



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

“COMPLICACIONES MATERNAS Y DEL RECIÉN NACIDO ASOCIADAS
A LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN CENTRO
MATERNO INFANTIL DE SALUD I – IV CHORRILLOS DURANTE EL
PERIODO 2020-2021”

TESIS

Para optar el título profesional de médico (a) cirujano (a)

AUTOR(ES)

Osorio Horna, Brenda Naldid (000-0003-2590-2425)

Flores Aburto, Juberth Eduardo (0000-0002-9814-9342)

ASESOR

Dra. Guillén Ponce, Norka Rocío (0000-0001-5298-8143)

Lima, Perú

2023

HOJA DE METADATOS COMPLEMENTARIOS

DATOS PERSONALES DEL TESISISTA

APELLIDOS Y NOMBRES: OSORIO HORNA BRENDA NALDID
DNI DEL TESISISTA: 75559242

DATOS PERSONALES DEL TESISISTA

APELLIDOS Y NOMBRES: FLORES ABURTO JUBERTH EDUARDO
DNI DEL ASESOR: 71950766

DATOS DEL ASESOR

APELLIDOS Y NOMBRES: GUILLEN PONCE NORKA ROCIO
DNI DEL ASESOR: 29528228

JURADO DE TESIS

DATOS DEL JURADO DE TESIS

PRESIDENTE:

APELLIDOS Y NOMBRES: BAZAN PINO PEDRO ROBERTO
DNI: 09872181
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN ORCID: 0009-0006-0951-1108

MIEMBRO:

APELLIDOS Y NOMBRES: OROZCO SALINAS ROCIO DEL PILAR
DNI: 09932812
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN ORCID: 0000-0001-9463-9929

MIEMBRO:

APELLIDOS Y NOMBRES: ARAUJO DURAND MARIA CLORINDA
DNI: 062106324
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN ORCID: 0000-0001-9594-7528

CODIGO DE CONOCIMIENTO OCDE: 3.00.00

CODIGO DEL PROGRAMA: 912016

Dedicatoria:

Esta tesis va dedicada para mis padres y docentes que me apoyaron día a día para seguir adelante con mis propósitos y de quienes recibí apoyo para culminar la carrera de Medicina humana.

Juberth Flores Aburto

Dedicatoria:

Esta tesis va dedicada en su totalidad a mi mamá, quien no dudó en brindarme su apoyo cuando las cosas se complicaban. Esta tesis lleva mi nombre, pero es enteramente tuya,

Gracias totales.

Brenda Osorio Horna

Agradecimiento:

Un agradecimiento especial a todo el personal del centro materno infantil de salud I - IV chorrillos por todo el apoyo y a su directora quien nos brindó la oportunidad de realizar este trabajo de investigación.

Damos gracias a la Dra. Norka Rocío Guillén Ponce, quien con su amplio conocimiento y experiencia nos orientó para la elaboración de este trabajo. A nuestro amigo y compañero Enrique Talavera, quien nos brindó su apoyo.

Agradecemos al director del curso de taller de tesis, Dr. Jhony Alberto De la Cruz Vargas, por darnos los conocimientos necesarios para elaborar este trabajo.

- Juberth Flores Aburto

Agradecimiento:

En primer lugar, quiero agradecer a mi asesora de tesis, la Dra. Guillén, quien estuvo con nosotros desde el comienzo hasta el final, así como al Centro Materno Infantil donde desarrollamos la tesis, por las facilidades brindadas durante el proceso, a mi compañero de tesis, Juberth, con el que tuvimos largas jornadas de trabajo con la finalidad de hacer de esta tesis un trabajo bien hecho. Un agradecimiento especial al director de Tesis, Dr. Jhony De La Cruz, por darnos el apoyo continuo y la orientación necesaria.

A mi compañero Enrique Talavera, por el apoyo brindado hasta el último día y para concluir, agradecer sobremanera a mis padres, que están presentes en cada uno de mis logros y proyectos.

RESUMEN

Introducción: la atención prenatal inadecuadas es la principal causa de morbilidad y mortalidad en la madre y el recién nacido. **Objetivo:** determinar las complicaciones maternas y del recién nacido asociadas a la atención prenatal en gestantes atendidas en centro materno infantil de primer nivel de atención durante la pandemia del COVID-19. **Metodología:** estudio analítico transversal. Se utilizó historias clínicas de las mujeres que tuvieron parto obstétrico durante el periodo del 2020-2021 en un centro materno infantil de primer nivel de atención de Lima, Perú. Nuestras variables principales fueron las complicaciones maternas y del recién nacido reportados en la historia clínica. La variable respuesta fueron dos, las complicaciones maternas y las complicaciones del recién nacido. **Resultados:** se trabajó un total de 636 partos obstétricos. La prevalencia de las atenciones adecuadas fueron 41,35%. En la regresión múltiple, las gestantes con atenciones inadecuadas tenían 28% mayor frecuencia de tener dos o más complicaciones maternas (RP=1,28; IC95%: 1,01 – 1,61) y tenían 200% mayor frecuencia de que presenten dos o más complicaciones del recién nacido (RP=3,00; IC95%: 2,37 – 3,80). Ello fue ajustado por las covariables confusoras de sexo, cantidad de gestación, antecedentes de abortos, hijos vivos, edad gestacional, Apgar al minuto, Apgar a los 5 minutos, peso al nacer, talla, perímetro cefálico. **Conclusiones:** las atenciones prenatales inadecuadas no solo afectan a la madre, sino que principalmente al recién nacido. Se asocian principalmente a tener dos o más complicaciones en el recién nacido, y también a tener dos o más complicaciones maternas.

Palabras clave: control prenatal, mujeres embarazadas, complicaciones del embarazo, recién nacido. (Decs: Bireme)

ABSTRACT

Introduction: Inadequate prenatal care is the leading cause of morbidity and mortality in the mother and newborn. **Objective:** To determine the maternal and newborn complications associated with prenatal care in pregnant women treated at a primary care maternal and child center during the COVID-19 pandemic. **Methods:** Cross-sectional analytical study. Clinical records of women who had obstetric delivery during the 2020-2021 period in a first-level maternal and child care center in Lima, Peru were used. Our main variables were maternal and newborn complications reported in the clinical history. The response variable was adequate prenatal care defined as 6 or more care. **Results:** A total of 636 obstetric deliveries were performed. The prevalence of adequate care was 41.35%. In multiple regression, pregnant women with inadequate care had a 28% higher frequency of having two or more maternal complications (PR=1.28; 95% CI: 1.01 - 1.61) and had a 200% higher frequency of having two or more complications of the newborn (PR=3.00; CI95%: 2.37 - 3.80). This was adjusted for the confounding covariates of sex, gestation length, abortion history, living children, gestational age, Apgar at 1 minute, Apgar at 5 minutes, birth weight, height, head circumference. **Conclusions:** Inadequate prenatal care not only affects the mother, but mainly the newborn. They are mainly associated with having two or more complications in the newborn, and also with having two or more maternal complications.

Palabras clave: prenatal care, pregnant women, pregnancy complications, newborn. (MeSH)

ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	7
1.1 Descripción de la realidad problemática	9
1.2 Formulación del problema.....	10
1.3 Línea de Investigación.....	10
1.4 Objetivos	11
1.4.1 General	11
1.4.2 Específico	11
1.5 Justificación del Estudio.....	11
1.6 Delimitación	12
1.7 Viabilidad.....	12
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	13
2.1.1 Antecedentes Internacionales	13
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	15
2.2 Bases teóricas	19
CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES	24
2.3 Hipótesis de investigación.....	24
2.4 Hipótesis Específicas	24
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	26
3.1 Diseño de estudio	26
3.2 Población	26
3.3 Muestra	26
3.3.1 Tamaño muestral	27
3.3.2 Tipo de muestreo	27
3.3.3 Criterios de selección de la muestra	27
3.3.4 Operacionalización de variables (ANEXO 1)	27
3.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos	27
3.5 Procesamiento de datos y plan de análisis	28
3.6 Aspectos éticos de la investigación	28
3.7 Limitaciones de la investigación	29
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
4.1 Resultado	30

4.2	Discusión	37
4.3	Limitación del estudio	38
CAPÍTULO Vi: conclusión y recomendaciones		39
5.1	Conclusión	39
5.2	Recomendaciones.....	39
BÍBLIOGRAFIA.....		40
ANEXO 8. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (INSTRUMENTO)		56
ANEXO 9. Matriz de consistencia		57

INTRODUCCIÓN

La atención prenatal son entrevistas, visitas y cuidados que se brindan a todas las mujeres gestantes de los diferentes niveles de atención de manera precoz, la frecuencia de atenciones aumenta de acuerdo al tiempo de gestación; primero se realiza cada 4 semanas, hasta la semana 28 de gestación y luego cada 2 a 3 semanas hasta la semana 36 de gestación. ^(1,2) Su finalidad es promover una adecuada planificación del parto, prevención y tratamiento oportuno frente a complicaciones maternas y fetales, la cual tener atenciones inadecuadas es la principal causa de morbilidad y mortalidad en mujeres en edad reproductiva a nivel mundial. ⁽³⁾

Existe una diferencia entre el número adecuado de atenciones prenatales, como es el caso del Ministerio de Salud (MINSA) del Perú, quien sugiere que las gestantes deben recibir 6 o más atenciones prenatales durante todo el periodo del embarazo. ⁽⁴⁾ Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere que las gestantes deben recibir un mínimo de 8 atenciones prenatales ⁽⁵⁾. Posiblemente la diferencia entre ambos números sugeridos radica en que cada país opta por la cantidad de atenciones prenatales basándose en el equipo profesional de salud, nivel de sistema, plataformas, coordinación a nivel nacional y su tipo de población. ⁽⁶⁾ En nuestro estudio se optó por los lineamientos establecidos por el MINSA.

