



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**Asociación entre el control prenatal y complicaciones obstétricas
en el periparto según ENDES 2020**

**MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS
VIRTUAL**

Para optar el título profesional de Médico (a) Cirujano (a)

AUTOR

Najarro Rojas, Kelly Janneth (0000-0002-1327-4970)

ASESOR

Gutiérrez Aguado, Alfonso Julián (0000-0003-2539-7158)

Lima, 2022

Metadatos Complementarios

Datos de autor

AUTOR: Najarro Rojas, Kelly Janneth

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento de identidad: 76143143

Datos de asesor

ASESOR: Gutiérrez Aguado, Alfonso Julián

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento de identidad: 09790150

Datos del jurado

PRESIDENTE (Vidal Olcese, Jorge Enrique; 07202887; 0000-0002-0403-6436)

MIEMBRO (De La Cruz Vargas, Jhony Alberto; 06435134; 0000-0002-5592-0504)

MIEMBRO (Roldán Arbieto, Luis Humberto; 10197482; 0000-0002-3779-5404)

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.27

Código del Programa: 912016

DEDICATORIA

A mis padres, quienes siempre
estuvieron presentes y me alentaron
desde el primer día, por su amor infinito.

A mis hermanos, Richard y Juan, por ser
mi soporte incondicional y por brindarme
las herramientas necesarias para
desarrollarme en esta etapa.

A mis sobrinos, por ser mi inspiración
cada día.

A mi familia, lo máspreciado en mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la fuerza para no desistir nunca.

A mis padres, por impulsarme cada día a cumplir mis propósitos, por ser un gran ejemplo de superación en mi vida y por sembrar en mí ese espíritu.

A mis hermanos, por sus motivaciones constantes y por enseñarme que nada se consigue sin esfuerzo.

Al director de tesis, el Dr. Jhony A. De la Cruz Vargas, por sus conocimientos y disposición brindados.

RESUMEN

Introducción: En el panorama mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a diario mueren aproximadamente 830 mujeres debido a problemas que ocurren durante el embarazo, parto y postparto. En el Perú esta situación no es adversa, pues se siguen presentando complicaciones en el periparto; siendo las principales causas de muerte materna las que ocurren durante el puerperio.

Objetivo: Determinar la asociación entre el control prenatal inadecuado y complicaciones obstétricas en el periparto según ENDES 2020.

Métodos: Estudio cuantitativo, observacional, tipo analítico y transversal, fundamentado en la información de la ENDES 2020.

Resultados: Se demostró que las mujeres con control prenatal inadecuado (< 6 controles) incrementó la prevalencia de complicaciones obstétricas en el periparto ($RP_a: 3,69$; $IC95\%: 3,25 - 4,20$). Además, aumentaron la prevalencia de complicaciones, el tener estudio secundario respecto a las de estudio superior ($RP_a: 1,37$; $IC95\%: 1,24 - 1,53$), así como ser de riqueza pobre y media ($RP_a: 1,18$; $IC95\%: 1,03 - 1,35$ y $RP_a: 1,14$; $IC95\%: 1,01 - 1,29$ respectivamente). Y, disminuyeron la prevalencia de complicaciones, las edades menores a 18 y mayores igual a 35 respecto a las de 19 y 34 ($RP_a: 0,07$; $IC95\%: 0,05 - 0,09$ y $RP_a: 0,50$; $IC95\%: 0,45 - 0,56$ respectivamente), como aquellas procedentes de la selva respecto a las del resto de la costa ($RP_a: 0,71$; $IC95\%: 0,59 - 0,85$). No se encontró asociación estadísticamente significativa con las variables área de residencia, idioma, grupo étnico y lugar de parto; con un $p\text{-valor} > 0,05$.

Conclusiones: El control prenatal inadecuado se asoció de manera significativa a complicaciones obstétricas en el periparto según ENDES 2020.

Palabras clave: (DeCS): control prenatal, complicaciones obstétricas, periparto

ABSTRACT

Introduction: On the global scene, according to the World Health Organization (WHO), approximately 830 women die every day due to problems that occur during pregnancy, childbirth and postpartum. In Peru, this situation is not adverse, since complications continue to occur in the peripartum; being the main causes of maternal death those that occur during the puerperium.

Objective: To determine the association between inadequate prenatal control and peripartum obstetric complications according to ENDES 2020.

Methods: Quantitative, observational, analytical and cross-sectional study, based on the information from ENDES 2020.

Results: It was shown that women with inadequate prenatal care (< 6 controls) increased the prevalence of peripartum obstetric complications (RP_a: 3,69; 95% CI: 3,25 – 4,20). In addition, the prevalence of complications increased, having secondary education compared to higher education (RP_a: 1,37; 95% CI: 1,24 – 1,53), as well as being of poor and medium wealth (RP_a: 1,18; 95% CI: 1,03 – 1,35 and RP_a: 1,14; CI95%: 1,01 – 1,29 respectively). And, the prevalence of complications decreased, ages less than 18 and greater than 35 compared to those of 19 and 34 (RP_a: 0,07; CI95%: 0,05 – 0,09 and RP_a: 0,50; CI95%: 0,45 – 0,56 respectively), as those from the jungle compared to those from the rest of the coast (RP_a: 0,71; CI95%: 0,59 – 0,85). No statistically significant association was found with the variables area of residence, language, race and place of delivery; with a p-value>0,05.

Conclusions: Inadequate prenatal care was significantly associated with peripartum obstetric complications according to ENDES 2020.

Keywords: (MESH): prenatal control, obstetric complications, peripartum

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3. LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA	4
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.5. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.6.1. OBJETIVO GENERAL	5
1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	7
2.2. BASES TEÓRICAS	13
2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	18
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS	20
3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN	20
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	21
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	21
4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	22
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	23
4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS	23
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	23

4.7. ASPECTOS ÉTICOS	24
----------------------	----

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS	25
-----------------	----

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	32
------------------------------	----

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES	36
-------------------	----

6.2. RECOMENDACIONES	37
----------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
-----------------------------------	-----------

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS	43
---	----

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS	44
--	----

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA	45
---	----

ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN	46
---	----

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS	47
---	----

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN	48
---	----

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER	49
--	----

ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA	50
---------------------------------	----

ANEXO 9: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	52
--	----

ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS	54
---	----

ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP	55
--	----

LISTA DE TABLAS

Tabla N°1. *Análisis univariado de complicaciones obstétricas en el periparto y factores asociados según ENDES 2020*

Tabla N°2. *Análisis bivariado con F corregida de complicaciones obstétricas en el periparto y factores asociados según ENDES 2020*

Tabla N°3. *Análisis bivariado con RP crudo de complicaciones obstétricas en el periparto y factores asociados según ENDES 2020*

Tabla N°4. *Análisis multivariado con RP ajustado de complicaciones obstétricas en el periparto y factores asociados según ENDES 2020*

LISTA DE GRÁFICOS

INTRODUCCIÓN

En el panorama mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a diario mueren aproximadamente 830 mujeres debido a problemas que ocurren durante el embarazo, parto y postparto. Estimando unas 303 000 muertes en el año 2015, siendo la mayoría de ellas producidas en países de bajos recursos, así como de tipo potencialmente prevenibles y tratables. Además, señala que cerca de 2,7 millones de recién nacidos murieron en 2015, y otros 2,6 millones nacieron muertos. Ya que la salud materno - neonatal están estrechamente unidas, todas las gestantes deberían acceder a un control prenatal de calidad y a un parto institucional atendido por profesional capacitado (1) (2).

Así en Sudamérica, el comportamiento epidemiológico respecto a la mortalidad materna no es tan alto como en África, sin embargo, países como Uruguay presentan cifras altas, así como Bolivia y Colombia. Por ello, esta elevada mortalidad en los países de Latinoamérica puede explicarse, debido a barreras educativas en las mujeres, y factores sociales como la pobreza e inestabilidad sociopolítica en la región. No obstante, las complicaciones obstétricas también surgen en la coyuntura médica (3).

En el Perú esta situación no es adversa, pues se siguen presentando complicaciones en el periparto; siendo las principales causas de muerte materna las que ocurren durante el puerperio. Siendo, durante el año 2020, los trastornos hipertensivos de la gestación (21.7%) y la hemorragia obstétrica (19.5%) las principales en la lista. Asimismo, en tercer lugar en el orden y como primera causa de muerte indirecta están las producidas por la COVID-19 (16.6%) (4) (5).

Entonces, según lo señalado, la presente investigación tiene como objetivo determinar la asociación entre el control prenatal inadecuado y complicaciones obstétricas en el periparto según ENDES 2020, con datos de CPN que están asociados a la morbilidad materna y perinatal, a fin de identificar estos factores de manera oportuna.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las últimas décadas, la mortalidad materna se ha convertido en una problemática importante a combatir a nivel mundial, tanto así que la OMS señala que cada minuto en alguna parte del mundo fallece una madre, cuyos datos aproximan a más de 800 muertes diarias, y que dentro de este grupo poblacional se generan complicaciones propias de la gestación, el parto y el puerperio (6) (1).

En este contexto, el embarazo es considerado un evento fisiológico; sin embargo, cerca de un 20% de las embarazadas desarrollan patologías obstétricas que se asocian a la mortalidad materna y perinatal. Por ello, como se mencionó, a nivel mundial cada año, medio millón de mujeres fallece durante el embarazo y/o parto debido a estas complicaciones (7). Desafortunadamente, ocurre un número significativo de urgencias obstétricas en pacientes sin factores de riesgo, por lo que la prevención, identificación precoz e intervención a tiempo de estos eventos cumplen un rol fundamental para contrarrestar un resultado perinatal adverso (8).

Así, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone como iniciativa establecer grupos técnicos para la vigilancia de la mortalidad materna, que permiten determinar acciones contundentes con el objetivo de disminuir la mortalidad materna. Puesto que este evento obstétrico compromete la vida de la paciente y es imperativo establecer medidas terapéuticas para disminuir el riesgo de muerte; según el contexto sociodemográfico se establece que la prevalencia oscila entre 0.05 a 1.7% en países desarrollados contra un 0.6 a 8.5% reportado en aquellos países en vías de desarrollo (9) (10).

No obstante, estos datos son desalentadores, ya que en Latinoamérica y el Caribe si bien existe una reducción en un 40%, no es suficiente para alcanzar la meta. A pesar de los importantes debates e investigaciones que se han desarrollado durante muchos años, la definición de “normalidad” en el trabajo de parto no es universal ni está estandarizado (11). Así, como se observó, en las últimas dos décadas, se ha

producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas en el trabajo de parto que permiten regular o vigilar el proceso fisiológico de este proceso, tanto para las mujeres como para los bebés (4).

Entonces, en el panorama actual, la infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) es considerada como una emergencia de salud pública y a la fecha ha sido declarada pandemia por la OMS. Desde el primer caso de neumonía por COVID-19 en China, en diciembre de 2019, la infección se ha extendido al resto del mundo. Tanto que puede encontrarse información global epidemiológica actualizada sobre los países afectados en los datos proporcionados por esta misma entidad internacional. Entre los datos actuales, no sugieren un mayor riesgo de aborto o pérdida gestacional precoz en gestantes con COVID-19, y los resultados previos en infectadas por SARS-CoV-2 y MERS-CoV no demostraron tampoco una relación causal con estas complicaciones (12).

