

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

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

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

**ATENCIÓN PRENATAL Y MORBILIDAD EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD
SAN JUAN DE OCCOPAMPA, CHURCAMPA 2018**

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

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD MATERNO PERINATAL**

**PRESENTADO POR:
UCHUYPOMA HUAMANI, MARIA LUISA**

**HUANCAVELICA – PERÚ
2019**

ACTA DE SUSTENTACIÓN

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los10.....días del mes deJunio..... a las13:00..... horas del año.....2019..... se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Obstetra:

.....Uchuyppoma Huamani Maria Luisa.....

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente :Mg. Tula Susana Guerra Olivares.....

Secretario :Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman.....

Vocal :Mg. Rossibel Juana Muñoz De la Torre.....

Para calificar la Tesis titulada:

.....Atención prenatal y morbilidad en gestantes atendidas en el
.....puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa
.....2018.....

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N°.....309-2019.....concluyendo a las14:00..... horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de:Aprobado.....por.....unanimidad.....

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa,10..... dejunio..... 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA

.....
PRESIDENTE
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DOCENTE PRINCIPAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

.....
SECRETARIO
Mg. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN

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

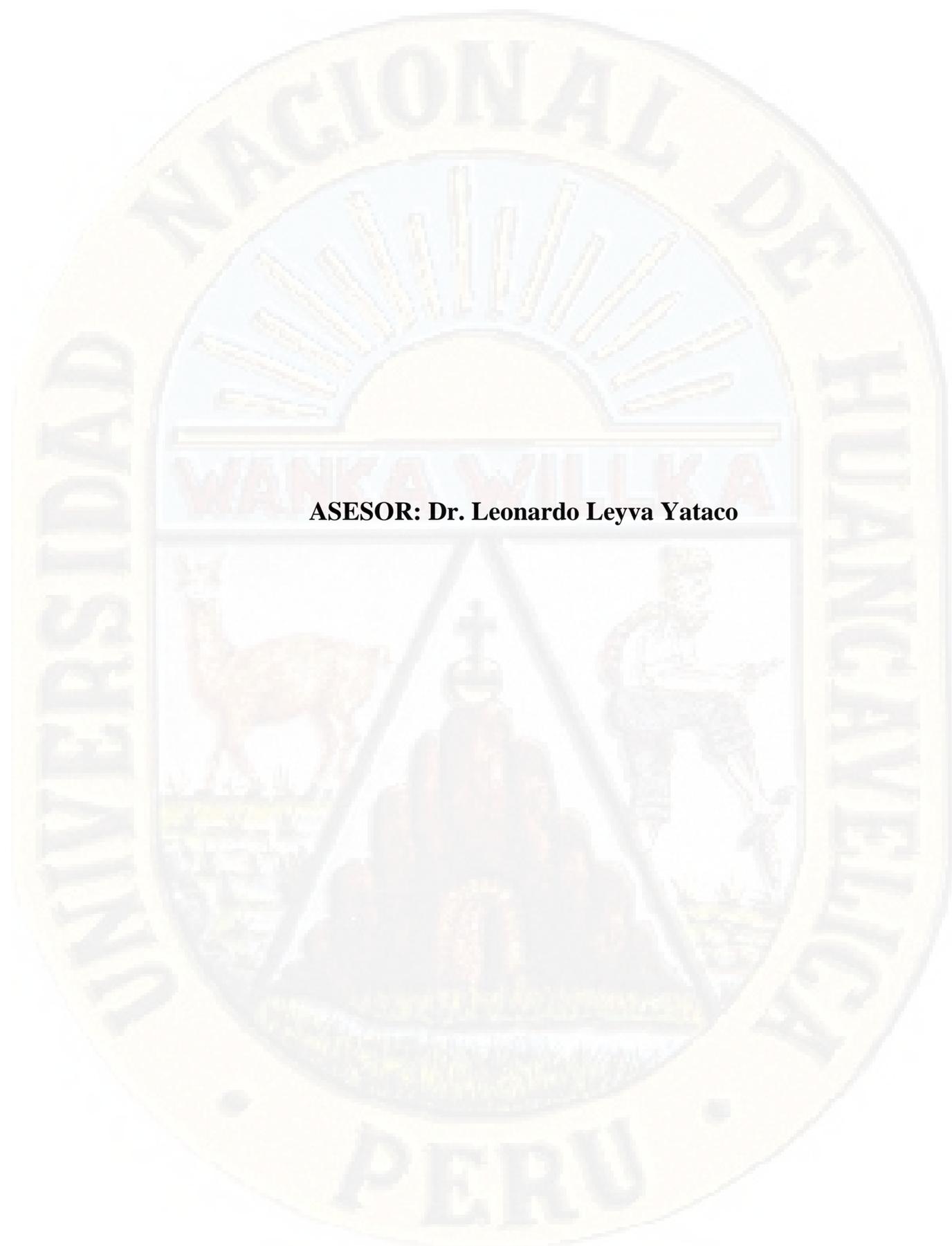
.....
Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE
VOCAL



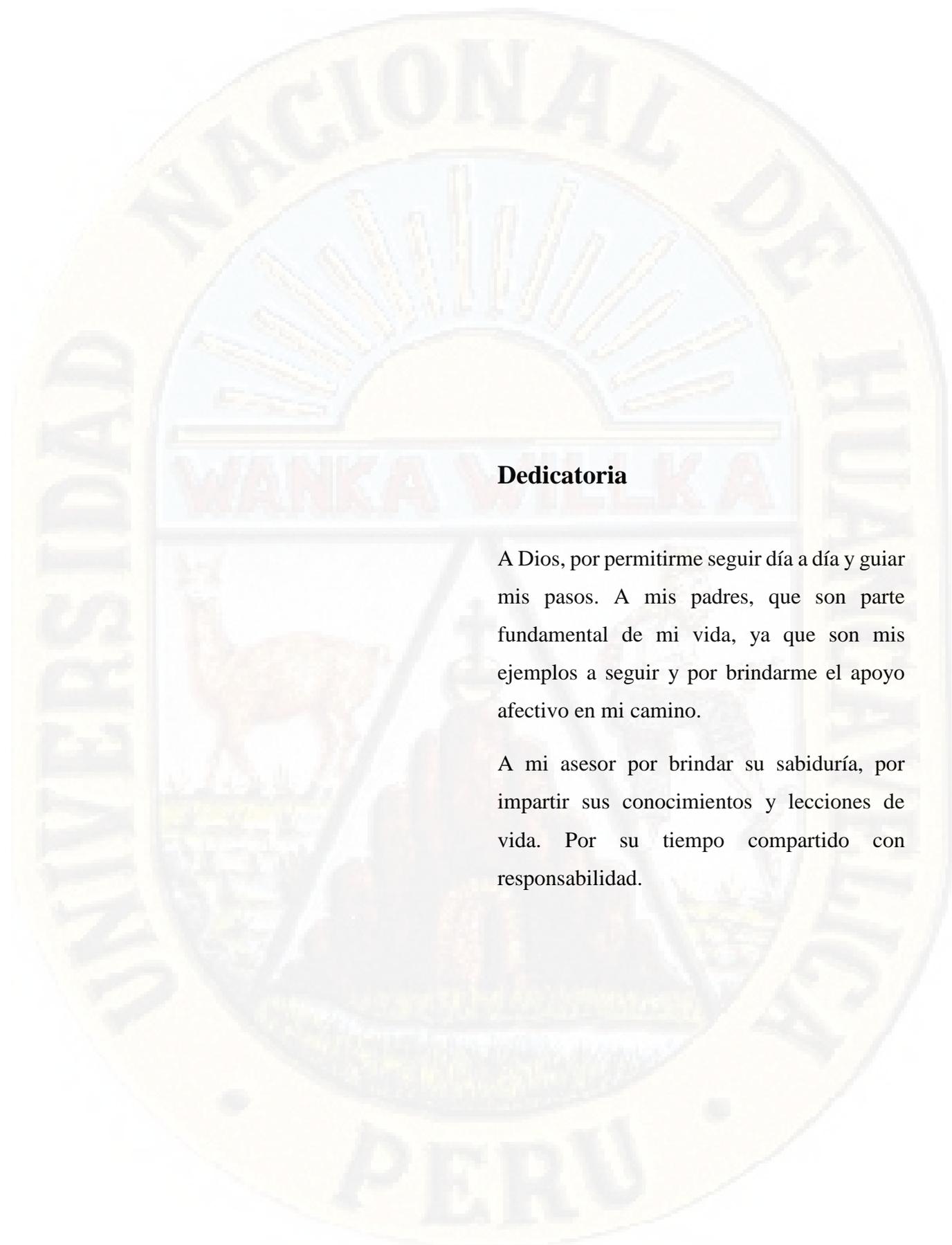
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
.....
R. DECANO
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA



.....
Kelly Y. Riveros Laurente
OBSTETRA
C.O.P.N. N° 38759
DOC.



ASESOR: Dr. Leonardo Leyva Yataco



Dedicatoria

A Dios, por permitirme seguir día a día y guiar mis pasos. A mis padres, que son parte fundamental de mi vida, ya que son mis ejemplos a seguir y por brindarme el apoyo afectivo en mi camino.

A mi asesor por brindar su sabiduría, por impartir sus conocimientos y lecciones de vida. Por su tiempo compartido con responsabilidad.

Agradecimiento

Este trabajo de investigación no hubiese sido posible, sin el esfuerzo y dedicación de su autora y sobre todo por la colaboración de cada una de las personas que desinteresadamente contribuyeron para su elaboración.

A la Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de Ciencias de la Salud Programa de Segunda especialidad por acogerme dentro de sus instalaciones, en donde tuve la dicha y oportunidad de formarme profesionalmente.

Al Puesto de Salud San Juan de Occopampa y al Centro de Salud de Churcampa y a todo el personal que en el labora, por abrirme la puerta y permitir que realice mi trabajo de investigación.