Diversos estudios señalan que las gestantes que tuvieron atenciones prenatales inadecuadas se asociaron a complicaciones maternas y del recién nacido. En Latinoamérica y el Caribe estuvieron asociadas las complicaciones maternas con la mortalidad, donde alrededor de cada 3 recién nacidos 2 de ellos fallecen durante la primera semana de vida, por consecuencia del sufrimiento fetal, prematuridad, asfixia, entre otras a causa de no tener atenciones prenatales adecuadas. ⁽⁷⁾ Un estudio hecho en Perú, analizó a la atención prenatal inadecuada como factor de riesgo, donde se observó que genero complicaciones maternas y del recién nacido como las infecciones del tracto urinario, anemia gestacional, ruptura prematura de la membrana, sepsis neonatal y Apgar menor a 7. ⁽⁸⁾ Por lo que, se debe hacer un seguimiento desde el primer trimestre de gestación, ya que el bebé está en desarrollo de todos sus órganos y hay más riesgo de complicaciones. ⁽²⁾

Bajo este contexto el presente estudio propone identificar las complicaciones maternas y del recién nacido asociadas a la atención prenatal en gestantes atendidas en centro materno infantil de primer

nivel de atención durante la pandemia del COVID-19.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Las complicaciones maternas cada día provocan que en el mundo mueran 830 mujeres. En el 2015, se estimó que 303 000 mujeres murieron durante el embarazo y el parto o después de ellos, las cuales se vio que hubo una incidencia en países de ingresos bajos. Países como el Norte de África y Asia han tenido aumento de la mortalidad materna a comparación de los países subsaharianos que redujeron a tiempo la mitad de su mortalidad materna. En algunos países entre el 2000 y 2019 la mortalidad materna se redujo en más del 5.5% ⁽⁹⁾ Las complicaciones en su mayoría son prevenibles con un correcto y ordenado atención prenatal, un estudio indico que su efectividad confiere ciertos beneficios para la salud, aunque la forma en que lo hace y los tipos y la magnitud de estos beneficios parecen ser complejos y multifactoriales. Tiene muchos componentes y la efectividad de muchos de estos componentes generalmente no se ha evaluado en ensayos aleatorizados. ⁽²⁾

Las complicaciones en su mayoría son prevenibles con un correcto y ordenado atención prenatal, un estudio indico que su efectividad confiere ciertos beneficios para la salud, aunque la forma en que lo hace y los tipos y la magnitud de estos beneficios parecen ser complejos y multifactoriales. Tiene muchos componentes y la efectividad de muchos de estos componentes generalmente no se ha evaluado en ensayos aleatorizados. ⁽¹⁰⁾

La atención prenatal es un conjunto de acciones médicas y asistenciales mediante la visita programada con el fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido.⁽⁹⁾ Deben comenzar cuando el embarazo sea sospechado (antes de las 10 semanas) y más aún en pacientes con patologías crónicas o que hayan tenido abortos o malformaciones del tubo neural. Se divide entre 7 y 11 controles: 4 semanas durante las primeras 28 semanas, cada 2–3 semanas entre la semana 28 a la semana 36 y semanalmente después de las 36 semanas.⁽¹¹⁾ Su objetivo principal es ayudar a garantizar el nacimiento sano de un recién nacido y, al mismo tiempo, minimizar el riesgo

materno, esto requiere la identificación de personas con mayor riesgo de complicaciones médicas u obstétricas; anticipación de problemas, con intervención con el fin de minimizar o prevenir la morbilidad; y promoción de la salud, educación, apoyo y toma de decisiones compartidas.⁽²⁾

También ayuda a evaluar posibles riesgos, establecer la edad gestacional y corregirlos, planificar las atenciones prenatales e indicar ácido fólico lo antes posible para la prevención de defectos del tubo neural. (11)

Bajo este contexto, el objetivo del presente trabajo es identificar las “Complicaciones Materno y del recién nacido en la Atención Prenatal en Gestantes Atendidas en el Centro Materno Infantil de salud I – IV Chorrillos”.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las complicaciones materno y del recién nacido asociadas a la atención prenatal en gestantes atendidas en Centro Materno Infantil de salud I – IV Chorrillos durante el periodo 2020- 2021?

1.3 Línea de Investigación

El trabajo se encuentra en las prioridades sanitarias de la línea sanitaria de Salud materna, perinatal y neonatal Prioridades de investigación, según las prioridades nacionales de investigación de salud 2019-2023. También, se encuentra en la línea sanitaria de Salud materna, perinatal y neonatal, así como también en la línea de medicina de estilo de vida, prevención y salud pública, según las líneas de investigación de la Universidad Ricardo Palma 2021-2025. complicaciones materno y del recién nacido asociadas a la atención prenatal en gestantes atendidas en Centro Materno Infantil de salud I – IV Chorrillos durante el periodo 2020-2021

1.4 Objetivos

1.4.1 General

Determinar la relación entre las complicaciones maternas y del recién nacido y la atención prenatal en gestantes atendidas Centro Materno Infantil de salud I – IV Chorrillos durante el periodo 2020-2021.

1.4.2 Específico

- Describir las características sociodemográficas de las gestantes con complicaciones materno atendidas en el Centro Materno Infantil de salud I – IV Chorrillos durante el periodo 2020-2021.
- Describir las características sociodemográficas del recién nacido atendidos en el Centro Materno Infantil de salud I – IV Chorrillos durante el periodo 2020-2021.
- Determinar la atención prenatal de acuerdo a la periodicidad y cantidad en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil de salud I – IV Chorrillos durante el periodo 2020-2021.
- Determinar las complicaciones maternas asociadas a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil de salud I – IV Chorrillos durante el periodo 2020-2021.
- Determinar las complicaciones del recién nacido asociadas a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil de salud I – IV Chorrillos durante el periodo 2020-2021.

1.5 Justificación del Estudio

Las atenciones prenatales son muy importantes porque dan una vista correcta al controlar el embarazo y así preparar a la gestante para un parto sin riesgos, sin embargo, países como Perú no cuenta con una buena estadística porque no hay una buena educación a la gestante, los puestos de salud son deficientes, genera gasto la distancia hasta ir al establecimiento, entre otras excusas que las gestantes refieren. La consecuencia de ello se ha visto reflejada en complicaciones como hemorragias graves, infecciones, hipertensión gestacional, complicaciones en el parto, abortos peligrosos, paludismo, infección por VIH, asfixia perinatal, síndrome de distrés respiratorio y malformaciones congénitas. (1,11)

Asimismo, este trabajo aborda un verdadero problema de salud pública y se necesita más investigación en esta área para evaluar e identificar las complicaciones materno y del recién nacido en la atención prenatal en las gestantes.

1.6 Delimitación

Mujeres en periodo de gestación y puérperas, que se hayan atendido en el Centro Materno Infantil de salud I – IV Chorrillos durante el periodo 2020 a noviembre del 2021

1.7 Viabilidad

Se deberá pedir al Centro Materno Infantil de salud I – IV Chorrillos una autorización para realizar la investigación y se usarán recursos económicos financiados por el investigador, se accederá al archivo de información de las pacientes gestantes de los años 2020,2021. El presente protocolo realizará un análisis datos ya recolectados (historias clínicas), por lo que no se tuvo contacto alguno con sujetos humanos en tal sentido, los posibles riesgos para los sujetos del análisis son mínimos. A su vez, vale la pena aclarar que la base de datos solo será manejada por el equipo investigador. Finalmente, durante la implementación del estudio se respetaron los principios éticos delineados en la Declaración de Helsinki

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

MIRANDA-MELLADO, C; CASTILLO-AVILA, I. “Factores De Necesidad

Asociados Al Uso Adecuado Del Control Prenatal”. 2016. Se realizó un estudio analítico de corte transversal con una muestra de 730 gestantes. El resultado demostró que 97,7% de embarazadas contaban con 4 controles prenatales y el 2,3% no iniciaron sus controles prenatales, las gestantes que realizaron en el primer trimestre su control correspondió al 84.9%. Entre los factores principales encontró que lo hacían con el fin de identificar posibles cambios un 83,9% y por sugerencia un 14.6%. Entre los factores para la inasistencia del control se encontraron razones como la creencia por parte de la gestante de la no necesitar de las atenciones prenatales y la demanda de muchos trámites para llegar a ello. (12)

N-SCHMIDT, Christina et al. “Hacia una atención prenatal más sólida: comprender los factores predictivos de la presentación tardía a los servicios prenatales y las implicaciones para la gestión del riesgo obstétrico en Ruanda”. 2021. Se llevó a cabo un estudio en 10 231 mujeres de la atención prenatal temprana en 18 centros de salud en Ruanda. Los resultados demostraron múltiples predictores para la atención prenatal retardada y era menos probable que las gestantes con atención retardada se presentaran sin un factor de riesgo obstétrico identificado. (13)

ALFARO-VARGAS, N; CAMPOS-VARGAS, G. “Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital San Vicente de Paúl”. 2014. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 371 gestantes. El resultado demostró que el entorno del establecimiento de la atención estaba en un buen estado, sin embargo, requiere de mantenimiento continuo y ser más accesibles a toda la población, siendo este

último punto importante para que la gestante se sienta descontenta y su inasistencia al llevar a cabo su atención prenatal. (14)

MBUAGBAW, L et al. "Intervenciones a nivel del sistema de salud y de la comunidad para mejorar la cobertura de atención prenatal y los resultados de salud". 2015. Los resultados mostraron que las intervenciones únicas pueden promover a la cobertura de atención prenatal y los partos en los establecimientos de salud, en el caso de las intervenciones mixtas podrían mejorar la cobertura de atención prenatal, reducir la muerte perinatal y reducir la incidencia de nacer con bajo peso. Las intervenciones tienen efectos que no están relacionados a intervenciones comunitarias o del sistema de salud. (15)

R-HASTA, S et al. "Incentivos para aumentar el uso de la atención prenatal por parte de las mujeres con el fin de mejorar los resultados maternos y neonatales". 2015. Se realizó un estudio para determinar si los incentivos tienen eficacia en las gestantes para aumentar la utilización de la atención prenatal oportuna. Los resultados mostraron que no hay pruebas suficientes y son limitadas para evaluar de manera completa el impacto de los incentivos en el inicio de la atención prenatal. (16)

OLUWASEYI, Adeyinka et al. "Predictores de la satisfacción con la atención prenatal entre las mujeres embarazadas en Samoa Americana". 2017. Se realizó un estudio en 165 mujeres gestantes mediante una encuesta donde informaron sobre características demográficas, antecedentes de embarazo y satisfacción con la atención prenatal. Los resultados mostraron tres dominios de satisfacción: satisfacción con los servicios de la clínica (la espera prolongada para ser atendidas afectó negativamente), accesibilidad de la clínica e interacciones con los médicos (estos dos últimos se afectaron negativamente porque las pacientes vivían a más de 20 minutos). Las gestantes estaban empleadas o en baja por maternidad obtuvieron puntuaciones más bajas en las interacciones con el médico en comparación con las gestantes desempleadas/estudiantes. (17)

B-STULBERG, Debra et al. "La atención antes del embarazo y prenatal temprana se asocian con un menor riesgo de complicaciones del embarazo ectópico en la población de Medicaid: 2004-08". 2017. Se realizó un estudio en mujeres que experimentaron un embarazo ectópico entre todas las mujeres inscritas en Medicaid

de una gran población de 14 estados, de edades comprendidas entre los 15 y los 44 años. Los concluyo que la atención antes del embarazo y prenatal se asocia de forma independiente con un menor riesgo de complicaciones del embarazo ectópico. (18)

BARBOSA-MENDES, Rosemar et al. "Evaluación de la calidad de la atención prenatal en base a las recomendaciones del Programa de Humanización Prenatal y del Nacimiento". 2020. Se realizó un estudio transversal, con enfoque descriptivo y analítico en 768 puérperas. Los resultados mostraron alta cobertura de atención prenatal, pero con problemas en su adaptación al programa de atención prenatal y humanización del nacimiento. (19)

ABU-GHANEM, Sara et al. "Falta de atención prenatal en una comunidad tradicional: tendencias y resultados perinatales". 2012. Se llevó a cabo un estudio retrospectivo que consistió en comprar todos los nacimientos de mujeres beduinas con y sin atención prenatal entre los años 1988 y 2009. Los resultados demostraron que la falta de atención prenatal se asocia a resultados obstétricos adversos y es un factor de riesgo de parto prematura, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal. (20)