No obstante, la principal complicación perinatal asociada es la prematuridad, con tasas alrededor de 17%, principalmente, a expensas de prematuridad iatrogénica. Además, en relación con los neonatos de madres con COVID-19, si bien el 25% ingresa en una unidad neonatal, no se han encontrado diferencias significativas con otros resultados perinatales. Asimismo, en los casos de COVID-19 neonatal, un 50% de las pacientes presentaron síntomas clínicos parecidos, hallazgos analíticos y por imagen, pero con resultados favorables (12) (13).

En el Perú, la mortalidad materna representa un problema de salud pública que viene siendo observada por varios países por las altas cifras que muestra y por la situación en la que viven miles de mujeres en las zonas más alejadas del país, donde por diferentes razones, en su mayoría aspectos médicos, culturales y sociales, no pueden acceder a una atención médica adecuada y, sobre todo, de calidad. Por eso, el Ministerio de Salud (Minsa) señala que un embarazo saludable es importante para asegurar las mejores condiciones al bebé que está por nacer. Por ello, es trascendental que la mujer acuda a los controles prenatales de manera periódica; ya que ayudará a brindar información a las gestantes sobre los síntomas del embarazo y los signos de alarma, así como para descartar complicaciones o enfermedades, con lo cual se previenen casos de muerte materna y neonatal (14).

Asimismo, en los últimos cinco años, se incrementó el control prenatal por personal de salud calificado de 96% en el 2012 a 97.5% en 2017. Desagregando este indicador se observaron variaciones, pues bajó ligeramente la atención prenatal por parte de la obstetra, de 81.4% a 80.8%; en cambio, aumentó la atención por el médico, de 31.4% a 38.3% entre 2012 y 2017. Además, disminuyó la atención brindada por la enfermera, en este caso fue de 11.5% a 9.7%. También se observaron diferencias en la atención prenatal según las características demográficas y sociales de la gestante. En este sentido, el control prenatal y complicaciones obstétricas en el periparto, según las cifras de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) surgen como ruta investigativa (15).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Según lo expuesto en la problemática del estudio, se formuló la siguiente interrogante: ¿Cuál es la asociación entre el control prenatal y complicaciones obstétricas en el periparto según ENDES 2020?

1.3. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA

La investigación tuvo como línea de investigación el problema sanitario en el ámbito de salud materna, perinatal y neonatal, enfocándose en la investigación de causas, determinantes y repercusiones de la morbilidad y mortalidad materna perinatal.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Médica: La atención de calidad durante el embarazo y después del parto contribuye a prevenir y, sobre todo, a lograr un tratamiento oportuno a diversas complicaciones que en la actualidad siguen presentándose como un problema de salud pública. Por ende, la presente investigación será de utilidad porque presentará datos asociados a las complicaciones obstétricas causantes de morbilidad materna y perinatal (16).

Epidemiológica: A nivel mundial la estadística respecto a las complicaciones obstétricas que conllevaron a un resultado adverso materno y/o perinatal ha ido creciendo, siendo mayor en países en vías de desarrollo como el Perú donde las cifras de muerte materna durante el año 2020 ascendió a 430, superando por mucho al del año anterior. (5) Por ende, llevar un adecuado control del embarazo es un requisito para combatir los riesgos que puedan influir sobre el resultado materno perinatal. Mantener en monitorización continua los constantes cambios fisiológicos del embarazo contribuye a llevar un adecuado control del mismo, y en caso haya alguna constante desfavorable, se debe actuar de manera inmediata. En consecuencia, esta investigación representa la asociación entre el control prenatal y las complicaciones obstétricas, a fin de identificar estos factores de manera oportuna y generar respuestas rápidas en la atención, logrando así la reducción de este problema de salud pública (17).

1.5. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La presente investigación se desarrolló en función de la obtención de los datos de las madres de familia que respondieron a las preguntas propuestas en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 2020 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Además, se incluyeron los criterios de inclusión y exclusión para una mejor selección de datos.

1.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre el control prenatal inadecuado (< 6 controles) y complicaciones obstétricas en el parto según ENDES 2020.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- OE1: Identificar la asociación entre los factores sociodemográficos y complicaciones obstétricas en el periparto.
- OE2: Establecer la asociación entre el lugar de parto y complicaciones obstétricas en el periparto.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Lourdes Barros y Evelin Velasco en su investigación titulada **“Factores asociados a la falta de control prenatal en América Latina y su relación con las complicaciones obstétricas”**, en Ecuador, publicado en el año 2022, de revisión bibliográfica, hallaron que los factores que se asociaban al incumplimiento del control prenatal eran tener un nivel educativo bajo, ser ama de casa, estar desempleado, ser de escasos recursos económicos, residir en área rural, no estar afiliado a un seguro de salud, así como con costumbres de la misma población; los cuales se relacionaban con complicaciones obstétricas como infecciones, anemia, trastorno hipertensivo de la gestación, desgarro perineal; así también, como a complicaciones neonatales como bajo peso y prematuridad. Concluye que, se ha comprobado que el control prenatal inadecuado es indicador significativo de complicaciones obstétricas tanto a corto como a largo plazo (18).

Samuel Oduse y colaboradores, en su estudio titulado **“Decomposing the urban-rural inequalities in the utilisation of maternal health care services: evidence from 27 selected countries in Sub-Saharan Africa”**, publicado en el año 2021, descriptivo con método de descomposición no lineal de Fairlie, con el objetivo de medir las discrepancias urbano-rurales en los servicios de atención de la salud materna en el África subsahariana, utilizaron información de 220 164 mujeres en edad fértil (15 - 49 años) recopilada de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, en el cual encontraron una disparidad sustancial entre las áreas rurales y urbanas en el uso de la atención prenatal, las instalaciones de salud para el parto y la asistencia de profesionales de la salud en el parto en desventaja de las áreas rurales (19).

M Linard y colaboradores, en su estudio titulado **“Association between inadequate antenatal care utilisation and severe perinatal and maternal morbidity: an analysis in the PreCARE cohort”**, en París, publicado en el año 2018, de cohorte,

prospectivo, con el objetivo de buscar evaluar la asociación entre la utilización de la atención prenatal recomendada y la morbilidad materna (SMM) y perinatal (SPM) grave, encontraron que, según el índice de Adecuación de la Utilización de la Atención Prenatal modificada, el 34.6% de las mujeres tenían una utilización inadecuada de la atención prenatal, asimismo, la incidencia de morbilidad materna severa (SMM) fue de 2.9% y la de morbilidad perinatal severa (SPM) de 5.5%. Un porcentaje de visitas recomendadas por debajo del 50% (2.6% de mujeres) se asoció con SMM [OR ajustado: 2,40 (1,38-4,17)] y SPM [ORa: 2,27 (1,43-3,59)], la utilización inadecuada de atención prenatal se asoció con SPM [Ora: 1,37 (1,05-1,80)]. Concluyen que la utilización inadecuada de la atención prenatal se asocia con morbilidad materna y perinatal grave (20).

Maritza Maldonado y Oswaldo Medina, en su estudio titulado **“Social support and marginalization as determinants of prenatal care in women with social security in Mexico”**, publicado en el 2018, transversal, de tipo descriptivo, con el objetivo de analizar la asociación de las condiciones sociales, el apoyo social y el funcionamiento familiar con el inadecuado control prenatal. Se obtuvo que el 58.1 % presentó atención prenatal no adecuada, que se asoció principalmente con la no planificación de la gestación, bajo apoyo social, menor nivel educativo y mayor marginalidad. Asimismo, no contar con permiso en el trabajo fue la más importante barrera en aquellas que no acudieron a los servicios de salud. Concluyen que, se tiene que luchar contra las desigualdades en salud que involucran a las gestantes y se conozcan los aspectos biológicos y sociales asociados para garantizar una mejor adherencia al control prenatal (21).

Jaimin Shah y colaboradores, en su estudio titulado **“Improving Rates of Early Entry Prenatal Care in an Underserved Population”**, en Texas, publicado en el año 2018, de tipo observacional, transversal, con el objetivo de evaluar la eficacia de una iniciativa de mejora de la calidad que aborda las barreras clínicas asociadas con la atención prenatal retrasada con el fin de aumentar el porcentaje de pacientes que reciben atención prenatal temprana. Inicialmente, antes de la implementación del proyecto de mejora, las tasas de referencia para la atención prenatal mostraron que el 27% de las mujeres iniciaron el control prenatal en el primer trimestre, 65% en el segundo trimestre y 8% en el tercer trimestre; siendo las barreras más comunes: el

tener otros niños, el idioma, restricciones en el trabajo para citas diurnas, y la falta de alfabetización en educación y salud. Después de la implementación del proyecto, el 71.5% de las pacientes tuvieron su primera atención prenatal en el primer trimestre, que fue significativamente superior comparado con el 27% de antes de la implementación ($p < 0,001$). Concluyen que, las pacientes con atención prenatal después del primer trimestre tuvieron mayores tasas de complicaciones obstétricas y complicación prenatal (22).

Alexis Gadson y colaboradores, en su estudio titulado **“Exploring the social determinants of racial/ethnic disparities in prenatal care utilization and maternal outcome”**, en Estados Unidos, publicado en el año 2017, con el objetivo de revisar literatura de la relación entre la utilización de la atención prenatal, los determinantes sociales de la salud y la discriminación racial con disparidades en el resultado materno. Concluyen que, a medida que se desarrollan estándares más estructurados y reproducibles para la medición de la mortalidad y la morbilidad materna, se observa que las tasas de estos resultados aumentan constantemente en las poblaciones de Estados Unidos, con mayor riesgo de disparidades. Por lo que recomiendan considerar cómo usar y evaluar de manera más efectiva la atención prenatal (23).

Ping Ling y colaboradores, en su estudio titulado **“Antenatal Care Utilisation and Content between Low-Risk and High-Risk Pregnant Women”**, en Malasia, publicado en el año 2016, retrospectivo, con el objetivo evaluar la adecuación de la atención y los resultados del embarazo para los diferentes grupos de riesgo (sin factores de riesgo y con alto riesgo obstétrico). Encontraron que la utilización intensiva de cuidados prenatales se observó en más de la mitad de las mujeres de bajo riesgo; por otro lado, un 26% de las mujeres de alto riesgo no tuvieron la utilización intensiva esperada, siendo las que tenían solo educación primaria o sin educación las que tenían menos probabilidades de tener un nivel más alto de utilización de la atención prenatal en comparación con las mujeres con educación terciaria (OR:0,20; $P = 0,003$). Concluyeron que, la utilización desproporcionada de la atención prenatal según el nivel de riesgo del embarazo, indica la necesidad de una mejor programación de la atención, por lo que se recomienda al personal de salud comprender las prioridades de la salud (24).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Angela Méndez y colaboradores, en su estudio titulado “**Asociación entre el control prenatal y las complicaciones obstétricas maternas periparto y postparto. ENDES 2017 al 2019**”, publicado en el año 2021, en base a datos recopilados de una fuente secundaria extraída del INEI, encontraron que las mujeres que presentaron mayor probabilidad de complicaciones en el periparto y postparto fueron las que no tuvieron un control prenatal de calidad (RP:1,20; IC95%:1,14-1,27) (RP:1,28; IC95%:1,22-1,33), las que eran de Lima (RP:1,38; IC95%:1,27-1,49) (RP:1,12; IC95%:1,05-1,20) o de la sierra (RP:1,25; IC95%:1,18-1,33) (RP:1,06; IC95%:1,01-1,12), las del quintil 2 (RP:1,13; IC95%:1,04-1,22) (RP:1,13; IC95%:1,05-1,20) o 3 (RP:1,11; IC95%: 1,03 - 1,20) (RP:1,12; IC95%:1,05-1,19), y las atendidas solo por el sector público (RP:1,48; IC95%:1,31-1,68) (RP:1,29; IC95%:1,17-1,41) (25).

