trimestre (hasta la semana 13).
- Prescripción de ácido fólico y sulfato ferroso. Prescripción y entrega de ácido fólico (400 mcg) y sulfato ferroso (60 mg) a toda gestante a partir de las 14 semanas hasta el parto.
- Prescripción de calcio. Prescripción y entrega de calcio durante la gestación es de 2000 mg al día, a partir de las 20 semanas hasta el parto.
- Evaluación odontológica. De contar con odontólogo solicitar la evaluación; de no contar, referir al establecimiento más cercano o coordinar su atención con la red de servicios.
- Vacunación antitetánica y contra Influenza Estacional
  La gestante no vacunada debe recibir su primera dosis de vacuna dt al término de la primera consulta y continuar según el Esquema Nacional de Vacunación.
  Toda gestante debe recibir una dosis de vacuna contra la influenza a partir de las 20 semanas de gestación.

Información para la gestante en la primera consulta:

- Informar sobre los efectos nocivos y sus repercusiones en el feto por el consumo de tabaco, coca, alcohol y otras sustancias dañinas.
- Brindar información sobre dónde acudir en caso de presentar algún signo / síntoma de alarma: fiebre, sangrado, dolor abdominal, cefalea, convulsiones, mareos, tinnitus, escotomas, acúfenos, epigastralgia, anasarca, pérdida de líquido o cualquier otra emergencia.

- Solicitar a la gestante que registre fecha y hora de los primeros movimientos fetales presentes desde el segundo trimestre.
- Solicitar a la gestante que acuda a las siguientes consultas, de ser posible, acompañada por su pareja o un miembro de la familia o una persona de confianza para que la apoyen en el cuidado de su salud durante el embarazo, parto, puerperio Brindar información sobre sexo seguro, enfatizando el riesgo de adquirir ITS y/o VIH.
- Informar sobre los beneficios del Seguro Integral de Salud y Aseguramiento Universal.
- Programar la cita de la segunda atención prenatal con el médico para evaluar los resultados de exámenes de laboratorio, dicha cita no deberá exceder los 15 días de la primera consulta, se registrará en el carné la fecha de la siguiente cita.

Mantener los registros completos

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

Referencia en caso de complicación obstétrica:

- Comunicar la referencia al establecimiento de mayor nivel de complejidad, para que el equipo de salud se encuentre preparado para la recepción y atención inmediata.

- La referencia debe realizarse con el formato correspondiente.
- Los casos derivados a establecimientos que cumplen FONE o FONI deben ser recibidos por el médico gíneco-obstetra.

2.2.4.5. Procedimientos en las atenciones prenatales posteriores

En todas las consultas siguientes:

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

A partir de las 28 semanas:

- Determinar la situación, posición, presentación fetal y número de fetos.
- Control de latidos cardiacos fetales.
- Interrogar sobre la presencia de movimientos fetales.
- Realizar prueba de Gantt o rollover test (prueba de rodamiento) entre las 28 a 32 semanas, de la siguiente

manera: Tomar la presión arterial en decúbito lateral izquierdo en el brazo derecho, después colocar a la gestante en decúbito supino y esperar 5 minutos para repetir la toma de presión arterial, si la presión diastólica aumenta en 20 mmHg o si la presión arterial media es mayor de 85 mmHg es prueba positiva. La prueba de Gantt o rollover test es un método clínico predictivo de hipertensión arterial inducida por embarazo más fácil de realizar y que tiene un alto porcentaje de efectividad.

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

A partir de las 35 semanas:

- Pelvimetría interna y valoración feto-pélvica especialmente en primigrávidas y gestantes de talla baja (1.40 m.).
- Determinación del encajamiento fetal.
- Determinación de la presentación fetal.
- Reevaluación del estado general materno.
- Actualizar exámenes auxiliares, si corresponde.
- Solicitar pruebas de bienestar fetal o test no estresante según el caso.
- Indicar a la gestante que controle los movimientos fetales. Se enseña a la gestante a identificar los movimientos fetales palpando el abdomen y debe controlarse 4 veces al día, cada control por 30 minutos, al término del día debe tener más de 10 movimientos, si tiene 10 o menos movimientos fetales

debe acudir de inmediato al establecimiento de salud para su evaluación.

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

Signos y síntomas de alarma

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

- Náuseas y vómitos incoercibles.
- Disuria.
- Fiebre/escalofríos.
- Sangrado vaginal.
- Desmayo o mareos.
- Convulsiones.
- Hinchazón de cara, manos y pies.
- Pérdida de líquido amniótico.
- Disminución o ausencia de movimientos fetales.
- Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación
- Alteraciones psicoafectivas.
- Indicio o evidencia de ser víctima de violencia familiar (según gravedad).
- Complicaciones del embarazo.

- Patología obstétrica o enfermedades intercurrentes (si se requiere estancia prolongada considerar alojamiento en casa de espera).
- Accidentes y traumatismos.
- Otras que determine el médico gíneco-obstetra, obstetra, o médico de guardia.

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

En zonas endémicas además se debe considerar:

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

2.2.5. Factores sociales

Un factor social es una vía de explicación multilateral de la complejidad de una realidad concreta o sistema social, gracias al análisis de las múltiples conexiones que como parte de ese sistema y de otros se establecen a través suyo, permitiendo obtener una visión parcial de la totalidad de la misma. El factor social también permite, en ese sentido, ver el todo desde él como parte, es una ventana al todo, y el todo se refleja de cierta manera en él. La importancia desde el punto de vista nodal de un factor social, es que, debido a todas las conexiones con otros aspectos múltiples de la realidad de que forma parte y de otras realidades, se logra explicar esa realidad, aunque sea de manera parcial (20).

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 (20).

2.2.5.1. Edad materna

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento. La edad también representa cada una de las etapas del desarrolló 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.

2.2.5.2. Educación materna

La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbimortalidad 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 (21).

2.2.5.3. 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 (22).

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). Para aspectos de estudio consideraremos: Soltero: Es la persona que no tiene unión legal con otra persona (23).

Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente). 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 (24).

2.3. Variables de Estudio

2.3.1. Identificación de Variable

Variable: Características de la atención prenatal reenfocada que reciben las gestantes atendidas en el centro de salud Concepción de la región Junín.

Dimensión: Características de la gestante

Edad de la gestante en años

Semanas de gestación antes del parto

Nivel de Instrucción

Estado civil

Dimensión: Atención prenatal reenfocada

Primera atención antes de las 14 semanas.

Segunda atención entre la semana 14 a la semana 21.

Tercera atención entre la semana 22 a la semana 24.

Cuarta atención entre la semana 25 a la semana 32.

Quinta atención entre la semana 33 a la semana 36.

Sexta atención entre la semana 37 a la semana 40.

Periodicidad en la atención prenatal

Número de atenciones prenatales

Registro de los datos de filiación de la gestante.

Registro de los antecedentes familiares, personales y obstétricos.