SAAD-HADDAD, Ghada et al. "Patrones y determinantes de la utilización de la atención prenatal: análisis de datos de encuestas nacionales en siete países en cuenta regresiva". 2016. Se realizó un análisis de datos de la encuesta demográfica de salud de siete países. Los resultados mostraron que la mayoría de las mujeres en los siete países informaron haber recibido atención de un proveedor calificado al menos una vez, las mujeres que informaron cuatro o más visitas de atención prenatal, que recibieron atención de un proveedor calificado al menos una vez y estaban mejor en términos de riqueza familiar, informaron haber recibido una mayor proporción de cada una de las cuatro intervenciones de contenido. (21)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

NAVARRO-VERA, J. "Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de Obstetricia del Centro de Salud "Leonor Saavedra" - enero a marzo del 2015". 2015. Se realizó un estudio analítico con la participación de 80 gestantes, identificando los factores que tuvieron influencia la atención prenatal tarde. Los resultados demostraron que un 53.8% de las gestantes iniciaron su control precozmente y entre los riesgos para la atención

prenatal tarde fueron: violencia familiar, escasos recursos, antecedentes negativos con las consultas, desinterés por parte de la familia, poca importancia hacia la atención prenatal y obstétricos (multigesta). (22)

ROJAS-RODRIGUEZ , P. “Satisfacción ante la atención prenatal en gestantes atendidas en el centro de salud Santa Ana de Huancavelica”. 2014. Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo donde participaron 120 gestantes. Los resultados demostraron que el 75% de las gestantes no se encontraron a gusto con la atención prenatal encontrándose como factores el mal trato por parte del personal de salud y el prolongado tiempo de espera. (23)

JIMENEZ-CHATA, Karen et al. “Relación entre las características sociodemográficas y la funcionalidad familiar con la asistencia al control prenatal en puérperas del centro de salud Maritza Campos Díaz, Zamácola, Arequipa, mayo-junio 2016”. 2016. Se realizó un estudio con la participación 81 gestantes. Los resultados demostraron que el 42% tenían en su familia disfunción leve y 11% con disfuncionalidad (tipo normal); concluyendo que hay relación entre las gestantes que tienen seguro de salud y el domicilio cercano al establecimiento de salud.(24)

CASTILLO-ORTIZ, M. “Atención prenatal reenfocada y complicaciones maternas durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019”. 2020. Se llevó a cabo un estudio para identificar como esta relacionada la atención prenatal reenfocada y las complicaciones durante la gestación. Los resultados demostraron que se encuentra una relación entre ambas variables; mostrando que la atención prenatal es valioso para disminuir la morbilidad materna perinatal.(25)

GUZMAN-TICSIHUA, N; CASTILLON-DE LA CRUZ, S. “Atención prenatal reenfocada y su repercusión en la salud del neonato. El objetivo fue analizar la atención prenatal reenfocada y su repercusión en la salud del neonato en el Centro de Salud Concepción 2019”. 2019. Se realizó un estudio cuantitativo. Concluyendo que la atención prenatal reenfocada repercute en la salud del neonato. (26)

JULCARIMA-FERNANDEZ, J. “Cumplimiento de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Juan Parra del Riego, Huancayo 2018”. 2019. Se un estudio en 50 gestantes en base a las historias clínicas. Los resultados demostraron en las gestantes una limitación al correcto cumplimiento de la atención prenatal reenfocada, además la partera contribuye en el reconocimiento de señales de peligro durante el embarazo. ⁽²⁷⁾

CAMARGO-CAMPOS, A. “Características de la atención prenatal reenfocada en gestantes del Centro de Salud Pilcomayo, Huancayo 2018”. 2018. Se llevó a cabo un estudio en 135 gestantes controladas mediante sus historias clínicas. Los resultados mostraron que una gran cantidad de gestantes en su atención prenatal recibieron la de tipo reenfocada. ⁽²⁸⁾

BELLOTA-TORIBIO, R. “Relación entre atención prenatal inadecuada y morbilidad neonatal en costa y sierra, Ancash 2018”. 2019. Se llevó a cabo un estudio de casos (26 gestantes) y controles en caso (26 gestantes). Los resultados demostraron que las gestantes caso tenían menos de seis controles mientras que las gestantes del grupo control tenían más de seis controles, un alto porcentaje de casos presentaron morbilidad materno perinatal y el grupo control no contaban con morbilidades. ⁽²⁹⁾

ANTICONA-RAU, T. “Atención prenatal reenfocada y su relación con el estado de salud de los neonatos del Hospital de Huaycán agosto de 2017 a junio de 2018”. Se realizó un estudio cuantitativo, descriptiva no experimental de corte transversal se trabajó con en 72 gestantes. Los resultados demostraron que recibieron psicoprofilaxis obstétrica 100%; atención odontológica 91%, psicología y nutrición 75%, laboratorio e inmunizaciones 61% y ginecología 80%. Por lo que, existe relación entre el estado de salud de los recién nacidos y la atención prenatal reenfocada. ⁽³⁰⁾

MEZA-DIAZ, S. “Factores de riesgo del control prenatal inadecuado en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue – El Agustino”. Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo, transversal con un diseño de caso control. Los resultados demostraron que hay prevalencia de riesgo, los cuales

dirigen a un control de atención prenatal incorrecto. Dentro de los riesgos personales se identificó la deficiencia de ayuda de la pareja como factor de riesgo. (31)

2.2 Bases teóricas

Atención Prenatal

Se entiende por tener la serie de tres componentes principales como la evaluación de riesgos, la promoción y educación de la salud y la intervención terapéutica. Cuando la atención prenatal es de alta calidad puede prevenir o conducir al reconocimiento, tener una preparación correcta para el parto, y tratamientos oportunos de las complicaciones maternas y fetales, siendo ellas la principal causa de morbilidad y mortalidad en mujeres en edad reproductiva a nivel mundial.

También es denominado control o cuidado prenatal, la cual es una serie de entrevistas o visitas programadas la obstetra. (1,2)

Características de la Atención Prenatal

Las consultas con el equipo de salud serán más frecuentes a medida que avance el embarazo. Un programa de consultas habitual contiene el siguiente orden:

- Cada 4 semanas hasta las 28 semanas de embarazo
- Luego, cada 2 a 3 semanas hasta las 36 semanas de embarazo

Es posible que las personas con ciertos padecimientos de salud deban consultar a su especialista con más frecuencia, también es posible que deban realizar otras pruebas para hacer un seguimiento del padecimiento de salud durante el embarazo. (2)

Objetivos de la Atención Prenatal

Su objetivo principal es ayudar a garantizar el nacimiento de un recién nacido sano y minimizar el riesgo materno. (2) Entre los componentes involucrados de este objetivo están:

- Estimación temprana y precisa de la edad gestacional
- Identificación de embarazos con mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna o fetal
- Evaluación continua del estado de salud materna y fetal.
- Anticipación de problemas, con intervención para prevenir o minimizar la morbilidad.
- Promoción de la salud, educación, apoyo y toma de decisiones compartida.

Eficacia de la Atención Prenatal

Existen pruebas de que la atención prenatal otorga algunos beneficios para la salud, aunque la forma en que lo hace y los tipos y la magnitud de los beneficios parecen ser complejos y multifactoriales (2). La efectividad de muchos de estos componentes o paquetes de componentes de la atención prenatal dirigen a una atención prenatal buena:

- **Asistencia / apoyo especial versus atención estándar:** puede incluir apoyo emocional, apoyo tangible (asistencia directa o visitas domiciliarias) y apoyo informativo. Los programas que ofrecen asistencia especial a las personas embarazadas en riesgo de dar a luz a un bebé con bajo peso al nacer pueden tener efectos favorables en comparación con la atención prenatal de rutina, pero los intervalos de confianza sugieren que un efecto verdadero, si está presente, no sería grande:

- Peso al nacer menor de 2500 g
- Nacimiento <37 semanas de gestación

La depresión posparto también puede disminuir ligeramente en el grupo de asistencia especial.

- **Número reducido de visitas prenatales en comparación con el estándar:** el número de visitas estándar varía entre los países, lo que constituye un número reducido de visitas también varía. En los países de ingresos altos las visitas varían entre 8 a 12 visitas prenatales, mientras que las visitas en los países de ingresos bajos y medios tuvieron menos de cinco visitas prenatales.
- Mortalidad perinatal: la reducción de las visitas puede aumentar la mortalidad perinatal.

Complicaciones materno y del recién nacido por falta de suficiencia de la atención prenatal

- Algunos estudios realizados pudieron identificar en poca cantidad riesgos maternos en relación con complicaciones materno-perinatal que pueden terminar con la muerte de la gestante, siendo el factor de riesgo correspondiente a la atención prenatal la más preocupante por su deficiencia en la salud pública. (32)

Complicaciones Maternas

- **Infecciones urinarias**: Hace referencia a la infección con colonización del aparato urinario localizada en la uretra hasta la vejiga. Esta complicación se da en más del 5 a 10% en las gestantes, la cual es producida principalmente por enterobacterias en un 90% (*Escherichia coli*) con $>100\ 000$ UFC/ml. (33)
- **Anemias**: Corresponde a la disminución de componentes sanguíneos (hemoglobina, hematocrito y eritrocitos), siendo en gestantes de países subdesarrollados un problema de salud pública afectando al desarrollo del bebé. Es una enfermedad frecuente en la gestación, por lo que se debe incrementar el hierro en la dieta para que el feto no tenga problemas en su desarrollo y lo mismo con la placenta. (33)
La anemia se clasifica en:
 - o Anemia leve: Hemoglobina en 10 a 10.9 g/dL
 - o Anemia moderada: Niveles de hemoglobina en 7 a 9.9 g/dL.
 - o Anemia severa: Niveles de hemoglobina < 7 g/dL.
- **Pre eclampsia**: Definida como hipertensión gestacional, manifestándose como un trastorno multisistémico desde la semana 20 de la gestación. Se acompaña de edemas de los miembros inferiores, escotomas, cefalea, presión arterial $\geq 140/90$ mmHg (permanece en cada control) y epigastralgia. También se puede dar problemas hepáticos, renales y aumento de proteinuria mayor a 3g/24h en orina. (34)
- **Diabetes gestacional**: Definida por no tener tolerancia a los carbohidratos que aparece durante la gestación por primera vez y desaparece cuando la misma finaliza, vuelve a presentarse en las siguientes gestaciones. En su detección se debe ejecutar examen de glucosa en ayunas, siendo ≥ 92 mg/dl. Existen otras pruebas que confirman su diagnóstico como la prueba de tolerancia a la glucosa oral o hemoglobina glicosilada. (33)
- **VIH**: En este caso la madre puede pasarlo al niño mediante el parto vaginal o por lactancia. Tiene una incubación de 3 a 6 semanas y algunas manifestaciones que puede presentarse son fatiga, fiebre, mialgias, náuseas, erupción cutánea, diarrea, entre otros síntomas. En Estados Unidos cada año aproximadamente 8 500 gestantes positivas a VIH dan a luz. Los exámenes se realizan al comienzo de la atención

prenatal, se vuelve hacer en el 3er trimestre (antes de la semana 36 de preferencia). (34)