Lyzeth Eusebio, en su estudio titulado “**Complicaciones obstétricas y neonatales asociadas a pielonefritis aguda en el embarazo. Hospital María Auxiliadora. 2019**”, publicado en el año 2019, de cohorte, analítico, cuya muestra fue de 245 embarazadas que se atendieron en el HAMA. Halló en sus resultados que las pacientes con pielonefritis tienen 1.05 veces más riesgo de presentar trastorno hipertensivo de la gestación y corioamnionitis, así como 2.75 veces más riesgo de desprendimiento prematuro de placenta, también, 4.29 veces más riesgo de prematuridad. Determinó, finalmente, que la pielonefritis en el embarazo es un factor desencadenante de riesgo para complicaciones obstétrico neonatales (26).

Stephany Chuquiruna, en su estudio titulado “**Factores de riesgo y complicaciones obstétricas relacionadas a la muerte materna durante el parto y puerperio. Hospital Belén De Trujillo. 2013- 2016**”, publicado en el año 2020, descriptivo, transversal, cuya muestra fue de 25 muertes maternas en el Hospital Belén de Trujillo. Encontró que los factores: lugar de residencia ($p=0,009$), atención prenatal ($p=0,000$), edad gestacional ($p=0,021$), rotura prematura de membranas (RPM) ($p=0,049$), preeclampsia ($p=0,045$), atonía uterina ($p=0,008$), retención de restos placentarios ($p=0,008$) y hemorragia postparto ($p=0,034$) se asociaron significativamente a mortalidad materna en el parto y puerperio (27).

Liz Gonzales, en su estudio titulado **“Complicaciones materno - perinatales en gestantes adolescentes y el control prenatal insuficiente en el hospital Santa Rosa- Piura, enero a diciembre 2018”**, publicado en el año 2020, analítico, de casos y controles, con una muestra para complicaciones obstétricas de 75 - 75 casos y controles, así como para complicaciones perinatales de 34 - 116 casos y controles. Halló que el control prenatal inadecuado se asoció a 5.10 veces más la posibilidad de presentar complicaciones perinatales (OR: 5,10) y a 6.12 veces más la probabilidad de presentar complicaciones obstétricas (OR: 6,12) respecto a las que tenían control prenatal adecuado (28).

Ninfa Yangali, en su estudio titulado **“Complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el centro de salud Huaccana, 2016”**, publicado en el año 2020 en Huancavelica, de tipo descriptivo, transversal, cuya muestra fue de 66 mujeres embarazadas que habían presentado alguna complicación obstétrica. Encontró que, las complicaciones obstétricas que se encontraron en dicho centro de salud, fueron la amenaza de aborto (22.7%) y el aborto (18.2%) durante el primer trimestre, y durante el segundo y tercer trimestre la placenta previa (9.1%) y la RPM (7.6%). Así también, de 4 a 6 controles prenatales, presentó el 40.9% y más de 6 el 37.9% (29).

Jorge Aparicio y Sandra Salcedo, en su artículo titulado **“Complicaciones obstétricas en multigestas adolescentes. Hospital Nacional Dos de Mayo 2009 – 2013”**, publicado en el año 2019, de casos y controles, una muestra de 342 mujeres multigestas adolescentes. Obtuvieron solo una asociación significativa entre ser multigesta adolescente y la posibilidad de presentar hipertensión en la gestación ($p=0,03$), resultando un factor protector (OR: 0,54; IC95%: 0,3 – 0,9). No observándose asociación con anemia, infección vaginal, rotura prematura de membranas, infección urinaria, parto pretérmino, amenaza de parto pretérmino ni con desgarro perineal ($p>0,05$) (30).

Andrade Peña y colaboradores, en su estudio titulado **“Control prenatal y complicaciones obstétricas en Colombia Perú y Ecuador”**, publicado en el año 2019, de tipo descriptivo, con una muestra de 2199 mujeres gestantes en Colombia, 651 en Perú y 13 747 en Ecuador, cuyos datos fueron recolectados mediante una revisión documental. Hallaron que aquellas gestantes que no llevaban control prenatal

presentaban trastorno hipertensivo (26% en Colombia, 18.2% en Perú y 36.1% en Ecuador) a comparación de las sí llevaban control prenatal (17.1% en Colombia, 16.7% en Perú y 10% en Ecuador); asimismo, las que no llevaron control prenatal y presentaron sepsis (3.2% en Colombia, 11.6% en Perú y 11.8% en Ecuador) respecto a las que sí llevaron control prenatal (2% en Colombia, 2.1% en Perú y 0.5% en Ecuador) (31).

Akram Hernández y colaboradores, en su artículo titulado “**Factores asociados a la calidad de la atención prenatal en Perú**”, publicado en el año 2019, de tipo transversal, analítico, basado en la ENDES 2017, la muestra fue de 18 156 mujeres. Se obtuvo que se asoció a una menor posibilidad de recibir un control prenatal de calidad, provenir de la sierra, residir en área rural y ser de una etnia nativa ($RP_a:0,85$; IC 95%: 0,80 - 0,91), ($RP_a:0,94$; IC 95%: 0,89 - 0,99), ($RP_a:0,72$; IC 95%: 0,66 - 0,79). Definen un control prenatal de calidad con ítems de la encuesta de la ENDES basado en recomendaciones de la OMS (32).

Rebeca Núñez y colaboradores, en su artículo titulado “**Complicaciones obstétricas asociadas al control prenatal inadecuado en puérperas atendidas en un centro materno infantil peruano, 2018**”, publicado en el año 2019, de tipo analítico, transversal, se hizo una revisión de 66 historias clínicas, se consideró control prenatal inadecuado si fue menos de 6 controles o si no estuvo distribuido en los tres trimestres de la gestación. Encontraron una asociación significativa entre el control prenatal inadecuado y desarrollo de infecciones del tracto urinario y anemia (OR: 1,54; IC95%: 1.03 – 2.3) (OR: 1,96; IC95%: 1.05 – 3.64), representando un factor de riesgo importante (33).

Norma Maúrtua, en su estudio titulado “**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**”, publicado en el año 2018, de tipo descriptivo, de corte transversal, cuya muestra fue 260 gestantes con parto en dicho hospital. Hallaron que, el 95% de las gestantes habían llevado una atención prenatal inadecuada, lo que se asoció a complicaciones obstétricas como el desgarro perineal de primer grado y anemia puerperal leve con un $p<0.05$ (34).

2.2. BASES TEÓRICAS

Con el propósito de garantizar un buen estado de gestación y sus posteriores etapas hasta el parto, se busca plantear una serie de procedimientos que se encarguen del cuidado de la madre y del hijo. Así, para evitar problemas o complicaciones en el embarazo y en el nacimiento es necesario que la madre se mantenga en un estado de revisión constante y que esta revisión se ejecute de manera efectiva. Por lo tanto, el control prenatal se establece como una estrategia médica que propone detectar a tiempo las probables alteraciones durante el embarazo y aquellas que pueden repercutir gravemente durante el parto. De este modo, se busca reducir los índices de mortalidad infantil y materna, sobre todo, en países con elevadas propensiones de padecer estos casos (35).

Control Prenatal

Los controles prenatales son las visitas que hace la gestante para el adecuado monitoreo de su embarazo; estos controles deberían iniciarse lo más antes posible y ser de carácter periódico, continuo e integral; evaluando la parte física, psicológica y social de la gestante (36).

El Modelo de atención de la OMS del 2016 recomienda un número mínimo de ocho controles para tener a una gestante bien controlada; siendo el primero hasta las doce semanas, el segundo y tercer control en el segundo trimestre, y cuatro controles durante el tercer trimestre de gestación. Manifiesta, además, que existe evidencia que ante un mayor número de controles prenatales, sea cual sea el país, se asocia a una mayor salubridad de la madre. Asimismo, recomienda que los encargados de formular las políticas de salud deberían tomar acciones y emplear mayor profesional o personal de salud capacitado en los centros de salud en zonas rurales y/o alejadas. Al igual que capacitar a las parteras según la norma de atención prenatal. Su objetivo, fundamentalmente, es brindar a las gestantes una atención integral individualizada, eficaz y oportuna, con interés en el aspecto psicosocial (37).

En el Perú, el Minsa señala que debe efectuarse al menos seis controles prenatales para tener una gestante protegida y garantizar un cuidado exitoso de la madre y el

feto. Siendo al menos el primer o segundo control realizado por un médico gineco – obstetra o médico cirujano a fin de examinar detalladamente y realizar un examen físico completo pudiendo detectar precozmente cualquier alteración que pueda poner en peligro el embarazo (38).

Considera, también, que la primera atención del cuidado prenatal debe ser antes de las catorce semanas de gestación; es decir, en el primer trimestre, tiempo en que el bebé termina su proceso de organogénesis. Con el fin de poder monitorizar el desarrollo adecuado del feto y de la salud de la madre (38).

Entonces, el control prenatal es un servicio de salud cuyos resultados dependen no solo de la oferta del servicio, sino del adecuado uso que la gestante haga de este servicio, es decir, del beneficio que pueda obtener durante su proceso. Así, para hablar sobre cómo llevar un adecuado proceso de controles se han considerado diversos factores que influyen en la utilización de este, dentro de los que se encuentran los factores de acceso, es decir, aquellos que están mediados por las barreras para tener una cobertura universal, la percepción del propio estado de salud y de los signos de alarma, así como de los cuidados que percibe la madre para asumir una conducta adecuada durante la gestación (39).

Para comprender el uso correcto o incorrecto del control prenatal por parte de la gestante está el Modelo de Promoción de la Salud postulado por Nola Pender que, desde el punto de vista de la enfermería, permite comprender qué motiva a la gestante a asistir o no a cada control. Entonces, busca identificar aquellos factores que promueven a la gestante a tomar una decisión respecto a su salud, incluido está los procesos relacionados a su cognición y a su conducta. Revelando que el haber tenido una experiencia previa podría comprometer más a la gestante a tener más cuidados en su embarazo (40).