Índice

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Índice de tablas	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción.....	x
CAPÍTULO I	
PROBLEMA	
1.1. Fundamentación del problema.....	12
1.2. Formulación del problema.....	14
1.3. Objetivos de la investigación.....	14
1.4. Justificación	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	47
2.4. Definición de términos	50
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Ámbito de estudio.....	52
3.2. Tipo de investigación.....	52
3.3. Nivel de investigación	52
3.4. Métodos de investigación	53
3.5. Diseño de investigación	53
3.6. Población, muestra y muestreo	53
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	54
3.8. Procedimiento de recolección de datos	54
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	55

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Presentación e Interpretación de Datos	56
4.2. Discusión	68
Conclusiones	72
Recomendaciones.....	73
Referencias bibliográficas.....	74
Anexos:.....	78
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	79
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos	82
Anexo 3: Juicio de expertos	86
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar	89

Índice de tablas

Tabla 1.	Edad de la gestante y semanas de gestación antes del parto en las gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.	56
Tabla 2.	Nivel de instrucción de las gestantes con atención prenatal atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.	57
Tabla 3.	Estado civil de las gestantes con atención prenatal atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.	58
Tabla 4.	Oportunidad y continuidad de la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.	59
Tabla 5.	Número de atenciones prenatales recibidas por las gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.	60
Tabla 6.	Anamnesis completa en la atención prenatal de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.	61
Tabla 7.	Examen físico en la atención prenatal de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.	62
Tabla 8.	Examen obstétrico completo en la atención prenatal de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.	63
Tabla 9.	Exámenes auxiliares y de laboratorio completos en la atención prenatal de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.	64
Tabla 10.	Inmunizaciones, suplementos nutricionales y otros exámenes en la atención prenatal de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.	65
Tabla 11.	Morbilidad en las gestantes con atención prenatal atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.	66
Tabla 12.	Tipo de morbilidades en las gestantes con atención prenatal atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.	67

Resumen

Objetivo. Caracterizar la atención prenatal y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa en el 2018. **Método.** La investigación fue observacional, retrospectiva, transversal de nivel descriptivo. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron todas las gestantes con atención prenatal atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa del distrito de Locroja, Churcampa, Huancavelica 2018; según registros estadísticos fueron un total de 64 gestantes. La muestra fue censal. La técnica fue el análisis documental, el instrumento fue la ficha de recolección de datos. **Resultados.** La edad promedio en las gestantes fue de 23.78 años, el 50% tuvieron más de 21.5 años; el 25% tuvieron menos de 37 semanas antes del parto; el 18.8% (12) no tuvieron nivel de instrucción, el 45.3% (29) tuvieron nivel de instrucción primaria, el 35.9% (23) tuvieron nivel de instrucción secundario; el 60.9% (39) fueron convivientes, el 29.7% (19) fueron casadas y el 9.4% (6) fueron solteras. En cuanto a la oportunidad y continuidad de la atención prenatal; solamente el 68.8% (44) de las gestantes atendidas tuvieron una atención oportuna, periódica y continua. El número promedio de atenciones prenatales fue 7.88; el 75% tuvieron más de 6 atenciones prenatales. El 100% tuvieron una anamnesis y un examen físico completo en su atención prenatal; exámenes obstétricos completos, excepto la toma de Papanicolau que solo registró un 79.7% (51). El 100% (64) tuvieron examen de grupo sanguíneo y Rh. El 89.1% (57) tuvieron exámenes de hemoglobina, tamizaje de VIH/Sífilis (2 baterías), examen de orina completa o uro cultivo (2 baterías) y segunda ecografía obstétrica. El 85.9% (55) tuvieron exámenes de glicemia basal. Ninguna tuvo prueba de bienestar fetal (test no estresante). El 98.4% (63) tuvieron plan de parto elaborado, el 95.3% (61) tuvieron vacuna AH1N1, el 92.2% (59) tuvieron segunda evaluación odontológica, el 79.7% (51) tuvieron vacuna antitetánica en dosis completas, el 65.6% (42) recibieron ácido fólico (hasta las 13 semanas). El 48.4% (31) de las gestantes con atención prenatal presentaron por lo menos una morbilidad. El 31.3% (20) presentaron infección del tracto urinario, el 12.5% (8) presentaron infección vaginal, el 10.9% (7) presentaron anemia, el 7.8% (5) presentaron preeclampsia, el 4.7% (3) presentaron parto pretérmino, el 3.1% (2) presentaron placenta previa, el 3.1% (2) presentaron presentación podálica; en una mínima proporción se encontraron casos de embarazo prolongado, incompatibilidad céfalo pélvica, diabetes gestacional, presentación transversa y prolapso de cordón. **Conclusiones.** La mayoría de las gestantes con atención prenatal tuvieron más de 21.5 años, bajo nivel educativo, fueron convivientes. Siete de cada diez gestantes tuvieron una atención oportuna, periódica y continua. Aproximadamente la mitad de las gestantes con atención prenatal presentaron al menos una morbilidad. Las morbilidades más frecuentes fueron infección del tracto urinario, infección vaginal y anemia.

Palabras clave: Atención prenatal, características de las gestantes, morbilidad, oportunidad, continuidad.

Abstract

Objective. Characterize prenatal care and morbidity in pregnant women attended at the Health Post San Juan de Occopampa, Churcampa 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 with prenatal care attended at the Health Post San Juan de Occopampa Lacroja district, Churcampa, Huancavelica 2018; According to statistical records, there were a total of 64 pregnant women. The sample was census. The technique was the documentary analysis, the instrument was the data collection card. **Results:** The average age in the pregnant women was 23.78 years, 50% were more than 21.5 years old; 25% had less than 37 weeks before delivery; 18.8% (12) had no educational level, 45.3% (29) had a primary level of education, 35.9% (23) had a secondary level of education; 60.9% (39) were cohabiting, 29.7% (19) were married and 9.4% (6) were single. Regarding the opportunity and continuity of prenatal care; only 68.8% (44) of the pregnant women attended had a timely, periodic and continuous attention. The average number of prenatal care was 7.88; 75% had more than 6 prenatal care. 100% had an anamnesis and a complete physical examination in their prenatal care; complete obstetric exams, except for Papanicolau, which only registered 79.7% (51). 100% (64) had blood group and Rh examination. 89.1% (57) had hemoglobin tests, HIV / syphilis screening (2 batteries), complete urine test or uro culture (2 batteries) and second obstetric ultrasound. 85.9% (55) had baseline blood glucose tests. None had proof of fetal well-being (non-stressful test). 98.4% (63) had an elaborated birth plan, 95.3% (61) had AH1N1 vaccine, 92.2% (59) had a second dental evaluation, 79.7% (51) had tetanus vaccine in full doses, 65.6% (42) received folic acid (up to 13 weeks). 48.4% (31) of the pregnant women with prenatal care presented at least one morbidity. 31.3% (20) presented urinary tract infection, 12.5% (8) presented vaginal infection, 10.9% (7) presented anemia, 7.8% (5) presented preeclampsia, 4.7% (3) presented preterm delivery, 3.1% (2) presented placenta previa, 3.1% (2) presented breech presentation; in a small proportion cases of prolonged pregnancy, cephalopelvic incompatibility, gestational diabetes, transverse presentation and cord prolapse were found. **Conclusions:** The majority of pregnant women with prenatal care were over 21.5 years of age, low educational level, were cohabitants. Seven out of ten pregnant women had a timely, periodic and continuous attention. Approximately half of the pregnant women with prenatal care presented at least one morbidity. The most frequent morbidities were urinary tract infection, vaginal infection and anemia.

Keywords: Prenatal care, characteristics of pregnant women, morbidity, opportunity, continuity.

Introducción

La atención prenatal tiene como características principales la precocidad (antes de las 14 semanas de gestación) periódica, continua, integral, en equipo y con la participación de la comunidad, entre otras. Dentro de esta atención prenatal se incluyen visitas periódicas a cada gestante a sus hogares para conocer sus condiciones sociales y ambientales y de ser necesario realizarle ingresos preventivos en los hogares maternos (3).

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 diversas razones (6).

La morbilidad asociada al embarazo, parto y puerperio es un problema de salud pública al que no se le ha dado la importancia requerida (8). Respecto a la población en general, prácticamente no se conoce la prevalencia e incidencia de morbilidad aguda y crónica, que si bien no lleva a la muerte, puede tener secuelas muy importantes para la salud de las mujeres que la padecen (9). La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con alimentación inadecuada (10, 11),

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. Las diferencias de atención prenatal se evidencian según características demográficas y sociales de la mujer (12).

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.

En la región Huancavelica específicamente en el en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, donde se brinda atención prenatal; se tiene escasa información sobre la atención prenatal y morbilidad en gestantes atendidas en este Puesto de Salud; por lo cual es necesario conocer a mayor profundidad cómo se brinda la atención prenatal y cuál es la morbilidad que se presenta en este grupo de usuarias; 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.

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 (2).

La atención prenatal tiene como características principales la precocidad (antes de las 14 semanas de gestación) periódica, continua, integral, en equipo y con la participación de la comunidad, entre otras. Dentro de esta atención prenatal se incluyen visitas periódicas a cada gestante a sus hogares para conocer sus condiciones sociales y ambientales y de ser necesario realizarle ingresos preventivos en los hogares maternos (3).

La atención prenatal constituye una de las diversas e importantes tareas del médico y la enfermera de la familia, y radica en un conjunto de consultas, acciones de salud

y cuidados previos al parto, pero en ocasiones por la característica del tipo de embarazada que aborda el trabajo; dada por una atención prenatal deficiente, no siempre se cumple a cabalidad (4). Lo cierto es que cada embarazada es un entramado psicológico, cultural y de personalidad con influencia familiar a la cual responde y se manifiesta (5).

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 diversas razones (6).

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 (7).

La morbilidad asociada al embarazo, parto y puerperio es un problema de salud pública al que no se le ha dado la importancia requerida (8). Respecto a la población en general, prácticamente no se conoce la prevalencia e incidencia de morbilidad aguda y crónica, que si bien no lleva a la muerte, puede tener secuelas muy importantes para la salud de las mujeres que la padecen (9). La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con alimentación inadecuada (10, 11),

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. Las diferencias de atención prenatal se evidencian según características demográficas y sociales de la mujer (12).

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.

En la región Huancavelica específicamente en el en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, donde se brinda atención prenatal; se tiene escasa información sobre la atención prenatal y morbilidad en gestantes atendidas en este Puesto de Salud; por lo cual es necesario conocer a mayor profundidad cómo se brinda la atención prenatal y cuál es la morbilidad que se presenta en este grupo de usuarias; 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.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cómo es la atención prenatal y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa en el 2018?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características de las gestantes que recibieron atención prenatal en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa en el 2018?
- ¿Cuáles son los procesos de la atención prenatal que recibe la gestante atendida en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa en el 2018?
- ¿Cuáles son las morbilidades que presentan las gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa en el 2018?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Caracterizar la atención prenatal y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa en el 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características de las gestantes que recibieron atención prenatal en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa en el 2018.
- Describir los procesos de la atención prenatal que recibe la gestante atendida en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa en el 2018.
- Identificar las morbilidades que presentan las gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa en el 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 morbilidad materna y perinatal (2).

Las gestantes que no reciben una 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.

En la región Huancavelica específicamente en el en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, donde se brinda atención prenatal; se tiene escasa información sobre la atención prenatal y morbilidad en gestantes atendidas en este Puesto de Salud; por lo cual es necesario conocer a mayor profundidad cómo se brinda la atención prenatal y cuál es la morbilidad que se presenta en este grupo de usuarias; 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; por otra parte, servirá como base para futuras investigaciones, sobre el tema.

1.5. Limitaciones

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 determinó todo lo necesario para la ejecución de la investigación; el proyecto consideró los recursos técnicos actuales suficientes (conocimientos, habilidades, experiencia) que fueron necesarios para efectuar las actividades o procesos del estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional.

Reyes (13), para identificar los factores de riesgos obstétricos en embarazadas que son atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha de la ciudad de Esmeraldas, e identificar las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia, realizó un estudio exploratorio, descriptivo y cuanti-cualitativo, utilizando una muestra de 55 embarazadas, 10 licenciadas en enfermería, 5 auxiliares de enfermería y 7 médicos obstetras que laboran en el área de Ginecobstetricia, se aplicaron encuestas a las embarazadas conformadas por 14 preguntas de las cuales 5 eran cerradas y 9 de opciones múltiples, en un tiempo de 10 minutos, al personal de salud 10 preguntas abiertas en un tiempo de 20 - 30 minutos, además de una guía de observación aplicada al área y al personal de salud del área de Ginecobstetricia durante el mes de Agosto 2016. Se encontró que el mayor porcentaje de las embarazadas (42%) son las adolescentes de 12 a 16 años, un 46% viven en los sectores urbano marginales y el 44% han logrado culminar la secundaria, de las cuales el 36% solo han realizado 3 controles prenatales dando como resultado la presencia de algunas complicaciones tales como la amenaza de parto pre término en un 27%, pre eclampsia 16%, seguidas de las placenta previa 7%, se pudo concluir que los riesgos obstétricos en la actualidad si está afectando a la comunidad esmeraldeña, el área de salud antes mencionada si cuenta con equipos tecnológicos y personal profesional calificado.