- **Ruptura prematura de las membranas:** Forma parte de los signos alarmantes, donde se pierde líquido amniótico por medio de la vagina y por ende exponiendo al bebé a bacterias por la pérdida de su protección y también de tener una adecuada temperatura. Si ocurre antes de la semana 37 ocasionando un parto prematuro y reducción del volumen del líquido amniótico, oligoamnios, sepsis neonatal si no se trata a tiempo con antibióticos. (25)

Complicaciones del recién nacido

- **Bajo peso al nacer:** Corresponde al peso del recién nacido en ≤ 2500 gr, fomentado por la falta de controles prenatales. (38) Esto se presenta cada año en 20 millones de neonatos, llevando al riesgo de nacer prematuro. Se clasifica en:
 - o Extremadamente bajo peso: menor a 1000 gramos
 - o Muy bajo peso al nacer: menor a 1500 gramos
 - o Bajo peso al nacer: menor a 2500 gramos

Macrosomías fetales:

Hace referencia de un peso superior de 4000 gramos o el percentil 90 al nacer. Entre los riesgos más comunes se encuentra al incremento de masa corporal, diabetes gestacional, embarazo prolongado, etc. (37) Es importante ejecutar medir la altura uterina en todos los controles prenatales y calcular el peso materno ganado, también confirmarlo mediante una ecografía el diagnóstico. Cuando los fetos presentan un peso >4 kg nacen mediante cesárea, se vio mayor riesgo de distocia de hombros, parto traumático y desgarro de tercer y cuarto grado en el caso de parto vaginal. (34)

Prematuridad:

Nacimiento antes de las 37 semanas de embarazo, son bajas las tasas de supervivencia, haciendo que mueran por complicaciones durante el parto o embarazo, por lo que tener una buena atención en la atención prenatal es importante. Se clasifica en: (35)

- o Prematuro extremo: nacimiento entre la semana 23 a 28.
- o Muy prematuro: nacimiento entre la semana 28 a 32.
- o Prematuros tardíos: nacimiento entre la semana 32 a 37.

Sufrimiento fetal agudo

Son alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal por taquicardia (>160lpm) y bradicardia (<120lpm). Se confirma en la electrocardiografía y se observa caída de 20 latidos en más de una vez. Se puede encontrar desaceleraciones tempranas (producidas por la localización del cordón umbilical rodeando el cuello del feto y ocasionando hipoxia fetal y finalmente muerte), tardías o variables, en la que una de ellas coincide o se da después de una contracción uterina. (38)

Complicaciones del recién nacido

- **Alteración de líquido meconial**

El líquido amniótico puede mezclarse en gran o menor cantidad con meconio (mezcla estéril de glicoproteínas, vórnix deglutido, secreciones gastrointestinales, bilis, enzimas, proteínas, minerales y lípidos). Cuando ocurre una expulsión fetal de meconio será por intercambios placentarios inadecuados, flujo materno o placenta alterada, insuficiente saturación arterial de oxígeno materno, hipoxia materna, posmadurez y retardo del crecimiento intrauterino. (39)

- **Anormalidades del cordón umbilical:**

- Cordón nual: definido como el cordón umbilical que da entre 1 a más vueltas alrededor del cuello del bebé y que rara vez puede fomentar molestias. Sin embargo, en algunos casos aumenta la frecuencia cardíaca durante el parto y necesitaran cesárea. (40)
- Arteria umbilical única: hace referencia cuando en vez de dos arterias umbilicales se presenta una. Los bebes con estas anomalías estas en más riesgo de tener defectos cardiacos, riñón, tracto urinario, cerebral, espinales, anomalías cromosómicas, síndrome de Down. (41)
- Quiste en el cordón umbilical: 1/250 embarazos, los quistes se dividen en verdaderos (alineación con las células) y falsos (no cuentan con alineación). Ambos pondrán en riesgo al bebé de tener asociación con anomalías cromosómicas, defectos renales y abdominales. (40)
- Nudos del cordón umbilical: se producen cuando el cordón umbilical tiene una longitud muy larga y en embarazo de gemelos. Entre sus características se ven que son flojos y no son considerados un riesgo para el bebé, sin embargo, si los nudos se vuelven tensos puede llegar al aborto espontáneo o nacimiento sin vida. (42)

- **Anomalía de Apgar**

A nivel mundial un 10% de recién nacidos requieren de maniobras de resucitación al nacer por tener un Apgar bajo. A pesar del avance tecnológico muchos bebes no llegan a tener una

vida estable y presentan algunas discapacidades que pueden imposibilitar que se integre a la sociedad de manera adecuada como individuos sanos. (43)

- **Incompatibilidad Rh**

La incompatibilidad produce enfermedad hemolítica perinatal, que corresponde a cierto grado de hemólisis y producción compensatoria de eritrocitos por parte del feto. Esta enfermedad puede presentarse en forma leve (moderado grado de ictericia la cual suele responder a la luminoterapia) o severa (llegando a discapacidad física y retardo mental). El resultado de la hemólisis y el secuestro de eritrocitos fetales son dos: la anemia hemolítica (denominador común de esta enfermedad) y la hiperbilirrubinemia a predominio indirecta que afectara al feto, pero más gravemente al recién nacido. (44)

CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

2.3 Hipótesis de investigación

Hipótesis General:

- Existen diferencias significativas entre las complicaciones maternas y del recién nacido y la atención prenatal en las gestantes estudiadas.

2.4 Hipótesis Especificas

- Existe diferencias significativas entre las complicaciones maternas asociadas a la atención prenatal en gestantes estudiadas.
- Existe diferencias significativas entre las complicaciones del recién nacido asociadas a la atención prenatal en gestantes estudiadas.

2.5 Variables del estudio

Variable respuesta

Hubo dos variables, complicaciones maternas y complicaciones del recién nacido. Ambas se definen como cualquier complicación prescrita en la historia clínica reportada durante el parto y hasta el momento de alta, por el personal médico-obstétrico del centro. Al haber diversos tipos de complicaciones, y presentarse más

de unas complicaciones en la madre o el recién nacido. Ambas variables se clasificaron en ninguna, una o dos a más complicaciones.

Variables de exposición

La variable atenciones prenatales se define como la evaluación de riesgos, la promoción, educación de salud e intervención terapéutica.⁽⁵²⁾ Según la Guía Nacional de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva respaldada por el Ministerio de Salud (MINSA) del Perú, considera adecuados controles prenatales al tener seis o más controles durante todo el periodo del embarazo hasta el momento del parto.⁽⁵³⁾ En el centro se realizaron los partos obstétricos, por lo que se contaba con la información del total de controles que habían tenido las mujeres estudiadas durante todo su embarazo.

Otras variables

Las otras variables fueron edad materna, divididas en gestantes adolescentes (10-19 años), gestantes promedio (20-34 años) y gestantes añosas (> 35 años); edad gestacional agrupadas en pre término (< 37 semanas), a término (37-41 semana) y post término (>42 semanas); tipo de gestantes (primigesta, multigesta, gran multípara); número de hijos muertos (ninguno, uno, dos o más); número de hijos vivos (ninguno, uno, dos o más); Test de Apgar clasificado en normal (7-10), deprimido (4-6) y severamente deprimido (0-3); peso dividido en normal (2500-4000), bajo peso (<2500) y macrosómico (> 4000); sexo del recién nacido (femenino/masculino).⁽⁵⁴⁾

La variable talla/edad se clasifico en tres de acuerdo al sexo del recién nacido.⁽⁵⁵⁾ En los niños: alto (>+2DS/> 54), normal (+2 a -2DS/ 47-53) y talla baja (< -2DS/ < 46). En las niñas: alto (>+2DS/> 53), normal (+2 a -2DS/ 47-52) y talla baja (< -2DS/ <46).

La variable perímetro cefálico se clasifico en tres de acuerdo al sexo del recién nacido.⁽⁵⁶⁾

) En los niños: riesgo de macrocefalia(>p97/>36.1), normal (p3 a p97/31.7 a 36.1) y riesgo de microcefalia (<p3/<31.7). En las niñas: riesgo macrocefalia (>p97/>36.9), normal (p3 a p97/32,1 a 36.9) y riesgo microcefalia (<p3/<32.1).

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

3.1 Diseño de estudio

El presente estudio será analítico, según el recojo de información será retrospectivo, con variables cualitativas. Observacional porque no presentó intervención o no se manipulará variables. Tipo transversal

3.2 Población

El universo de estudio lo conforman por las historias clínicas de las mujeres que fueron gestantes que fueron atendidas en el Centro Materno Infantil durante el 2020 al 2021.

3.3 Muestra

Considerando un nivel confianza del 95%, una precisión del 5%, un efecto de diseño de 1, y una proporción esperada de 2 a más complicaciones materno perinatales igual al 20%, con una población de 800 gestantes que se han atendiendo durante el periodo del 2020 hasta noviembre del 2021. Se obtuvo una muestra de 530 historias clínicas. A este resultado se le decidió agregar una tasa de perdida 20% debido a que las complicaciones complicadas eran referenciadas a un hospital de mayor complejidad. Obteniéndose una muestra final de 636 historias clínicas.

[1] Tamaños de muestra. Proporción:

Datos:

Tamaño de la población:	800
Proporción esperada:	20,000%
Nivel de confianza:	95,0%
Efecto de diseño:	1,0

Resultados:

Precisión (%)	Tamaño de la muestra
1,000	8.068
5,000	530

3.3.1 Tamaño muestral

Se recolectarán todas las historias clínicas de gestantes atendidas durante el periodo del 2020 hasta noviembre del 2021. Un total de 600 historias clínicas

3.3.2 Tipo de muestreo

No se realizarán ningún tipo de muestreo, porque se recolectará el total de historias clínicas del periodo 2020 hasta noviembre del 2021.

3.3.3 Criterios de selección de la muestra

3.3.3.1 Criterios de inclusión

- Historias clínicas de las gestantes atendidas durante el año 2020 y noviembre del 2021.

3.3.3.2 Criterios de exclusión

- Mujeres no embarazadas que se hayan acudido al servicio de Materno Infantil.
- Historias clínicas incompletas

3.3.4 Operacionalización de variables (ANEXO 1)

3.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos

Los datos recolectados serán registrados en una matriz del programa Excel 2016, en el que se asignará la cantidad de hojas necesarias para la clasificación de los datos obtenidos. La toma de datos de los participantes consistirá inicialmente en una ficha de recolección de datos (ANEXO 2), cuyo único objetivo es transcribir la información que solo será útil para los fines de investigación. No se transcribirá información que identifique a la paciente solo

a su historia clínica. La primera parte de la ficha serán características de la madre y el número de atenciones prenatales. La segunda parte serán características del recién nacido y sus medidas antropométricas. Al final se limpiará la base de datos para el análisis.

3.5 Procesamiento de datos y plan de análisis

Los investigadores accedieron a la información científica, se tomaron las variables que eran de interés para el presente protocolo.