Respecto al personal que realiza la atención prenatal, se considera un amplio abanico de profesionales como médico gineco – obstetra, médico cirujano u obstetra; así como de personal de salud capacitado que incluye a trabajadores sanitarios técnicos o auxiliares, quienes adquieren la labor de velar por la salud de la madre, ya que se encargarán de controlar que el embarazo se desarrolle en las mejores condiciones, a

fin de reducir la mortalidad materno - perinatal y, de mejorar esa experiencia en la gestante de cuidado prenatal (41).

Atención prenatal reenfocada

Es la atención integral que abarca un conjunto de procesos multidisciplinarios cuyo objetivo no es solo para con la gestante, sino también, incluir a la pareja y a la familia en los cuidados durante la gestación, parto, puerperio y del bebé en camino. Con énfasis en la prevención, detección oportuna temprana y del adecuado manejo de cualquier complicación o enfermedad (42).

La primera atención debe incluir un correcto llenado de la historia clínica, incluyendo la anamnesis, los antecedentes personales, familiares y obstétricos; y un minucioso examen físico para estar alertas ante cualquier complicación que haya ocurrido en una experiencia previa. Además de, indagar en el aspecto psicosocial para evaluar si existe violencia intrafamiliar, o episodios de ansiedad y depresión (42).

Un examen obstétrico completo es fundamental, evaluando la pelvis y cuello uterino de la gestante en busca de alguna anomalía a nivel cervical, para lo cual se procede a la toma de PAP (Papanicolau), una revisión de las mamas en busca de alguna tumoración o masa. Se procede a la medición de la altura uterina y, se escuchan los ruidos cardiacos fetales que deben oscilar entre 110 y 160 latidos por minuto (42).

Se solicita la primera batería de exámenes auxiliares y de laboratorio que incluye toma de glicemia basal, hemoglobina, tipo de grupo sanguíneo y factor, además de prueba rápida para descartar VIH, hepatitis B y sífilis. Un examen completo de orina o urocultivo para descartar infección de tracto urinario o bacteriuria asintomática que es motivo de tratamiento en gestantes porque puede conllevar a complicaciones de riesgo en el feto. Además de, la primera ecografía de control (42).

Los suplementos vitamínicos no pueden faltar como el ácido fólico que ayuda a prevenir defectos en el tubo neural, cuyo inicio de toma preferentemente debe ser tres meses antes de la gestación y hasta las 12 semanas; para luego complementarlo con

la profilaxis de hierro. Y, a partir de las 20 semanas el calcio que es necesario para la prevención del trastorno hipertensivo durante el embarazo (42).

Complicaciones obstétricas en el Periparto

Se define como los trastornos de causa obstétrica que ocurren inmediatamente antes, durante el parto y dentro de las 24 horas post parto (puerperio inmediato) que ponen en riesgo la salud de la madre y el feto, que necesita intervención inmediata de urgencia (43).

Hemorragia postparto

La ACOG la define como la pérdida de sangre ≥ 1000 ml o aquella con signos o síntomas de hipovolemia hasta las primeras 24 horas postparto (44).

Es la principal causa de muerte materna a nivel mundial, responsable de casi el 25% de todas las muertes relacionadas al embarazo. Aunque la mayoría pudo haberse prevenido mediante una identificación precoz de los factores de riesgo, adecuada cuantificación de la pérdida de sangre en el periparto y un reconocimiento oportuno de los signos y/o síntomas clínicos (45).

Las causas de la hemorragia posparto se pueden clasificar por la mnemónica de las 4 T: tono, traumatismo, tejido y trombina. Siendo la atonía uterina la causa más frecuente de hemorragia postparto, responsable de hasta el 80% de todos los casos. Los factores de riesgo involucrados en la hemorragia posparto incluyen ser mujer de color, tener antecedente de hemorragia postparto, hematocrito inferior al 30%, placenta retenida, detención del progreso durante la segunda etapa del trabajo de parto, una tercera etapa prolongada del trabajo de parto (que se define como más de 30 minutos para que la placenta se separe del útero), macrosomía fetal, trastornos hipertensivos e inducción y aceleración del trabajo de parto. Sin embargo, muchas mujeres desarrollan hemorragia postparto sin ningún factor de riesgo conocido (46).

Trastorno hipertensivo de la gestación

Los trastornos hipertensivos del embarazo son también causas principales de morbilidad y mortalidad materna, especialmente la preeclampsia severa y el síndrome

de Hellp, debido a que se asocian a resultados perinatales y maternos adversos, que incluyen parto prematuro, retraso del crecimiento intrauterino, desprendimiento de placenta, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal y complicaciones a largo plazo de morbilidad cardiovascular. Sin embargo, se han asociado a una atención deficiente, lo que sugiere que pudieron ser prevenibles (47).

Hipertensión gestacional

La hipertensión gestacional se caracteriza por la aparición de novo de hipertensión (PAS \geq 140/90 mmHg o PAD \geq 100 mmHg) después de las 20 semanas de gestación en ausencia de proteinuria (48).

Preeclampsia

Cuando la hipertensión gestacional se asocia a proteinuria (proporción proteína/creatinina en orina puntual \geq 30 mg/mmol o \geq 300 mg/día o al menos 1 g/l en la prueba con tira reactiva), se realiza el diagnóstico de preeclampsia. Sin embargo, la proteinuria no es indispensable para hacer el diagnóstico de preeclampsia, puede estar presente o no. Como también, se puede hacer el diagnóstico si hay evidencia de lesión renal aguda (IRA) materna, disfunción hepática, características neurológicas, hemólisis o trombocitopenia, o restricción del crecimiento fetal. La preeclampsia puede desarrollarse o reconocerse por primera vez durante el parto o en el postparto temprano en algunos casos (48).

Eclampsia

Se diagnostica cuando a la preeclampsia se le asocia convulsiones tónico clónicas generalizadas no atribuibles a otras causas, y que pueden aparecer antes, durante o después del parto. El tratamiento consiste en controlar las convulsiones con sulfato de magnesio, además de tratamiento antihipertensivo (49).

Trabajo de parto prolongado

Se considera cuando la duración del trabajo de parto excede las 20 horas en mujeres primíparas y las 14 horas en mujeres multíparas. Puede ocurrir debido a anomalías en la contracción uterina, otro factor es el tamaño del bebé, el tamaño o forma del conducto pélvico; de los cuales las contracciones uterinas son el único factor impredecible. Por ende, la identificación oportuna del trabajo de parto prolongado y la

intervención a tiempo podría reducir la mortalidad y la morbilidad asociadas al mismo (50).

Corioamnionitis

Es una infección del líquido amniótico, las membranas fetales, la placenta y/o el útero. La clínica abarca fiebre materna que no es atribuible a otra causa junto con dos o más de las siguientes condiciones: taquicardia materna; sensibilidad uterina; líquido amniótico con mal olor; taquicardia fetal y leucocitosis materna. Es causa de complicaciones en la gestante como sepsis materna, endometritis, hemorragia postparto y mayor riesgo de parto por cesárea. Así como de complicaciones neonatales como neumonía, meningitis, hemorragia intraventricular, sepsis y muerte (51).

Desproporción cefalopélvica (DCP)

Es un estado en el que se altera la proporción normal entre el tamaño del feto y el tamaño de la pelvis; es decir, es la disparidad entre el tamaño de la cabeza del feto y la pelvis materna. Este diagnóstico se realiza durante el trabajo de parto, y se puede sospechar en casos de macrosomía, si hay detención de la fase de dilatación, o si hay detención del descenso de la cabeza fetal. Un método simple para identificar a las gestantes con riesgo de DCP es con la talla materna, ya que la probabilidad de DCP incrementa en madres de menor estatura. Debido a que las consecuencias de la tarde detección repercuten gravemente en la madre y el feto, es vital que aquellas gestantes en riesgo de hacer DCP sean identificadas antes del inicio del trabajo de parto para poder derivarlas oportunamente para su cesárea (52).

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

- Complicaciones obstétricas en el periparto: problemas que afectan a gestante antes, durante o inmediatamente después del trabajo de parto.
- Control prenatal: conjunto de chequeos periódicos durante la gestación a fin de monitorizar una adecuada salud del feto y la madre.
- Edad: tiempo cronológico de la madre.
- Región natural: lugar de procedencia de la madre.

- Área de residencia: espacio geográfico en el que vive la madre.
- Nivel educativo: grado académico alcanzado por la madre.
- Índice de riqueza: nivel adquisitivo de la madre.
- Idioma: lengua en la que se comunica y expresa la madre.
- Grupo étnico: que pertenece a una misma ascendencia compartiendo factores culturales y lingüísticos.
- Lugar de parto: establecimiento donde ocurre el nacimiento del bebé.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS

General

Ha: El control prenatal inadecuado (< 6 controles) se asocia a complicaciones obstétricas en el periparto según ENDES 2020.

Hipótesis Específicas

- H1: Los factores sociodemográficos están asociados a complicaciones obstétricas en el periparto.
- H2: El lugar de parto se asocia a complicaciones obstétricas en el periparto.

3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE LA INVESTIGACIÓN

Variable dependiente:

- Complicaciones obstétricas en el periparto

Variable independiente:

- **Control prenatal**
 - CPN inadecuado: < 6 controles / CPN adecuado: ≥ 6 controles
- **Factores sociodemográficos**
 - Edad
 - Región natural
 - Área de residencia
 - Nivel educativo
 - Índice de riqueza
 - Idioma
 - Grupo étnico
- **Lugar de parto**

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo observacional, retrospectivo, en un periodo transversal y analítico, fundamentado en los datos de la ENDES del año 2020.

- Cuantitativo: Los datos fueron numéricos y proporcionales, el método fue estadístico y la información obtenida fue cuantificable (53).
- Observacional: No existe intervención, es decir, no se manipularon las variables, solo se las observó en su ámbito (53).
- Retrospectivo: Los datos empleados fueron en pasado, en concreto, del periodo que abarcó el 2020 (53).
- Transversal: La información fue recopilada en un solo momento (53).
- Analítico: Porque se buscará asociaciones significativas entre variables, las cuales son: complicaciones obstétricas en el periparto, control prenatal, factores sociodemográficos y lugar de parto (53).

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1 Población

La población de esta investigación está constituida por mujeres peruanas de 12 a 49 años que fueron encuestadas por la ENDES en el periodo 2020.

El marco muestral se compone de información estadística y cartográfica recolectadas en dos etapas: la primera por censos nacionales de población y vivienda, y la segunda de registro de edificios y viviendas.

4.2.2 Muestra

4.2.2.1 Tamaño de muestra

La muestra inicial fue de 37 895 mujeres en edad fértil, aplicando los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo una muestra final de 35 430 mujeres peruanas de 12 a 49 años de edad que respondieron preguntas acerca de si presentaron complicaciones en el parto durante su gestación, entrevistadas por la ENDES 2020.

4.2.2.2 Tipo de muestreo

La muestra se caracteriza por ser bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente, a nivel departamental y por área urbana y rural.

4.2.2.3 Criterios de selección de la muestra

4.2.3.1 Criterios de inclusión

- Mujeres de 12 a 49 años entrevistadas por la ENDES.
- Mujeres que hayan tenido al menos un parto.
- Mujeres que consignen datos sobre su control prenatal.