Registró del tamizaje de violencia.

Orientación/consejería y evaluación nutricional.

Registro de medición de talla.

Registro del control de peso.

Registro de las funciones vitales.

Registro de valoración de edemas.

Registro de la determinación de reflejos osteotendinosos.

Realizó el examen de mamas.

Registro de la valoración de la edad gestacional.

Registro de la medición de la altura uterina.

Registro de la auscultación de latidos fetales.

Registro de la auscultación de movimientos fetales.

Registro del examen de la pelvis.

Registro de la toma de Papanicolau (PAP).

Registro de glicemia basal. (2 baterías).

Registro de hemoglobina. (2 baterías).

Registro de grupo sanguíneo y Rh.

Registro de tamizaje de VIH/Sífilis. (2 baterías).

Registro de examen de orina completa o urocultivo. (2 baterías)

Registro de la segunda ecografía obstétrica.

Registro de la prueba de bienestar fetal test no estresante.

Vacuna antitetánica en dosis completas (una en la primera APN y una segunda después de los dos meses).

Vacuna AH1N1 (después de las 20 semanas).

Recibieron ácido fólico. (hasta las 13 semanas).

Recibieron ácido fólico más sulfato ferroso (a partir de las 14 semanas).

Recibieron calcio (a partir de las 20 semanas).

Elaboración del plan de parto en la gestante. (hasta la 3ra entrevista)

Segunda Evaluación odontológica a la gestante.

2.3.2. Operacionalización de variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Características de la atención prenatal reenfocada que reciben las gestantes atendidas en el centro de salud Concepción de la región Junín	Son rasgos o singularidades del proceso de la atención prenatal reenfocada brindada a una gestantes o grupos de gestantes; son varios los elementos que sirven para describir las distintas realidades de asistencia sanitaria.	Análisis documental de las historias clínicas de las gestantes con atención prenatal y registro en la ficha de recolección de datos	Características de la gestante	Edad de la gestante en años.	Edad de la gestante registrada en la historia clínica.	Numérico
				Semanas de gestación antes del parto	Semanas de gestación antes del parto registrada en la historia clínica	Numérico
				Nivel de Instrucción de la gestante	Sin instrucción	1
					Primaria	2
					Secundaria	3
					Superior	4
				Estado civil de la gestante	Soltera	1
					Conviviente	2
					Casada	3
					Viuda	4
					Divorciada	5
			Atención prenatal reenfocada	Periodicidad de las atenciones prenatales	Realizó la primera atención antes de las 14 semanas	Si(1)/No(2)
					Realizó la segunda atención entre la semana 14 a la semana 21	Si(1)/No(2)
					Realizó la tercera atención entre la semana 22 a la semana 24	Si(1)/No(2)
					Realizó la cuarta atención entre la semana 25 a la semana 32	Si(1)/No(2)
					Realizó la quinta atención entre la semana 33 a la semana 36	Si(1)/No(2)
					Realizó la sexta atención entre la semana 37 a la semana 40	Si(1)/No(2)
					Se muestra periodicidad en la atención prenatal antes mencionada	Si(1)/No(2)
					Número de atenciones prenatales	Numérico
				Registros de la anamnesis en la historia clínica	Se registraron los datos de filiación de la gestante	Si(1)/No(2)
					Se registraron los antecedentes familiares, personales y obstétricos	Si(1)/No(2)
					Se registró el tamizaje de violencia	Si(1)/No(2)
					Se realizó Orientación/consejería y evaluación nutricional	Si(1)/No(2)
				Registros del examen físico en la historia clínica	Registro de medición de talla	Si(1)/No(2)
					Registro del control de peso	Si(1)/No(2)
					Registro de las funciones vitales	Si(1)/No(2)
					Registro de valoración de edemas	Si(1)/No(2)
					Registro de la determinación de reflejos osteotendinosos	Si(1)/No(2)
					Realizó el examen de mamas	Si(1)/No(2)

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Características de la atención prenatal reenfocada que reciben las gestantes atendidas en el centro de salud Concepción de la región Junín	Son rasgos o singularidades del proceso de la atención prenatal reenfocada brindada a una gestantes o grupos de gestantes; son varios los elementos que sirven para describir las distintas realidades de asistencia sanitaria.	Análisis documental de las historias clínicas de las gestantes con atención prenatal y registro en la ficha de recolección de datos	Atención prenatal reenfocada Atención prenatal reenfocada	Registros del examen obstétrico completo en la historia clínica	Registro de la valoración de la edad gestacional	Si(1)/No(2)
					Registro de la medición de la altura uterina	Si(1)/No(2)
					Registro de la auscultación de latidos fetales	Si(1)/No(2)
					Registro de la auscultación de movimientos fetales	Si(1)/No(2)
					Registro del examen de la pelvis	Si(1)/No(2)
					Registro de la toma de Papanicolau (PAP)	Si(1)/No(2)
				Exámenes auxiliares y de laboratorio completo	Registro de glicemia basal. (2 baterías)	Si(1)/No(2)
					Registro de hemoglobina. (2 baterías)	Si(1)/No(2)
					Registro de grupo sanguíneo y Rh	Si(1)/No(2)
					Registro de tamizaje de VIH/Sífilis. (2 baterías)	Si(1)/No(2)
					Registro de examen de orina completa o urocultivo. (2 baterías)	Si(1)/No(2)
					Registro de la segunda ecografía obstétrica	Si(1)/No(2)
					Registro de la prueba de bienestar fetal test no estresante	Si(1)/No(2)
				Inmunizaciones completas	Vacuna antitetánica en dosis completas (una en la primera APN y una segunda después de los dos meses)	Si(1)/No(2)
					Vacuna AH1N1 (después de las 20 semanas)	Si(1)/No(2)
				Suplementos nutricionales completos	Recibieron ácido fólico. (hasta las 13 semanas)	Si(1)/No(2)
					Recibieron ácido fólico más sulfato ferroso (a partir de las 14 semanas) Temprana Tardía No recibió	 1 2 3
					Recibieron calcio (a partir de las 20 semanas) Temprana Tardía No recibió	 1 2 3
				Otros procedimientos o exámenes	Elaboración del plan de parto en la gestante. (hasta la 3ra entrevista).	Si(1)/No(2)
					Segunda Evaluación odontológica a la gestante	Si(1)/No(2)

2.4. Definición de términos

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

Atención de la gestante. Cada una de las actividades que realiza el profesional con competencias con la gestante para su atención pre natal, en establecimiento de salud.

Atención prenatal reenfocada. Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la

familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones; con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos.

Atención odontológica de la gestante. Conjunto de intervenciones y actividades de salud bucal brindada a la gestante; incluye instrucción de higiene oral, profilaxis simple y tratamiento dental, realizada por el odontólogo.

