

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO



**Factores asociados a controles prenatales
inadecuados en madres adolescentes en el
servicio de Ginecología del Hospital María
Auxiliadora entre Junio-Diciembre del 2016**

Presentado por la Bachiller:

María Aurora De Belén Ortega Limas

Para optar el título de Médico Cirujano

Asesor de tesis:

MBA. Roldán Arbieto, Luis

Lima – Perú

- 2018 -

Agradecimientos

A Dios por iluminarme para seguir adelante a pesar de las adversidades y por todas las bendiciones que he recibido a lo largo de la etapa pregrado.

A mi padre, por todo el sacrificio realizado, por sus consejos, por su aliento, por las llamadas de atención en su debido momento y por todo su amor.

A mi hermano, por todo su apoyo, por haber realizado la labor de una madre, y por despertarme todas las mañanas para empezar con las labores y/o responsabilidades.

A mi querida Universidad, por todos los conocimientos aprendidos y la oportunidades brindadas.

A mi querido hospital María Auxiliadora, por todos los casos que he podido evidenciar y de ellos obtener grandes conocimientos, además de las gratas experiencias vividas durante el internado. Gracias porque de la vivencia en el área de emergencia de Ginecología y Obstetricia nació mi tema de tesis.

A mi asesor por su paciencia y buena voluntad de enseñar y guiarme en mis múltiples dudas.

Al director de tesis por sus opiniones y ayudas con respecto a trabajo de tesis.

DEDICATORIA

A mi madre, que ahora es un ángel en el cielo, gracias a su confianza brindada logré seguir adelante a pesar de las dificultades en el camino, por todo su amor, por todo su legado, porque desde el cielo ella sigue siendo mi motor de vida, prometo no defraudarte mi amorcito corazón (como el bolero que te gustaba).

Resumen

Introducción: Los controles prenatales están dentro de la atención de calidad durante el embarazo, la atención prenatal representa una plataforma para cumplir funciones importantes como la promoción de la salud, el cribado, diagnóstico y prevención de enfermedades. El embarazo en la adolescencia continúa siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil.

Objetivo: Identificar los factores asociados a controles prenatales inadecuados en madres adolescentes en el servicio de ginecología del HAMA entre Junio-Diciembre del 2016.

Metodología: El diseño de investigación del presente estudio retrospectivo, observacional, analítico, de tipo casos y controles. Se obtuvo como muestra de estudio a 176, agrupados en 88 casos y 88 controles.

Resultados: Se obtuvo dentro de los factores sociodemográficos edad con un valor de $p=0,000$ y $OR= 5,768$ ($IC95\%:2,967-11,213$), estado civil con valor de $p=0,000$ y $OR= 4,009$ ($IC95\%: 2,101-7,647$), grado de instrucción con valor de $p=0,000$ y $OR=3,095$, ($IC95\%:1,643-5,831$), ocupación con valor de $p=0,002$ y $OR=2,637$ ($IC95\%:1,413-4,922$). Con respecto a los factores clínicos maternos, paridad con valor de $p=0,000$ y $OR=3,933$ ($IC95\%: 2,103-7,356$) y complicaciones durante la gestación con valor de $p=0,280$ y $OR=1,603$ ($IC95\%: 0,677-3,793$).

Conclusión: Se puede concluir que los factores edad (15-19 años), estado civil (soltera), ocupación (estudiante), grado de instrucción (secundaria incompleta) y paridad ≥ 2 en adolescentes demostraron tener asociación significativa con controles prenatales inadecuados.

Palabras claves: Embarazo en Adolescencia, Factores de Riesgo, Atención Prenatal

Abstract

Introduction: Prenatal check-ups are part of quality care during pregnancy; prenatal care represents a platform to fulfill important functions such as health promotion, screening, diagnosis and prevention of diseases. Pregnancy in adolescence continues to be one of the main factors that contribute to maternal and infant mortality.

Objective: To identify the factors associated with inadequate prenatal controls in adolescent mothers in the HAMA gynecology service between June-December 2016.

Methodology: The research design of the present retrospective, observational, analytical, case-control study. A total of 176 were obtained as a study sample, grouped into 88 cases and 88 controls.

Results: Sociodemographic factors were obtained: age with $p = 0,000$ and $OR = 5,768$ (95% CI: 2,967-11,213), marital status with $p = 0.000$ and $OR = 4.009$ (95% CI: 2.101-7.647), degree of instruction with $p = 0.000$ and $OR = 3.095$, (IC95%: 1.643-5.831), occupation with $p = 0.002$ and $OR = 2.637$ (IC95%: 1.413-4.922). With regard to maternal clinical factors, parity with $p = 0.000$ and $OR = 3.933$ (95% CI: 2.103-7.356) and complications during pregnancy with $p = 0.280$ and $OR = 1.603$ (95% CI: 0.677-3.793).

Conclusion: It can be concluded that the states marital status (single), occupation (student), degree of instruction (incomplete secondary) and parity ≥ 2 in adolescents showed that it has a relationship with inadequate prenatal controls.

Keywords: Pregnancy in Adolescence, Risk Factors, Prenatal Care

Indice de Contenido

AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INDICE DE CONTENIDO	7
INDICE DE GRAFICOS.....	9
INDICE DE TABLAS.....	10
I. INTRODUCCIÓN	12
II. CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: GENERAL Y ESPECÍFICOS	13
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	16
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.5.1 <i>Objetivo general</i>	16
1.5.2 <i>Objetivos específicos</i>	16
III. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	17
2.2 BASES TEÓRICAS	23
IV. CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	29
3.1 HIPÓTESIS	29
3.1.1 <i>Hipótesis general</i>	29
3.1.2 <i>Hipótesis específicas</i>	29
3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN.	29
V. CAPITULO IV: METODOLOGÍA.....	30
4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	30
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	30

4.2.1 Población:.....	30
4.2.2 Tamaño de la muestra:	31
4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	32
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	32
4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33
4.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	33
VI. CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35
5.1 RESULTADOS.....	35
5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	46
VII. CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	50
6.1 CONCLUSIONES.....	50
6.2 RECOMENDACIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXOS	56
<i>ANEXO 01: Acta de aprobación de proyecto de tesis firmado por asesor y director de la tesis.....</i>	<i>57</i>
<i>ANEXO 02: Documento de registro por la Facultad de Medicina.</i>	<i>58</i>
<i>ANEXO 03: Documento de autorización emitido por la institución o centro donde se realiza la tesis... ..</i>	<i>59</i>
<i>ANEXO 04: Reporte de originalidad del turnitin.....</i>	<i>60</i>
<i>ANEXO 05: Matriz de consistencia.</i>	<i>61</i>
<i>ANEXO 06: Ficha de recolección de datos.....</i>	<i>63</i>

Indice de Graficos

FIGURA 1. PORCENTAJE DE VARIABLE EDAD ASOCIADA A CONTROLES PRENATALES.	36
FIGURA 2. PORCENTAJE DE VARIABLE DISTRITO ASOCIADO A CONTROLES PRENATALES.	38
FIGURA 3. PORCENTAJE DE VARIABLE ESTADO CIVIL ASOCIADO A CONTROLES PRENATALES.	39
FIGURA 4. PORCENTAJE DE VARIABLE GRADO DE INSTRUCCIÓN ASOCIADO A CONTROLES PRENATALES.....	41
FIGURA 5. PORCENTAJE DE VARIABLE OCUPACIÓN ASOCIADO A CONTROLES PRENATALES.	43
FIGURA 6. PORCENTAJE DE VARIABLE PARIDAD ASOCIADO A CONTROLES PRENATALES.	44
FIGURA 7. PORCENTAJE DE VARIABLE COMPLICACIONES DURANTE LA GESTACIÓN ASOCIADO A CONTROLES PRENATALES.....	46