4.2.3.2 Criterios de exclusión

- Mujeres que no hayan completado adecuadamente la encuesta.

4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Ver Anexo 9.

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La ENDES utilizó como técnica la encuesta y los instrumentos fueron tres. Esta investigación se trabajó con una base de datos secundaria que se encontró en la página web del INEI. Las bases de datos se descargaron en SPSS versión 27.0, las mismas fueron procesadas y analizadas en dicho software.

4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se ingresó a la página web del INEI y se descargaron las bases de datos afines a la presente investigación, se consideraron varios módulos, los cuales fueron unidos para obtener los resultados; entre estos se configuró la variable Complicaciones obstétricas en el periparto, cuyas etiquetas correspondieron a trabajo de parto prolongado (S426GA), sangrado excesivo después del parto (S426GB), fiebre alta con sangrado vaginal maloliente (S426GC), convulsiones no causales por fiebre (S426GD) y otras complicaciones (S426GE). También la variable Control prenatal (M14); asimismo, la variable Factores sociodemográficos, cuyas etiquetas correspondieron a edad (V012), región natural (SREGION), área de residencia (V025), nivel educativo (V106), índice de riqueza (V190), idioma (S119), grupo étnico (S119D). Y finalmente, la variable Lugar de parto, las cuales fueron empleadas para el posterior análisis.

4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La base de datos fue descargada de la página web del INEI en formato SPSS versión 27.0, de igual manera, se realizó el análisis estadístico en dicho programa.

Se analizaron las variables cualitativas en tablas de frecuencias con su respectivo porcentaje. Luego, para evaluar la asociación entre dichas variables cualitativas, se utilizó el estadístico F corregida; para la evaluación de los factores de riesgo se utilizó la razón de prevalencia cruda (RP_c) con su intervalo de confianza respectivo; por

último, a través de un modelo de regresión de Poisson con varianza robusta se calculó la razón de prevalencia ajustada (RP_a).

Para el análisis inferencial, se utilizó un nivel de confianza de 95% con una significancia estadística de $p < 0.05$, como también, se elaboró el análisis CSPLAN para muestras complejas tomando en cuenta el factor de ponderación y de acuerdo al diseño de la muestra.

Asimismo, se obtuvo el coeficiente de variación para verificar la confiabilidad de los resultados y el tamaño de muestra.

4.7. ASPECTOS ÉTICOS

La actual tesis de investigación fue aprobada por el comité de ética del Instituto de Ciencias Biomédicas de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma (URP). Además, se debe considerar que todo procedimiento que se realizó en el estudio preservó la integridad y los derechos fundamentales de los datos personales de las encuestadas. Por ello, se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos de la ENDES 2020, ya que fueron anónimos. No se consideró necesario el consentimiento informado porque la obtención de los datos se realizó mediante esa base de datos secundaria descargada del INEI.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

Tabla N°5. Análisis univariado de complicaciones obstétricas en el periparto y factores asociados según ENDES 2020

		n	%	Coefficiente variación (%)
Complicaciones obstétricas en el periparto	Total	35430	100.0	1.24
	No	33362	94.2	1.31
	Sí	2068	5.8	2.73
Control Prenatal	Total	35430	100.0	1.24
	≥ 6 CPN	34486	97.3	1.27
	< 6 CPN	944	2.7	3.78
Factores sociodemográficos				
Edad	Total	35430	100.0	1.24
	Entre 19 y 34 años	14605	41.2	1.65
	< 18 años	7741	21.8	2.07
	≥ 35 años	13084	36.9	1.56
Región natural	Total	35430	100.0	1.24
	Resto de costa	8877	25.1	2.19
	Lima Metropolitana	12776	36.1	2.93
	Sierra	9127	25.8	2.20
	Selva	4650	13.1	3.07
Área de residencia	Total	35430	100.0	1.24
	Urbano	28112	79.3	1.50
	Rural	7318	20.7	1.64
Nivel educativo	Total	35430	100.0	1.24
	Superior	12340	34.8	2.23
	Primario	5918	16.7	2.03
	Secundario	16767	47.3	1.57

	Sin educación	404	1.1	6.67
Índice de riqueza	Total	35430	100.0	1.24
	Rico	13975	39.4	2.57
	Medio	7396	20.9	2.78
	Pobre	14059	39.7	1.59
Idioma	Total	35430	100.0	1.24
	Castellano	30915	87.3	1.40
	No castellano	4515	12.7	2.62
Grupo étnico	Total	35430	100.0	1.24
	Blanco	2685	7.6	3.92
	Mestizo	17768	50.2	1.88
	Otros	14976	42.3	1.58
Lugar de parto	Total	35430	100.0	1.24
	EESS	35079	99.0	1.26
	Domicilio	351	1.0	6.65

Fuente: Elaboración propia en base a los datos ENDES 2020.

Respecto al total de mujeres entrevistadas por la ENDES 2020 que tuvieron al menos un parto, en la **Tabla N°1**, se encontró que una prevalencia del 5.8% presentó complicaciones obstétricas en el parto.

En referencia al control prenatal, un 2.7% presentó < 6 controles (inadecuado). En cuanto a los factores sociodemográficos maternos, según la edad, el 41.2% tiene entre 19 y 34 años; según la región natural a la que pertenecen, el 36.1% es de Lima metropolitana, seguido del 25.8% que es de la sierra; en relación al área de residencia, el 79,3% vive en zona urbana; según el nivel educativo, el 47.3% estudió hasta la secundaria y el 34.8% tiene estudio superior; según el índice de riqueza, el 39.7% es pobre y el 39.4% es rico; respecto al idioma, el 87.3% habla castellano; según el grupo étnico, el 50.2% es mestizo. En referencia al lugar de parto, el 99% fue en un establecimiento de salud.

Tabla N°6. Análisis bivariado con F corregida de complicaciones obstétricas en el periparto y factores asociados según ENDES 2020

Fuente: Elaboración propia en base a los datos ENDES 2020.

		Complicaciones obstétricas en el periparto							
		Total		No		Sí		F corregida	p valor
		n	%	n	%	n	%		
* Significancia estadística p<0,05									
Control Prenatal	Total	35430	100.0	33362	100.0	2068	100.0	536.015	0.000*
	≥ 6 CPN	34486	97.3	32670	97.9	1816	87.8		
	< 6 CPN	944	2.7	692	2.1	253	12.2		
Factores sociodemográficos									
Edad	Entre 19 y 34 años	14605	41.2	13217	39.6	1388	67.1	346.203	0.000*
	< 18 años	7741	21.8	7684	23.0	56	2.7		
	≥ 35 años	13084	36.9	12460	37.3	624	30.2		
Región natural	Resto de costa	8877	25.1	8397	25.2	480	23.2	1.001	0.377
	Lima metropolitana	12776	36.1	12015	36.0	760	36.8		
	Sierra	9127	25.8	8572	25.7	555	26.9		
	Selva	4650	13.1	4378	13.1	272	13.2		
Área de residencia	Urbano	28112	79.3	26507	79.5	1605	77.6	3.309	0.069
	Rural	7318	20.7	6854	20.5	463	22.4		
Nivel educativo	Superior	12340	34.8	11609	34.8	731	35.3	1.656	0.182
	Primario	5918	16.7	5612	16.8	307	14.8		
	Secundario	16767	47.3	15762	47.2	1006	48.6		
	Sin educación	404	1.1	380	1.1	24	1.2		
Índice de riqueza	Rico	13975	39.4	13282	39.8	693	33.5	10.127	0.000*
	Medio	7396	20.9	6947	20.8	449	21.7		
	Pobre	14059	39.7	13133	39.4	926	44.8		
Idioma	Castellano	30915	87.3	29214	87.6	1701	82.3	44.351	0.000*
	No castellano	4515	12.7	4148	12.4	367	17.7		
Grupo étnico	Blanco	2685	7.6	2538	7.6	148	7.1	6.681	0.001*
	Mestizo	17768	50.2	16812	50.4	956	46.2		
	Otros	14976	42.3	14012	42.0	964	46.6		
	EESS	35079	99.0	33058	99.1	2021	97.7	40.366	0.000*

Lugar de parto	Domicilio	351	1.0	304	0.9	48	2.3
----------------	-----------	-----	-----	-----	-----	----	-----

En la **Tabla N°2**, bivariada con F corregida, se demuestra que el control prenatal; factores sociodemográficos maternos como la edad, índice de riqueza, idioma, grupo étnico; y el lugar de parto están asociados significativamente con complicaciones obstétricas en el periparto, con un valor $p < 0.05$. No encontrándose asociación con región natural, área de residencia y nivel educativo.

Tabla N°7. Análisis bivariado con RP crudo de complicaciones obstétricas en el periparto y factores asociados según ENDES 2020

Complicaciones obstétricas en el periparto					
	Parámetro	p valor	RP crudo	IC95%	
				Inferior	Superior
Control Prenatal	< 6 CPN	0.000*	5.549	4.945	6.227
	≥ 6 CPN		Ref		
Edad	≥ 35 años	0.000*	0.482	0.438	0.531
	< 18 años	0.000*	0.071	0.054	0.095
	Entre 19 y 34 años		Ref		
Región natural	Selva	0.002*	0.764	0.642	0.910
	Sierra	0.808	1.015	0.900	1.145
	Lima Metropolitana	0.581	1.032	0.924	1.152
	Resto de costa		Ref		
Área de residencia	Rural	0.231	1.068	0.959	1.189
	Urbano		Ref		
Nivel educativo	Sin educación	0.884	1.031	0.689	1.542
	Secundario	0.559	1.029	0.935	1.133
	Primario	0.040*	0.867	0.756	0.994
	Superior		Ref		
Índice de riqueza	Pobre	0.000*	1.239	1.121	1.368
	Medio	0.001*	1.222	1.087	1.373
	Rico		Ref		
Idioma	No castellano	0.000*	1.319	1.169	1.489
	Castellano		Ref		

Grupo étnico	Otros	0.255	1.103	0.931	1.307
	Mestizo	0.516	0.946	0.799	1.120
	Blanco		Ref		
Lugar de parto	Domicilio	0.000*	2.671	2.094	3.408
	EESS		Ref		

Fuente: Elaboración propia en base a los datos ENDES 2020.

* Significancia estadística $p < 0,05$

En la **tabla N°3**, bivariada con RP crudo, se evidencia que tener < de 6 controles prenatales (inadecuado) incrementa la prevalencia de complicaciones obstétricas en el periparto con un RP_c de 5,54 (IC95%: 4,94 – 6,22).

Respecto a los factores sociodemográficos, aumentan la prevalencia de complicaciones obstétricas en el periparto ser pobre con un RP_c de 1,23 (IC95%: 1,12 – 1,36), ser de estrato medio con un RP_c de 1,22 (IC95%: 1,08 – 1,37), y no hablar castellano con un RP_c de 1,31 (IC95%: 1,16 – 1,48). No aumentan la prevalencia de complicaciones obstétricas en el periparto tener edad menor de 18 años con un RP_c de 0,07 (IC95%: 0,05 – 0,095) y mayor igual a 35 años con un RP_c de 0,48 (IC95%: 0,43 – 0,53), ser procedente de la selva con un RP_c de 0,76 (IC95%: 0,64 – 0,91), y haber estudiado la primaria con un RP_c de 0,86 (IC95%: 0,75 – 0,99).