Realizamos análisis estadístico con el software STATA v17.0. Para en análisis descriptivo, las variables cualitativas se resumieron en proporciones; mientras que para la variable cuantitativa se presentó en forma de media y la desviación estándar,

debido a que presentó una distribución normal por análisis de sesgo, curtosis e histograma. En el análisis bivariado, se realizó la prueba de chi-cuadrado para las variables categóricas, en el caso de la variable numérica se eligió la prueba T de Student, y en caso de las variables numéricas se eligió la prueba de Pearson. Siempre y cuando se cumplan con los supuestos por cada prueba estadística sino se usaran Fisher, U. mann Whitthay y Spearme respectivamente.

Realizamos un modelo lineal generalizado multivariado de la familia de Gaussiana (crudo y ajustado) con varianza robusta. Las variables incluidas en el modelo multivariado serán edad, sexo, talla promedio, IMC, porcentaje de grasa, grupo (rural, migrante, urbano). Estas variables fueron elegidas por la revisión de la literatura. La medida de asociación fue la razón de prevalencia (PR) con su respectivo intervalo de confianza (IC) del 95%.

3.6 Aspectos éticos de la investigación

Se seguirán los lineamientos internacionales para el adecuado uso de los datos y la conservación de la ética en la investigación, adscribiendo este protocolo a lo sugerido por la declaración STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology). El presente es un análisis serán de los datos obtenidos de las historias clínicas, por lo que no se tendrá contacto con alguno con sujetos humanos en tal sentido, los posibles riesgos para los sujetos del análisis son mínimos. Además, de su aprobación del comité de ética de la Universidad Ricardo Palma y se pedirá el permiso al Centro Materno Infantil de salud I – IV Chorrillos. Finalmente, durante la implementación del estudio se respetaron los principios éticos delineados en la Declaración de Helsinki.

3.7 Limitaciones de la investigación

Primero no se determinó las complicaciones fetales, debido que no había esa información en la historia clínica. Solo se pondrá si presentan o no presentan. Segundo las historias clínicas de las gestantes son de un centro de primer nivel, por lo que las complicaciones reportadas son serían las más graves, ni las complicaciones que necesitan de una atención de hospital nivel III.

De los pacientes atendidos no se tomó en cuenta a los pacientes con complicaciones graves que se refirieron a un hospital nivel III debido a que la complicación no se determinó en el centro de salud y para obtener la complicación se tendría que esperar a la contrarreferencia con el diagnóstico de la complicación

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultado

Se trabajó con un total de 636 pacientes. Se encontró que las gestantes añosas fueron 13,05 % y las gestantes adolescentes 7,08 %. Hubo un total de 4,09 % pacientes gran multigesta. La prevalencia de dos o más abortos fue de 3,77 % y se presentó ningún hijo vivo en 33,18%. La mayoría tuvo una gestación a término, solo el 2,04 % fue pretérmino. El 58,65 % de pacientes tuvieron atenciones prenatales inadecuadas. Acerca de los recién nacidos, predominó levemente el sexo masculino (54,40 %). En el Apgar al minuto y a los cinco minutos, el estado severamente deprimido fue de 0,31 % y 0,94 % respectivamente. Solo el 1,57 % presentó un bajo peso al nacer y el 2,99 % una talla baja. Respecto al perímetro cefálico se encontró con riesgo a macrocefalia (0,94 %) y microcefalia (8,49 %). La frecuencia de dos o más complicaciones, en las maternas (3,14 %) y en el recién nacido (5,66 %) (Tabla 1).

Tabla 1: Características sociodemográficas de la muestra de gestantes del estudio.

Características	n (%)
Edad	26,5 (22-31) *
Edad categorizada	
gestante adolescente	45 (7.08)
gestante promedio	508 (79.87)
gestante añosa	83 (13.05)
Sexo del recién nacido	
Masculino	346 (54.40)
Femenino	290 (45.60)
Cantidad de gestaciones	
primigesta	178 (27.99)
multigesta	432 (67.92)

gran multigesta	26 (4.09)
Antecedente de abortos	
ninguno	490 (77.04)
uno	122 (19.18)
dos o más	24 (3.77)
Hijos vivos	
ninguno	211 (33.18)
uno	213 (33.49)
dos o más	212 (33.33)
Edad gestacional	
Pre termino	13 (2.04)
A termino	623 (97.96)
Apgar al minuto	
Normal (7-10)	618 (97.17)
Deprimido (4-6)	16 (2.52)
Severamente deprimido (0-3)	2 (0.31)
Apgar a los 5 minutos	
Normal (7-10)	626 (98.43)
Deprimido (4-6)	4 (0.63)
Severamente deprimido (0-3)	6 (0.94)
Peso del recién nacido	
normal	599 (94.18)
Bajo peso	10 (1.57)
Macrosómico	27 (4.25)
Talla/Edad	
Alto	8 (1.26)
Normal	609 (95.75)
Talla baja	19 (2.99)
Perímetro Cefálico	

Riesgo macrocefalia	6 (0.94)
Normal	576 (90.57)
Riesgo microcefalia	54 (8.49)
Atenciones prenatales	
Adecuado	263 (41.35)
Inadecuado	373 (58.65)
Complicaciones maternas	
Ninguna	413 (64.94)
Una	203 (31.92)
dos o más	20 (3.14)
Complicaciones del recién nacido	
Ninguna	316 (49.69)
Una	284 (44.65)
dos o más	36 (5.66)

*mediana (rango intercuartílico)
Fuente de elaboración propio

Con respecto a tener dos o más complicaciones maternas. Las gestantes añosas tienen 3,26 mayor frecuencia, en comparación de las gestantes promedio (6,02 vs 2,76; $p= 0,013$). De igual forma, las gran multigestas tienen 8,73 mayor frecuencia, en comparación con las primigestas (11,54 vs 2,81; $p= <0,001$). Las que tuvieron dos o más antecedentes de abortos tuvieron 9,23 mayor frecuencia de las que no presentaron ningún antecedente de aborto (12,50 vs 3,27; $p=0,049$), y las que tuvieron dos o más hijos vivos obtuvieron 1,88 mayor frecuencia en comparación a ningún hijo vivo (4,25 vs 2,37; $p=<0,001$). En las atenciones prenatales inadecuadas se encontró 4,71 mayor frecuencia en comparación de las que presentaron atenciones prenatales adecuadas (5,09 vs 0,38; $p= 0.003$) (Tabla 2).

Tabla 2: Análisis bivariado de las características asociadas a la presencia de complicaciones maternas en una muestra peruana.

Características	Complicaciones maternas	valor p
-----------------	-------------------------	---------

	Ninguna (413) n (%)	Una (n=203) n (%)	dos o más (n=20) n (%)	
Edad categorizada				0.013**
gestante adolescente	36 (80.00)	8 (17.78)	1 (2.22)	
gestante promedio	334 (65.75)	160 (31.50)	14 (2.76)	
gestante añosa	43 (51.81)	35 (42.17)	5 (6.02)	
Sexo del recién nacido				0.542*
Masculino	230 (66.47)	107 (30.92)	9 (2.60)	
Femenino	183 (63.10)	96 (33.10)	11 (3.79)	
Cantidad de gestaciones				<0.001*
primigesta	139 (78.09)	34 (19.10)	5 (2.81)	
multigesta	262 (60.65)	158 (36.57)	12 (2.78)	
gran multigesta	12 (46.15)	11 (42.31)	3 (11.54)	
Antecedente de Abortos				0.049**
ninguno	323 (65.92)	151 (30.82)	16 (3.27)	
uno	75 (61.48)	46 (37.70)	1 (0.82)	
dos o más	15 (62.50)	6 (25.00)	3 (12.50)	
Hijos vivos				<0.001*
ninguno	162 (76.78)	44 (20.85)	5 (2.37)	
uno	127 (59.62)	80 (37.56)	6 (2.82)	
dos o más	127 (58.49)	79 (37.26)	9 (4.25)	
Edad gestacional				0.431**
Pre termino	11 (84.62)	2 (15.38)	0 (00)	
A termino	402 (64.53)	201 (32.26)	20 (3.21)	
Apgar al minuto				0,560**
Normal (7-10)	398 (64.40)	200 (32.36)	20 (3.24)	
Deprimido (4-6)	13 (81.25)	3 (18.75)	0 (00)	
Severamente deprimido (0-3)	2 (100.00)	0 (00)	0 (00)	
Apgar a los 5 minutos				0.637**

Normal (7-10)	405 (64.70)	201 (32.11)	20 (3.19)	
Deprimido (4-6)	4 (100.00)	0 (00)	0 (00)	
Severamente deprimido (0-3)	4 (66.67)	2 (33.33)	0 (00)	
Peso del recién nacido				0.463**
normal	391 (65.28)	189 (31.55)	19 (3.17)	
Bajo peso	8 (80.00)	2 (20.00)	0 (00)	
Macrosómico	14 (51.85)	12 (44.44)	1 (3.70)	
Talla/Edad				0.525**
Alto	5 (62.50)	3 (37.50)	0 (00)	
Normal	392 (64.37)	197 (32.35)	20 (3.28)	
Talla baja	16 (84.21)	3 (15.79)	0 (00)	
Perímetro Cefálico				0.076**
Riesgo macrocefalia	4 (66.67)	2 (33.33)	0 (00)	
Normal	372 (64.58)	189 (32.81)	15 (2.60)	
Riesgo microcefalia	37 (68.52)	12 (22.22)	5(9.26)	
Atenciones prenatales				0.003*
Adecuado	180 (68.44)	82 (31.18)	1 (0.38)	
Inadecuado	233 (62.47)	121 (32.44)	19 (5.09)	

*Realizado con la prueba exacta de Chi2, valor p significativo $p < 0.05$

**Realizado con la prueba exacta de Fisher, valor p significativo $p < 0.05$

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a tener dos o más complicaciones en los recién nacidos, el sexo masculino tiene 1,99 mayor frecuencia a comparación del sexo femenino (5,78 vs 3,79; $p= 0.011$), de igual forma, la edad gestacional pre termino tuvo 17,78 mayor frecuencia en comparación con la edad gestacional a término (23,08 vs 5,30; $p= <0.001$). Respecto con el Apgar al minuto, el estado deprimido tuvo 0,59 mayor frecuencia a comparación del estado normal (6,25 vs 5,66; $p= 0,006$), en el Apgar a los 5 minutos, el estado severamente deprimido obtuvo 28,06 en comparación al estado normal (33,33 vs 5,27; $p= 0,009$). El peso macrosómico en el recién nacido presentó 21,26 mayor frecuencia en comparación al peso

normal (25,93 vs 4,67; $p = <0,001$). En las atenciones prenatales inadecuadas se encontró 5,11 mayor frecuencia en comparación a las adecuadas (7,77 vs 2,66; $p = <0,001$) (Tabla 3).

Tabla 3: Análisis bivariado de las características asociadas a la presencia de complicaciones del recién nacido en una muestra peruana.