Indice de Tablas

TABLA 1. ESTIMACIÓN DE SIGNIFICANCIA (P), ESTIMACIÓN DE RIESGO (OR) E INTERVALO DE CONFIANZA DE LA VARIABLE EDAD...	35
TABLA 2. PORCENTAJE DE LA VARIABLE DISTRITO.	37
TABLA 3. ESTIMACIÓN DE SIGNIFICANCIA (P) PARA EL ESTADO CIVIL.	38
TABLA 4. ESTIMACIÓN DE SIGNIFICANCIA (P), ESTIMACIÓN DE RIESGO (OR) E INTERVALO DE CONFIANZA DE LA VARIABLE GRADO DE INSTRUCCIÓN.	40
TABLA 5. ESTIMACIÓN DE SIGNIFICANCIA (P), ESTIMACIÓN DE RIESGO (OR) E INTERVALO DE CONFIANZA DE LA VARIABLE OCUPACIÓN.	42
TABLA 6. ESTIMACIÓN DE SIGNIFICANCIA (P), ESTIMACIÓN DE RIESGO (OR) E INTERVALO DE CONFIANZA DE LA VARIABLE PARIDAD.	43
TABLA 7. ESTIMACIÓN DE SIGNIFICANCIA (P), ESTIMACIÓN DE RIESGO (OR) E INTERVALO DE CONFIANZA DE LA VARIABLE COMPLICACIONES DURANTE LA GESTACIÓN.....	45

I. Introducción

Los controles prenatales están dentro de la atención de calidad durante el embarazo, la atención prenatal representa una plataforma para cumplir funciones importantes como la promoción de la salud, el cribado, diagnóstico y prevención de enfermedades. Además el brindar apoyo y comunicación con las mujeres en un momento decisivo en la vida de una mujer.

El embarazo en la adolescencia continúa siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil. En el Perú, cada día 2 mujeres mueren por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, 856 mujeres sufren complicaciones del embarazo, de esto radica la importancia de los controles prenatales en nuestro país. Si bien es cierto hay diversos esquemas para la ejecución de controles prenatales, en los hospitales de Perú se utiliza según el MINSA quien recomienda que toda gestante debe tener como mínimo 6 controles prenatales.

En el hospital María Auxiliadora la población de madres es diversa, destacando la población adolescente, a pesar de toda la amplia información que hay sobre cuidado prenatal durante la gestación llegan en primera instancia al área de emergencia del servicio de ginecología y obstetricia muchas adolescentes con controles prenatales inadecuados, para esto intervienen una serie de factores como bajo grado de instrucción, ser multíparas, etc. Por lo mencionado anteriormente, el presente trabajo servirá para demostrar la relación entre los factores de riesgo y controles prenatales inadecuados y para el desarrollo de futuras investigaciones relacionadas a este tema.

II. Capítulo I: Problema De Investigación

1.1 Planteamiento del problema: general y específicos

En la actualidad se puede inferir que los controles prenatales inadecuados se asocian más a embarazo en adolescentes influenciados por diferentes factores. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en países de bajos y medianos ingresos, las complicaciones del embarazo y del parto son las causas principales de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años¹, asimismo aproximadamente 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y alrededor 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año², dentro de los cuales se encuentra el Perú. Los recién nacidos de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años¹. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son considerados la segunda causa de muerte en adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo¹. Las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 muestran que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de este grupo de edad es de 49 por 1000 adolescentes¹.

En 2011 la OMS publicó junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) unas directrices sobre la prevención de los embarazos precoces y la reducción de los resultados negativos para la reproducción. Las directrices contienen múltiples recomendaciones sobre las medidas que los países podrían adoptar, con seis objetivos principales, dentro de cual se encuentra el tema de controles prenatales que se refiere al incremento el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes¹.

La OMS ha publicado una nueva serie de recomendaciones para mejorar la atención prenatal con el fin de reducir el riesgo de muertes prenatales y complicaciones del embarazo. Se sabe que a nivel mundial solo el 64% de mujeres reciben atención prenatal cuatro o más veces a lo largo de su embarazo. Según el nuevo modelo de atención prenatal el número de controles prenatales se ha incrementado de cuatro a ocho. En este nuevo modelo se recomienda a las embarazadas tener su primer control a las 12 semanas de gestación, y los contactos posteriores a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas³.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2015, elaborada por el INEI y presentada el 26 de mayo en Lima, 13.6% de las adolescentes entre los 15 y los 19 años han estado embarazadas, porcentaje que continúa siendo alto y que incrementa cada vez entre aquellas adolescentes que se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad⁴.

En el año 2013, el total de nacidos vivos de madres adolescentes de 12 a 19 años de edad se estima en 69 mil 614 que representan el 11,9% respecto al total de nacidos vivos informados al MINSA. De este grupo, se obtuvo que un poco más de la tercera parte son de madres que tienen entre 15 y 17 años de edad (35,4%) y un 2,0% de adolescentes de 12 a 14 años⁵.

El control prenatal (CPN) inadecuado conlleva a mayores tasas de partos pretérmino, retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), pequeños para edad gestacional y mayores tasas de infecciones y aún más grave de mortalidad materno-perinatal⁶.

1.2 Formulación del problema

Por toda la información encontrada se puede inferir que el embarazo adolescente muchas veces condiciona a menor control prenatal, motivo por el cual nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores asociados a controles prenatales inadecuados en madres adolescentes en el servicio de ginecología del Hospital María Auxiliadora entre junio-diciembre del 2016?

1.3 Justificación de la investigación

La realización de la investigación desea analizar los factores asociados a controles prenatales inadecuados en los recién nacidos de madres adolescentes, saber que impacto tiene que el embarazo se de en la etapa adolescente en relación a los controles prenatales inadecuados y factores asociados.

En los últimos años ha existido la polémica de cuál es la cantidad adecuada del CPN, en el 2007 la OMS concluyó que los embarazos de bajo riesgo obstétrico podrían ser de 4 CPN⁷. En nuestro país el MINSA considera a una gestante bien controlada si tiene al menos 6 CPN⁸.

Existen diversos estudios que relacionan embarazo adolescente con menor número de controles prenatales, en el HAMA la mayoría de gestaciones son adolescentes y de éstas un buen porcentaje presenta controles prenatales inadecuados.

Se espera de este trabajo que pueda servir de referencia para futuros trabajos que tengan como finalidad mostrar la realidad en el campo de la salud perinatal, y encontrar los factores asociados que predisponen que las adolescentes no cuenten con controles prenatales adecuados para trabajar en la modificación o atenuación de dichos factores para

que el resultado sea una gestación responsable y el resultado final sea un recién nacido vigoroso sin complicaciones.

1.4 Delimitación del problema: línea de investigación

El presente trabajo tiene como línea de investigación la especialidad de Ginecología, se encuentra como primera prioridad nacional de investigación del INS del 2015 al 2021 que se llevará a cabo en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, donde se revisarán historias clínicas del departamento de archivo y estadística de dicho hospital.

1.5. Objetivos de la investigación

1.5.1 Objetivo general

- Determinar los factores asociados a CPI en madres adolescentes en el servicio de Ginecología del HAMA entre junio-diciembre del 2016.