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

Plan de parto. Es un instrumento utilizado como una estrategia efectiva que busca detallar, organizar y movilizar los recursos institucionales, familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante en el momento del parto. Consta de 3 entrevistas.

Suplemento de ácido fólico. Es la administración profiláctica de ácido fólico, que se brinda a la gestante hasta las 13 semanas de gestación y a partir de las 14 semanas agregar al sulfato ferroso.

Suplemento de calcio. Es la administración profiláctica de calcio, que se brinda a la gestante desde las 20 semanas de gestación hasta el término.

Suplemento de hierro. Es administración profiláctica de sulfato ferroso, que se brinda a la gestante y a la puérpera. Se debe iniciar a partir de las 14 semanas de gestación y durante el puerperio.

Tamizaje de violencia basada en género (VBG). Es la aplicación de la Ficha de Tamizaje de VBG con el fin de hacer la detección de algún caso de violencia familiar contra la mujer.

Toma de muestra de Papanicolaou (PAP). Prueba que consiste en extraer del cérvix uterino una muestra de células a través de una adecuada técnica para determinar la presencia de células normales o anormales.

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito de estudio

La investigación sobre gestantes y atención prenatal reenfocada se realizó en el Centro de Salud Concepción; ubicado en el distrito de Concepción, el cual es uno de los quince distritos que conforman la Provincia de Concepción del departamento de Junín, se encuentra ubicada a la margen izquierda del caudaloso río Mantaro. Limita por norte con el distrito de Matahuasi y 9 de Julio; por el sur, el distrito de San Jerónimo de Tunán; por el noreste, distrito de Santa Rosa de Ocopa; por el este, distrito de Quichuay; y por el oeste, distrito de Mito. El distrito se encuentra a una altitud de 3,283 m.s.n.m.

3.2. Tipo de investigación

El estudio fue una investigación observacional, retrospectiva, descriptiva, de corte transversal. Observacional porque no existió intervención del investigador, los datos reflejaron la evolución natural de los eventos, retrospectivo porque recolecta y analiza la información que se produjo con anterioridad, los datos se recogieron de registros donde el investigador no tuvo participación, transversal porque todas las mediciones se hicieron en una sola ocasión, por lo que no existen períodos de seguimiento, descriptivo porque sus datos fueron utilizados con finalidades puramente descriptivas. Su propósito es describir la variable y analizarla en un momento dado (25-27).

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986); Su propósito fue describir el comportamiento de la variable en forma independiente. Es decir, busco 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 (25, 28-30).

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general:

Se utilizó el método inductivo. Según Pimienta (31) 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 (31).

3.5. Diseño de investigación

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea. El estudio correspondió 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 (27, 29, 30).

Donde:

M O

M: Gestantes atendidas en el centro de salud Concepción de la región Junín

O: Características de la atención prenatal reenfocada

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

Fueron todas las gestantes que tuvieron seis a mas atenciones prenatales y terminaron su parto en el centro de salud Concepción en el 2018; según registros estadísticos fueron un total de 65 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 (27, 29, 32, 33).

3.6.2. Muestra:

El estudio fue censal. La muestra de estudio la constituyeron todas las gestantes que tuvieron 6 a más atenciones prenatales y terminaron su parto en el centro de salud concepción en el 2018 (27, 29, 32, 33).

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 vulnero los derechos humanos, se respetó la dignidad de todos los seres humanos más allá de las condiciones de desarrollo humano.

La técnica utilizada fue el **análisis documental**; Esta técnica permitió el análisis documental de las Historias Clínicas, registros de seguimiento, de las usuarias atendidas 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 director del establecimiento de salud, 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 del director del establecimiento de salud, se tuvo una reunión con el responsable de los servicios de salud de obstetricia y con la Oficina de Estadística e Informática, para las coordinaciones previa a la recolección de información.

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 exporto 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 realizo 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 a las gestantes y su atención prenatal reenfocada en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.

Tabla 1. Edad y semanas de embarazo antes del parto en las gestantes con atención prenatal reenfocada atendidas en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.

Estadísticos	Edad de la gestante con atención prenatal	Semanas de gestación antes del parto
Cantidad de gestantes	65	65
Media	26.97	38.29
Mínimo	15	29
Máximo	40	42
Percentil 25	23.00	38.00
Percentil 50	27.00	39.00
Percentil 75	31.50	40.00

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre Gestantes y atención prenatal reenfocada en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.

En la tabla 1. Del total de gestantes con atención prenatal (APN) reenfocada atendidas en el centro de salud Concepción. La edad promedio en las gestantes fue de 26.97 años, la edad mínima fue de 15 años y la edad máxima de 40 años. El 75% tuvieron más de 23 años, el 50% tuvieron más de 27 años, el 25% tuvieron más de 31.5 años. Del total de gestantes con atención prenatal (APN) reenfocada atendidas en el centro de salud Concepción. El promedio de semanas de gestación fue de 38.29 semanas, la menor cantidad de semanas de gestación antes del parto fue de 29 semanas y la máxima cantidad de semanas de gestación antes del parto fue de 42

semanas. El 25% tuvieron menos de 38 semanas antes del parto, el 50% tuvieron menos de 39 semanas antes del parto, el 25% tuvieron más de 40 semanas antes del parto.

Tabla 2. Nivel de instrucción de las gestantes con atención prenatal reenfocada atendidas en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.

Nivel de instrucción de la gestante	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria	8	12.3	12.3
Secundaria	37	56.9	69.2
Superior	20	30.8	100.0
Total	65	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre Gestantes y atención prenatal reenfocada en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.

En la tabla 2. Del 100% (65) de gestantes con atención prenatal (APN) reenfocada atendidas en el centro de salud Concepción, según el nivel de instrucción, el 12.3 (8) tuvieron primaria, el 56.9% (37) tuvieron secundaria, el 30.8% (20) tuvieron superior. El 87.7% (57) de las gestantes con APN tuvieron nivel de instrucción secundario o superior.

Tabla 3. Estado civil de las gestantes con atención prenatal reenfocada atendidas en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Conviviente	53	81.5	81.5
Soltera	9	13.8	95.4
Casada	3	4.6	100.0
Total	65	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre Gestantes y atención prenatal reenfocada en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.

En la tabla 3. Del 100% (65) de gestantes con atención prenatal (APN) reenfocada atendidas en el centro de salud Concepción; el 81.5% (53) fueron convivientes, el 13.8% (9) fueron solteras y el 4.6% (3) fueron casadas. El 95.4% (62) fueron convivientes o solteras.

Tabla 4. Oportunidad y periodicidad en la atención prenatal reenfocada en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.

Atención prenatal	Frecuencia	Porcentaje
Primera atención antes de las 14 semanas	48	73.85
Segunda atención entre la semana 14 a la semana 21	27	41.54
Tercera atención entre la semana 22 a la semana 24	10	15.38
Cuarta atención entre la semana 25 a la semana 32	23	35.38
Quinta atención entre la semana 33 a la semana 36	9	13.85
Sexta atención entre la semana 37 a la semana 40	8	12.31
Periodicidad en la atención prenatal	1	1.54

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre Gestantes y atención prenatal reenfocada en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.