Características	Complicaciones del recién nacido			valor p
	Ninguna (316) n (%)	Una (n=284) n (%)	dos o más (n=36) n (%)	
Edad categorizada				00.475**
gestante adolescente	22 (48.89)	18 (40.00)	5 (11.11)	
gestante promedio	249 (49.02)	232 (45.67)	27 (5.31)	
gestante añosa	45 (54.22)	34 (40.96)	4 (4.82)	
Sexo del recién nacido				0.011*
Masculino	190 (54.91)	136 (39.31)	20 (5.78)	
Femenino	183 (63.10)	96 (33.10)	11 (3.79)	
Cantidad de gestaciones				0.226**
primigesta	97 (54.49)	74 (41.57)	7 (3.93)	
multigesta	205 (47.45)	201 (46.53)	26 (6.02)	
gran multigesta	14 (53.85)	9 (34.62)	3 (11.54)	
Abortos				0.372**
ninguno	245 (50.00)	216 (44.08)	29 (5.92)	
uno	55 (45.08)	61 (50.00)	6 (4.92)	
dos o más	16 (66.67)	7 (29.17)	1 (4.17)	
Antecedente de Hijos vivos				0.450*
ninguno	112 (53.08)	91 (43.13)	8 (3.79)	
uno	105 (49.30)	96 (45.07)	12 (5.63)	
dos o más	99 (46.70)	97 (45.75)	16 (7.55)	
Edad gestacional				<0.001**

Pre termino	0 (00)	10 (76.92)	3 (23.08)	
A termino	316 (50.72)	274 (43.98)	33 (5.30)	
Apgar al minuto				0.006**
Normal (7-10)	314 (50.81)	269 (43.53)	35 (5.66)	
Deprimido (4-6)	2 (12.50)	13 (81.25)	1 (6.25)	
Severamente deprimido (0-3)	0 (00)	2 (100.00)	0 (00)	
Apgar a los 5 minutos				0.009**
Normal (7-10)	314 (50.16)	279 (44.57)	33 (5.27)	
Deprimido (4-6)	0 (00)	3 (75.00)	1 (25.00)	
Severamente deprimido (0-3)	2 (33.33)	2 (33.33)	2 (33.33)	
Peso del recién nacido				<0.001**
normal	313 (52.25)	258 (43.07)	28 (4.67)	
Bajo peso	3 (30.00)	6 (60.00)	1 (10.00)	
Macrosómico	0 (00)	20 (74.07)	7 (25.93)	
Talla/Edad				0.481**
Alto	3 (37.50)	5 (62.50)	0 (00)	
Normal	306 (50.25)	269 (44.17)	34 (5.58)	
Talla baja	7 (36.84)	10 (52.63)	2 (10.53)	
Perímetro Cefálico				0.479**
Riesgo macrocefalia	2 (33.33)	4 (66.67)	0 (00)	
Normal	291 (50.52)	254 (44.10)	31 (5.38)	
Riesgo microcefalia	23 (42.59)	26 (48.15)	5 (9.26)	
Atenciones prenatales				<0.001*
Adecuado	204 (77.57)	52 (19.77)	7 (2.66)	
Inadecuado	112 (30.03)	232 (62.20)	29 (7.77)	

*Realizado con la prueba exacta de Chi², valor p significativo p < 0.05

**Realizado con la prueba exacta de Fisher, valor p significativo p < 0.05

Fuente: Elaboración propia.

Para las complicaciones maternas el primer análisis, en la regresión simple, se encontró que las gestantes con atenciones prenatales inadecuadas tenían 34% mayor frecuencia de tener

dos o más complicaciones maternas, en comparación a quienes tenían atenciones adecuadas (RP=1,34; IC95%: 1,06 – 1,68). Luego, en la regresión múltiple se conservó la asociación observada en términos de dirección y magnitud. Se observó que las gestantes con atenciones prenatales inadecuadas tenían 28% mayor frecuencia de tener dos o más complicaciones maternas. Ello fue ajustado por las covariables confusoras de sexo, cantidad de gestación, antecedentes de abortos, hijos vivos, edad gestacional, Apgar al minuto, Apgar a los 5 minutos, peso al nacer, talla, perímetro cefálico (RP=1,28; IC95%: 1,01 – 1,61) (Tabla 4).

Para las complicaciones del recién nacido el primer análisis, en la regresión simple, se encontró que las gestantes con atenciones prenatales inadecuadas tenían 210% mayor frecuencia de que presenten dos o más complicaciones del recién nacido, en comparación a quienes tenían atenciones adecuadas (RP=3,10; IC95%: 2,42 – 3,97). Luego, en la regresión múltiple se conservó la asociación observada en términos de dirección y magnitud. Se observó que las gestantes con atenciones prenatales inadecuadas tenían 200% mayor frecuencia de que presenten dos o más complicaciones del recién nacido. Ello fue ajustado por las covariables confusoras de sexo, cantidad de gestación, antecedentes de abortos, hijos vivos, edad gestacional, Apgar al minuto, Apgar a los 5 minutos, peso al nacer, talla, perímetro cefálico (RP=3,00; IC95%: 2,37 – 3,80) (Tabla 4).

Tabla 4. Modelo de regresión de Poisson crudo y ajustado para evaluar la asociación entre las atenciones prenatales y tener dos o más complicaciones maternas o del recién nacido en una muestra de gestantes.

Características	Complicaciones maternas						complicaciones del recién nacido					
	Análisis Crudo			Análisis Ajustado*			Análisis Crudo			Análisis Ajustado*		
	RP **	IC 95%	p**	RP	IC 95%	p**	RP	IC 95%	p**	RP	IC 95%	p**
Atenciones prenatales												
Adecuadas (>6)	Ref			Ref			Re f			Ref		
Inadecuadas (<6)	1.3 4	1.063- 1.68	0.0 13	1.2 8	1.01- 1.61	0.0 38	3,1 0	2.42- 3.97	<0.0 01	3,0 0	2.37- 3.80	<0.0 01

*Ajustado por sexo, cantidad de gestación, antecedentes de abortos, hijos vivos, edad gestacional, Apgar al minuto, Apgar a los 5 minutos, peso al nacer, talla, perímetro cefálico.

**Valor p significativo <0.05.

RP: Razón de prevalencias. IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Elaboración propia.

4.2 Discusión

Hallazgos principales

En el presente estudio, los resultados encontrados muestran que tener atenciones inadecuadas (menor a seis controles) durante la gestación, se asociaron principalmente a tener dos o más complicaciones del recién nacido, y también se asoció a tener dos o más complicaciones maternas.

Comparación con otros estudios e Interpretación de resultados

En nuestro estudio se encontró que solo el 41,35% tuvo atención prenatal adecuado, esto difiere de otros estudios publicados. En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en el Perú del 2020 reportaron que el 88,4% y en la ENDES del 2017 el 88,9% recibieron atenciones prenatales adecuadas. ^(45,46) En un metaanálisis del 2021, se habla de factores que influyen a una falta de controles prenatales adecuados los cuales son bajo nivel de instrucción, ocupaciones del hogar y crianza, falta de empleo, escasos recursos económicos, ubicación geográfica, falta de afiliación, creencias y costumbres, que a su vez, se asocian a complicaciones obstétricas como: infecciones, anemia, preeclampsia, hemorragias, desgarros perineales, alumbramiento incompleto, bajo peso y prematuridad, lo que difiere con nuestro estudio, ya que en el presente trabajo, se justifica la falta de adecuados controles con la presencia de una pandemia mundial llamada COVID-19, la cual se desarrolló precisamente en los años donde se realizó esta investigación, lo cual justificaría que debido

al aislamiento domiciliario implantado por el gobierno del Perú durante esas fechas, las gestantes limitaban el cumplimiento de sus atenciones prenatales, con el fin de no arriesgarse al contagio de dicha enfermedad.⁽⁵⁶⁾ En este estudio se consideró el criterio del MINSA, donde indica que las gestantes deben recibir un mínimo de 6 atenciones prenatales y deben ser correctamente distribuidos en todos los trimestres del embarazo.⁽⁵⁾

Se clasificó a las complicaciones en dos categorías: materna y del recién nacido. En las complicaciones maternas, nuestro estudio encontró que las gestantes con atención prenatal inadecuada tuvieron más riesgo en desarrollar complicaciones maternas. Estos hallazgos coinciden con los resultados de Núñez et al, realizado en Perú, donde demostró que el 39.39% de las gestantes que presentaron una atención prenatal inadecuada y resultó ser un factor de riesgo significativo para desarrollar complicaciones obstétricas como las infecciones del tracto urinario y anemia (OR: 1.96; IC 95%: 1.05- 3.64).⁽⁸⁾ Por otro lado, los resultados con mayor asociación de las complicaciones del recién nacido en gestantes con atención prenatal inadecuada fueron el sexo del recién nacido, la edad gestacional, el Apgar al minuto, el Apgar a los 5 minutos y el peso del recién nacido. Ello coincide con estudios previos, por ejemplo, Núñez et al encontraron que las gestantes que tuvieron una atención prenatal inadecuada tuvieron mas prevalencia de parto prematuro (7.69%), infecciones del tracto urinario (73.08%), anemia (53.85%), ruptura prematura de membranas (3.85%) e inadecuada ganancia de peso gestacional (69.23%).⁽⁸⁾ Otros estudios también han reportado que las gestantes que tuvieron una inadecuada atención prenatal tuvieron 77% mayor riesgo de tener complicaciones neonatales en comparación con las que tuvieron una adecuada atención prenatal.⁽⁴⁷⁾ Un estudio encontró que la atención prenatal inadecuada se ve influenciada por factores sociodemográficos como la baja escolaridad materna, origen étnico, factores económicos y cobertura del nivel de salud.⁽⁴⁸⁾

Nuestros resultados indican, que hay una asociación entre las complicaciones maternas y del recién nacido asociadas con la atención prenatal recibida. Aunque estos resultados eran esperables, debido a algunos factores como la edad y las atenciones prenatales inadecuadas, similar a lo informado en otros estudios.^(46,49) Esto es un problema para el sector de salud pública, ya que es el primer nivel de atención en recibir información primaria para el manejo y gestión de las gestantes, por lo que se debe lograr absolver una gran cantidad de problemas que causan en las gestantes no acuden al establecimiento de salud y generan complicaciones maternas y del recién nacido.^(50,51)

4.3 Limitación del estudio

Al ser un estudio con temporalidad transversal impide establecer la relación de temporalidad entre la variable dependiente y las covariables del estudio. Por otro lado, el estudio no se centró a los tipos de complicaciones maternas o del recién nacido. Sin embargo, consideramos que los hallazgos del estudio son útiles para conocer un panorama sobre las atenciones y su asociación a las complicaciones de la madre o del recién nacido en un centro materno infantil de primer nivel de atención.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIÓN

Las atenciones prenatales inadecuadas no solo afectan a la madre, sino que principalmente al recién nacido. En nuestro estudio se encontró que las atenciones prenatales inadecuadas se asocian principalmente a tener dos o más complicaciones en el recién nacido, y también a tener dos o más complicaciones maternas.