1.5.2 Objetivos específicos

- Estimar la frecuencia de controles prenatales inadecuados en madres adolescentes.
- Identificar los factores sociodemográficos que se encuentran asociados a controles prenatales inadecuados.
- Identificar los factores clínicos-maternos que se encuentran asociados a controles prenatales inadecuados.

III. Capitulo II: Marco Teórico

2.1 Antecedentes de la investigación

Claudia Arispe et al⁹. en el estudio “Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia” realizado en puérperas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, obtuvieron como resultado que los factores paridad y planificación donde paridad >2 ($p=0,02$) y no planificación de la gestación ($p=0,003$) siendo estas, la edad promedio fue de 26,4 años, un 18,2% eran adolescentes y 15,6% resultaron mayores de 35 años. Sólo un 7,4% tuvo CPN adecuado, un 28,9% tuvieron entre 1 a 5 controles y 5,7% ninguno. En conclusión, el 66,1% realizaron más de 6 visitas, 37,8% tuvieron gestación y 63% lo hizo antes del cuarto mes de gestación.

Díaz O., Suellen y Girart C., Josycarly¹⁰ en su tesis para título de médico cirujano “Control prenatal como antecedente de importancia en la morbimortalidad neonatal hospital universitario Dr. “Luis Razetti” – Barcelona, octubre-diciembre del 2008” obtuvieron como resultado que el 66,04% de las madres no se realizaron el control prenatal adecuado o no tuvieron control prenatal es donde se encontró mayor número de casos de mortalidad y morbilidad neonatal, a diferencia de aquellas que tuvieron controles prenatales adecuados, un 33,96% se asocia a morbimortalidad. En conclusión se relaciona significativamente controles prenatales inadecuados y/o ausentes con morbimortalidad.

Jorge Laurano et al.¹¹ en su estudio “Embarazo en adolescentes de Jalisco, México: una mirada desde la marginación social” obtuvieron como resultado que un 20% de la población de un grupo de alta marginación que estudiaron no recibió controles prenatales,

además de otros factores implicados que refleja la fuerte relación entre embarazo adolescente y factores sociodemográficos que afectan al adecuado control en la gestación, además de afectar al recién nacido. Las variables estudiadas edad, estado civil, seguridad social, escolaridad y ocupación habitual, número de embarazos, atención prenatal, trimestre gestacional en que inicio su control, número de consultas. Agruparon 2 grupos, el primero de alta marginación donde 18,5 presentaba edad entre 15 y menos años, un 41,4% cursaba primaria o menos grados de instrucción, 20% no recibió atención prenatal. A diferencia de del segundo grupo donde la media de edad fue 17,5 años, media de controles prenatales 6,7.

Clarybel Miranda Mellado et al¹² en su estudio “Factores predictores y de funcionalidad familiar relacionados con el uso adecuado de control prenatal en dos comunas de Sincelejo – Colombia” obtuvieron que solo un 30.5% de la población estudiada tuvo un control prenatal inadecuado, además no se halló asociación significativa en factores predictores y funcionalidad familiar y controles prenatales. Con respecto a asistencia de controles prenatales hallándose que el 98,9% sí asistía, con una mediana de 4 controles prenatales; 1,1% gestantes que no asistían a controlarse. Con respecto a la edad y controles prenatales adecuados no se halló asociación significativa entre estas variables (OR=1,20; (IC: 0,673–2,145)), estado civil no tiene asociación significativa con el uso de control prenatal (OR=1,45; (IC: 0,577 – 3,647)), educación no se halló asociación significativa entre uso adecuado de control prenatal y el nivel educativo. (OR=1,36; (IC: 0,583 – 3,172)), en las gestantes de estrato social más alto se evidenció un mayor uso de control prenatal adecuado con un 80%, que las de estrato 1 y 2 (69,3%), sin hallarse asociación significativa con el uso de control prenatal (0,566; (IC=0,062-5,141).

Karin Gross et al¹³ en su artículo “Momento de la atención prenatal para mujeres embarazadas adultas y adolescente” obtuvieron que una pobre calidad de cuidados, tarde conocimiento de gestación y no tener apoyo de la pareja o esposo fueron factores asociados a un control prenatal tardío ($p < 0.05$). Una experiencia de pérdida fueron identificados como

factores asociados a control prenatal temprano ($p < 0.05$). Según este artículo los controles prenatales en adolescentes no empiezan más tarde que en de las embarazadas adultas.

Oscar Munares-García¹⁴ en su estudio “Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú” obtuvieron que factores personales como el vivir en un barrio marginal aumentan el riesgo de abandono de controles prenatales (ORa: 3,7 IC95% 1,4-9,7), por otro lado, el tener permisos en el trabajo (ORa: 0,3 IC95% 0,1-0,7), no tener dificultades por quehaceres domésticos (ORa: 0,4 IC95% 0,2-0,9) reducen la probabilidad controles prenatales inadecuados. Entre los factores institucionales el recibir servicios completos (ORa: 0,1 IC95% 0,0-0,4), coordinar entre los servicios (ORa: 0,4 IC95% 0,2-0,8) y programar citas de seguimiento (ORa: 0,3 IC95% 0,1-0,8) disminuyen la probabilidad de abandono del control prenatal, finalmente entre los factores médicos, el tener calidad adecuada del control prenatal (ORa: 0,5 IC95% 0,3-0,8) reduce la probabilidad de descuido y/o abandono de control prenatal.

Luis Alfonso Mendoza Tascón et al¹⁵ en su estudio “Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal” obtuvieron una realizado con 570 adolescentes y 2093 gestantes ≥ 20 años de edad, cuyos neonatos fueron hospitalizados en una unidad neonatal. La edad materna 13-19 años se encontró relacionada a mala adherencia al control prenatal, después de ajustarse por escolaridad < 11 años, carencia de esposo o compañero permanente, carencia de seguridad social en salud y antecedente de gravidez ≥ 2 gestaciones. La mala adherencia a controles prenatales se relacionó principalmente con aumento de riesgo de prematuridad y/o bajo peso al nacer, además de la mortalidad neonatal. Con respecto a la mala adherencia a los CPN en adolescentes, se obtuvieron relación significativa entre los siguientes factores y malos CPN: escolaridad < 11 años [OR=1,91(IC95%:1,58-2,30)], madre soltera, separada o viuda [OR=2,47 (IC95%:2,66-5,30)], gravidez 2 o más [OR=1,36 (IC95%:1,12-1,63)]. En conclusión en este estudio la

adolescencia no se encontró relacionada a mala adherencia de controles prenatales, a diferencia de otros factores.

Fátima Regina Dias de Mirand et al¹⁶ muestran una variedad de estudios donde el menor número de consultas y el inicio tardío de controles prenatales reflejan características clásicas de la adolescencia. En algunos estudios, se revelaron situaciones, de las adolescentes inscritas para el control prenatal, en que ninguna había iniciado acompañamiento en el primer trimestre (TM), más de la mitad lo hizo en el segundo TM y el porcentaje restante lo realizó en el tercer TM.

Nathalie Alfaro Vargas y Grettel Campos Vargas¹⁷ en su estudio “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” obtuvieron que las gestantes se captaron tempranamente, es decir, sí habían tenido su primer control prenatal en el primer trimestre de gestación, el 87% de las gestantes se captó tempranamente, Además, se determinó que el control prenatal fue periódico, ya que la captación fue temprana (durante el primer trimestre) en el 80,6% y el 87,8% de las gestantes acudió a más de ocho citas del control prenatal, según lo establece la CCSS (2009) para los embarazos de bajo riesgo se espera que las gestantes acudan a 5 o más consultas de control prenatal.