Miranda y Castillo (14). 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. (15) 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.

A nivel nacional.

Avelino (16), investigó sobre el control prenatal inadecuado como factor de riesgo para la morbimortalidad neonatal en un hospital de referencia de lima octubre - diciembre 2018. Objetivo: Determinar si el control prenatal inadecuado es un factor de riesgo para la morbilidad y mortalidad neonatal. Metodología: Es un estudio tipo retrospectivo, transversal, cuantitativo, analítico, casos y controles en el cual se recolecto información de 217 casos y 217 controles de manera estratificada y seleccionada por métodos probabilísticos utilizando la fórmula para poblaciones finitas. Las variables en estudio fueron el control prenatal inadecuado (número y tiempo de inicio), morbilidad, neonatal prematuridad, síndrome de dificultad respiratoria, bajo peso al nacer y asfixia. También se analizaron variables como edad y escolaridad materna. Resultados: La incidencia de control prenatal inadecuado (menos de 6 controles prenatales o no iniciar los controles prenatales antes de las 14 semanas de gestación) fue de 263 (60.6%), del número de controles prenatales inadecuados (menos de 6 controles prenatales) fue de 170 (39.2%) y del inicio del control prenatal inadecuado (iniciarlo después de las 14 semanas de gestación) fue de 202 (46.5%). Existe asociación significativa entre los controles prenatales inadecuados y la presencia de alguna morbilidad neonatal (OR= 28.0), mortalidad neonatal (OR= 4.3), puntuación de Apgar < 7 al minuto (OR= 18.0), la presencia de un cuadro respiratorio agudo (OR= 15.2) y el parto pretérmino (OR= 8.3). Entre el número de controles prenatales inadecuados y la presencia de alguna morbilidad neonatal (OR = 3.9) y la mortalidad neonatal (OR = 6.6). Entre el inicio del control prenatal inadecuado y la presencia de alguna morbilidad (OR = 22.0) y la mortalidad neonatal (OR = 7.9). No existe asociación estadísticamente significativa entre sepsis neonatal, la edad materna y el nivel de estudios alcanzados por la madre. Conclusiones: se comprueba que el control prenatal inadecuado es un factor de riesgo

para presentar alguna morbilidad neonatal y mortalidad neonatal. Los neonatos que presentan un inicio tardío del control prenatal tienen mayor probabilidad de presentar morbimortalidad neonatal que aquellos neonatos que presentan menos de 6 controles prenatales.

Moreno (17), investigó sobre la calidad de la atención prenatal desde la percepción del usuario en el Centro de Salud Materno Infantil Magdalena, abril 2018. Con el objetivo de establecer la calidad de la atención prenatal desde la percepción del usuario en el Centro de Salud Materno Infantil Magdalena. Estudio observacional, descriptivo y transversal. Participan 139 gestantes entre 18 y 39 años de edad, que tienen como mínimo 2 controles prenatales en el Centro de Salud Materno Infantil Magdalena. Se aplica un cuestionario estructurado dividido en dos partes: la primera es una recolección de datos generales que consta de 5 preguntas y la segunda parte 22 preguntas enfocadas a la percepción de la usuaria, estas son tomadas del cuestionario SERVQUAL adaptadas específicamente para el estudio. En los resultados se observa que el 45,32 % presentan entre los 25 y 30 años de edad, estado civil conviviente (71,94%), grado de instrucción secundaria (78,4%), el 86,3% tiene SIS, el 37,4% tiene entre 2-4 controles, el 31,7% 5-6 controles y el 30,9% más de 6 controles prenatales. El nivel de calidad de atención global percibida es “Medio” (51,8%). El nivel de calidad de atención percibida para cada una de las dimensiones: en la dimensión fiabilidad “Medio” (54,7%), en la dimensión capacidad de respuesta “Medio” (84,2%), en la dimensión seguridad “Alto” (77,7%), en la dimensión empatía “Alto” (64%) y en la dimensión aspectos tangibles “Medio” (84,9%). En conclusión, la calidad de la atención prenatal es de nivel alto desde la percepción del usuario en el Centro de Salud Materno Infantil Magdalena.

Maúrtua (18) investigó 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.

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

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

2.2. Bases teóricas

2.2.1. 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). (20)

La asistencia perinatal es la atención médica y psicosocial que se presta a la mujer, a su hijo y a su familia, y que comienza antes del embarazo, se extiende durante la gestación y finaliza un año después del nacimiento. (21)

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. (22)

La atención prenatal (23) 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. (20)

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. (20)

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 gineco obstetra, médico cirujano, obstetra, según nivel de complejidad. Dentro de la atención integral materna, la enfermera participa en inmunizaciones, visita domiciliaria y educación para el autocuidado de la salud.

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

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

Incluye:

- Evaluación clínica (realizado por el profesional médico), del riesgo gestacional, nutricional, y de laboratorio.
- Detección y evaluación temprana de riesgo de salud mental.
- Tamizaje de violencia familiar.
- Toma de Papanicolaou, previa orientación/consejería, y examen de mamas (realizado por el profesional médico). Incluye educación para el autoexamen.
- Solicitar evaluación y tratamiento odontológico.
- Revisar carné de vacunación e indicar que se complete según Esquema Nacional de Vacunación. Asimismo, indicar vacunación contra fiebre amarilla en zonas endémicas.
- Indicar suplemento de ácido fólico 1 mg al día, tres meses antes de la concepción.
- Realizar orientación/consejería en salud sexual y reproductiva, sobre estilos de vida saludables y de nutrición adecuada.
- Orientación/consejería a la pareja sobre su proyecto de paternidad y maternidad responsable.
- Revisión del caso con los resultados de exámenes solicitados, elaborar el plan de trabajo a seguir según corresponda (interconsultas a especialidad, nuevas pruebas, planificación familiar, etc.).

Evaluación del riesgo gestacional:

Historia clínica:

Factores sociodemográficos:

- Edad materna (inferior a 15 o superior a 35)
- Obesidad o delgadez extrema
- Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción
- Violencia de 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 cardíaca o renal
- Endocrinopatías
- Epilepsias
- Enfermedad respiratoria crónica
- Enfermedades hematológicas o hepáticas

Evaluación nutricional

- Índice de masa corporal – IMC

Exploración física:

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

Exámenes de laboratorio:

- Hemoglobina/hematocrito
- Grupo y Factor Rh
- Orina completa
- Prueba rápida de sífilis

- Prueba rápida de VIH previa consejería
- Glucosa

2.2.4.2. 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 Gineco-Obstetra o médico cirujano u obstetra, según el nivel de complejidad del establecimiento de salud. En ausencia de estos profesionales podrá ser asistido por la enfermera.
- Toda complicación del embarazo detectada en cualquier momento de la atención de la gestante debe ser atendida por médico gineco-obstetra.
- Brindar educación a la mujer gestante, su familia y la comunidad sobre cuidados durante la gestación, parto, puerperio.
- Brindar educación sobre la identificación de signos de alarma durante la gestación, parto, puerperio.
- En toda atención prenatal se debe llenar la Historia Clínica Materno Perinatal.
- Brindar la atención prenatal reenfocada según esquema básico de la atención prenatal.

- Realizar evaluación nutricional, orientación/consejería y suplementación con ácido fólico, calcio y hierro.
- Elaborar el plan de parto para la atención institucional del parto con adecuación intercultural, de corresponder.
- Detección y manejo temprano de complicaciones. Realizar dosaje de proteinuria con tira reactiva o ácido sulfosalicílico.
- Promover y preparar para la lactancia materna.
- Facilitar la presencia de un acompañante durante la atención de preferencia la pareja.
- En el primer nivel de atención la primera o segunda atención prenatal debe ser realizada por médico gineco-obstetra o médico cirujano, según el nivel de atención, a fin de realizar el examen físico completo, evaluar los resultados de laboratorio, identificar patologías o complicaciones asociadas, e iniciar manejo en los casos que requiera. En el segundo y tercer nivel de atención es realizada por el médico gineco-obstetra.
- Las autoridades sanitarias correspondientes garantizarán la dotación del equipamiento completo para la atención prenatal, según nivel de atención.

2.2.4.3. 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 especuloscopia para detección de vaginosis bacteriana, toma de muestra para Papanicolaou

y valoración de pelvis. Puede posponerse hasta la siguiente consulta si es que la gestante no se encuentra preparada.

- 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 púérpera, 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 gineco-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 resolutive, 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 gineco-obstetra, obstetra, o médico de guardia.

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

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 (24).

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 (24).

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 desarrollo físico y los periodos en que se divide la vida humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez.

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

2.2.5.2. Educación materna

La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbilidad materna perinatal. Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo cual esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres. Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación paterna puede ser tan importante como la materna, ya que un padre mejor educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos (25).

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 (26).

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 (27).

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 (28).

2.2.6. Riesgo pre concepcional

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

deben tener en cuenta los criterios principales que ayuden a su identificación (29).

Antecedentes y condiciones generales

Edad (menos de 18 y más de 30 años)

En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal, etc. En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como el hábito de fumar, las enfermedades crónicas y la multiparidad (29).

Peso (malnutridas)

Las malnutridas por defecto deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con frecuencia se le asocian partos pretérminos y toxemia. En el caso de las obesas, las complicaciones principales van a estar relacionadas con la preeclampsia, la toxemia y la hipertensión arterial, pero también con la prematuridad y bajo peso (29).

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

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

Antecedentes obstétricos y reproductivos (29).

- Paridad: es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como en mujeres con más de tres partos.
- Intervalo intergenésico: se considera corto cuando es menor de 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, a nacimientos pretérminos, y anemias durante el embarazo y la no atención adecuada al hijo existente.

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

Antecedentes patológicos personales

Principales enfermedades crónicas

Entre estas se encuentran hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías y hepatopatías, que son las más importantes por su repercusión sobre la vida del binomio, seguidas en frecuencia por el asma bronquial y las anemias. Es importante destacar que cuando se asocian los factores, el riesgo se incrementa. Una vez detectado el problema y su magnitud, debemos actuar para, en lo posible, erradicar, disminuir o controlar el riesgo, y, de esta manera, posibilitar el embarazo en el caso que se desee, o tomar una conducta sobre anticoncepción temporal o definitiva (29).