En la tabla 4. Del 100% (65) de gestantes con atención prenatal (APN) reenfocada atendidas en el centro de salud Concepción; en cuanto a la oportunidad y periodicidad de la atención; el 73.85% (48) tuvieron su primera atención antes de las 14 semanas. El 41.54% (27) tuvieron su segunda atención entre la semana 14 a la semana 21. El 15.38% (10) tuvieron su tercera atención entre la semana 22 a la semana 24. El 35.38% (23) tuvieron su cuarta atención entre la semana 25 a la semana 32. El 13.85% (9) tuvieron su quinta atención entre la semana 33 a la semana 36. El 12.31% (8) tuvieron su sexta atención entre la semana 37 a la semana 40. La periodicidad en la atención prenatal fue en un 1.54% (1)

Tabla 5. Número de atenciones prenatales en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.

Número de atenciones prenatales	
Cantidad de gestantes	65
Media	8
Mínimo	6
Máximo	12
Percentil 25	7
Percentil 50	8
Percentil 75	9

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre Gestantes y atención prenatal reenfocada en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.

En la tabla 5. Del total de gestantes con atención prenatal (APN) atendidas en el centro de salud Concepción. El numero promedio de atenciones prenatales fue 8, El mínimo número de atenciones prenatales fue de 6 y el máximo de 12 atenciones. El 75% tuvieron más de 7 atenciones prenatales, el 50% tuvieron más de 8 atenciones prenatales y el 25% tuvieron más de 9 atenciones prenatales.

Tabla 6. Anamnesis completa en la atención prenatal reenfocada de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.

Anamnesis	Frecuencia	Porcentaje
Datos de filiación de la gestante completa	65	100.0
Antecedentes familiares, personales y obstétricos completos	65	100.0
Tamizaje de violencia	65	100.0
Orientación/consejería y evaluación nutricional	65	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre Gestantes y atención prenatal reenfocada en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.

En la tabla 6. Del total de gestantes con atención prenatal (APN) reenfocada atendidas en el centro de salud Concepción. El 100% tuvieron una anamnesis completa en la atención prenatal.

Tabla 7. Examen físico en la atención prenatal reenfocada de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.

Examen físico	Frecuencia	Porcentaje
Medición de talla	65	100.0
Control de peso	65	100.0
Funciones vitales	65	100.0
Valoración de edemas	65	100.0
Determinación de reflejos osteotendinosos	65	100.0
Examen de mamas	65	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre Gestantes y atención prenatal reenfocada en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.

En la tabla 7. Del total de gestantes con atención prenatal (APN) reenfocada atendidas en el centro de salud Concepción. El 100% tuvieron examen físico completo en su atención prenatal.

Tabla 8. Examen obstétrico completo en la atención prenatal reenfocada de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.

Examen obstétrico	Frecuencia	Porcentaje
Valoración de la edad gestacional	65	100.0
Medición de la altura uterina	65	100.0
Auscultación de latidos fetales	65	100.0
Auscultación de movimientos fetales	65	100.0
Examen de la pelvis	65	100.0
Toma de Papanicolau (PAP)	8	12.3

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre Gestantes y atención prenatal reenfocada en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.

En la tabla 8. Del total de gestantes con atención prenatal (APN) reenfocada atendidas en el centro de salud Concepción. El 100% tuvieron exámenes obstétricos completos, Excepto la toma de Papanicolau que solo registró un 12.3% (8).

Tabla 9. Exámenes auxiliares y de laboratorio completos en la atención prenatal reenfocada de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.

Exámenes auxiliares y de laboratorio	Frecuencia	Porcentaje
Glicemia basal. (2 baterías)	65	100.0
Hemoglobina. (2 baterías)	65	100.0
Grupo sanguíneo y Rh	65	100.0
Tamizaje de VIH/Sífilis. (2 baterías)	65	100.0
Examen de orina completa o uro cultivo. (2 baterías)	65	100.0
Segunda ecografía obstétrica	63	96.9
Prueba de bienestar fetal test no estresante	32	49.2

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre Gestantes y atención prenatal reenfocada en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.

En la tabla 9. Del total de gestantes con atención prenatal (APN) reenfocada atendidas en el centro de salud Concepción. El 100% (65) tuvieron exámenes auxiliares y de laboratorio como glicemia basal (2 baterías), hemoglobina (2 baterías), grupo sanguíneo y Rh, tamizaje de VIH/Sífilis (2 baterías), examen de orina completa o uro cultivo (2 baterías), el 96.9% (63) tuvieron segunda ecografía obstétrica, el 49.2% (32) tuvieron prueba de bienestar fetal test no estresante.

Tabla 10. Inmunizaciones, suplementos nutricionales y otros exámenes en la atención prenatal reenfocada de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.

Inmunizaciones, suplementos nutricionales y otros exámenes	Frecuencia	Porcentaje
Vacuna antitetánica en dosis completas (una en la primera APN y una segunda después de los dos meses)	58	89.2
Recibieron ácido fólico. (hasta las 13 semanas)	48	73.8
Segunda evaluación odontológica a la gestante	32	49.2
Recibieron ácido fólico más sulfato ferroso (temprana a partir de las 14 semanas)	65	100.0
Elaboración del plan de parto en la gestante (hasta la 3ra entrevista)	65	100.0
Sin registro en la historia clínica de la vacuna AH1N1 (después de las 20 semanas)	65	100.0
No recibieron calcio (a partir de las 20 semanas)	65	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre Gestantes y atención prenatal reenfocada en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018.

En la tabla 10. Del total de gestantes con atención prenatal (APN) reenfocada atendidas en el centro de salud Concepción. El 89.2% (58) tuvo vacuna antitetánica en dosis completas (una en la primera APN y una segunda después de los dos meses), el 73.8% (48) recibieron ácido fólico (hasta las 13 semanas), el 49.2% (32) tuvo su segunda evaluación odontológica. El 100% (65) recibieron ácido fólico más sulfato ferroso (a partir de las 14 semanas) y tuvieron plan de parto completo (hasta la 3ra entrevista). En el 100% no se encontró registros en la historia clínica de la vacuna AH1N1 y no recibieron calcio a partir de las 20 semanas.

4.2. Discusión

La edad promedio en las gestantes con atención prenatal reenfocada fue de 26.97 años, la edad mínima fue de 15 años y la edad máxima de 40 años. El 75% tuvieron más de 23 años, el 50% tuvieron más de 27 años, el 25% tuvieron más de 31.5 años. No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados. En este contexto tres de cada cuatro gestantes tuvo más de 23 años, una edad donde la mujer está en mejores condiciones por la madures fisiológica para llevar un embarazo; así mismo probablemente esta mayor edad de las gestantes tuvo relación con que hayan tenido 6 a más atenciones prenatales, aunadas a las actividades de difusión y comunicación del establecimiento de salud.