Janeth Navarro Vera¹⁸ en su tesis “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” obtuvo que factores como ser víctima de violencia ($p=0.013$) ($OR=0.013$), que la familia no muestre interés en salud de la gestante ($p=0.003$) ($OR=0.003$), presentar problemas durante el embarazo ($p=0.006$) ($OR=0.006$), tener problemas de dinero para acudir a controles prenatales ($p=0.014$) ($OR=0.014$), tener dificultades de acudir al control prenatal por trabajo ($p=0.001$) ($OR=8.11$), experiencias

negativas durante la consulta en un establecimiento de salud ($p=0.001$) ($OR=2.536$) y considerar poco importante la atención prenatal ($p=0.027$) ($OR=2.303$).

Solórzano Chavéz, Lorena¹⁹ en su estudio titulado “Factores de riesgo asociados a la Mortalidad Materna Extrema en el hospital Nacional Cayetano Heredia 2013” obtuvo que tener control prenatal inadecuado y el ser adolescente son factores de riesgo para mortalidad materna OR ajustado de 2,739 y OR de 3,467 respectivamente, con significancia estadística. Ser adolescentes con un OR: 3,16 IC95%: 1,27 -7,85 o tener edad ≤ 25 años con un OR: 2,45 IC95%: 1,22 -4,90 el periodo intergenésico corto se obtuvo un OR: 4,81 IC95%: 1,34 -17,23, Número inadecuado de Control prenatal con un OR: 3,76 IC 95%: 1,81 -7,84, y el inicio tardío del Control prenatal con un OR: 3,81 IC95%: 1,87 -7,77 fueron identificados como factores de riesgo para la morbilidad materna extrema.

Manrique Leal-Mateos y Loretta Giacomín-Carmioli²⁰ en su estudio “Predictores de parto pretérmino en la población adolescente” realizado en el hospital Ángel Calderon Guardia de Costa Rica el cual es un estudio observacional de corte transversal, con respecto a la variable control prenatal se categorizaron dicotómicamente en sí y no. El parto pretérmino se presentó en el 13,3% de los casos ($n = 48$, IC 95% 10,1- 17,4). Las enfermedades médicas asociadas al embarazo (OR 3,5, IC 95% 1,3-9,6), la multiparidad (OR 3,6, IC 95% 1,3-10,3) y la falta de un control prenatal adecuado (OR 10,1, IC 95% 3,2-32,3) fueron las principales variables independientes para la presencia de un parto pretérmino.

Juan M. Ponce L.²¹ en su estudio “Factores asociados al cumplimiento de control prenatal en Ancash-Perú” de descriptivo correlacional de corte transversal, se encontró que el 58,8% no cumplen con el control prenatal. El grado de instrucción secundaria prevalece en la población con un 61,8%, aquellas gestantes con primaria o sin instrucción tienen mayor tendencia a no cumplir con controles prenatales con un 80.0% y 60.0% respectivamente.

Mientras hay más grado de instrucción aumenta controles prenatales adecuados ($p=0.0003$). Las gestantes solteras, se constituyen en un riesgo significativo para no cumplir con el control prenatal ($OR=3.0$, $IC95\% 1.5 < OR < 7.3$).

Renata Leite Alves de Oliveira et al²² en su estudio “Evaluación de atención prenatal bajo la perspectiva de los diferentes modelos en la atención primaria” tipo descriptivo donde se obtuvo que los exámenes preconizados para el primero y el tercer trimestres están disponibles en la ciudad, incluso en cantidad adecuada. Aunque en el primer trimestre la cobertura haya sido superior al 94,0% en los dos servicios, en el tercer trimestre, incluso cuando se considere la indicación o no de repetición, la cobertura fue bastante inferior, especialmente en las UBS, variando entre el 55,0% y el 79,6%. Sobre evaluación prenatal desarrollado en un municipio de medio tamaño de la región metropolitana de São Paulo, fueron levantadas algunas hipótesis para explicar la baja cobertura de exámenes en el tercer trimestre: los profesionales están habituados a solicitar los exámenes solamente en la primera consulta y muchos dejan de solicitarlos otra vez próximo a la trigésima semana de embarazo y algunas mujeres dejan de hacer los exámenes una segunda vez, aunque fueron solicitados.

César García-Balaguera²³ en su estudio Barreras de acceso y calidad en el control prenatal” de tipo observacional descriptivo de corte transversal Se trabajó con 306 gestantes, cuya edad promedio fue de 24 años. El 66% tuvo una o dos gestaciones, el 15% ha tenido aborto y el 25% cesárea. El 74.17% tuvo cuatro o más controles. Existieron factores de riesgo asociados a menos de cuatro controles, percepción de la calidad del control con Odds ratio (OR, por su sigla en inglés) 22.7, inicio del CPN en segundo trimestre con OR 5.64, nivel de ingreso bajo con OR 5.12 y baja escolaridad de la madre con OR 3.62.

Rodríguez Díaz, David René et al²⁴ en su estudio “Factores de riesgos maternos asociados a parto pretérmino: en un estudio multicéntrico. Trujillo metropolitano 2011-2013” con un diseño retrospectivo de casos y controles obtuvieron desarrollo de parto pretérmino con el antecedente de parto pretérmino ($p = 0,0048$; $OR = 7,0345$), inadecuado control prenatal ($p = 0,0038$; $OR = 4,8889$), desprendimiento prematuro de placenta ($p = 0,0014$; $OR = 8,5$), vaginosis bacteriana ($p = 0,0003$; $OR = 4,0702$) e infección de vías urinarias ($p = 0,0020$; $OR = 2,9688$). Con respecto a control prenatal inadecuado se considera un factor de riesgo para parto pretérmino.

2.2 Bases teóricas

La adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al "periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica". Esta etapa se encuentra entre las edades de 10 a 19 años, se puede dividir en tres etapas: adolescencia temprana entre 10 y 13 años de edad; adolescencia media 14 y 16 años y por último, adolescencia tardía entre los 17 y 19 años. Es importante conocer las características de éstas etapas de la adolescencia, para interpretar actitudes y comprender el comportamiento de las adolescentes durante un embarazo.²⁵

Adolescencia Temprana (comprende entre 10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea

metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.²⁵

Adolescencia media (comprende 14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.²⁵

c. – Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.²⁵

El embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad – comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia.²⁶

DEFINICIÓN DE CONTROL PRENATAL

Se considera control prenatal (CPN) a la atención integral en la preparación del embarazo, parto, puerperio y de los cuidados del recién nacido, considerando no sólo la evaluación clínica de la gestante sino también del feto, con la finalidad de lograr un recién nacido vigoroso sin poner en riesgo la salud y/o integridad de la madre.

En el año 2007 la OMS concluyó que los embarazos de bajo riesgo obstétrico podrían tener cuatro CPN, El MINSA define una gestación controlada si como mínimo cuenta con seis CPN, distribuidos de la siguiente manera: dos antes de las 22 semanas, el tercero entre la 22 y 24, el cuarto entre la 27 y 29, el quinto entra la 33 y 35 y el sexto entre la 37 y la última semana de gestación.^{27,28}

Según el Manual de Registro y Codificación de la atención en la Consulta Externa del MINSA, Considera como mínimo 6 atenciones prenatales, la primera consulta de atención prenatal deberá tener una duración no menor de 40 minutos, y las consultas de seguimiento deben durar no menos de 25 minutos.^{27,28}

Primera atención prenatal: considera antes de las 14 semanas de gestación.