2.2.7. Morbilidad y complicaciones comunes en el embarazo

2.2.7.1. Infección de las vías urinarias en la gestación.

Las infecciones de las vías urinarias son afecciones frecuentes y potencialmente graves durante el embarazo. Los cambios hormonales, anatómicos, químicos e inmunológicos relacionados con el embarazo favorecen su aparición. La contaminación es

principalmente ascendente. *Escherichia coli* es responsable del 75-90% de las infecciones urinarias gravídicas. Los factores de riesgo para la colonización y la infección urinaria durante el embarazo son: antecedentes de infección urinaria, bajo nivel socioeconómico, actividad sexual regular y diabetes pregestacional. La colonización urinaria se define por una bacteriuria asintomática significativa mayor o igual a 10⁵ unidades formadoras de colonias por mililitro. Su prevalencia se estima en el 2-10%. Puede complicarse en el 30% de los casos por pielonefritis aguda. Por lo tanto, la detección sistemática de la colonización urinaria está indicada durante el embarazo. El tratamiento de la colonización urinaria durante el embarazo debe adaptarse a los resultados del antibiograma. La duración recomendada del tratamiento es de 7 días (a excepción del tratamiento de dosis única con fosfomicina-trometamol). La prevalencia de cistitis aguda en el embarazo se estima en el 1-2%. El diagnóstico se basa en la presencia de signos clínicos sugestivos y un examen citobacteriológico de orina (ECBO) que muestra leucocituria y bacteriuria significativas. El tratamiento de la cistitis aguda es probabilista y secundariamente adaptado a los resultados del antibiograma. La fosfomicina-trometamol en dosis única es el tratamiento probabilista de elección. La prevalencia de pielonefritis aguda gravídica se estima en el 0,5-2%. El principal riesgo de la pielonefritis aguda en el embarazo es la sepsis materna o incluso el shock séptico. También parece estar asociada con un mayor riesgo de prematuridad. En primer lugar, se deben buscar los signos de gravedad a favor de la sepsis materna, la pielonefritis obstructiva aguda o la amenaza de parto prematuro. El diagnóstico se basa en la presencia de signos clínicos sugestivos, asociados con la detección de leucocituria y bacteriuria significativas en el ECBO. Para evaluar las repercusiones en la madre, se solicita un análisis de sangre con hemograma, proteína C reactiva y creatinina sérica, así como una ecografía renal y de vías urinarias. Una evaluación de

la repercusión fetal también es esencial. La hospitalización inicial generalmente es necesaria. El tratamiento de la pielonefritis aguda gravídica es probabilista y secundariamente adaptado a los resultados del antibiograma. Debe iniciarse tan pronto como sea posible después de obtener las muestras bacteriológicas. Las cefalosporinas inyectables de tercera generación representan el tratamiento probabilista de elección para la pielonefritis aguda no grave y grave durante el embarazo, sin factor de riesgo de enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro amplio. En presencia de signos de gravedad, se recomienda una biterapia que incluya amikacina durante 1-3 días. La duración total recomendada del tratamiento es de 10-14 días. En estas tres situaciones de infecciones urinarias durante el embarazo, se debe realizar un ECBO de control 8-10 días después del final del tratamiento y luego una vigilancia mensual hasta el parto (30).

2.2.7.2. Infección vaginal en la gestación.

La flora vaginal normal, conformada por múltiples microorganismos, juega un rol fundamental en la mantención de un ambiente adecuado de defensa contra ciertas infecciones durante el embarazo. Cuando se altera puede dar origen a Vaginosis Bacteriana, caracterizada por la presencia de múltiples bacterias en número mayor a lo habitual y que en el embarazo pueden potencialmente desencadenar efectos adversos, tanto en la madre como en el feto. Lo mismo ocurre con otro tipo de infecciones vaginales, como Clamydia y Gonorrea, que además de tener un impacto por ser las principales infecciones de transmisión sexual, sus consecuencias en el feto pueden implicar secuelas de por vida. Si bien Estreptococo grupo B en la vagina no corresponde a una infección propiamente tal, su oportuna identificación y tratamiento durante el embarazo y parto, ha mostrado ser útil en la prevención de secuelas del recién nacido (31).

2.2.7.3. Anemia en la gestación.

A partir de su sexta semana de gestación, la mujer embarazada presenta aumento en su volumen plasmático y en la masa eritrocitaria. Sus valores se incrementan aún más a medida que la gestación avanza¹. Sin embargo, existe un desequilibrio entre dichos parámetros, ya que mientras el volumen plasmático aumenta un 40%, la masa eritrocitaria lo hace en un 25%². Estos cambios se explican por la estimulación de la secreción de aldosterona y por el aumento de la actividad de la eritropoyetina plasmática³, estimulada a su vez por el lactógeno placentario. En consecuencia, aun cuando la masa eritrocitaria aumente, paradójicamente se produce una anemia por dilución. Sabemos por otra parte que los cambios que conducen a esa hemodilución son adaptaciones necesarias para una gestación sana. Estas variaciones fisiológicas que se llevan a cabo durante un embarazo normal provocan además un lógico descenso en los niveles de hemoglobina (Hb) que no siempre constituirán anemia. Por esta razón, sería incorrecto considerar las cifras de Hb estipulados como límites para el diagnóstico de anemia en una mujer adulta no grávida⁴, y aplicarlo a las mujeres embarazadas. Es más racional entonces utilizar valores de Hb < 11 g/dl para establecer este diagnóstico en las mujeres grávidas, cifra que se considera como estándar por la mayoría de los sistemas sanitarios⁵. Si una mujer embarazada presenta valores de Hb < 11 g/dl, existe un incremento del riesgo tanto para ella como para su hijo, como por ejemplo complicaciones hemorrágicas durante el embarazo, niños con bajo peso al nacer o bien mayor número de enfermedades neonatales. La anemia se considera entonces como el problema hematológico más frecuente del embarazo en el mundo entero. Se tienen informes de su existencia en un 60% de las embarazadas del continente americano, pero existe una amplia variabilidad entre las diferentes regiones, con valores tan dispares como 1,3% en Santiago de Chile, 18% en México o 70,1% en Pucallpa, Perú (32).

2.3. Variables de Estudio

2.3.1. Identificación de Variable

Variable: Características de la atención prenatal y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa.

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

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).

Administración de ácido fólico. (hasta las 13 semanas).

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

Prescripción de calcio (a partir de las 20 semanas).

Psicoprofilaxis completa de seis sesiones.

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

Segunda Evaluación odontológica a la gestante.

Dimensión: Morbilidad

Morbilidad presente en la gestante

2.3.2. Operacionalización de variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor		
Características de la atención prenatal y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa en el 2018.	Son rasgos o singularidades del proceso de la atención prenatal en 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 morbilidad; 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			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 y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampá en el 2018.	Son rasgos o singularidades del proceso de la atención prenatal en una gestante 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 morbilidad; y registro en la ficha de recolección de datos	Atención prenatal	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)
				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	Administración de ácido fólico. (hasta las 13 semanas)	Si(1)/No(2)
					Administración de ácido fólico más sulfato ferroso (a partir de las 14 semanas)	
					Temprana	1
					Tardía	2
					No recibió	3
					Prescripción de calcio (a partir de las 20 semanas)	
				Temprana	1	
				Tardía	2	
				No recibió	3	
				Otros exámenes	Psicoprofilaxis completa de seis sesiones	Si(1)/No(2)
			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)	
			Morbilidad	Morbilidad en la gestante	Morbilidad en la gestante	Nominal

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. 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.

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

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

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.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito de estudio

La investigación sobre la atención prenatal y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018; se realizó en el distrito de Locroja, de la provincia de Churcampa, de la Región Huancavelica.

El distrito peruano de Locroja es uno de los once distritos que conforman la provincia de Churcampa, ubicada en el departamento de Huancavelica, bajo la administración del gobierno regional de Huancavelica, en la zona de los andes centrales del Perú. Limita por el norte con los distritos de Churcampa y San Pedro de Coris; por el sur con la provincia de Acobamba; por el este con los distritos de Churcampa y San Miguel de Mayocc; y, por el oeste con el distrito de El Carmen.

3.2. Tipo de investigación

El estudio fue una investigación analítica, observacional, retrospectiva (33, 34). La investigación se caracterizó porque pretendió “descubrir” las características de la atención prenatal y la morbilidad en las gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa.

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 (33, 35-37).

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general:

Se utilizó el método inductivo. Según Pimienta (38) 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 (38).

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 (33, 37, 39).

Donde:

M O

M: Gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa.

O: Características de la atención prenatal y morbilidades que presenta la gestante.

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

Fueron todas las gestantes con atención prenatal atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, del distrito de Lacroja, de la provincia de Churcampa, región Huancavelica en el año 2018; según registros estadísticos fueron un total de 64 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 (33, 39-41).

3.6.2. Muestra:

El estudio fue censal. La muestra de estudio la constituyeron todas las gestantes con atención prenatal atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018 (33, 39-41).

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se tomó en cuenta los aspectos éticos, ya que toda información recolectada fue de absoluta reserva, no se vulneró los derechos humanos, 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 las atenciones prenatales y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.

Tabla 1. Edad de la gestante y semanas de gestación antes del parto en las gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.

Estadísticos	Edad de la gestante con atención prenatal	Semanas de gestación antes del parto
Cantidad de gestantes	64	64
Media	23.78	37.89
Mínimo	16	29
Máximo	40	42
Percentil 25	18.00	37.00
Percentil 50	21.50	38.00
Percentil 75	29.00	39.00

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre atenciones prenatales y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.

En la tabla 1. Del total de gestantes que recibieron atención prenatal en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, de la provincia de Churcampa. La edad promedio en las gestantes fue de 23.78 años, la edad mínima fue de 16 años y la edad máxima de 40 años; el 50% tuvieron más de 21.5 años. Del total de gestantes, el promedio de semanas de gestación antes del parto fue de 37.89 semanas, el 75% tuvieron más de 37 semanas antes del parto, el 25% tuvieron menos de 37 semanas antes del parto.

Tabla 2. Nivel de instrucción de las gestantes con atención prenatal atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.

Nivel de instrucción de la gestante	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin instrucción	12	18.8	18.8
Primaria	29	45.3	64.1
Secundaria	23	35.9	100.0
Total	64	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre atenciones prenatales y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.

En la tabla 2. Del 100% (64) de gestantes con atención prenatal (APN) atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, de la provincia de Churcampa; el 18.8% (12) no tuvieron nivel de instrucción, el 45.3% (29) tuvieron nivel de instrucción primaria, el 35.9% (23) tuvieron nivel de instrucción secundario. El 64.1% (41) de las gestantes con APN no llegaron al nivel de instrucción secundario.

Tabla 3. Estado civil de las gestantes con atención prenatal atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Conviviente	39	60.9	60.9
Casada	19	29.7	90.6
Soltera	6	9.4	100.0
Total	64	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre atenciones prenatales y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.

En la tabla 3. Del 100% (65) de gestantes con atención prenatal (APN) atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa; el 60.9% (39) fueron convivientes, el 29.7% (19) fueron casadas y el 9.4% (6) fueron solteras. El 90.6% (58) fueron convivientes o casadas.

Tabla 4. Oportunidad y continuidad de la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.

Atención prenatal	Frecuencia	Porcentaje
Primera atención antes de las 14 semanas	44	68.8
Segunda atención entre la semana 14 a la semana 21	44	68.8
Tercera atención entre la semana 22 a la semana 24	44	68.8
Cuarta atención entre la semana 25 a la semana 32	44	68.8
Quinta atención entre la semana 33 a la semana 36	44	68.8
Sexta atención entre la semana 37 a la semana 40	44	68.8
Periodicidad en la atención prenatal	44	68.8

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre atenciones prenatales y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.

En la tabla 4. Del 100% (64) de gestantes con atención prenatal (APN) atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, de la provincia de Churcampa; en cuanto a la oportunidad y continuidad de la atención; solamente el 68.8% (44) de las gestantes atendidas tuvieron una atención oportuna, periódica y continua.