En referencia al lugar de parto, cuando este fue en domicilio, aumenta la prevalencia de complicaciones obstétricas en el periparto con un RP_c de 2,6 (IC95%: 2,09 – 3,40).

No se encontró asociación estadística con las variables área de residencia y grupo étnico con complicaciones obstétricas en el periparto, ya que el intervalo de confianza contiene a la unidad.

Tabla N°8. Análisis multivariado con RP ajustado de complicaciones obstétricas en el periparto y factores asociados según ENDES 2020

Complicaciones obstétricas en el periparto					
Variables	Parámetro	p valor	RP	IC95%	
			ajustado	Inferior	Superior
Control Prenatal	< 6 CPN	0.000*	3.696	3.252	4.201
	≥ 6 CPN		Ref		
Edad	≥ 35 años	0.000*	0.508	0.458	0.563
	< 18 años	0.000*	0.071	0.053	0.095
	Entre 19 y 34 años		Ref		
Región natural	Selva	0.000*	0.713	0.596	0.852
	Sierra	0.406	0.945	0.828	1.079
	Lima Metropolitana	0.215	1.074	0.959	1.203
	Resto de costa		Ref		
Área de residencia	Rural	0.721	1.025	0.893	1.177
	Urbano		Ref		
Nivel educativo	Sin educación	0.609	1.114	0.737	1.685
	Secundario	0.000*	1.379*	1.242	1.531
	Primario	0.079	1.158	0.983	1.365
	Superior		Ref		
Índice de riqueza	Pobre	0.012*	1.183	1.038	1.350
	Medio	0.025*	1.146	1.018	1.291
	Rico		Ref		
Idioma	No castellano	0.157	1.105	0.962	1.269
	Castellano		Ref		
Grupo étnico	Otros	0.677	1.037	0.874	1.231
	Mestizo	0.402	0.930	0.786	1.101
	Blanco		Ref		
Lugar de parto	Domicilio	0.121	1.253	0.942	1.666
	EESS		Ref		

Fuente: Elaboración propia en base a los datos ENDES 2020.

* Significancia estadística $p < 0,05$

En la **tabla N°4** multivariada, se evidencia que las mujeres con menos de 6 controles prenatales (inadecuado) tienen 3,69 más veces la prevalencia de complicaciones obstétricas en el periparto respecto a las que tuvieron de 6 controles a más (RP_a: 3,69; IC95%: 3,25 – 4,20). En cuanto a los factores sociodemográficos maternos, aquellas con

estudio secundario tienen 1,3 más veces la prevalencia de complicaciones respecto a las que indicaron estudio superior ($RP_a: 1,37$; $IC95\%: 1,24 - 1,53$); ser de riqueza pobre y media tienen 1,18 y 1,14 más veces la prevalencia de complicaciones obstétricas en el periparto respecto al índice rico ($RP_a: 1,18$; $IC95\%: 1,03 - 1,35$ y $RP_a: 1,14$; $IC95\%: 1,01 - 1,29$ respectivamente). Además, las mujeres con edad menor a 18 años y mayor igual a 35 años tienen 0,07 y 0,50 menos veces la prevalencia de complicaciones obstétricas en el periparto respecto a las de 19 y 34 años ($RP_a: 0,07$; $IC95\%: 0,05 - 0,09$ y $RP_a: 0,50$; $IC95\%: 0,45 - 0,56$ respectivamente), así como aquellas procedentes de la selva presentan 0,71 menos veces la prevalencia de complicaciones respecto a las del resto de la costa ($RP_a: 0,71$; $IC95\%: 0,59 - 0,85$).

Por otro lado, no se encontró asociación estadísticamente significativa con las variables área de residencia, idioma, grupo étnico y lugar de parto; con un $p\text{-valor} > 0,05$.

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A partir de los resultados encontrados, se evidencia en el presente trabajo de investigación, la asociación entre el control prenatal inadecuado (< 6 controles) y las complicaciones obstétricas en el periparto (RP_a: 3,69; IC95%: 3,25 – 4,20), este resultado se asemeja al estudio de Méndez et al., quien reporta que un control prenatal que no es de calidad se asocia a mayores complicaciones obstétricas (RP:1,20; IC95%: 1,14 – 1,27) según la ENDES, y describe un control de calidad como el que cumple un conjunto de intervenciones propuestas por el Ministerio de Salud que promueven la buena salud del binomio materno – fetal (25). De igual manera, Montenegro y Arango, hallaron un OR ajustado de 4,5 veces para control prenatal insuficiente y mayor probabilidad de presentar complicaciones puerperales (OR: 4,5; IC95%: 2,13 – 9,2), estudio de casos y controles, cuya información fue recolectada de historias clínicas (54). Así también, Gonzales, en su investigación, encuentra que el tener controles prenatales insuficientes de antecedente en una población de adolescentes en un hospital de Piura, se asocia a 6,1 veces la posibilidad de complicaciones maternas ($p < 0,05$) (28). Asimismo, según Núñez et al. en su estudio de pacientes atendidas en un centro materno infantil peruano, la cantidad de complicaciones que presenta la gestante durante su embarazo es significativamente mayor ($p < 0,05$) cuando esta presenta controles prenatales inadecuados (< 6 controles o si estos no se distribuyen durante los tres trimestres de la gestación), cuyos resultados arrojaron mayor prevalencia de parto prematuro, infecciones del tracto urinario, anemia, ruptura prematura de membranas e inadecuada ganancia de peso gestacional (33). Como también, Linard et al. en su análisis de tipo cohorte, refiere que mujeres de Francia, con un porcentaje de controles prenatales menor al 50%, presentó mayor riesgo de morbilidad materna grave (OR_a: 2,40; IC 95%: 1,38 – 4,17), en comparación con las que presentaban un 50 a 79 % de controles. Siendo ocho el número mínimo de controles recomendados (20).

Respecto a los factores sociodemográficos maternos, referente a la edad, se encontró que las gestantes menores de 18 años y mayor igual de 35 años presentan menor probabilidad de tener complicaciones obstétricas en el periparto (RP_a: 0,07; IC95%: 0,05 – 0,09 y RP_a: 0,50; IC95%: 0,45 – 0,56 respectivamente), este resultado puede coincidir con los encontrados por Quispe et al. que halló que el grupo de gestantes adultas (de 19 a 34 años) tuvo el mayor porcentaje de preeclampsia (60%), complicación obstétrica que constituye en el año 2020 la primera causa de muerte materna en el Perú, refutando que las edades

jóvenes tienen mayor incidencia de hipertensión durante la gestación (55). Sin embargo, discrepa con Balestena et al. que encontró que ser gestante añosa (mayor igual de 35 años) es un factor de riesgo para complicaciones obstétricas, siendo la principal los trastornos hipertensivos, agregando que “el riesgo de complicaciones hipertensivas de la gestación se incrementa constantemente según la mujer envejece”. Además, refiere asociación con otras complicaciones como diabetes gestacional, RCIU, entre otros (56). Quizá esta contradicción se deba a que la mayoría de casos de preeclampsia ocurran en nulíparas sin factor de riesgo previo, siendo otro factor de riesgo importante la edad materna mayor a 35 años (47).

Respecto a la región natural, se encontró que proceder de la selva se asocia a menores complicaciones obstétricas en el periparto (RP_a: 0,71; IC95%: 0,59 – 0,85). Este resultado coincide con Méndez et al., en su estudio basado en la ENDES 2017 – 2019, que afirma lo mismo referente a la región selva (RP: 0,90; IC95%: 0,83 – 0,97), asimismo, dicho estudio reporta que ser natural de Lima metropolitana y de la sierra se asocian a mayor riesgo con un RP: 1,38 y RP: 1,25 (25). Lo que se puede explicar con el boletín de situación epidemiológica del país, el cual indica que proceder de Lima Metropolitana representó el 64% de muertes maternas en el 2020, porcentaje incrementado respecto a años anteriores; en contraste con las provincias de la selva (5).

No se halló asociación entre el área de residencia y complicaciones obstétricas en el periparto (p valor: 0,72). Sin embargo, sí con el nivel educativo, se encontró que quienes tienen estudios secundarios presentaron mayor complicación (RP_a: 1,37; IC95%: 1,24 – 1,53) respecto a los que tienen estudio superior. Lo que es similar al estudio de Heredia et al., que encontró asociación entre el nivel educativo y provenir de una zona rural con probabilidad de presentar complicaciones obstétricas (p=0.01 y p<0.01), refiriendo que el grado de instrucción influye en el estilo de vida, por lo que se puede deducir que, a mayor grado de instrucción hay una mayor percepción sobre los signos de alarma del embarazo y, por ende, una conducta precoz ante los mismos (57). Asimismo, Oduse et al. menciona una gran disparidad entre las áreas rurales y urbanas en cuanto a la atención prenatal recibida, responsabilizando a los factores socioeconómicos y argumentando que una mayor educación y exposición a los medios son características de las mujeres urbanas, lo que las hace más propensas a utilizar los servicios de salud materna que las mujeres rurales (19).

Mujeres de índice pobre y medio representaron mayor posibilidad de presentar complicaciones obstétricas en el periparto respecto al rico (RP_a : 1,18; IC95%: 1,03 – 1,35 y RP_a : 1,14; IC95%: 1,01 – 1,29 respectivamente), probablemente debido a que la pobreza está relacionada a malas condiciones sanitarias que se explican en las brechas de acceso a los servicios de salud entre estratos sociales. No obstante, es un derecho recibir una atención de salud integral con cobertura universal.

Respecto al idioma, se halló que hablar una lengua diferente al castellano es un factor de riesgo para complicaciones obstétricas en el periparto (RP_c :1,31; IC95%: 1,16 – 1,48). Probablemente ocurra por el poco entendimiento entre la paciente y el servidor durante las atenciones cuando hablan distintas lenguas, lo que limita que se explique adecuadamente cómo reconocer los signos de alarma de la gestación precozmente y cómo actuar ante la misma. Por lo que es importante que todo personal de salud considere aprender lo básico de otras lenguas peruanas como el quechua para poder comprender y ayudar las necesidades de salud de comunidades alejadas.

No se encontró asociación con el grupo étnico y complicaciones obstétricas. Sin embargo, Allauca et al. encuentra en su estudio que las embarazadas de etnia negra presentaban un riesgo significativo ($p=0.02$) de presentar preeclampsia (OR: 2,1; IC95: 1,1 – 3,9), y un riesgo aún mayor las que refirieron tener padres con características faciales negras (OR:3,43; IC95%: 1,6 – 7,4) (58). Según el Centro Nacional de Epidemiología, pertenecer al grupo étnico mestizo se lleva el mayor porcentaje de muertes maternas en los últimos años, lo que es evidente, ya que viene a ser la raza predominante en el país. (5)

El lugar de atención del parto y las complicaciones obstétricas en el periparto se encontraron asociados, hallándose el parto domiciliario como factor de riesgo (RP_c :2,67; IC95%: 2,09 – 3,40). El porcentaje de parto domiciliario que arroja el presente estudio es de un 1%, por lo que se debe continuar implementando acciones de intervención para disminuir su incidencia y estrategias para conseguir una cobertura total de controles prenatales e ir promoviendo el parto institucional. Estos datos son similares a los reportados por el INEI, que describe que hasta el año 2020, el porcentaje de alumbramientos institucionales fue del 94.3%, siendo la sierra y la selva las regiones con los menores porcentajes del mismo (15).