Segunda atención prenatal: considerada entre las 14 a 21 semanas de gestación.

Tercera atención prenatal: considerada entre las 22 a 24 semanas de gestación.

Cuarta atención prenatal: considerada entre las 25 a 32 semanas de gestación.

Quinta atención prenatal: considerada entre las 33 a 36 semanas de gestación.

Sexta atención prenatal: considerada entre las 37 a 40 semanas de gestación.

Según la OMS:

La primera visita

Se realiza preferentemente antes de las 12 semanas de embarazo, aunque no es limitante ni excluyente de otra edad gestacional. La importancia de esta visita radica en la formulación de la historia clínica y conocimiento de antecedentes y posibles factores de riesgo, además del examen físico y exámenes de laboratorio, intervenciones como dosis de hierro y folato, vacuna antitetánica, etc.²⁸

La segunda visita

Se debe realizar preferentemente en la semana 26 de embarazo, los exámenes y las pruebas se limitan a la medición de la presión sanguínea, la altura uterina, prueba de tira reactiva múltiple para bacteriuria, depende del estado clínico de la paciente para realizar otros exámenes de laboratorio, continuar con el examen físico con respecto a nuevas presentaciones y/o interurrencias durante los días posteriores a la primera visita.²⁸

Tercera visita

Se recomienda que debe ser en la semana 32 o alrededor de esa fecha, si no se ha realizado la segunda visita, es aquí donde el estudio clínico y laboratorio debe ser exhaustivo, ya se va concientizando más a la gestante sobre lactancia materna y lo que será el postparto.²⁸

Cuarta visita

En esta visita se debe tomar importancia en explicarle a la gestante sobre el tipo de parto, predominantemente aquellas mujeres con feto de presentación podálica, sospecha de desproporción céfalo-pélvica, enseñarles los signos de alarma que podrían indicar riesgo al momento del parto. Se debe aconsejar a las mujeres que, si no han tenido su parto para el final de la semana 41 (41 semanas completas o 290 días) se les debe aconsejar vayan directo a hospital/maternidad para ser sometidas a evaluación.²⁸

Objetivos generales de los CPN:

Vigilar la evolución del embarazo.

Asegurar una óptima condición de salud física y mental, a la madre y al RN, garantizando el cumplimiento de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Preparar adecuadamente a la gestante para el parto y la crianza del niño.

Prevenir complicaciones susceptibles de evitarse a través del CPN o detectarlas a tiempo para controlarlas.

Reducir la morbimortalidad materno-infantil²⁸.

Características de los CPN:

Para que CPN sea eficiente, debe reunir las siguientes características:

Debe ser precoz y oportuno: toda mujer en edad fértil con vida sexual activa debe acudir al CPN en cuanto note la ausencia de su periodo menstrual.

Debe ser periódico y repetido (regular): según las normas establecidas por el MINSA, en un embarazo de bajo riesgo, los controles deben ser:

-Hasta las 32 semanas: CPN mensual.

-Entre las 32-36 semanas: CPN quincenal.

-Desde las 37 semanas: CPN semanal.

Debe ser completo o integral:

Historia clínica general.

Historia obstétrica.

Evaluación del bienestar materno.

Debe ser extenso o de amplia cobertura: lo ideal es que el CPN sea difundido apropiadamente, de modo que incluya a todas las gestantes.

Debe ser económico, para estar al alcance de toda la población.

Debe ser humano, característica inherente a todo acto médico²⁸.

DEFINICIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO

Término que indica la posibilidad de aparición o incremento de complicaciones durante el embarazo, parto y/o puerperio, que pueden ocasionar morbilidad materno-infantil o secuelas transitorias y/o permanentes en el feto, madre o el recién nacido.

El embarazo en la adolescencia se asocia con un potencial riesgo para la salud de las madres adolescentes y sus recién nacidos, se sabe que condiciona a un mayor nivel de morbilidad materna y se asocia a complicaciones durante el embarazo y el parto. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce como factor de riesgo clínico-materno-neonatal el que la madre tenga menos de 20 años²⁹.

IV. Capitulo III: Hipótesis Y Variables

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

- Existen factores asociados a controles prenatales inadecuados en madres adolescentes del servicio de neonatología del HAMA de junio-diciembre del 2016.

3.1.2 Hipótesis específicas

- Los factores sociodemográficos se encuentran asociados a CPI en madres adolescentes.
- Los factores clínicos-maternos se encuentran asociados a CPI en madres adolescentes.

3.2 Variables principales de investigación.

Se analizaron las variables de estudio: edad materna, distrito, estado civil, grado de instrucción, ocupación, paridad, complicaciones durante la gestación y controles prenatales. (Ver anexo 05).

V. Capítulo IV: Metodología

4.1 Tipo y diseño de investigación

El diseño de investigación del presente es un estudio retrospectivo, observacional, analítico, de tipo casos y controles.

4.2 Población y muestra

4.2.1 Población:

Todas madres adolescente comprendidas en 10 a 19 años con controles prenatales atendidas durante junio y diciembre 2016. Se obtuvo una base de datos de todas las adolescentes entre 10 a 19 años atendidas en el periodo de junio y diciembre 2016, de un total de 300 las cuales tenían otros diagnósticos ginecológicos y/u obstétricos, otras no contaban con el CLAP, finalmente se obtuvo 176 adolescente con controles prenatales y CLAP completo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Casos:

Aquellas madres adolescentes que tengan < 6 controles prenatales.

Controles:

Aquellas madres adolescentes que tengan más ≥ 6 controles prenatales.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Aquellas madres adolescentes que tengan la historia clínica o el Clap incompleto.

Aquellas madres adolescentes que no tenga ningún control prenatal

4.2.2 Tamaño de la muestra:

Se realizó fórmula de tamaño muestra para casos y controles con el programa estadístico Epidat 3.1, con un total de 176 como población, se consideró una frecuencia de exposición de controles de 50% y un OR previsto de 2.4 con respecto a controles prenatales inadecuados asociado a asolecencia; el tamaño muestral fue de 88 casos, aquellas jóvenes madres que tenían controles prenatales incompletos; y 88 controles aquellas jóvenes madres con controles prenatales completos en el periodo junio y diciembre del 2016. Se considera ser relación caso control 1:1.

Datos y resultados

Proporción de casos expuestos(%)	70.588	Nivel de confianza (%)	95.0
Proporción de controles expuestos(%)	50.000	Calcular	Potencia (%)
OR esperado	2.400	<input checked="" type="radio"/> Tamaño de muestra	Mínimo 80.0
Controles por caso	1	<input type="radio"/> Potencia	Máximo 80.0
			Incremento 0.0

Potencia (%)	Ji-cuadrado	Tamaño de muestra	
		Casos	Controles
80.0	Sin corrección	88	88
	Corrección de Yates	98	98

4.3 Operacionalización de variables

Se ha realizado matriz de consistencia. (Ver anexo 05)

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizará una ficha de recolección de datos, en la cual se plasmará lo recolectado de la base de datos del centro de estadística del servicio de ginecología – obstetricia, esperando poder cumplir con los objetivos del presente estudio y habiendo solicitado previamente los permisos correspondientes tanto a las autoridades del decanato de la facultad de medicina como a las del comité de ética de la Universidad Ricardo Palma, además permiso de la institución donde se obtendrá información; se procederá a revisar bases de datos del servicio de ginecología – obstetricia de aquellas pacientes adolescentes (10 – 19 años) y se tomará la parte informativa sobre la cantidad de controles prenatales de junio a diciembre

del 2016. Se considerarán los criterios de exclusión para obtener datos certeros y de esta manera se pueda ejecutar el estudio sin complicaciones. Una vez obtenida la información, se procederá a tabular los datos y elaborar los gráficos y tablas para así poder realizar las conclusiones y recomendaciones correspondientes.