El promedio de semanas de gestación antes del parto fue de 38.29 semanas, la menor cantidad de semanas de gestación fue 29 semanas y la máxima 42 semanas. El 25% tuvieron menos de 38 semanas antes del parto, el 50% tuvieron menos de 39 semanas antes del parto, el 25% tuvieron más de 40 semanas antes del parto. No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados. Tres de cada cuatro gestantes con 6 a más atenciones prenatales culmino su embarazo a término; hubo gestantes que sus embarazos no fueron a término lo cual indica que hubo alguna complicación en el embarazo y probablemente no fueron suficientes o de calidad las atenciones prenatales o falta de compromiso o involucramiento de la gestante en la prevención de riesgo o complicaciones obstétricas

De las gestantes con 6 a más atenciones prenatales; el 12.3 tuvieron primaria, el 56.9% tuvieron secundaria, el 30.8% tuvieron superior. El 87.7% tuvieron nivel de instrucción secundario o superior. El 81.5% fueron convivientes, el 13.8% fueron solteras y el 4.6% fueron casadas. El 95.4% fueron convivientes o solteras. No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados. La mayoría de las gestantes estudiadas tuvieron un nivel de instrucción secundario o superior lo cual permite una mejor comprensión de la capacitación o comunicación para que la gestante acuda a su atención prenatal. En cuanto al estado civil la mayoría fueron convivientes lo cual en este contexto andino es una relación de pareja un tanto estable que debe ser tomado en cuenta para las intervenciones en salud familiar y prevenir riesgos y daños en la gestante.

De las gestantes atendidas con atención prenatal reenfocada en el centro de salud Concepción; en cuanto a la oportunidad y periodicidad de la atención; el 73.85% tuvieron su primera atención antes de las 14 semanas. El 41.54% tuvieron su segunda atención entre la semana 14 a la semana 21. El 15.38% tuvieron su tercera atención entre la semana 22 a la semana 24. El 35.38% tuvieron su cuarta atención entre la semana 25 a la semana 32. El 13.85% tuvieron su quinta atención entre la semana 33 a la semana 36. El 12.31% tuvieron su sexta atención entre la semana 37 a la semana 40. En cuanto al inicio tardío de la atención este resultado concuerda con Cáceres y Ruiz (9), Sánchez et al. (11). Lo cual indica la necesidad de implementar estrategias para la captación temprana de la gestante, a fin de promocionar la salud y prevenir riesgos en el embarazo. La periodicidad en la atención prenatal fue en un 1.54%. no hubo investigaciones similares para contrastar la periodicidad y oportunidad de la atención prenatal. Estos resultados revelan que las gestantes con 6 a más atenciones prenatales no tuvieron una atención oportuna y periódica en su embarazo. Por lo cual es importante sensibilizar a las gestantes sobre la importancia de la atención oportuna y continuidad de la atención con el objetivo de prevenir o disminuir las complicaciones en el embarazo.

De las gestantes que recibieron de 6 a más atenciones prenatales reenfocadas, el numero promedio de atenciones prenatales fue 8, El mínimo número de atenciones prenatales fue de 6 y el máximo de 12 atenciones. El 75% tuvieron más de 7 atenciones prenatales, el 50% tuvieron más de 8 atenciones prenatales y el 25% tuvieron más de 9 atenciones prenatales. Los resultados difieren de los hallado por Miranda y Castillo (10), quienes encontraron que no todas asistían a sus atenciones prenatales y en promedio no llegaron a 4 atenciones. Los resultados encontrados en el estudio permiten conocer que a pesar que las gestantes tengan 6 o más atenciones, estas no son oportunas, periódicas y probablemente no sean de calidad según la norma; por falta de sensibilización de las pacientes, por falta de capacitación actualizada a los profesionales en la atención, elevada demanda, falta de motivación entre otros.

Todas las gestantes con 6 a más atenciones prenatales tuvieron una anamnesis completa y examen físico completo en su atención prenatal. El 100% tuvieron exámenes obstétricos completos, excepto la toma de Papanicolau que solo registró un 12.3%. El 100% de las gestantes con 6 a más atenciones prenatales tuvieron exámenes auxiliares y de laboratorio como glicemia basal (2 baterías), hemoglobina (2 baterías), grupo sanguíneo y Rh, tamizaje de VIH/Sífilis (2 baterías), examen de orina completa o uro cultivo (2 baterías); el 96.9% tuvieron segunda ecografía obstétrica y el 49.2% tuvieron prueba de bienestar fetal test no estresante. Los resultados difieren de lo hallado por Llaza y Aguirre (15), quienes encontraron una mayor proporción de incumplimiento en la elaboración de la historia clínica de la gestante, examen obstétrico y exámenes auxiliares.

A pesar de alcanzar en buena proporción el cumplimiento de los procedimientos en la atención prenatal reenfocada, existe escasa cobertura en la toma de papanicolau, no todas tuvieron su segunda ecografía obstétrica y prueba de bienestar fetal. Por lo cual es importante que continúen mejorando los procesos de atención con calidad, aunados a una estrategia comunicacional para sensibilizar a las gestantes sobre la importancia de la atención y exámenes auxiliares para el bienestar de la madre y el niño; así mismo fortalecer la cartera de servicios que se ofertan.

Del total de gestantes con 6 a más atenciones prenatales el 89.2% tuvo vacuna antitetánica en dosis completas (una en la primera APN y una segunda después de los dos meses), el 73.8% recibieron ácido fólico (hasta las 13 semanas), el 49.2% tuvo su segunda evaluación odontológica. El 100% (65) recibieron ácido fólico más sulfato ferroso (a partir de las 14 semanas) y tuvieron plan de parto completo (hasta la 3ra entrevista). En el 100% no se encontró registros en la historia clínica de la vacuna AH1N1 y no recibieron calcio a partir de las 20 semanas. Estos resultados indican que no todas las gestantes tuvieron sus vacunas completas y no se puede verificar si cuenta o no con las vacunas de AH1N1, no todas recibieron ácido fólico hasta las 13 semanas, no todas recibieron su segunda atención odontológica y al no haber en farmacia del establecimiento calcio para gestante no recibieron, pero hubo prescripción para que lo adquieran en otras farmacias. Estos resultados permiten conocer que no se está cumpliendo de manera íntegra la atención prenatal reenfocada

y esto concuerda con Heredia et al. (12), Maúrtua (13), Llallahui (14), Llaza y Aguirre (15), quienes encontraron que no todas las gestantes reciben una atención completa. Esto probablemente por deficiencias en la cartera de servicios de salud, falta de capacitación actualizada al personal de salud, falta de sensibilización a las usuarias gestantes y sus parejas, escazas estrategias comunicacionales, para la difusión educativa, sensibilización de las gestantes, sus familias sobre la importancia de la atención prenatal y su cumplimiento; y/o por la elevada demanda de los servicios o limitado acceso en algunos servicios.