La oportunidad en la atención sanitaria, es la posibilidad que tiene la gestante en recibir u obtener los servicios de salud que requiere y cuando se requiere que los reciba, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo la salud materno perinatal.

Continuidad en la atención sanitaria, es que la usuaria reciba los servicios de salud que debe recibir de manera concertada con todos los servicios relacionados con la atención con una secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.

Tabla 5. Número de atenciones prenatales recibidas por las gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.

Número de atenciones prenatales	
Cantidad de gestantes	64
Media	7.88
Mínimo	4
Máximo	11
Percentil 25	6.00
Percentil 50	8.00
Percentil 75	10.00

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre atenciones prenatales y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.

En la tabla 5. Del total de gestantes con atención prenatal (APN) atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa. El numero promedio de atenciones prenatales fue 7.88, El mínimo número de atenciones prenatales fue de 4 y el máximo de 11 atenciones. El 75% tuvieron más de 6 atenciones prenatales, el 50% tuvieron más de 8 atenciones prenatales y el 25% tuvieron menos de 6 atenciones prenatales.

Tabla 6. Anamnesis completa en la atención prenatal de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.

Anamnesis	Frecuencia	Porcentaje
Datos de filiación de la gestante completa	64	100.0
Antecedentes familiares, personales y obstétricos completos	64	100.0
Tamizaje de violencia	64	100.0
Orientación/consejería y evaluación nutricional	64	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre atenciones prenatales y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.

En la tabla 6. Del total de gestantes con atención prenatal (APN) atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa. El 100% tuvieron una anamnesis completa en la atención prenatal.

Tabla 7. Examen físico en la atención prenatal de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.

Examen físico	Frecuencia	Porcentaje
Medición de talla	64	100.0
Control de peso	64	100.0
Funciones vitales	64	100.0
Valoración de edemas	64	100.0
Determinación de reflejos osteotendinosos	64	100.0
Examen de mamas	64	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre atenciones prenatales y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.

En la tabla 7. Del total de gestantes con atención prenatal (APN) atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa. El 100% tuvieron examen físico completo en su atención prenatal.

Tabla 8. Examen obstétrico completo en la atención prenatal de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.

Examen obstétrico	Frecuencia	Porcentaje
Valoración de la edad gestacional	64	100.0
Medición de la altura uterina	64	100.0
Auscultación de latidos fetales	64	100.0
Auscultación de movimientos fetales	64	100.0
Examen de la pelvis	64	100.0
Toma de Papanicolau (PAP)	51	79.7

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre atenciones prenatales y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.

En la tabla 8. Del total de gestantes con atención prenatal (APN) atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa. El 100% tuvieron exámenes obstétricos completos, Excepto la toma de Papanicolau que solo registró un 79.7% (51).

Tabla 9. Exámenes auxiliares y de laboratorio completos en la atención prenatal de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.

Exámenes auxiliares y de laboratorio	Frecuencia	Porcentaje
Grupo sanguíneo y Rh	64	100.0
Hemoglobina. (2 baterías)	57	89.1
Tamizaje de VIH/Sífilis. (2 baterías)	57	89.1
Examen de orina completa o uro cultivo. (2 baterías)	57	89.1
Segunda ecografía obstétrica	57	89.1
Glicemia basal. (2 baterías)	55	85.9
Prueba de bienestar fetal test no estresante	0	0.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre atenciones prenatales y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.

En la tabla 9. Del total de gestantes con atención prenatal (APN) atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa. El 100% (64) tuvieron examen de grupo sanguíneo y Rh. El 89.1% (57) tuvieron exámenes de hemoglobina, tamizaje de VIH/Sífilis (2 baterías), examen de orina completa o uro cultivo (2 baterías) y segunda ecografía obstétrica. El 85.9% (55) tuvieron exámenes de glicemia basal. Ninguna tuvo prueba de bienestar fetal (test no estresante).

Tabla 10. Inmunizaciones, suplementos nutricionales y otros exámenes en la atención prenatal de las gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.

Inmunizaciones, suplementos nutricionales y otros exámenes	Frecuencia	Porcentaje
Administración de ácido fólico más sulfato ferroso temprana (a partir de las 14 semanas)	64	100.0
Psicoprofilaxis completa de seis sesiones	64	100.0
Prescripción de calcio temprana (a partir de las 20 semanas)	64	100.0
Elaboración del plan de parto en la gestante (hasta la 3ra entrevista)	63	98.4
Vacuna AH1N1 (después de las 20 semanas)	61	95.3
Segunda Evaluación odontológica a la gestante	59	92.2
Vacuna antitetánica en dosis completas (una en la primera APN y una segunda después de los dos meses)	51	79.7
Administración de ácido fólico. (hasta las 13 semanas)	42	65.6

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre atenciones prenatales y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.

En la tabla 10. Del total de gestantes con atención prenatal (APN) atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa. El 100% (64) tuvieron administración de ácido fólico más sulfato ferroso temprana (a partir de las 14 semanas), psicoprofilaxis completa de seis sesiones y se les prescribieron calcio ya que no se tiene este suplemento en farmacia del establecimiento. El 98.4% (63) tuvieron plan de parto elaborado, el 95.3% (61) tuvieron vacuna AH1N1, el 92.2% (59) tuvieron segunda evaluación odontológica, el 79.7% (51) tuvieron vacuna antitetánica en dosis completas (una en la primera APN y una segunda después de los dos meses), el 65.6% (42) recibieron ácido fólico (hasta las 13 semanas).

Tabla 11. Morbilidad en las gestantes con atención prenatal atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampá 2018.

Morbilidad	Frecuencia	Porcentaje
Gestante con morbilidad	31	48.4
Gestante sin morbilidad	33	51.6
Total	64	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre atenciones prenatales y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampá 2018.

En la tabla 11. Del 100% (64) de gestantes con atención prenatal (APN) atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, de la provincia de Churcampá. El 48.4% (31) de las gestantes con atención prenatal presentaron por lo menos una morbilidad y el 51.6% (33) no presentaron morbilidades.

Tabla 12. Tipo de morbilidades en las gestantes con atención prenatal atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.

Morbilidad en la gestante	Frecuencia	Porcentaje
Infección de tracto urinario	20	31.3
Infección vaginal	8	12.5
Anemia	7	10.9
Preeclampsia	5	7.8
Parto pretérmino	3	4.7
Placenta previa	2	3.1
Presentación podálica	2	3.1
Embarazo prolongado	1	1.6
Incompatibilidad céfalo pélvica	1	1.6
Diabetes gestacional	1	1.6
Presentación transversa	1	1.6
Prolapso de cordón	1	1.6

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre atenciones prenatales y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.

En la tabla 12. Del total de gestantes con atención prenatal (APN) atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, de la provincia de Churcampa. El 31.3% (20) presentaron infección del tracto urinario, el 12.5% (8) presentaron infección vaginal, el 10.9% (7) presentaron anemia, el 7.8% (5) presentaron preeclampsia, el 4.7% (3) presentaron parto pretérmino, el 3.1% (2) presentaron placenta previa, el 3.1% (2) presentaron presentación podálica; en una mínima proporción se encontraron casos de embarazo prolongado, incompatibilidad céfalo pélvica, diabetes gestacional, presentación transversa y prolapso de cordón.

4.2. Discusión

Del total de gestantes que recibieron atención prenatal en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, de la provincia de Churcampá. La edad promedio en las gestantes fue de 23.78 años, la edad mínima fue de 16 años y la edad máxima de 40 años; el 50% tuvieron más de 21.5 años; el 75% tuvieron más de 37 semanas antes del parto, el 25% tuvieron menos de 37 semanas antes del parto. No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados. En este contexto la mayoría de las gestantes fueron jóvenes, situación que predispone a un mayor compromiso y preocupación por su embarazo ya que en su mayoría sus familias se están formando y en algunos casos consolidándose; por lo cual probablemente muestran mayor predisposición en los cuidados de su salud y de su embarazo; por otra parte, el tener una edad gestacional menor a 37 semanas antes del parto amerita una evaluación más concienzuda de la edad gestacional de la embarazada, sus cuidados e identificación de riesgo y morbilidades que pueden generar complicaciones obstétricas.

El 18.8% (12) no tuvieron nivel de instrucción, el 45.3% (29) tuvieron nivel de instrucción primaria, el 35.9% (23) tuvieron nivel de instrucción secundaria. El 64.1% (41) de las gestantes con APN no llegaron al nivel de instrucción secundaria. El 60.9% (39) fueron convivientes, el 29.7% (19) fueron casadas y el 9.4% (6) fueron solteras; los resultados encontrados son similares a lo expuesto por Reyes (13) y Alvino (19), probablemente por ser contextos socioeconómicos similares.

No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados. La mayoría de las gestantes estudiadas tuvieron un bajo nivel de instrucción lo cual es un factor que puede limitar la comprensión de varios aspectos relacionados a la salud sexual y reproductiva, en las orientaciones, charlas, capacitaciones, mensajes o comunicaciones a las usuarias. 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 sanitarias y las visitas domiciliarias integrales a fin de contribuir con el bienestar familiar.

En cuanto a la oportunidad y continuidad de la atención prenatal; solamente el 68.8% (44) de las gestantes atendidas tuvieron una atención oportuna, periódica y continua. El número promedio de atenciones prenatales fue 7.88, El mínimo número de

atenciones prenatales fue de 4 y el máximo de 11 atenciones. El 75% tuvieron más de 6 atenciones prenatales. El 100% tuvieron una anamnesis completa y un examen físico completo en su atención prenatal. El 100% tuvieron exámenes obstétricos completos, excepto la toma de Papanicolau que solo registró un 79.7% (51).

Los resultados hallados tienen cierta similitud con lo encontrado por Miranda y Castillo (14), Sánchez et al (15), Avelino (16), Moreno (17), Maúrtua (18); por lo cual se concluye que en diferentes contextos, no todas las gestantes tienen acceso a una atención prenatal completa, integral, oportuna, continua y de calidad.

A pesar de alcanzar en buena proporción el cumplimiento de los procedimientos en la atención prenatal, la cobertura en la toma de papanicolau no es óptima.

No se estudió similares para contrastar este resultado, pero es importante señalar que este aspecto de la atención prenatal debe cumplirse en su totalidad con la finalidad de evitar complicaciones en el embarazo parto y puerperio.

La oportunidad en la atención prenatal permite que la gestante reciba la atención prenatal en los periodos indicados a fin de evitar complicaciones o disminuir riesgos en el embarazo, parto y puerperio; la gestante debe recibir los servicios de salud que requiere y cuando se requiere que los reciba, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo la salud materno perinatal. La periodicidad y continuidad de la atención prenatal garantiza que la gestante reciba de manera concertada todos los servicios relacionados a su salud materno perinatal con una secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.

Ante lo encontrado es necesario seguir fortaleciendo las acciones en la atención prenatal; como la captación temprana de la gestante, la periodicidad en la atención prenatal; los resultados indican que no solo basta con tener 6 a más atenciones prenatales; sino que es necesario que estas atenciones sean de calidad y que específicamente se cumplan los criterios de oportunidad, periodicidad y continuidad de la atención entre otros. En este proceso es importante sensibilizar a las gestantes sobre la importancia de la atención oportuna, continuidad y de calidad en su embarazo para el involucramiento y compromiso respectivo.