5.2 RECOMENDACIONES

- Realizar charlas grupales informativas y didácticas sobre lo importante de tener una atención prenatal adecuada, brindando sobre todo información sobre las complicaciones en caso de no tener las atenciones prenatales adecuadas.
- Generar un grupo multidisciplinario que binde información y de consultas a cada gestante en cada atención prenatal para disminuir los factores de riesgos que conllevan a complicaciones
- Incentivar a las gestantes en asistir a la atención prenatal
- Sería recomendable complementar el estudio en un periodo de tiempo que no esté influenciado por el COVID para verificar si el bajo porcentaje de atenciones prenatales tuvo que ver más con el COVID que con los diversos factores que predisponen a la inasistencia de las gestantes a las atenciones prenatales

BÍBLIOGRAFIA

- 1) Casini DS, Sáinz GAL. GUIA DE CONTROL PRENATAL. EMBARAZO NORMAL. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2002;21(2):51–62. doi:<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91221201>
- 2) J Lockwood C. Prenatal care: Initial assessment [Internet]. UpToDate. [citado el 19 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/prenatal-care-initial-assessment?search=prenatal-care-%20initial-%20assessment&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- 3) Organización Panamericana de la Salud. Salud Materna [Internet]. Organización Mundial de la Salud. [citado el 19 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
- 4) Ministerio de Salud del Perú. Embarazadas deben recibir como mínimo 6 atenciones durante la gestación [Internet]. Ministerio de Salud. [citado el 19 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/31002-embarazadas-deben-recibir-como-minimo-6-atenciones-durante-la-gestacion>
- 5) Organización Mundial de la Salud. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado [Internet]. Organización Mundial de la Salud. [citado el 19 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
- 6) Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2018 [citado el 19 de marzo de 2022]; Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?ua=1
- 7) Torres Espinoza SD. COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN PRENATAL INSUFICIENTE EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNÁNUE, 2019. Norbert Wiener; 2021 [citado el 23 de marzo de 2022]. Disponible en: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4749/T061_47407668_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 8) Núñez-Herrera R, Moquillaza Alcántara V, García-Cajaleón J. Complicaciones obstétricas asociadas al control prenatal inadecuado en púerperas atendidas en un centro materno infantil peruano, 2018. Perinot Reprod Hum. 2019;33:58–65. doi:[10.24875/PER.19000023](https://doi.org/10.24875/PER.19000023)
- 9) Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna [Internet]. 2019 [citado 30 nov 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- 10) Velasteguí Egúez Jacqueline Elizabeth, Hernández Navarro Marlene Isabel, Real Cotto Jhony Joe, Roby Arias Aurora Jazmín, Alvarado Franco Hugo Javier, Haro Velastegui Ana Jacqueline. Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames. Rev Cubana

Med Gen Integr [Internet]. 2018 Mar [citado 2021 Nov 29] ; 34(1): 37-44. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000100005&lng=es

- 11) Aguilera, P. S., & Soothill, M. P. (2014). Control prenatal. *Revista médica clínica las condes*, 25(6), 880-886. doi: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70634-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70634-0)
- 12) Miranda C, Castillo I. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del Control Prenatal. *Rev Cuid* 2016;7(2):1341-1351.
- 13) Schmidt CN, Butrick E, Musange S, Mulindahabi N, Walker D. Towards stronger antenatal care: Understanding predictors of late presentation to antenatal services and implications for obstetric risk management in Rwanda. *PLoS One*. 2021 Aug 25;16(8):e0256415. doi: 10.1371/journal.pone.0256415. PMID: 34432829; PMCID: PMC8386859.
- 14) Alfaro N, Campos G. Análisis del control prenatal que se rinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital San Vicente de Paúl. *Rev Enf Act* 2014; 26:1-19.
- 15) Mbuagbaw L, Medley N, Darzi AJ, Richardson M, Habiba Garga K, Ongolo-Zogo P. Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Dec 1;(12):CD010994. doi: 10.1002/14651858.CD010994.pub2. PMID: 26621223; PMCID: PMC4676908
- 16) Till SR, Everetts D, Haas DM. Incentives for increasing prenatal care use by women in order to improve maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Dec 15;(12):CD009916. doi: 10.1002/14651858.CD009916.pub2. PMID: 26671418
- 17) Adeyinka O, Jukic AM, McGarvey ST, Muasau-Howard BT, Faiai M, Hawley NL. Predictors of prenatal care satisfaction among pregnant women in American Samoa. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Nov 16;17(1):381. doi: 10.1186/s12884-017-1563-6. PMID: 29145810; PMCID: PMC5689158.
- 18) Stulberg DB, Cain L, Hasham Dahlquist I, Lauderdale DS. Pre-pregnancy and Early Prenatal Care are Associated with Lower Risk of Ectopic Pregnancy Complications in the Medicaid Population: 2004-08. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2017 Jan;31(1):4-10. doi: 10.1111/ppe.12327. Epub 2016 Nov 16. PMID: 27859439; PMCID: PMC6070298.
- 19) Mendes RB, Santos JMJ, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. Evaluation of the quality of prenatal care based on the recommendations Prenatal and Birth Humanization Program. *Cien Saude Colet*. 2020 Mar;25(3):793-804. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232020253.13182018. Epub 2018 Jul 20. PMID: 32159650.
- 20) Abu-Ghanem S, Sheiner E, Sherf M, Wiznitzer A, Sergienko R, Shoham- Vardi I. Lack of prenatal care in a traditional community: trends and perinatal outcomes. *Arch Gynecol Obstet*. 2012 May;285(5):1237-42. doi: 10.1007/s00404-011-2153-x. Epub 2011 Nov 29. PMID: 22124534.

- 21) Saad-Haddad G, DeJong J, Terreri N, Restrepo-Méndez MC, Perin J, Vaz L, Newby H, Amouzou A, Barros AJ, Bryce J. Patterns and determinants of antenatal care utilization: analysis of national survey data in seven countdown countries. *J Glob Health*. 2016 Jun;6(1):010404. doi: 10.7189/jogh.06.010404. PMID: 27231540; PMCID: PMC4871063.
- 22) Navarro J. Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de Obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra - enero a marzo 2015 [Tesis]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Obstetricia; 2015.
- 23) Rojas P. Satisfacción ante la atención prenatal en gestantes atendidas en el centro de salud Santa Ana de Huancavelica [Tesis]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica. Facultad de Obstetricia; 2014.
- 24) Jiménez K, Pilco Y. Relación entre las características sociodemográficas y la funcionalidad familiar con la asistencia al control prenatal en puérperas del centro de salud Maritza Campos Díaz, Zamácola, Arequipa, mayo-junio 2016 [Tesis]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María. Facultad de Obstetricia y Puericultura; 2016)
- 25) Castillo Ortiz MV. Atención prenatal reenfocada y complicaciones maternas durante el embarazo en gestantes atendidas en el hospital nacional hipólito unanue de enero a junio 2019.
- 26) Guzmán Ticsihua NT, Castillón De la Cruz SN. Atención prenatal reenfocada y su repercusión en la salud del Neonato-Centro de Salud Concepción, 2019.
- 27) Julcarima Fernández JA. Cumplimiento de la atención prenatal en gestantes atendidas en el centro de salud Juan Parra del Riego Tambo, Huancayo 2018
- 28) Camargo Campos AM. Características de la atención pre natal reenfocada en gestantes del Centro de Salud Pilcomayo, Huancayo 2018.
- 29) BELLOTA TORIBIO RS. Relación entre atención prenatal inadecuada y morbilidad neonatal en costa y sierra, Áncash 2018.
- 30) Anticona Rau TL, Zelaya Marcelo MM. Atención prenatal reenfocada y su relación con el estado de salud de los recién nacidos, Hospital de Huaycán-agosto 2017-junio 2018

- 31) Meza Díaz SN. Factores de riesgo del control prenatal inadecuado en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue–El Agustino 2017.
- 32) Martínez H. Control prenatal inadecuado asociado a complicaciones perinatales en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero-Junio, 2019. [Tesis de pregrado]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2020. [Revisado 01 de diciembre 2021].
- 33) Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Perú: Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología, 2018 [Revisado 22 de noviembre 2020]. Disponible:<https://www.inmp.gob.pe/institucional/publicaciones/1439919> 401
- 34) Cunningham F, Leveno K, Bloom S, et al. Williams Obstetricia. 25a edición. México: McGraw – Hill interamericana; 2019 pg. 157-158 [Revisado 01 de diciembre 2021]
- 35) Gutierrez M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérminos. [Revista científica] Perú: Rev. Ginecología y Obstétrica vol.64 nº3 2018 [Citado el 01 de diciembre 2021].
- 36) Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6ta edición. Buenos Aires – Argentina: Editorial El Ateneo; 2010. Pg. 172-187 2016 [Consultado el 01 de diciembre 2021].
- 37) Balazar D, Loo M. Factores maternos asociados a macrosomía fetal en un hospital público de Lima – Perú. [Internet]. Perú: Rev. Fac. Med. Hum. vol.19 nº2; 2019. [Consultado el 27 de noviembre del 2020]. Disponible en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312019000200006&script=sci_arttext
- 38) Ministerio de Salud [Internet]. Perú: Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva, 2004 [Revisado 14 de noviembre 2020]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf
- 39) Cabrera Cuellar, Cleopatra; Cortizo Martínez, Nilda B.; Pérez de Villa Amil, Arturo; Díaz Dueñas, Alina L.; Molina Lamothe, Sergio Elías Algunas consideraciones acerca del líquido amniótico meconial en el recién nacido. MediSur, vol. 5, núm. 1, 2007, pp. 19-23 Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos Cienfuegos, Cuba

- 40) Beall, M.H. y Ross, M.G. (2009). Umbilical cord complications. Emedicine. Consultado en: <http://emedicine.medscape.com/article/262470>
- 41) Mandujana, A. y Wilkins, I. (2010). Single umbilical artery: What you need to know. Contemporary Ob/Gyn. Consultado en: <http://contemporaryobgyn.modernmedicine.com/obgyn/issue/issueDetail.jsp?id=19495>
- 42) Klatt, T.E. y Cruikshank, D.P. (2008). Breech, other malpresentations, and umbilical cord complications. En Gibbs, R.S., Karlan, B.Y., Haney, A.F. y Nygaard, I.E. (Eds.), Danforth's Obstetrics and Gynecology (10.º edición, págs. 412-416). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- 43) Bandera Fisher Norma Arelis, Goire Caraballo Magalis, Cardona Sánchez Omara Mercedes. Factores epidemiológicos y Apgar bajo al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Sep [citado 2021 Dic 09] ; 37(3): 320-329. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300004&lng=es
- 44) Arévalo, M. J. A., Bellazzi, M. V., Zanazzi, D. D., & Arévalo, J. C. (2009). Incompatibilidad RH en el embarazo. Rev de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina, 195
- 45) INEI - Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 - Nacional y Regional [Internet]. INEI. 2017 [citado el 7 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html
- 46) INEI - Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2020 - Nacional y Regional [Internet]. INEI. 2020. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/pdf/cap007.pdf
- 47) Pavón-León P, Durán-González LI, Becerra-Aponte J. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN UN HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. . Ene. 2003;3(1):11. doi:<https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2003/muv031f.pdf>
- 48) Bernardes ACF, da Silva RA, Coimbra LC, Alves MTSS de B, Queiroz RC de S, Batista RFL, et al. Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;10(14):266. doi:[10.1186/1471-2393-14-266](https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-266)