Conclusiones

Primero. La edad promedio en las gestantes con atención prenatal reenfocada fue de 26.97 años, la edad mínima fue de 15 años y la edad máxima de 40 años, en este contexto tres de cada cuatro gestantes tuvo más de 23 años, una edad donde la mujer está en mejores condiciones por la madures fisiológica para llevar un embarazo.

Segundo. Tres de cada cuatro gestantes con 6 a más atenciones prenatales culmino su embarazo a término; las que no fueron a término tuvieron alguna complicación en el embarazo en la cual las atenciones prenatales no fueron suficientes para la prevención de riesgo o complicaciones obstétricas.

Tercero. Ocho de cada diez gestantes tuvieron un nivel de instrucción secundario o superior lo cual permite una mejor comprensión de la capacitación o comunicación para que la gestante acuda a su atención prenatal.

Cuarto. En cuanto al estado civil la mayoría fueron convivientes lo cual en este contexto andino es una relación de pareja un tanto estable que debe ser tomado en cuenta para las intervenciones en salud familiar y prevenir riesgos y daños en la gestante.

Quinto. Las gestantes con 6 a más atenciones prenatales no tuvieron una atención oportuna, periódica en su embarazo y probablemente no fueron adecuadas.

Sexto. Todas las gestantes con 6 a más atenciones prenatales tuvieron una anamnesis completa, examen físico completo, exámenes obstétricos, exámenes auxiliares y de laboratorio; sin embargo, existió escasa cobertura en la toma de papanicolau, no todas tuvieron su segunda ecografía obstétrica y prueba de bienestar fetal. Por lo cual es importante que continúen mejorando los procesos de atención con calidad.

Séptimo. No todas las gestantes con 6 a más atenciones prenatales tuvieron sus vacunas completas, no todas recibieron ácido fólico hasta las 13 semanas, no todas recibieron su segunda atención odontológica, las vacunas de AH1N1 no fueron registradas en la historia clínica y al no haber en farmacia del establecimiento calcio para gestante se prescribió de manera tardía, para que lo adquieran en otras farmacias.

Octavo. Parcialmente se está cumpliendo la atención prenatal reenfocada en sus procedimientos o componentes.

Recomendaciones

Al gobierno regional, implementar e impulsar el desarrollo de políticas públicas integrales, para el fortalecimiento de la oferta fija y móvil de salud a favor de la salud materna perinatal de calidad que involucre la salud familiar y comunitaria; que fomenten la promoción de la salud, con actividades de difusión y comunicación de los establecimientos de salud a la población según su contexto, por personal idóneo.

Seguir fortaleciendo el acceso a la educación, para una mejor comprensión de la educación para la salud, charlas, capacitaciones u orientaciones a la gestante, a su familia y la comunidad; con el fin de contribuir a una salud materna adecuada.

Al sector salud reorientar las acciones sanitarias o intervenciones según el contexto con estrategias que permitan una captación temprana de la gestante, sensibilizarlas sobre la importancia de la atención oportuna y continuidad de la atención, abastecer de insumos, medicamentos y equipos para la atención materna, con el objetivo de prevenir o disminuir las complicaciones en el embarazo. Fortalecer las competencias profesionales en la atención prenatal renfocada mejorando la cartera de servicios que se ofertan para la atención prenatal reenfocada completa, considerando la demanda y oferta del servicio.

Al establecimiento de salud continuar mejorando los procesos de atención con calidad, aunados a una estrategia comunicacional para sensibilizar a las gestantes y sus familias; sobre la importancia de la atención y exámenes auxiliares para el bienestar de la madre y el niño; así mismo fortalecer la cartera de servicios que se ofertan y brindar una atención prenatal reenfocada integra.

Referencias bibliográficas

1. 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.
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. World Health Organization, UNICEF, World Bank, United Nations Population Fund. Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
4. Cáceres-Manrique FdM. El control prenatal: una reflexión urgente. Revista colombiana de obstetricia y ginecología. 2009;60(2).
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 - Nacional y Regional. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2018. 398 p.
6. Orvos H, Hoffmann I, Frank I, Katona M, Pál A, Kovács L. The perinatal outcome of pregnancy without prenatal care: A retrospective study in Szeged, Hungary. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2002;100(2):171-3.
7. Prual A, De LB, El DJ. Potential role of prenatal care in reducing maternal and perinatal mortality in sub-Saharan Africa. Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction. 2002;31(1):90-9.
8. Campbell OM, Graham WJ, group LMSSs. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. The lancet. 2006;368(9543):1284-99.
9. Cáceres Manrique FdM, Ruiz Rodríguez M. Prevalencia de inicio tardío de la atención prenatal. Asociación con el nivel socioeconómico de la gestante. Estudio de corte transversal. Bucaramanga, Colombia, 2014-2015. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2018;69(1).
10. Miranda Mellado C, Castillo Ávila IY. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. Revista cuidarte. 2016;7(2):1345-51.

11. Sánchez-Gómez A, Cevallos W, Grijalva MJ, Silva-Ayçaguer LC, Tamayo S, Jacobson JO, et al. Factores sociales asociados con la utilización de los servicios de atención prenatal en Ecuador. Revista Panamericana de Salud Pública. 2016;40:341-6.
12. Heredia-Pi I, Servan-Mori E, Darney BG, Reyes-Morales H, Lozano R. Medición de la idoneidad de la atención sanitaria prenatal: Un estudio transversal nacional en México. Bulletin of the World Health Organization. 2016;94(6):452-61.
13. Maúrtua Blancas NA. Atención prenatal reenfocada y complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes de 18 a 35 años en el Hospital María Auxiliadora. San juan de Miraflores: octubre 2016 a mayo 2017-Lima. [Tesis de grado]. Lima: Universidad Privada Sergio Bernales, Facultad de Obstetricia; 2018.
14. Llallahui Arango S. Atención Prenatal Reenfocada y los resultados en la evaluación inmediata del recién nacido en madres adolescentes de 12-17 años en el Centro de Salud Mala - Cañete durante el año 2014 – 2016. [Tesis de grado]. Cañete: Universidad Privada Sergio Bernales, Facultad de Obstetricia; 2018.
15. Llaza Luque KG, Aguirre Quispe S. Grado de adherencia de la Atención Prenatal Reenfocada a la Norma Técnica para la Atención Integral de Salud Materna, del Servicio de Obstetricia - Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Zamácola – Arequipa 2015. [Tesis de grado]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Facultad de Obstetricia y Puericultura; 2015.
16. 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.
17. González Merlo J, Laílla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. Obstetricia. 6 ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. 752 p.
18. Hacker NF, Gambone J, Hobel CJ. Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore. 5 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2011.
19. Pellicer Martínez A, Hidalgo Mora JJ, Perales Marín A, Díaz García C. Obstetricia y ginecología: guía de actuación. Madrid: Médica Panamericana; 2014. 759 p.
20. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago. 2015(128):336-50.
21. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.

22. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2003;82(2):182-8.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
27. Martinez Montaño 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.
28. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.
29. 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.
30. 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.
31. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
32. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
33. 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.

Anexos:

Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

INVESTIGACIÓN: Gestantes y atención prenatal reenfocada en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
Problema general ¿Cuáles son las características de la atención prenatal reenfocada que reciben las gestantes atendidas en el centro de salud Concepción de la región Junín en el año 2018? **Problemas específicos** ▪ ¿Cuáles son las características de las gestantes con atención prenatal atendidas en el centro de salud Concepción de la región Junín en el año 2018? ▪ ¿Cuál es la frecuencia de gestantes que cumplen y no cumplen con la atención prenatal reenfocada atendidas en el centro de salud Concepción de la región Junín en el año 2018? ▪ ¿Cuáles son los procesos de la atención prenatal reenfocada que recibe la gestante atendida en el centro de salud	**Objetivo general** Determinar las características de la atención prenatal reenfocada que reciben las gestantes atendidas en el centro de salud Concepción de la región Junín en el año 2018. **Objetivos específicos** ▪ Determinar las características de las gestantes con atención prenatal atendidas en el centro de salud Concepción de la región Junín en el año 2018. ▪ Determinar la frecuencia de gestantes que cumplen y no cumplen con la atención prenatal reenfocada atendidas en el centro de salud Concepción de la región Junín en el año 2018. ▪ Describir los procesos de la atención prenatal reenfocada que recibe la gestante atendida en el centro de salud Concepción de la	La Organización Mundial de la Salud considera que el cuidado materno es una prioridad, que debe formar parte de las políticas públicas para mejorar los resultados del embarazo y prevenir la morbimortalidad materna y perinatal (2). Sin embargo, no todas las mujeres acceden a la atención prenatal reenfocada y al paquete básico de atención. Algunas no logran la adherencia a las recomendaciones, ni cumplir con la periodicidad en la asistencia a la atención. Quienes no reciben la atención prenatal adecuada corren el riesgo de que no se detecten posibles complicaciones en el embarazo, parto o que estas complicaciones no se traten a tiempo. Y esto puede provocar problemas graves, tanto para la madre como para el bebé. Por eso es tan importante comenzar con la atención prenatal lo más pronto posible. Lo ideal, es comenzar incluso antes de que la mujer quede embarazada. Por supuesto, esto no siempre es posible. Pero cuanto más antes comiencen las atenciones prenatales en el embarazo, será mejor para el bienestar materno perinatal. En la región Junín específicamente en el centro de salud Concepción, donde se brinda atención prenatal; se tiene escaza información sobre la atención prenatal reenfocada; Por lo cual es pertinente conocer a mayor profundidad cómo se brinda la atención prenatal reenfocada en los servicios de salud según la norma técnica para la atención integral de salud materna; con el fin de contribuir a mejorar los procesos y el acceso	Características de la atención prenatal reenfocada que reciben las gestantes atendidas en el centro de salud Concepción de la región Junín	Características de la gestante Atención prenatal reenfocada	Edad de la gestante en años. Semanas de gestación antes del parto Nivel de Instrucción de la gestante Estado civil de la gestante Periodicidad de las atenciones prenatales	Edad de la gestante registrada en la historia clínica. Semanas de gestación antes del parto registrada en la historia clínica Sin instrucción Primaria Secundaria Superior Soltera Conviviente Casada Viuda Divorciada Realizó la primera atención antes de las 14 semanas Realizó la segunda atención entre la semana 14 a la semana 21 Realizó la tercera atención entre la semana 22 a la semana 24 Realizó la cuarta atención entre la semana 25 a la semana 32 Realizó la quinta atención entre la semana 33 a la semana 36 Realizó la sexta atención entre la semana 37 a la semana 40 Se muestra periodicidad en la atención prenatal antes mencionada Número de atenciones prenatales Se registraron los datos de filiación de la gestante Se registraron los antecedentes familiares, personales y obstétricos Se registró el tamizaje de violencia Se realizó Orientación/consejería y evaluación nutricional Registro de medición de talla Registro del control de peso Registro de las funciones vitales Registro de valoración de edemas Registro de la determinación de reflejos osteotendinosos Realizó el examen de mamas Registro de la valoración de la edad gestacional Registro de la medición de la altura uterina Registro de la auscultación de latidos fetales Registro de la auscultación de movimientos fetales Registro del examen de la pelvis Registro de la toma de Papanicolau (PAP) Registro de glicemia basal. (2 baterías) Registro de hemoglobina. (2 baterías) Registro de grupo sanguíneo y Rh Registro de tamizaje de VIH/Sífilis. (2 baterías) Registro de examen de orina completa o urocultivo. (2 baterías) Registro de la segunda ecografía obstétrica	Numérico Numérico 1 2 3 4 1 2 3 4 5 Si(1)/No(2) Si(1)/No(2) Si(1)/No(2) Si(1)/No(2) Si(1)/No(2) Si(1)/No(2) Si(1)/No(2) Numérico Si(1)/No(2)	**Nivel de investigación** El nivel de investigación es descriptivo (DANKHE 1986). **Tipo de investigación** investigación observacional, retrospectivo, 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 centro de salud Concepción de la región Junín O: Características de la atención prenatal reenfocada **Población, muestra, muestreo** **La población** Fueron todas las gestantes que tuvieron atención prenatal y terminaron su parto en el centro de salud concepción en el 2018; según registros estadísticos fueron un total de 65 gestantes con atención prenatal. **Muestra:** El estudio fue censal. La muestra de estudio la constituirán todas las gestantes que tuvieron atención prenatal y terminaron su parto en el centro de salud concepción en el 2018.