4.5 Recolección de datos

Se realizó ficha de recolección de datos. (Ver anexo 6)

4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento de los datos se empleará el software estadístico SPSS V24. Se emplearán tablas de frecuencia para presentar resultados. Para realizar el análisis se empleará tablas de contingencia, se calculará el estadístico chi cuadrado de independencia. Se calculará OR para identificar y cuantificar la asociación entre las variables. Todas las pruebas estadísticas se aplicarán utilizando un nivel de significancia de 0,05.

VI. Capitulo V: Resultados Y Discusión

5.1 Resultados

Se presentará una tabla sobre la significancia (p), estimación de riesgo (OR) e intervalo de confianza de cada variable estudiada.

Variable edad

Tabla 1. Estimación de significancia (p), estimación de riesgo (OR) e intervalo de confianza de la variable edad.

CPN					
Edad	<6	>=6	p valor	OR	IC 95%
	n %	n %			
15-19 años	69 78,4%	34 38,6%	0,000	5,768	2,967-11,213
10-14 años	19 21,6%	54 61,4%			

Fuente: elaboración propia

En relación a la variable edad se evidencia que aquellas que están dentro de adolescencia temprana (10-14 años) son un 83,0% de la población, donde el 61,4% representa aquellas con controles prenatales adecuados, mientras que un 117% representan a la adolescencia tardía (15-19 años) donde se obtuvo un porcentaje de 78,4% entre aquellas con CPN <6, y un 38,6% con CPN >=6, todo esto se evidencia en el siguiente gráfico.

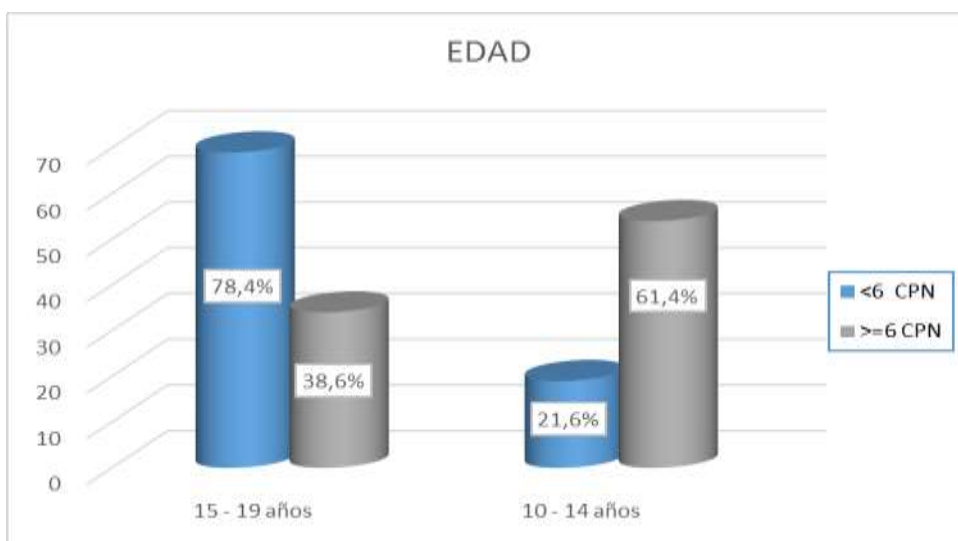


Figura 1. Porcentaje de variable edad asociada a controles prenatales.

Con respecto a la prueba de hipótesis se aplicó el estadístico χ^2 , al mismo tiempo se realizó la fuerza de asociación a través de Odds Ratio (OR), donde se obtuvo como resultado un valor de p de 0,000 y OR= 5,768 (IC95%: 2,967-1,477) respectivamente. (Ver anexo 07).

Variable distrito

Con respecto a la variable distrito, solo se tomará de manera descriptiva, ya que mayor estudio estadístico no contribuye al trabajo, más que nada se utilizará para conocer la procedencia más frecuente de madres adolescentes que acuden al hospital María Auxiliadora.

Tabla 2. Porcentaje de la variable distrito.

DISTRITO	CPN	
	<6	>=6
	n %	n %
VMT	18 10,2%	18 10,2%
SJM	18 10,2%	14 8,0%
VES	46 26,1%	34 19,3%
CHORRILLOS	0 0,0%	2 1,1%
OTROS	6 3,4%	20 11,4%

Fuente: elaboración propia.

Se evidencia que las madres adolescentes son procedentes predominantemente del distrito de Villa El Salvador (VES) con un 45,4%. Se puede apreciar en el siguiente gráfico.

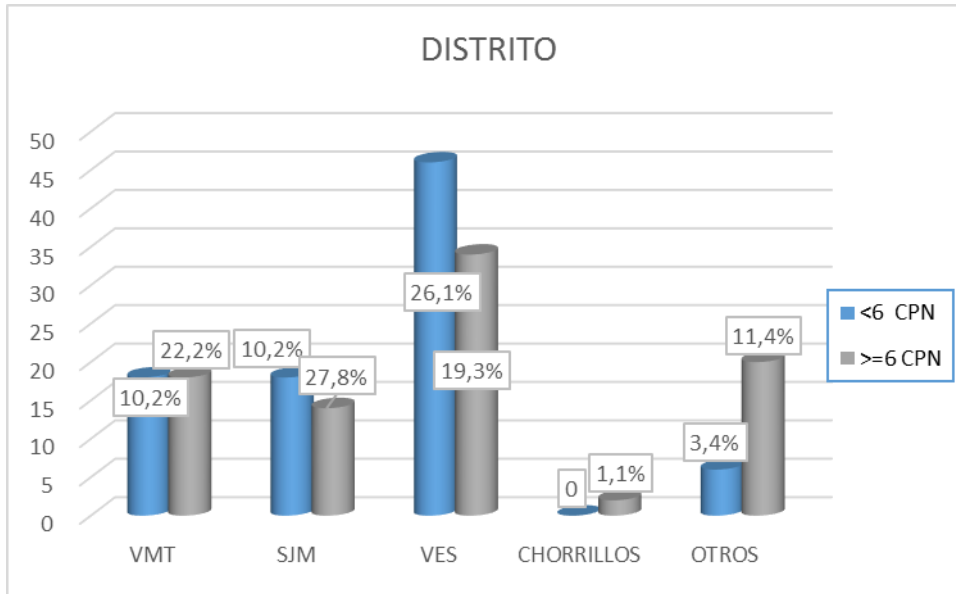


Figura 2. Porcentaje de variable distrito asociado a controles prenatales.

Variable estado civil

Tabla 3. Estimación de significancia (p) para el estado civil.

ESTADO CIVIL	CPN		p valor	OR	IC 95%
	<6	>=6			
	n %	n %			
Soltera	67 38,1%	39 22,2%	0,000	4,009	2,101-7,647
Unión estable	21 11,9%	49 27,8%			

Fuente: elaboración propia

En relación a la variable estado civil se evidencia que el 39.7% del total tienen unión estable, mientras que un 60,3% de madres adolescentes son solteras, y de estas el 38,1% son aquellas que cuentan con controles prenatales inadecuados, como se evidencia en el siguiente gráfico.