El 100% (64) tuvieron examen de grupo sanguíneo y Rh. El 89.1% (57) tuvieron exámenes de hemoglobina, tamizaje de VIH/Sífilis (2 baterías), examen de orina completa o uro cultivo (2 baterías) y segunda ecografía obstétrica. El 85.9% (55) tuvieron exámenes de glicemia basal. Ninguna tuvo prueba de bienestar fetal (test no estresante). El 100% (64) tuvieron administración de ácido fólico más sulfato ferroso temprana (a partir de las 14 semanas), psicoprofilaxis completa de seis sesiones y se les prescribieron calcio ya que no se tiene este suplemento en farmacia del establecimiento. El 98.4% (63) tuvieron plan de parto elaborado, el 95.3% (61) tuvieron vacuna AH1N1, el 92.2% (59) tuvieron segunda evaluación odontológica, el 79.7% (51) tuvieron vacuna antitetánica en dosis completas (una en la primera APN y una segunda después de los dos meses), el 65.6% (42) recibieron ácido fólico (hasta las 13 semanas).

Los resultados hallados tienen cierta similitud con lo encontrado por Miranda y Castillo (14), Sánchez et al (15), Avelino (16), Moreno (17), Maúrtua (18); por lo cual se concluye que en diferentes contextos, no todas las gestantes tienen acceso a una atención prenatal completa, integra, oportuna, continua y de calidad; y probablemente permita que existan morbilidades y complicaciones en el embarazo que pueden ser prevenibles y tratables.

Estos resultados indican que no todas las gestantes tuvieron sus exámenes de laboratorio completos, vacunas completas, no todas recibieron ácido fólico hasta las 13 semanas, no todas recibieron su segunda atención odontológica y al no contar con suplementos de calcio en el establecimiento se prescribió para que lo adquiriera en farmacias particulares. Estos resultados permiten conocer que no se está cumpliendo de manera íntegra con la atención prenatal

El 48.4% (31) de las gestantes con atención prenatal presentaron por lo menos una morbilidad. El 31.3% (20) presentaron infección del tracto urinario, el 12.5% (8) presentaron infección vaginal, el 10.9% (7) presentaron anemia, el 7.8% (5) presentaron preeclampsia, el 4.7% (3) presentaron parto pretérmino, el 3.1% (2) presentaron placenta previa, el 3.1% (2) presentaron presentación podálica; en una mínima proporción se encontraron casos de embarazo prolongado, incompatibilidad céfalo pélvica, diabetes gestacional, presentación transversa y prolapso de cordón.

En referencia a las morbilidades los resultados son similares a lo hallado por Reyes (13), quien encontró morbilidades que son prevenibles y tratables. Aproximadamente la mitad de las gestantes presentaron alguna morbilidad en su embarazo lo cual es alarmante y es pertinente adoptar medidas de intervención inmediatas fortaleciendo las actividades preconcepcionales, para mejorar las condiciones de salud de estas gestantes.

Las morbilidades encontradas en mayor proporción como infección de tracto urinario, infección vaginal y anemia, son prevenibles y tratables en un 100%; por lo cual las acciones preventivo promocionales aunadas a una buena atención preconcepcional y prenatal permitirían controlar y disminuir este problema; por otra parte, es muy importante seguir interviniendo de manera integral con el equipo de salud.

Conclusiones

- Primero. La edad promedio en las gestantes fue de 23.78 años y la mitad tuvieron más de 21.5 años.
- Segundo. La mayoría de las gestantes con atención prenatal atendidas en el establecimiento de salud se caracterizaron por tener un bajo nivel educativo y ser convivientes.
- Tercero. En cuanto a la oportunidad y continuidad de la atención prenatal; siete de cada diez gestantes tuvieron una atención oportuna, periódica y continua.
- Cuarto. El numero promedio de atenciones prenatales fue 7.88 y tres de cada cuatro tuvieron más de 6 atenciones prenatales.
- Quinto. Aproximadamente la mitad de las gestantes con atención prenatal presentaron al menos una morbilidad.
- Sexto. Las morbilidades más frecuentes encontradas en las gestantes con atención prenatal fueron infección del tracto urinario, infección vaginal y anemia.
- Séptimo. Las morbilidades encontradas en mínimas proporciones o por casuística fueron la preeclampsia, el parto pretérmino, la placenta previa, la presentación podálica, embarazo prolongado, incompatibilidad céfalo pélvica, diabetes gestacional, presentación transversa y prolapso de cordón.

Recomendaciones

Al gobierno regional, implementar e impulsar el desarrollo de políticas públicas integrales, para el fortalecimiento de la salud materna perinatal de calidad que involucre todos los procesos que garanticen el bienestar materno y perinatal; en el primer y segundo nivel de atención.

Seguir fortaleciendo el acceso a la educación a toda la población en especial a las mujeres en edad fértil, para una mejor comprensión de la educación para la salud; con el fin de contribuir a una salud materna adecuada.

Al sector salud seguir mejorando los procesos que permitan una atención prenatal oportuna, periódica y continua; según el contexto, con estrategias que permitan una captación temprana de la gestante, visitas domiciliarias integrales por el equipo de salud.

Capacitación a los profesionales en la atención prenatal de calidad, mejorando la cartera de servicios que se ofertan, con una adecuada integración de los servicios que se ofrecen para garantizar la continuidad de la atención.

Al establecimiento de salud continuar mejorando los procesos de atención con calidad, aunados a una estrategia comunicacional para sensibilizar a las gestantes sobre la importancia de la atención prenatal.

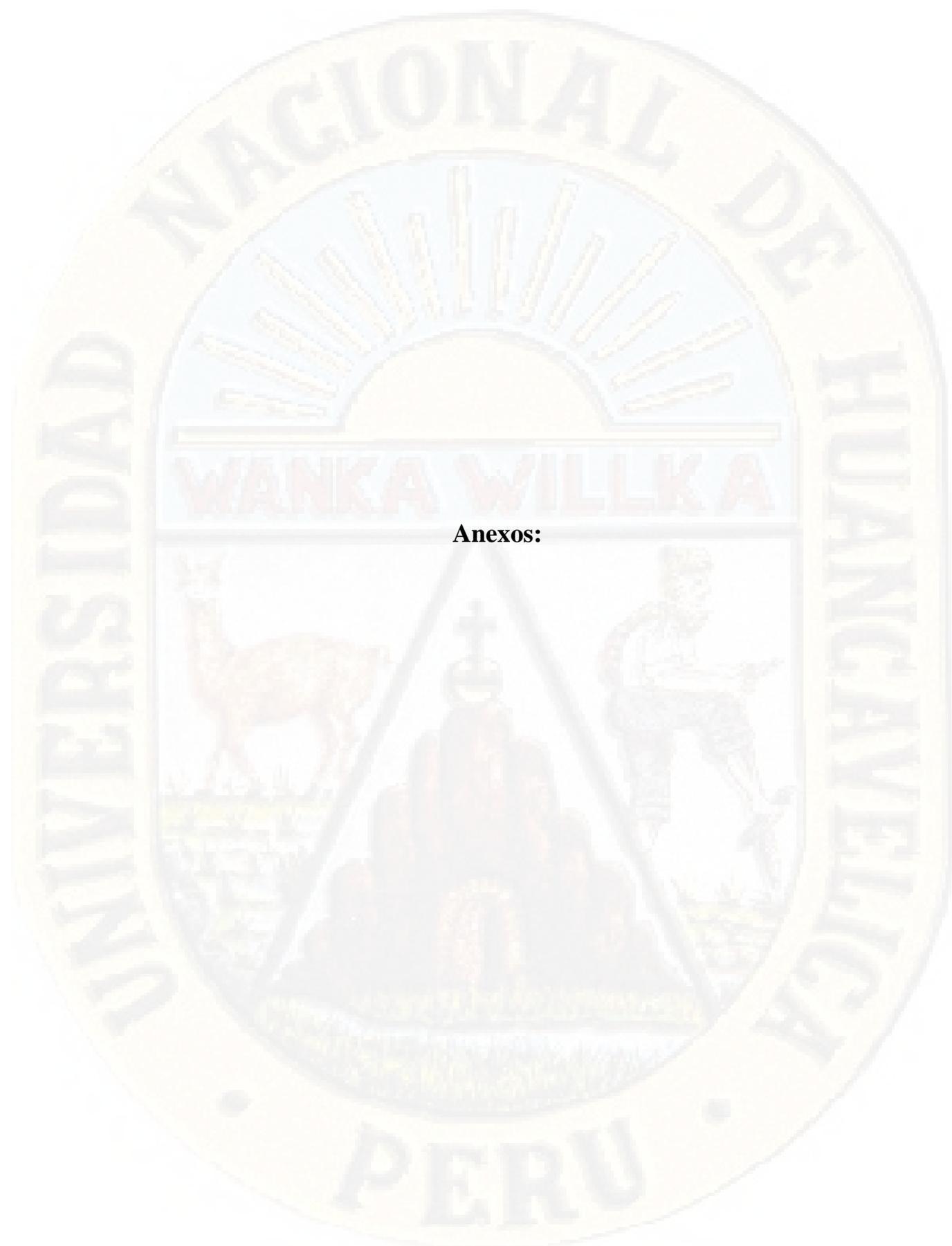
Referencias bibliográficas

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. Lugones Botell M. La importancia de la atención prenatal en la prevención y promoción de salud. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2018;44(1):1-3.
4. Louro Bernal I. Enfoque e intervención familiar en la atención sanitaria integral. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Salud y medicina. Volumen II. 3ra ed. La Habana: ECIMED; 2014 [citado 18 Ene 2017]. p. 569-82. .
5. Cid Rodríguez M, Montes de Oca Ramos R, Hernández Díaz O. La familia en el cuidado de la salud. Revista Médica Electrónica. 2014;36(4):462-72.
6. 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.
7. Cáceres-Manrique FdM. El control prenatal: una reflexión urgente. Revista colombiana de obstetricia y ginecología. 2009;60(2).
8. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Estrategias para acelerar la disminución de la muerte materna en México. México: Secretaría de Salud/Dirección General de Salud Reproductiva; 2009.
9. Sánchez A, Pérez F. ¿Qué sabemos de la incidencia de la morbilidad materna en México?. Revista Género y Salud en Cifras. 2014;12(1):3-14.
10. Brabin BJ, Hakimi M, Pelletier D. An analysis of anemia and pregnancy-related maternal mortality. The Journal of nutrition. 2001;131(2):604S-15S.
11. Sifakis S, Pharmakides G. Anemia in pregnancy. Annals of the New York Academy of Sciences. 2000;900(1):125-36.