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
Concepción de la región Junín en el año 2018?	región Junín en el año 2018.	a los servicios de atención materno perinatal, acordes al contexto socio cultural, asimismo, servirá para implementar estrategias que le permitan ofrecer una atención oportuna y de calidad a las gestantes que llegan a los servicios de salud desde una perspectiva integral, garantizando una maternidad saludable; por otra parte, servirá como base para futuras investigaciones, sobre el tema.				Registro de la prueba de bienestar fetal test no estresante Vacuna antitetánica en dosis completas (una en la primera APN y una segunda después de los dos meses) Vacuna AHINI (después de las 20 semanas) Recibieron ácido fólico. (hasta las 13 semanas) Recibieron ácido fólico más sulfato ferroso (a partir de las 14 semanas) Temprana Tardía No recibió Administración de calcio (a partir de las 20 semanas) Temprana Tardía No recibió Elaboración del plan de parto en la gestante. (hasta la 3ra entrevista). Segunda Evaluación odontológica a la gestante	Si(1)/No(2) Si(1)/No(2) Si(1)/No(2) Si(1)/No(2) 1 2 3 1 2 3 Si(1)/No(2) Si(1)/No(2)	

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

FORMATO Nº 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE ATENCION PRENATAL REENFOCADA

Investigación: Gestantes y atención prenatal reenfocada en el Centro de Salud Concepción, Junín 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:

1.1. Ficha N° _____
1.2. Responsable del llenado: _____
1.3. Fecha del llenado: ____ /_____/201_. Hora del llenado: ____:____ horas
1.4. Provincia: _____
1.5. Distrito: _____
1.6. Nº de historia clínica: _____
1.7. Edad de la gestante: _____ años.
1.8. Semanas de gestación antes del parto: _____ semanas.
1.9. Nivel de Instrucción:
  1.9.1. Sin instrucción (1)
  1.9.2. Primaria (2)
  1.9.3. Secundaria (3)
  1.9.4. Superior (4)
1.10. Estado Civil:
  1.10.1. Soltera (1)
  1.10.2. Conviviente (2)
  1.10.3. Casada (3)
  1.10.4. Viuda (4)
  1.10.5. Divorciada (5)

II. DATOS DE LA ATENCION PRENATAL REENFOCADA (marque con una "X" o registrar los datos según corresponda)

2.1. PERIODICIDAD DE LAS ATENCIONES PRENATALES:

Realizó la primera atención antes de las 14 semanas:	SI (1)	NO (2)
Realizó la segunda atención entre la semana 14 a la semana 21:	SI (1)	NO (2)
Realizó la tercera atención entre la semana 22 a la semana 24:	SI (1)	NO (2)
Realizó la cuarta atención entre la semana 25 a la semana 32:	SI (1)	NO (2)
Realizó la quinta atención entre la semana 33 a la semana 36:	SI (1)	NO (2)
Realizó la sexta atención entre la semana 37 a la semana 40:	SI (1)	NO (2)
Se muestra periodicidad en la atención prenatal antes mencionada:	SI (1)	NO (2)

Número de atenciones prenatales: _____

2.2. REGISTROS DE LA ANAMNESIS EN LA HISTORIA CLINICA.

Se registraron los datos de filiación de la gestante:	SI (1)	NO (2)
Se registraron los antecedentes familiares, personales y obstétricos:	SI (1)	NO (2)
Se registró el tamizaje de violencia:	SI (1)	NO (2)
Se realizó Orientación/consejería y evaluación nutricional:	SI (1)	NO (2)

2.3. REGISTROS DEL EXAMEN FISICO EN LA HISTORIA CLINICA.

Registro de medición de talla:	SI (1)	NO (2)
Registro del control de peso:	SI (1)	NO (2)
Registro de las funciones vitales:	SI (1)	NO (2)
Registro de valoración de edemas:	SI (1)	NO (2)
Registro de la determinación de reflejos osteotendinosos:	SI (1)	NO (2)
Realizó el examen de mamas:	SI (1)	NO (2)

2.4. REGISTROS DEL EXAMEN OBSTÉTRICO COMPLETO EN LA HISTORIA CLINICA.

Registro de la valoración de la edad gestacional:	SI (1)	NO (2)
Registro de la medición de la altura uterina:	SI (1)	NO (2)
Registro de la auscultación de latidos fetales:	SI (1)	NO (2)
Registro de la auscultación de movimientos fetales:	SI (1)	NO (2)
Registro del examen de la pelvis:	SI (1)	NO (2)
Registro de la toma de Papanicolau (PAP):	SI (1)	NO (2)

2.5. EXAMENES AUXILIARES Y DE LABORATORIO COMPLETO.

Registro de glicemia basal. (2 baterías):	SI (1)	NO (2)
Registro de hemoglobina. (2 baterías):	SI (1)	NO (2)
Registro de grupo sanguíneo y Rh:	SI (1)	NO (2)
Registro de tamizaje de VIH/Sífilis. (2 baterías):	SI (1)	NO (2)
Registro de examen de orina completa o urocultivo. (2 bat):	SI (1)	NO (2)
Registro de la segunda ecografía obstétrica:	SI (1)	NO (2)
Registro de la prueba de bienestar fetal test no estresante:	SI (1)	NO (2)

2.6. INMUNIZACIONES COMPLETAS.

Vacuna antitetánica en dosis completas (una en la primera APN y una segunda después de los dos meses): SI (1) NO (2)

Vacuna AH1N1 (después de las 20 semanas): SI (1) NO (2)

2.7. SUPLEMENTOS NUTRICIONALES COMPLETOS.

Recibieron ácido fólico. (hasta las 13 semanas): SI (1) NO (2)

Recibieron ácido fólico más sulfato ferroso (a partir de las 14 semanas):

- Temprana (1)
- Tardía (2)
- No recibió (3)

Recibieron calcio (a partir de las 20 semanas):

- Temprana (1)
- Tardía (2)
- No recibió (3)

2.8. OTROS PROCEDIMIENTOS O EXAMENES.

Elaboración del plan de parto en la gestante. (hasta la 3ra entrevista). SI (1) NO (2)

Segunda Evaluación odontológica a la gestante: SI (1) NO (2)

Anexo 3: Juicio de expertos

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

Juicio de Experto

INVESTIGACIÓN: Gestantes y atención prenatal reenfocada en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018
Investigador: Obsta. Núñez Iparraguirre, Jesús Iliana

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 ATENCION PRENATAL REENFOCADA"** 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	Edad de la gestante en años					
2	Semanas de gestación antes del parto					
3	Nivel de Instrucción de la gestante					
4	Estado civil de la gestante					
5	Periodicidad de las atenciones prenatales					
6	Registros de la anamnesis en la historia clínica					
7	Registros del examen físico en la historia clínica					
8	Registros del examen obstétrico completo en la historia clínica					
9	Exámenes auxiliares y de laboratorio completo					
10	Inmunizaciones completas					
11	Suplementos nutricionales completos					
12	Otros procedimientos o exámenes					

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 HUANCAVELICA
(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 ATENCION PRENATAL REENFOCADA
Investigación: Gestantes y atención prenatal reenfocada en el Centro de Salud Concepción, Junín 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 = $\frac{1\,x\,A + 2\,x\,B + 3\,x\,C + 4\,x\,D + 5\,x\,E}{50}$ = -----

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 HUANCAVELICA
(Creado por Ley Nº 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

……..……..
DIRECTOR
CENTRO DE SALUD CONCEPCIÓN - JUNÍN

SD.

Yo, Obsta. Núñez Iparraguirre, Jesús Iliana identificado (a) con D.N.I. N° _____, Obstetra de profesión, egresada de la especialidad en ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA 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 Gestantes y atención prenatal reenfocada en el Centro de Salud Concepción, Junín 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, 3 de enero del 2019.

_____
Firma del Interesado