Figura 3. Porcentaje de variable estado civil asociado a controles prenatales.

Con respecto a la prueba de hipótesis se aplicó el estadístico χ^2 , al mismo tiempo se realizó la fuerza de asociación a través de Odds Ratio (OR), donde se obtuvo como resultado un valor de p de 0,000 y OR= 4,009 (IC95%: 2,101-7,647) respectivamente. (Ver anexo 07).

Variable grado de instrucción

Tabla 4. Estimación de significancia (p), estimación de riesgo (OR) e intervalo de confianza de la variable grado de instrucción.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	CPN		p valor	OR	IC 95%
	<6	>=6			
	n %	n %			
Secundaria Incom.	65 36,9%	42 23,9%	0,000	3,095	1,643-5,831
Secundaria com.	23 13,1%	46 26,1%			

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la variable grado de instrucción se evidencia que el 39,2% representa que madres adolescentes cursaron secundaria completa en total, un 60,8% cursó con secundaria incompleta, de estos 36,9% contaron con controles prenatales inadecuados, como se muestra en el siguiente gráfico.

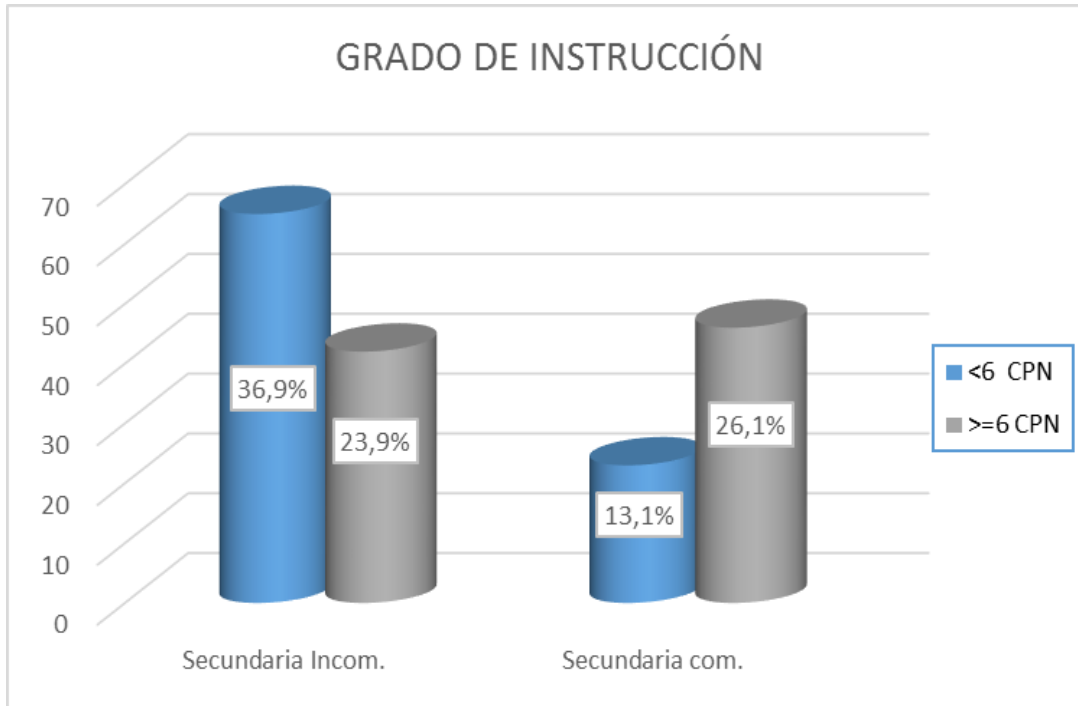


Figura 4. Porcentaje de variable grado de instrucción asociado a controles prenatales.

Con respecto a la prueba de hipótesis se aplicó el estadístico χ^2 , al mismo tiempo se realizó la fuerza de asociación a través de Odds Ratio (OR), donde se obtuvo un valor de p de 0,000 y OR=3,095, (IC95%:1,643-5,831) respectivamente. (Ver anexo 07).

Variable ocupación

Tabla 5. Estimación de significancia (p), estimación de riesgo (OR) e intervalo de confianza de la variable ocupación.

OCUPACIÓN	CPN		p valor	OR	IC 95%
	<6	>=6			
	n %	n %			
Estudiante	63 35,8%	43 24,4%	0,002	2,637	1,413-4,922
Ama de casa	25 14,2%	45 25,6%			

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la variable ocupación, se evidencia que un 39,8% representa el total de ama de casa con controles prenatales, de estos un 14,2% presenta CPN inadecuados, mientras que un 60,2% representa a estudiantes, y de estos un 35,8% aquellas con CPN inadecuados, como se muestra en el siguiente gráfico.

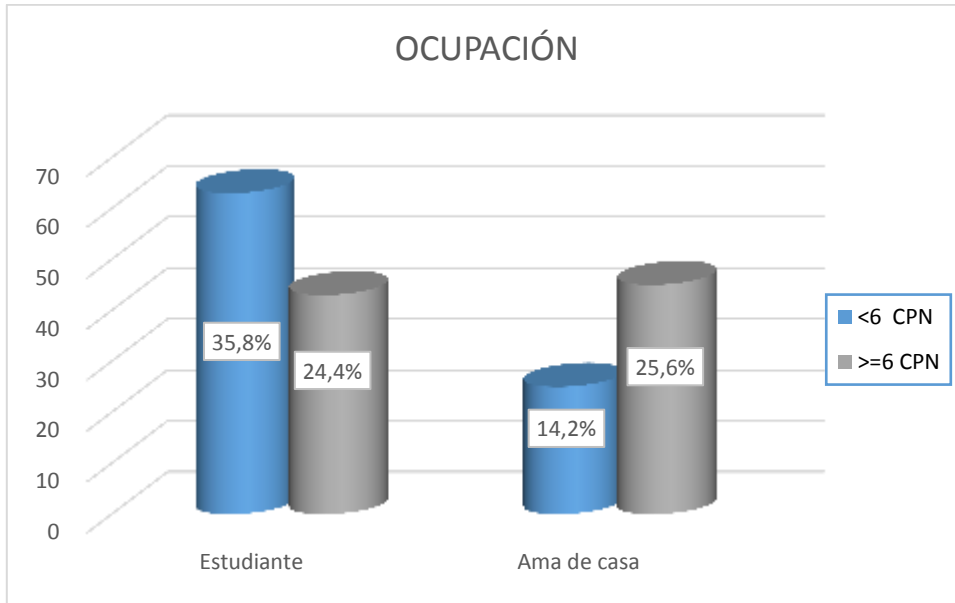


Figura 5. Porcentaje de variable ocupación asociado a controles prenatales.

Con respecto a la prueba de hipótesis se aplicó el estadístico χ^2 , al mismo tiempo se realizó la fuerza de asociación a través de Odds Ratio (OR), donde se obtuvo como resultado un valor de p de 0,002 y $OR=2,637$ (IC95%:1,413-4,922) respectivamente. (Ver anexo 07).

Variable paridad

Tabla 6. Estimación de significancia (p), estimación de riesgo (OR) e intervalo de confianza de la variable paridad.