Las limitaciones de este estudio radican en que, al basarse en una fuente de datos secundaria, se limitó solo a escoger variables que estaban incluidas en la encuesta, a las cuales se tuvo que ceñir el autor. Asimismo, el procesamiento de los datos fue complejo, ya que por datos perdidos se tuvo que omitir variables. Además, al ser un estudio transversal, se puede entablar asociación entre las variables, mas no causalidad.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

Conclusión general:

- El control prenatal inadecuado (< 6 controles) se asocia de manera significativa a complicaciones obstétricas en el parto según ENDES 2020.

Conclusiones específicas:

- Los factores sociodemográficos asociados significativamente a complicaciones obstétricas en el parto son edad, región natural, nivel educativo e índice de riqueza.
- El lugar de parto no está asociado significativamente a complicaciones obstétricas en el parto.

6.2. RECOMENDACIONES

- Ya que el control prenatal inadecuado es responsable importante en el desarrollo de complicaciones obstétricas, el presente trabajo de investigación puede ser utilizado como una guía referencial para fomentar futuras investigaciones que involucren a factores asociados a la inasistencia al control prenatal y a complicaciones obstétricas, ya sea en una población clínica, o en una fuente de datos secundaria validada.
- Atención por parte del gobierno para atender las desigualdades sanitarias reflejadas en los factores sociodemográficos, promoviendo un trato humanizado integral, reforzando la calidad de atención primaria y con una cobertura de salud total.
- Se sugiere, al Ministerio de Salud, continuar promoviendo el parto institucional, y capacitando al personal de salud en busca de solución a barreras culturales que impiden que la gestante lleve una experiencia positiva y segura de atención, como también, orientar y educar a la gestante respecto a los signos de alarma que pudieran presentarse para que los identifique de manera precoz y acuda a un establecimiento de salud, a fin de que reciba la atención oportuna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Mortalidad materna. Nota de prensa. Organización Mundial de la Salud; 2019.
2. OPS. Salud Materna. Informe de salud. Organización Panamericana de Salud; 2020.
3. Aristizábal J, Gómez G, Lopera J, Orrego L, Restrepo J, Monsalve G, et al. Paciente obstétrica de alto riesgo: ¿dónde debe realizarse su cuidado periparto? Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2015; 56(2).
4. Montenegro E, Arango-Ochante P. Complicaciones obstétricas durante puerperio mediato, en relación a la nueva clasificación de embarazo a término de la ACOG, en el hospital de Vitarte, año 2018. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 2020; 9(4): p. 16-22.
5. MINSA. Guías de prácticas clínicas para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive Lima: Ministerio de Salud; 2017.
6. OMS. Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Informe Técnico. Organización Mundial de la Salud; 2018.
7. Kusanovic E, Oyarzún J. Emergencies in obstetrics. Revista Médica Clínica Las Condes. 2011; 22(3): p. 316-331.
8. Ngwenya S. Postpartum hemorrhage: incidence, risk factors, and outcomes in a low-resource setting. International Journal of Women's Health. 2016; 2(8).
9. OPS. Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible Suiza: Organización Panamericana de Salud; 2020.
10. OPS. Protocolo de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna Bogotá: Organización Panamericana de Salud; 2016.
11. OPS. Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU. [Online].; 2021 [cited 2022 marzo 25. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9552:2014-11-countries-latin-america-caribbean-reduced-maternal-mortality-new-data-show&Itemid=1926&lang=es#:~:text=Los%20cinco%20pa%C3%ADses%20con%20raz%C3%B3n,%20y%20Surinam%20\(130\).](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9552:2014-11-countries-latin-america-caribbean-reduced-maternal-mortality-new-data-show&Itemid=1926&lang=es#:~:text=Los%20cinco%20pa%C3%ADses%20con%20raz%C3%B3n,%20y%20Surinam%20(130).)
12. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. Protocolo: Coronavirus (Covid-19) y gestación. Clínica Barcelona; 2019.

13. Dávila C, Hinojosa R, Espinola M, Torres E, Guevara E, Espinoza Y, et al. Maternal-perinatal outcomes in pregnant women with COVID-19 in a level III Hospital in Peru. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2021; 38(1): p. 58-63.
14. MINSA. Control prenatal ayuda a prevenir complicaciones del embarazo. Nota Informativa. Lima: Ministerio de Salud; 2015.
15. INEI. Encuesta Demográfica y Salud Familiar. In *Informática INdEe. Salud materna*. Lima: Ministerio de Salud; 2020. p. 159-190.
16. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*. 2014; 2(6): p. 323-333.
17. Mazza M, Vallejo C, González M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2012; 72(4): p. 233-248.
18. Barros L, Velasco E. Factores asociados a la falta de control prenatal en América latina y su relación con las complicaciones obstétricas. *Enfermería Investiga*. 2022; 7(1): p. 58-66.
19. Oduse S, Temesgen Z, North. Decomposing the urban-rural inequalities in the utilisation of maternal health care services: evidence from 27 selected countries in Sub-Saharan Africa. *Reproductive Health*. 2021 octubre; 18(1): p. 216.
20. Linard M, Blondel B, Estellat C, Deneux C. Association between inadequate antenatal care utilisation and severe perinatal and maternal morbidity: an analysis in the PreCARE cohort. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2018; 125(5): p. 587-595.
21. Maldonado C, Medina O. Social support and marginalization as determinants of prenatal care in women with social security in Mexico. *Gaceta Medica de Mexico*. 2018; 154(2): p. 180-184.
22. Shah J, Revere F, Toy E. Improving Rates of Early Entry Prenatal Care in an Underserved Population. *Maternal and Child Health Journal*. 2018 diciembre; 22(12): p. 1738-1742.
23. Gadson A, Akpovi R, Mehta P. Exploring the social determinants of racial/ethnic disparities in prenatal care utilization and maternal outcome. *Seminars in Perinatology*. 2017 agosto; 41(5): p. 308-317.
24. Ping Y, Hornetz A, Dahlui Y. Antenatal Care Utilisation and Content between Low-Risk and High-Risk Pregnant Women. *Comparative Study*. 2016 marzo; 24(3).

25. Méndez S, Morales T, Chanduví G, Arango P. Asociación entre el control prenatal y las complicaciones obstétricas maternas periparto y postparto. ENDES 2017 al 2019. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2021; 21(4): p. 758-769.
26. Eusebio L. Complicaciones obstétricas y neonatales asociadas a pielonefritis aguda en el embarazo. Hospital María Auxiliadora. 2019. Tesis de maestría. Lima: Universidad César Vallejo; 2021.
27. Chuquiruna S. Factores de riesgo y complicaciones obstétricas relacionadas a la muerte materna durante el parto y puerperio. Hospital Belén De Trujillo. 2013- 2016. Tesis de licenciatura. Trujillo: Universidad César Vallejo; 2020.
28. Gonzales L. Complicaciones materno-perinatales en gestantes adolescentes y el control prenatal insuficiente en el Hospital Santa Rosa - Piura, enero a diciembre 2018. Tesis de licenciatura. Piura: Universidad Privada Antenor Orrego; 2020.
29. Yangali N. Complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Centro de Salud Huaccana, 2016. Tesis de maestría. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2020.
30. Aparicio J, Salcedo S. Complicaciones obstétricas en multigestas adolescentes. Hospital Nacional Dos de Mayo 2009-2013. Diagnóstico. 2019; 58(1): p. 17-22.
31. Ayol L, Andrade V, Cedeño N. Control prenatal y complicaciones obstétricas en Colombia Perú y Ecuador. Tesis de licenciatura. Milagro: Universidad Estatal de Milagro; 2019.
32. Hernández V, Vargas F, Bendezu Q. Factores asociados a la calidad de la atención prenatal en Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2019; 36(2).
33. Núñez R, Moquillaza V, García J. Complicaciones obstétricas asociadas al control prenatal. Perinatología y Reproducción Humana. 2019; 33: p. 58-65.
34. Remuzgo S, Maúrtua N. 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 licenciatura. Lima: Universidad Sergio Bernal; 2018.
35. Piña E. Determinantes sociales de la salud que influyen en la adherencia al control prenatal. Revista Publicando. 2020; 7(26): p. 54-62.
36. MINSA. Norma técnica de Salud. Atención integral y diferenciada durante el embarazo, parto y puerperio. Informe técnico. Ministerio de Salud; 2019.

37. OMS. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Resumen. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2018.
38. MINSA. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva Lima: Ministerio de Salud; 2004.
39. Hoevelmann J, Muller E, Hohlfeld A, Böhm M, Sliwa K, Engel M, et al. Outcomes and complications of peripartum cardiomyopathy: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Cardiovascular medicine*. 2021; 11(10): p. 1-8.
40. Peltan I, Brown C, Burke A, Chow E, Rowhani-Rahbar A, Crull M. The July effect on maternal peripartum complications before and after resident duty hour reform: a population-based retrospective cohort study. *American Journal of Perinatology*. 2017; 34(8): p. 818-825.
41. Punt M, Waning M, Mauser-Bunschoten E, Kruip M, Eikenboom J, Nieuwenhuizen L, et al. Maternal and neonatal bleeding complications in relation to peripartum management in hemophilia carriers: A systematic review. *Blood Reviews*. 2021; 49: p. 1-8.
42. MINSA. Resolución Ministerial N.º 827-2013-MINSA. Resolución Ministerial. Lima: Ministerio de Salud; 2013.
43. Fawed O, Erazo A, Carrasco J, Gonzales D, Mendoza A, Mejía M, et al. Obstetric Complications in Adolescent and Adult Women with or without Associated Risk Factors, Honduras 2016. *iMedPub Journals*. 2016; 12(4): p. 1-7.
44. Venkatesh K, Strauss R, Grotegut C, Heine P, Chescheir N. Machine Learning and Statistical Models to Predict Postpartum Hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology*. 2020; 135(4): p. 935-944.
45. Andrikopoulou M, Alton D. Postpartum hemorrhage: early identification challenges. *Seminars in Perinatology*. 2019; 43(1): p. 11-17.
46. Watkins E, Stem K. Postpartum hemorrhage. *Women's Health*. 2020; 33(4): p. 29-33.
47. Butwick A, Druzin M, Shaw G. Evaluation of US State–Level Variation in Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*. 2020; 3(10): p. 1-12.
48. Brown M, Magee L, Kenny L, Karumanchi A, McCarthy F. Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Hypertension*. 2018; 72(1): p. 24-43.
49. Madhusudan R, Sumesh U. Hypertensive disorders in pregnancy. *Indian Journal of Anaesthesia*. 2018; 62(9): p. 675-681.
50. Wulansari I, Yusuf N, Haji C. Prolonged Labor Characteristics: A Study in Gorontalo. *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan*. 2020; 7(1): p. 23-28.