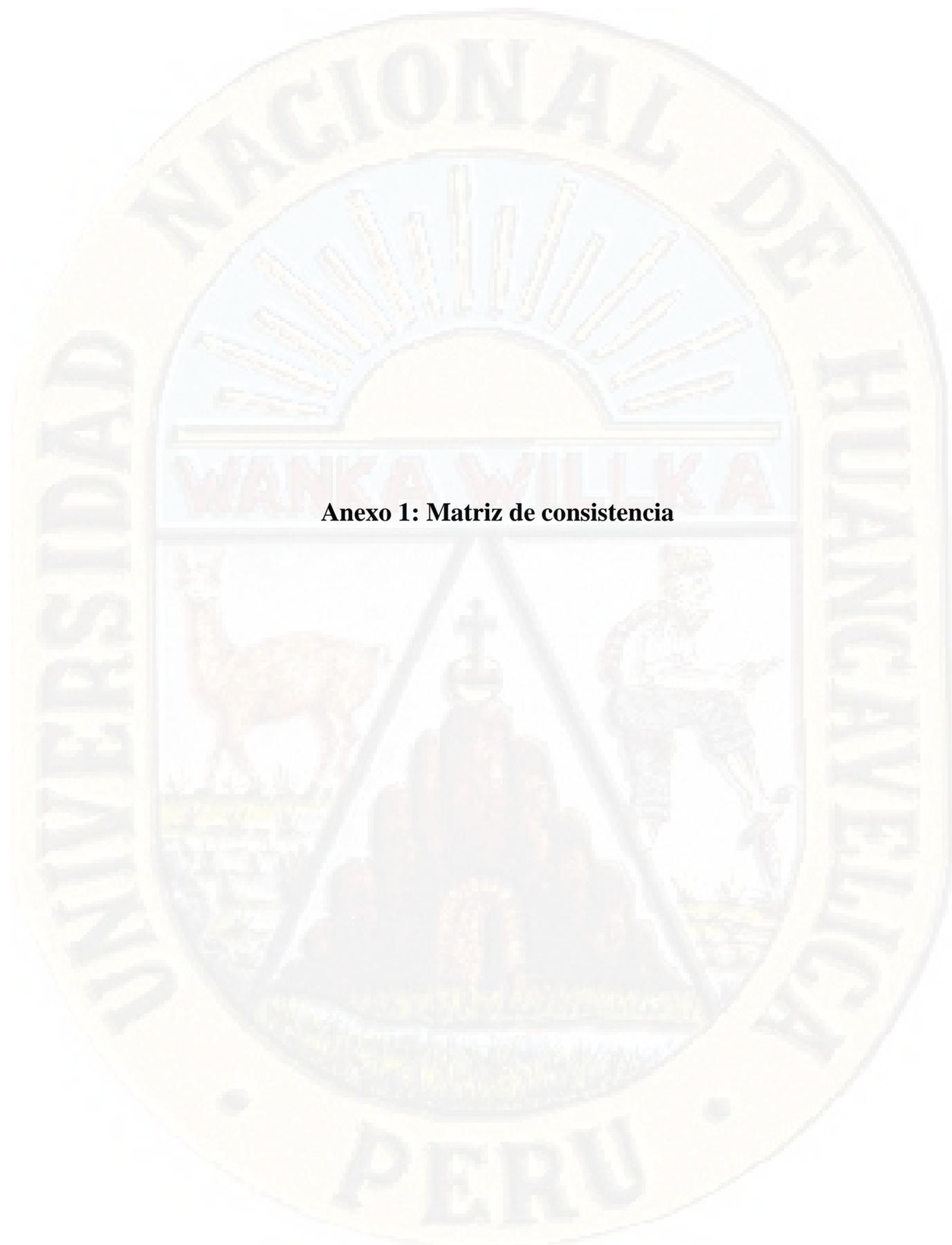
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 - Nacional y Regional. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2018. 398 p.
13. Reyes Arboleda PS. Factores de riesgo obstetrico en embarazadas que acuden al Hospital Delfina Torres de Esmeraldas [Tesis de grado]. Esmeraldas: Pontificia Universidad Catolica del Ecuador; 2016.
14. Miranda Mellado C, Castillo Ávila IY. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. *Revista cuidarte*. 2016;7(2):1345-51.
15. 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.
16. Avelino Villon NJ. Control prenatal inadecuado como factor de riesgo para la morbimortalidad neonatal en un hospital de referencia de Lima octubre-diciembre 2018 [Tesis de Titulación]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; Facultad de Medicina “Hipólito Unanue”; 2019.
17. Moreno Mendoza AA. Calidad de la atención prenatal desde la percepción del usuario en el Centro de Salud Materno Infantil Magdalena, abril 2018 [Tesis de Titulación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Facultad de Medicina; 2018.
18. 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 Bernal, Facultad de Obstetricia; 2018.
19. Alvino Mamani JL. Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Febrero 2015 [Tesis de grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2015.
20. 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.
21. González Merlo J, Laílla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. *Obstetricia*. 6 ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. 752 p.

22. Hacker NF, Gambone J, Hobel CJ. Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore. 5 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2011.
23. Pellicer Martínez A, Hidalgo Mora JJ, Perales Marín A, Díaz García C. Obstetricia y ginecología: guía de actuación. Madrid: Médica Panamericana; 2014. 759 p.
24. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago. 2015(128):336-50.
25. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.
26. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2003;82(2):182-8.
27. 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.
28. 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.
29. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba SR. Obstetricia y ginecología. 3 ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. 462 p.
30. Mattuizzi A, Madar H, Froeliger A, Brun S, Sarrau M, Bardy C, et al. Infección urinaria y embarazo. EMC - Ginecología-Obstetricia. 2018;54(4):1-20.
31. Marcelo Pradenas A. Infecciones cérvico vaginales y embarazo. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014;25(6):925-35.
32. Marín GH, Fazio P, Rubbo S, Baistrocchi A, Sager G, Gelemur A. Prevalencia de anemia del embarazo y análisis de sus factores condicionantes. Atención Primaria. 2002;29(3):158-63.
33. 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.
34. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
35. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.

36. 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.
37. 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.
38. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
39. Martínez Montaña MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.
40. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
41. 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:

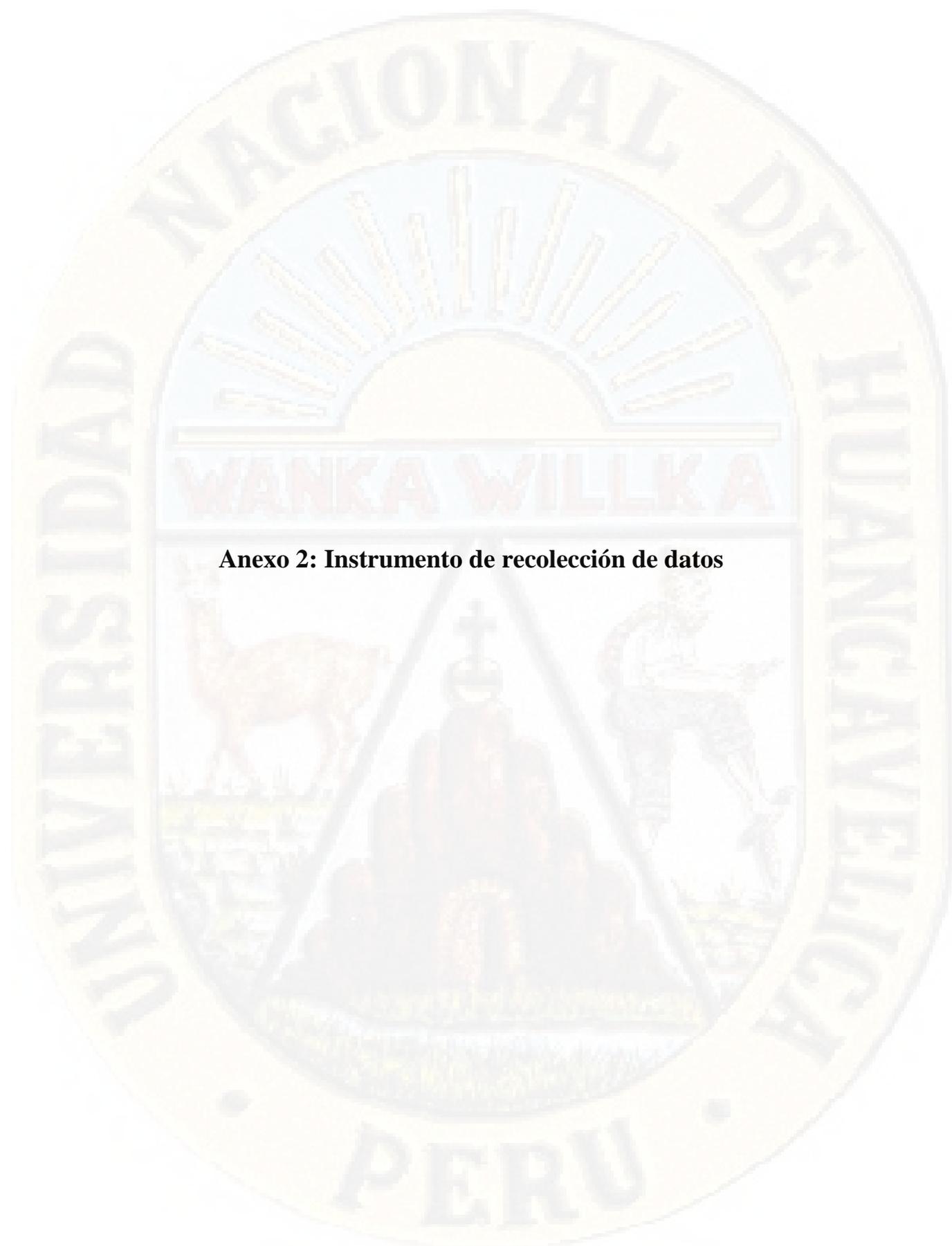


Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA
INVESTIGACIÓN: Gestantes y atención prenatal reforzada en el Centro de Salud Concepción, Junín 2018

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Cómo es la atención prenatal y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa en el 2018?</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuáles son las características de las gestantes que recibieron atención prenatal en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa en el 2018? ▪ ¿Cuáles son los procesos de la atención prenatal que recibe la gestante atendida en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa en el 2018? ▪ ¿Cuáles son las morbilidades que presentan las gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa en el 2018? 	<p>Objetivo general Caracterizar la atención prenatal y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa en el 2018</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar las características de las gestantes que recibieron atención prenatal en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa en el 2018. ▪ Describir los procesos de la atención prenatal que recibe la gestante atendida en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa en el 2018. ▪ Identificar las morbilidades que presentan las gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa en el 2018. 	<p>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 morbilidad materna y perinatal (2). Las gestantes que no reciben una 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. En la región Huancavelica específicamente en el en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, donde se brinda atención prenatal; se tiene escasa información sobre la atención prenatal y morbilidad en gestantes atendidas en este Puesto de Salud; por lo cual es necesario conocer a mayor profundidad cómo se brinda la atención prenatal y cuál es la morbilidad que se presenta en este grupo de usuarias; 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; por otra parte, servirá como base para futuras investigaciones, sobre el tema.</p>	Características de la atención prenatal y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa.	Características de la gestante	<p>Edad de la gestante en años. Semanas de gestación antes del parto Nivel de Instrucción de la gestante Estado civil de la gestante</p> <p>Periodicidad de las atenciones prenatales</p>	<p>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</p> <p>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</p> <p>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 Papanicolaou (PAP) Registro de glicemia basal. (2 baterías) Registro de hemoglobina. (2 baterías) Registro de grupo sanguíneo y Rh Registro de tamizaje de VIH/Sifilis. (2 baterías) Registro de examen de orina completa o urocultivo. (2 baterías) Registro de la segunda ecografía obstétrica</p>	<p>Número 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)</p>	<p>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 Puesto de Salud San Juan de Occopampa. O: Características de la atención prenatal y morbilidades que presenta la gestante Población, muestra, muestreo La población Fueron todas las gestantes con atención prenatal atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, del distrito de Locroja, de la provincia de Churcampa, región Huancavelica en el año 2018; según registros estadísticos fueron un total de 64 gestantes. Muestra: El estudio fue censal. La muestra de estudio la constituyeron todas las gestantes con atención prenatal atendidas en el Puesto</p>

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
						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) Administración de ácido fólico. (hasta las 13 semanas) Administración de 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 Psicoprofilaxis completa de seis sesiones Elaboración del plan de parto en la gestante. (hasta la 3ra entrevista). Segunda Evaluación odontológica a la gestante Morbilidad presente en 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) Si(1)/No(2) Nominal	de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa 2018.



Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

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

FORMATO N° 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE ATENCIÓN PRENATAL Y MORBILIDAD EN GESTANTES

Investigación: ATENCIÓN PRENATAL Y MORBILIDAD EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD SAN JUAN DE OCCOPAMPA, CHURCAMPAMPA 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. Región: _____
- 1.5. Provincia: _____
- 1.6. Distrito: _____
- 1.7. N° de historia clínica: _____
- 1.8. Edad de la gestante: ____ años.
- 1.9. Semanas de gestación antes del parto: ____ semanas.
- 1.10. Nivel de Instrucción:
- 1.10.1. Sin instrucción (1)
 - 1.10.2. Primaria (2)
 - 1.10.3. Secundaria (3)
 - 1.10.4. Superior (4)
- 1.11. Estado Civil:
- 1.11.1. Soltera (1)
 - 1.11.2. Conviviente (2)
 - 1.11.3. Casada (3)
 - 1.11.4. Viuda (4)
 - 1.11.5. 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.

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

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

Temprana (1)

Tardía (2)

No recibió (3)

Administración de calcio (a partir de las 20 semanas):

Temprana (1)

Tardía (2)

No recibió (3)

2.8. OTROS EXAMENES.

Psicoprofilaxis completa de seis sesiones SI (1) NO (2)

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)

2.9. Morbilidad de la gestante:

1 No presenta ninguna morbilidad ()

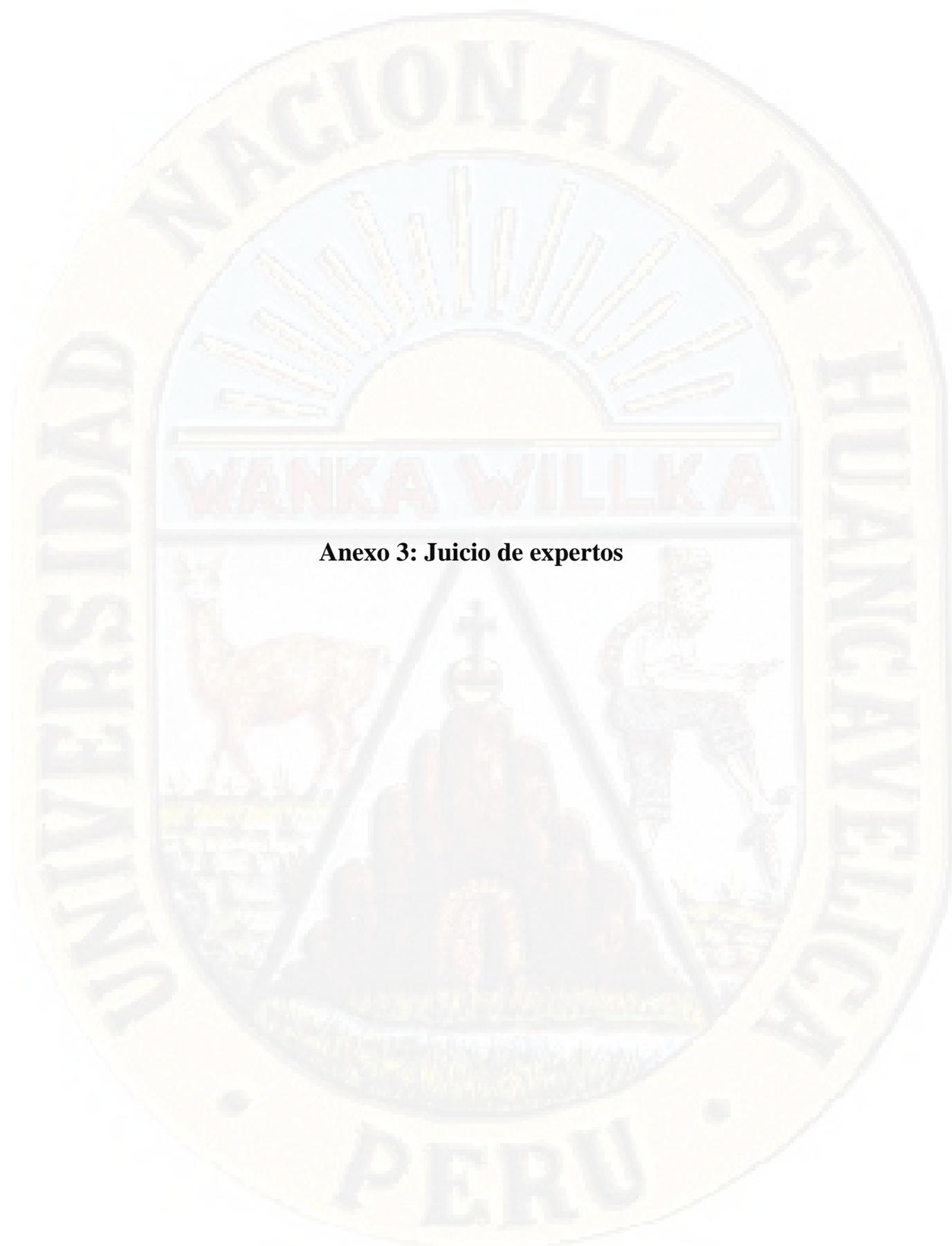
2 Presenta morbilidad () Si la gestante presenta morbilidad mencione cada una de las morbilidades que presenta:

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____



Anexo 3: Juicio de expertos

Juicio de Experto

INVESTIGACIÓN: ATENCIÓN PRENATAL Y MORBILIDAD EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD SAN JUAN DE OCCOPAMPA, CHURCAMPAMPA 2018.

Investigador: *Obsta. Uchuypoma Huamani Maria Luisa*

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 ATENCIÓN PRENATAL Y MORBILIDAD EN GESTANTES" 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 exámenes					
13	Morbilidad en la gestante					

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

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

Instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE ATENCIÓN PRENATAL Y MORBILIDAD EN GESTANTES

Investigación: ATENCIÓN PRENATAL Y MORBILIDAD EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD SAN JUAN DE OCCOPAMPA, CHURCAMPAMPA 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 = $\frac{1x A + 2x B + 3x C + 4x D + 5x E}{50} = \text{-----}$

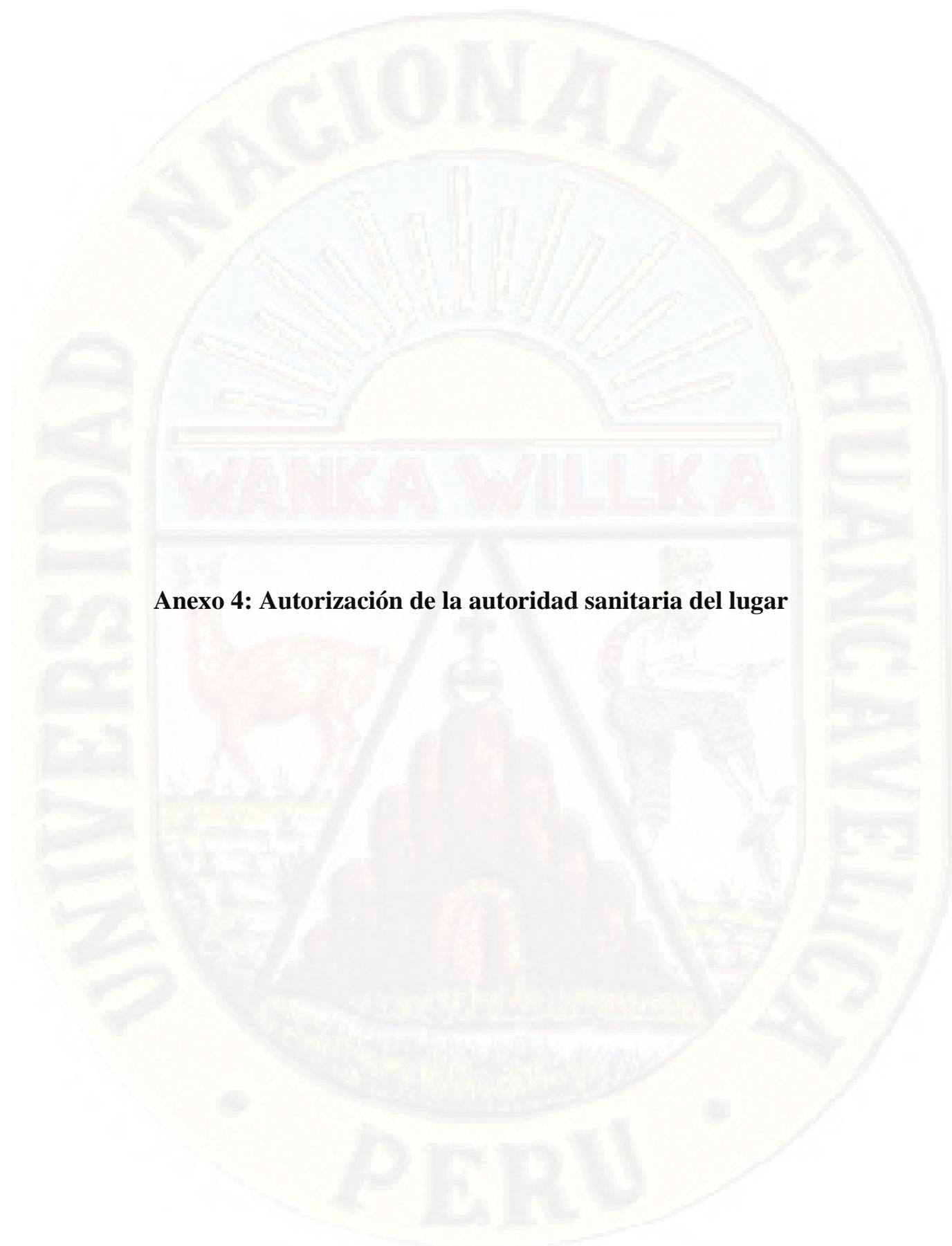
3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	<input type="radio"/>	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	<input type="radio"/>	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	<input type="radio"/>	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	<input type="radio"/>	<0,81 – 1,00]

4. RECOMENDACIONES:

.....
.....

.....
Firma del Juez



Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar



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

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

.....
DIRECTOR
PUESTO DE SALUD SAN JUAN DE OCCOPAMPA - CHURCAMPA

SD.

Yo, Obsta. Uchuypoma Huamani, María Luisa identificado (a) con D.N.I. N° _____, Obstetra de profesión, egresada de la especialidad en ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO 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 la ATENCIÓN PRENATAL Y MORBILIDAD EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD SAN JUAN DE OCCOPAMPA, CHURCAMPA 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, 21 de febrero del 2019.

Firma del Interesado