- 49) Gonzaga ICA, Santos SLD, Silva ARV da, Campelo V. Atención pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. Ciênc saúde coletiva. 2016;21(6):1965–74. doi:[10.1590/1413-81232015216.06162015](https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.06162015)
- 50) García-Balaguera C, García-Balaguera C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. Revista de la Facultad de Medicina. 2017;65(2):305–10. doi:[10.15446/revfacmed.v65n2.59704](https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.59704)
- 51) Reyes MKM. TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO. UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREG; 2016. Disponible en:
https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/2249/1/RE_MED.HUMA_MARGORI.MI%c3%91ANO_CONTROL.PRENATAL.INADECUADO.COMO.FACTOR.ASOCIADO.A.PARTO_DATOS.PDF
- 52) Casini DS, Sáinz GAL. GUIA DE CONTROL PRENATAL. EMBARAZO NORMAL. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2002;21(2):51–62. doi:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91221201> ; J Lockwood C. Prenatal care: Initial assessment [Internet]. UpToDate. [citado el 19 de marzo de 2022]. Disponible en:
https://www.uptodate.com/contents/prenatal-care-initial-assessment?search=prenatal-care-%20initial-%20assessment&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- 53) Ministerio de Salud del Perú. Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva [Internet]. [citado el 21 de marzo de 2022]. Disponible en:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/352964-guias-nacionales-de-atencion-integral-de-la-salud-sexual-y-reproductiva>
- 54) Ministerio de Salud del Perú. Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva [Internet]. [citado el 21 de marzo de 2022]. Disponible en:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/352964-guias-nacionales-de-atencion-integral-de-la-salud-sexual-y-reproductiva>
- 55) Ministerio de Salud del Perú. NORMA TECNICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS [Internet]. [citado el 21 de marzo de 2022]. Disponible en:
http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/normas/NORMA%20TECNICA%20D%20%20CRECIMIENTO%20Y%20DESARROLLO%20DEL%20%20NI%3%91O%20MENOR%20%20DE%20%20CINCO%20A%3%91OS.pdf
- 56) Ministerio de Salud del Perú. NORMA TECNICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS [Internet]. [citado el 21 de marzo de 2022]. Disponible en:
http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/normas/NORMA%20TECNICA%20D%20%20

[CRECIMIENTO%20Y%20DESARROLLO%20DEL%20%20NI%C3%91O%20MENOR%20%20DE%20%20CINCO%20A%C3%91OS.pdf](#)

- 57) Barros Raza LJ, Velasco Acurio EF. Factores asociados a la falta de control prenatal en américa latina y su relación con las complicaciones obstétricas. Revista Enfermería Investiga, julio 2021. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1480/1287>



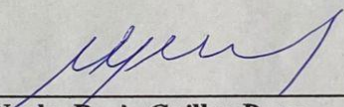
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis “**Complicaciones maternas y del recién nacido asociadas a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil de salud I – IV Chorrillos durante el periodo 2020-2021**”, que presenta el (a). **Juberth Eduardo Flores Aburto y Brenda Naldid Osorio Horna**, 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:



Dra Norcka Rocio Guillen Ponce
ASESOR DE LA TESIS



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



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, Sr. JUBERTH EDUARDO FLORES ABURTO 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,

Dra. Norka Rocio Guillen Ponce

Lima, 20 de Octubre del 2021



Oficio Electrónico N°128-2021-INICIB-D

Lima, 29 de diciembre de 2021

Señor
JUBERTH EDUARDO FLORES ABURTO
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 **“COMPLICACIONES MATERNAS Y DEL RECIÉN NACIDO ASOCIADAS A LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN CENTRO MATERNO INFANTIL DE SALUD I – IV CHORRILLOS DURANTE EL PERIODO 2020-2021”**, 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 expedito 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 5440 – Urb. Las Gardenias – Surco Central 708 0000
Apartado postal 1801, Lima 33 – Perú Anexo 6016
www.urp.edu.pe/medicina



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
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 "Complicaciones maternas y del recién nacido asociadas a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro Materno de Salud I-IV Chorrillos durante el periodo 2020-2021" que presenta el (a) Juberth Eduardo Flores Aburto y Brenda Naldid Osorio Horna, 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:

DR. MG. PEDRO ROBERTO BAZAN PINO
PRESIDENTE

DRA. ROCIO DEL PILAR OROZCO SALINAS
MIEMBRO

DRA. MARTA CHIRINDA ARALIO DURAND
MIEMBRO

Dr. PHD, MCR, MD Jhony De La Cruz Vargas
Director de Tesis

Dra. Norka Rocio Guillén Ponce
Asesor de tesis

LIMA 19 DE ABRIL DEL 2023

ANEXO 5

“COMPLICACIONES MATERNAS Y DEL RECIÉN NACIDO ASOCIADAS A LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN CENTRO MATERNO INFANTIL DE SALUD I – IV CHORRILLOS DURANTE EL PERIODO 2020-2021”

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	7 %
2	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	2 %
3	drenriquecheng.com Fuente de Internet	1 %
4	es.scribd.com Fuente de Internet	1 %
5	repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	1 %
6	repositorio.utp.edu.pe Fuente de Internet	1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

ANEXO 6



Anexo 7. Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Valores
Materno				
Edad	Años transcurridos entre la fecha de nacimiento y el día de la realización de la encuesta.	Cuantitativa	Discreta	Años
Formula obstétrica	Gestaciones (G) Paridad (p) = 0000	Cuantitativa	Discreta	GXPXXX
Lugar de procedencia	Nombre del lugar donde vive permitentemente la madre	Cualitativa	Nominal	Kg
Atenciones	CON APN(lugar donde fue atendida particular y el número de APN) / SIN APN (es cuando no ha recibo ninguna APN)	Cuantitativa	Discreta	Número de atenciones
Complicaciones Maternas				
Desgarros de canal de parto	Cuando la cabeza del bebé que sale de la abertura vaginal es demasiado grande para que la vagina se estire o es de un tamaño normal, pero la vagina no se estira con facilidad.	Cualitativa	Ordinal	Grado I Grado II Grado III
Retención de restos placentarios	Retención de las membranas ovulares tras la expulsión de la placenta al transcurrir el tiempo determinado del alumbramiento.	Cualitativa	Nominal	0. No 1. Si

Retención de placenta	Placenta adherida por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido.	Cualitativa	Nominal	0. No 1. Si
Atonía uterina	Sangrado vaginal abundante, útero aumentado de tamaño, que no se contrae.	Cualitativa	Nominal	0. No 1. Si
Pérdida de sangre vaginal en todo el proceso del parto	Sangrado vaginal abundante	Cuantitativa	Continua	En metros cúbicos
Recién Nacido				
Sexo	Condición que diferencia a varones de mujeres	Cualitativa	Nominal	0. Femenino 1. Masculino
Medidas antropométricas	Persona que consume algún tipo de cigarrillo	Cuantitativa	Discreta	Peso en kg, Talla en cm, Perímetro cefálico (cm), Perímetro torácico (cm)
Complicaciones	Persona que consume alguna bebida con alcohol	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Alteración de líquido meconial - Anormalidades del cordón umbilical - anomalía en presentación - posición de feto - parto intra u extramuros - sospecha COVID - reanimación fetal - anomalía de Apgar

				<ul style="list-style-type: none">- Incompatibilidad Rh- P/E(peso/edad)- anomalía cromosómica)
--	--	--	--	--

ANEXO 8. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (INSTRUMENTO)

Ficha de recolección de datos N° Ficha _____ N° Hc _____

MATERNO

1. EDAD: _____
2. FÓRMULA OBSTETRICA: _____
3. LUGAR DE PROCEDENCIA: _____
4. EDAD GESTACIONAL: _____
5. ATENCIONES PRENATALES: _____
6. DESGARROS DE CANAL DE PARTO:
 - a) GRADO 1
 - b) GRADO 2
 - c) GRADO 3
 - d) GRADO 4
 - e) NO
7. RETENCIÓN DE RESTOS PLACENTARIOS Y/O MEMBRANAS OVULARES
 - a) SÍ
 - b) NO
8. RETENCIÓN DE PLACENTA
 - a) SÍ
 - b) NO
9. ATONÍA UTERINA
 - a) SÍ
 - b) NO
10. PÉRDIDA DE SANGRE VAGINAL EN TODO EL PROCESO DEL PARTO

RECIÉN NACIDO

1. SEXO:
 - a) MASCULINO
 - b) FEMENINO

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

1. PESO (kg): _____
2. TALLA (cm): _____
3. PERÍMETRO CEFÁLICO (cm): _____
4. PERÍMETRO TORÁCICO (cm): _____
5. COMPLICACIONES DEL RN
 - a) SÍ
 - b) No

ANEXO 9. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	Metodología
¿Cuáles son las complicaciones materno-perinatales asociadas a la atención prenatal en gestantes atendidas en Centro Materno Infantil de salud I - IV Chorrillos durante el periodo 2020-2021?	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la relación entre las complicaciones</p>	<p>Hipótesis general.</p> <ul style="list-style-type: none"> Existen diferencias significativas entre las complicaciones maternas-perinatales y la atención prenatal en las gestantes estudiadas. <p>Hipótesis Específica:</p>	<p>Variable dependiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> Complicaciones maternas Complicaciones del recién nacido 	<p>Diseño de estudio.</p> <p>Analítico, transversal con procedimientos analíticos.</p> <hr/> <p>Técnicas instrumentación.</p> <p>Los datos recolectados serán registrados en una matriz del programa Excel 2016.</p>
	<p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Describir Determinar la atención prenatal en gestantes de acuerdo a la periodicidad y cantidad en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil de salud I - IV Chorrillos durante el periodo 2020-2021. Determinar las complicaciones asociadas a la atención prenatal en gestantes 	<p>Hipótesis específicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Existe diferencias significativas entre las complicaciones maternas asociadas a la atención prenatal en gestantes estudiadas. Existe diferencias significativas entre las complicaciones perinatales asociadas a la atención prenatal en gestantes estudiadas. 	<p>Variables independientes.</p> <p>Atenciones prenatales</p> <p>Maternas</p> <ul style="list-style-type: none"> Edad Lugar procedencia Formula obstétrica Edad gestacional <p>Recién nacido</p> <ul style="list-style-type: none"> Sexo Medidas antropométricas: peso, perímetro 	<p>Población y muestra. Peruanos mayores de 35 años residentes a tiempo completo Lima, Tumbes, Puno urbano y Puno rural)</p> <p>Plan de análisis de datos.</p> <p>Estadística descriptiva. Analítica. Modelo lineal multivariado de la familia de Poisson (crudo y ajustado). La medida de asociación fue la razón de prevalencia (PR) con su respectivo</p>

	atendidas en el		fálico,	intervalo
--	-----------------	--	---------	-----------

	<p>Centro Materno Infantil de salud I - IV Chorrillos durante el periodo 2020-2021.</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar 		<p>perímetro torácico</p>	<p>de confianza (IC) del 95%.</p>
--	--	--	---------------------------	-----------------------------------

ANEXO 10

Base de datos disponible en:

https://docs.google.com/spreadsheets/d/13hofuWXpQKNNmq1xCAtDbC8_4qJxYuyg/edit?usp=sharing&ouid=105301993795920737679&rtpof=true&sd=true