51. Alrowaily N, D'Souza R, Dong S, Chowdhury S, Ryu M, Ronzoni S. Determining the optimal antibiotic regimen for chorioamnionitis: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2020; 100: p. 818-831.
52. Kurian A, Roy I, Saikia N, Mihsill K, Halder S. Evaluation of maternal anthropometric measurements to predict cephalopelvic disproportion in nulliparous women in rural Meghalaya. *International Journal of Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2021; 5(6): p. 119-122.
53. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativas, cualitativas y mixtas México D.F: Mc Graw Hill; 2019.
54. Montenegro Rivera E, Arango-Ochante PM. Complicaciones obstétricas durante puerperio mediato, en relación a la nueva clasificación de embarazo a término de la ACOG, en el hospital de Vitarte, año 2018. *Investigación Materno Perinatal* [Internet]. 2021 [citado el 3 de junio de 2022];9(4):16–22. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/complicaciones-obstetricas-puerperio>
55. Vista de Complicaciones maternas y fetales de la Preeclampsia diagnosticadas en un hospital del sur del Perú, 2013 [Internet]. Edu.pe. [citado el 3 de junio de 2022]. Disponible en: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/160/153>
56. Balestena Sánchez JM, Pereda Serrano Y, Milán Soler JR. La edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstétricas y del nacimiento. *Rev cienc médicas Pinar Río* [Internet]. 2015 [citado el 3 de junio de 2022];19(5):789–802. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000500004
57. Rafael-Heredia A, Iglesias-Osores S. Factores asociados a complicaciones obstétricas en madres primigestas en un hospital amazónico de Perú. *Universidad Médica Pinareña* [Internet]. 2020 [citado el 3 de junio de 2022];17(1):531. Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/531/808>
58. Allauca Cali A, Bermúdez V, Rojas J. Complicaciones obstetricas y perinatales en embarazadas con diabetes gestacional, pre-eclampsia severa o ambas, en el Hospital Enrique C. Sotomayor, Guayaquil - Ecuador. *Diabetes int* [Internet]. 2014 [citado el 3 de junio de 2022];6(1):1–9. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/es/revista/diabetes-internacional/articulo/complicaciones-obstetricas-y-perinatales-en-embarazadas-con-diabetes-gestacional-pre-eclampsia-severa-o-ambas-en-el-hospital-enrique-c-sotomayor-guayaquil-ecuador>

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis “ASOCIACIÓN ENTRE EL CONTROL PRENATAL Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL PERIPARTO SEGÚN ENDES 2020”, que presenta la SR(A). KELLY JANNETH NAJARRO ROJAS – 76143143 para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Mg. Alfonso J. Gutiérrez Aguado
ASESOR DE TESIS

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 20 de octubre de 2021

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos
Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Srta. Kelly Janneth Najarro Rojas de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Mg. Alfonso J. Gutiérrez Aguado

Lima, 20 de Octubre del 2021

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas



Oficio Electrónico N°048-2022-INICIB-D

Lima, 17 de mayo de 2022

Señorita
KELLY JANNETH NAJARRO ROJAS

Presente.

ASUNTO: Aprobación del cambio de Título - Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Título del Proyecto de Tesis "ASOCIACIÓN ENTRE EL CONTROL PRENATAL Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL PERIPARTO SEGÚN ENDES 2020", presentado ante el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido revisado y aprobado.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente.

Prof. Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas PhD, MSc, MD.
Director del Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas.
Director del VIII Curso Taller de Titulación por Tesis.
Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.

"Formamos seres humanos para una cultura de paz"

Av. Benavides 9402 - Urb. Los Barrios - Surco
Aptdo. postal 1821, Lima 18 - Perú
www.urp.edu.pe

Central 728-0000
Anexo 8028

ANEXO 4: APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



CONSTANCIA

El Presidente del Comité de Etica de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

Título: "ASOCIACIÓN ENTRE EL CONTROL PRENATAL Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL PERIPARTO SEGÚN ENDES 2020"

Investigadora:

KELLY JANNETH NAJARRO ROJAS

Código del Comité: PG 217 - 2021

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría EXENTO DE REVISIÓN por un período de 1 año.

Exhortamos al investigador (a) la publicación del trabajo de tesis concluido para colaborar con desarrollo científico del país.

Lima, 31 de Diciembre del 2021

Dra. Sonia Indacochea Cáceda
Presidente del Comité de Etica de Investigación

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "ASOCIACIÓN ENTRE EL CONTROL PRENATAL Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL PERIPARTO SEGÚN ENDES 2020", que presenta la Señorita **KELLY JANNETH NAJARRO ROJAS** para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

Mg. Jorge Enrique Vidal Olcese
PRESIDENTE

Dr. Jhony Alberto De La Cruz Vargas
MIEMBRO

Dr. Luis Humberto Roldán Arbieto
MIEMBRO

Dr. Jhony Alberto De La Cruz Vargas
Director de Tesis

Mg. Alfonso Julián Gutiérrez Aguado
Asesor de Tesis

Lima, 06 de junio de 2022

ANEXO 6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

ASOCIACIÓN ENTRE EL CONTROL PRENATAL Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL PERIPARTO SEGÚN ENDES 2020

INFORME DE ORIGINALIDAD

7 %	7 %	1 %	2 %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	7 %
2	1library.co Fuente de Internet	1 %

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%

ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VIII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS MODALIDAD VIRTUAL

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

KELLY JANETH NAJARRO ROJAS

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2021 y enero 2022, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

ASOCIACIÓN ENTRE EL CONTROL PRENATAL Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL PERIPARTO SEGÚN ENDES 2020.

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 17 de mayo de 2022

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
Director del Curso Taller de Tesis



Dr. Oscar Emilio Martínez Lozano
Decano (e)

ANEXO 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Análisis estadístico
<p>¿Cuál es la asociación entre el control prenatal y complicaciones obstétricas en el periparto según ENDES 2020?</p>	<p>Objetivo General Determinar la asociación entre el control prenatal inadecuado (< 6 controles) y complicaciones obstétricas en el periparto según ENDES 2020.</p> <p>Objetivos específicos: OE1: Identificar la asociación entre los factores sociodemográficos y complicaciones obstétricas en el periparto. OE2: Establecer la asociación entre el lugar de parto y complicaciones obstétricas en el periparto.</p>	<p>Hipótesis General El control prenatal inadecuado (< 6 controles) se asocia a complicaciones obstétricas en el periparto según ENDES 2020.</p> <p>Hipótesis específicas: H1: Los factores sociodemográficos están asociados a complicaciones obstétricas en el periparto. H2: El lugar de parto se asocia a complicaciones obstétricas en el periparto.</p>	<p>La presente investigación es de tipo cuantitativo, observacional, retrospectivo, transversal y analítico; fundamentado en los datos de la ENDES del periodo 2020.</p>	<p>Población La población de esta investigación está constituida por mujeres peruanas de 12 a 49 años que fueron encuestadas por la ENDES en el periodo 2020. El marco muestral se compone de información estadística y cartográfica recolectadas en dos etapas: la primera por censos nacionales de población y vivienda, y la segunda de registro de edificios y viviendas.</p> <p>Muestra La muestra será seleccionada mediante la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión. En el estudio, la muestra estará constituida por mujeres que hayan tenido al menos un parto.</p>	<p>La base de datos fue descargada de la página web del INEI en formato SPSS versión 27.0, de igual manera, se realizó el análisis estadístico en dicho programa. Las variables cualitativas se analizaron en tablas de frecuencia con su respectivo porcentaje. Luego, para evaluar la asociación entre dichas variables cualitativas, se utilizó el estadístico F corregida; para la evaluación de los factores de riesgo se utilizó la razón de prevalencia cruda (RP_c) con su intervalo de confianza respectivo; por último, a través de un modelo de regresión de Poisson con varianza</p>

				<p>Técnica de recolección de datos La ENDES utilizó como técnica la encuesta.</p> <p>Esta investigación se trabajó con una base de datos secundaria que se encontró en la página web del INEI. Las bases de datos se descargaron en SPSS versión 27.0, las mismas fueron procesadas y analizadas en dicho software.</p>	<p>robusta se calculó la razón de prevalencia ajustada (RP_a).</p> <p>Para el análisis inferencial, se utilizó un nivel de confianza del 95% con una significancia estadística de $p < 0.05$, como también, se elaboró el análisis CSPLAN para muestras complejas tomando en cuenta el factor de ponderación y de acuerdo al diseño de la muestra.</p> <p>Asimismo, se obtuvo el coeficiente de variación para verificar la confiabilidad de los resultados y el tamaño de muestra.</p>
--	--	--	--	---	---

ANEXO 9: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Indicadores		Tipo Variable	Escala de medición	Categoría
Complicaciones obstétricas en el periparto	Aquellas complicaciones de tipo obstétricas que la madre encuestada señala que tuvo poco antes, durante e inmediatamente después del parto.	Trabajo de parto prolongado		Dependiente Cualitativa Dicotómica	Nominal	0 = Sin complicaciones 1 = Con complicaciones
		Hemorragia postparto				
		Corioamnionitis				
		Trastorno hipertensivo de la gestación				
		Otras complicaciones				
Control prenatal	Conjunto de intervenciones sanitarias que debe llevar la gestante durante su embarazo.	CPN inadecuado: < 6 controles	CPN adecuado: ≥ 6 controles	Independiente Cuantitativa Discreta	Razón	0 = < 6 controles 1 = ≥ 6 controles
Factores sociodemográficos	Son todas las características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, entre otras. Esto se expresa según los miembros de la población.	Edad		Independiente Cuantitativa Discreta	Razón	0 = Hasta 18 1 = Entre 19 y 34 2 = Mayor igual a 35
		Región natural		Independiente Cualitativa Politómica	Nominal	0 = Lima Metropolitana 1 = Resto de Costa 2 = Sierra 3 = Selva
		Área de residencia		Independiente Cualitativa Dicotómica	Nominal	0 = Urbana 1 = Rural
		Nivel educativo		Independiente Cualitativa Politómica	Nominal	0 = Sin educación 1 = Primaria 2 = Secundaria 3 = Superior

		Índice de riqueza	Independiente Cualitativa Politómica	Nominal	0 = Pobre 1 = Medio 2 = Rico
		Idioma	Independiente Cualitativa Dicotómica	Nominal	0 = Castellano 1 = No castellano
		Grupo étnico	Independiente Cualitativa Politómica	Nominal	0 = Otros 1 = Mestizo 2 = Blanco
Lugar de parto	Establecimiento donde ocurre el nacimiento del bebé.		Independiente Cualitativa Dicotómica	Nominal	0 = Domicilio 1 = EESS

ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS

ANEXO 11: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP

<https://drive.google.com/file/d/1rRfuHx8Tz6hS4-C5hYAqzuLhtlZVLOhy/view>