CPN							
PARIDAD	<6		≥6		p valor	OR	IC 95%
	n	%	n	%			
≥2	58	33,0%	29	16,5%	0,000	3,933	2,103-7,356
<2	30	17,0%	59	33,5%			

Fuente: elaboración propia

Con respecto a la variable paridad, se evidencia que un 50.5% tienen <2 hijos, de estos un 17,0% presenta controles prenatales inadecuados, mientras que un 49,5% tiene ≥ 2 hijos de estos el 33,0% presenta controles prenatales inadecuados, como se muestra en el siguiente gráfico.

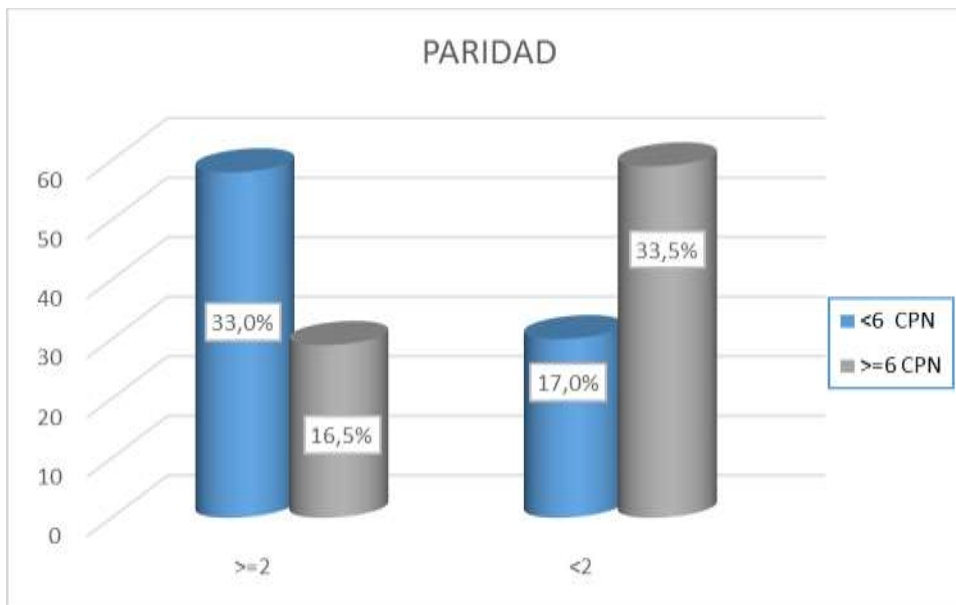


Figura 6. Porcentaje de variable paridad asociado a controles prenatales.

Con respecto a la prueba de hipótesis se aplicó el estadístico χ^2 , al mismo tiempo se realizó la fuerza de asociación a través de Odds Ratio (OR), donde se obtuvo un valor de p de 0,000 y $OR=3,933$ (IC95%: 2,103-7,356) respectivamente. (Ver anexo 07).

Variable complicaciones durante la gestación

Tabla 7. Estimación de significancia (p), estimación de riesgo (OR) e intervalo de confianza de la variable complicaciones durante la gestación.

CPN							
COMPLICACIONES DURANTE LA GESTACIÓN	<6		>=6		p valor	OR	IC 95%
	n	%	n	%			
Sí	15	8,5%	10	5,7%	0,280	1,603	0,677-3,793
No	73	41,5%	78	44,3%			

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la variable complicaciones durante la gestación un 14,2% tuvieron complicaciones, un 85,8% no presentó complicaciones, de estos últimos el 41,5 % presentó controles prenatales inadecuados, como se evidencia en el siguiente gráfico.

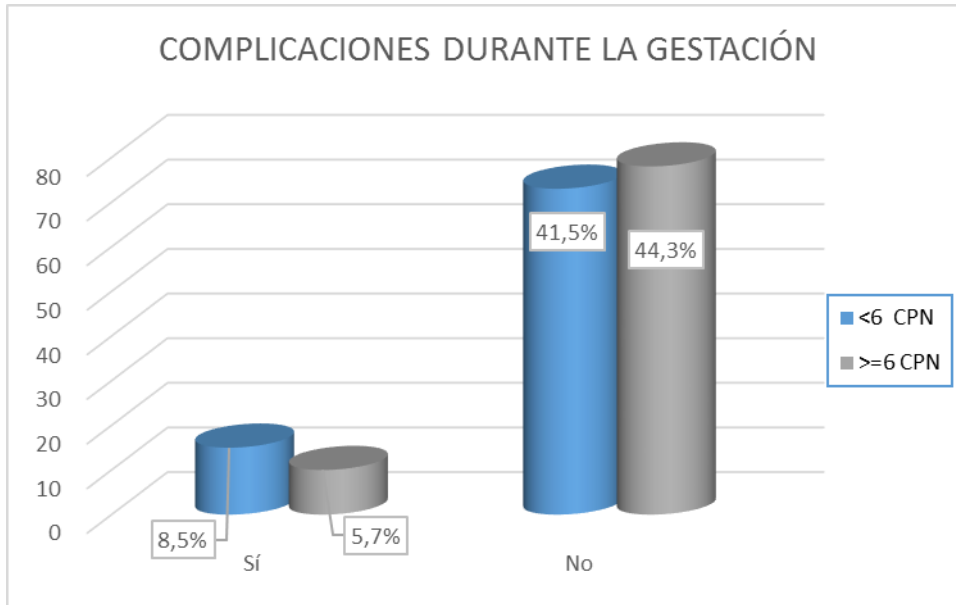


Figura 7. Porcentaje de variable complicaciones durante la gestación asociado a controles prenatales.

Con respecto a la prueba de hipótesis se aplicó el estadístico χ^2 , al mismo tiempo se realizó la fuerza de asociación a través de Odds Ratio (OR), donde se obtuvo un valor de p de 0,280 y OR=1,603 (IC95%: 0,677-3,793) respectivamente. (Ver anexo 07).

5.2 Discusión de resultados

Según la OMS un 64% de las mujeres a nivel mundial recibe controles prenatales cuatro o más veces a lo largo del embarazo. Según el ENDES 2015 con respecto a embarazo adolescente entre los 15 y 19 años representa 13,6%. En caso del MINSA se habla de un 35,4% de madres adolescentes entre los 15 y 17 años de edad y un 2,0% de adolescentes de 12 a 14 años.

En el presente estudio, dentro los factores asociados a los controles prenatales inadecuados en madres adolescentes, con respecto a la edad se halló asociación significativa entre estas variables (OR=5,768; IC95%: 2,967-11,213), resultado que difiere al estudio realizado por Clarybel Miranda Mellado et al quien concluye que la edad y controles prenatales inadecuados no tienen relación significativa (OR=1,20; IC: 0,673– 2,145)). Cabe resaltar que un 117% de la población total son madres adolescentes entre 15-19 años, lo que se afianza con las estadísticas presentadas al explicar la realidad problemática.

A calidad de dar a conocer, se presenta la variable distrito como única variable descriptiva ya que no mayor relevancia estadística para el estudio, donde se evidencia que la concurrencia al hospital María Auxiliadora de madres adolescente son predominantemente del distrito de Villa El Salvador (VES) con un porcentaje de 45,5% por encima de los otros distritos que concurren a dicho hospital.

Con respecto a la variable estado civil se obtuvo con estudio estadístico de Chi cuadrado un p valor=0,000 con lo que se rechaza independencia de variables, se obtuvo asociación significativa OR=4,009 (IC95%: 2,101-7,647), este resultado se asemeja al estudio realizado por Juan M. Ponce L. donde obtuvo que aquellas gestantes con estado civil soltera aumenta el riesgo para no cumplir con un control prenatal adecuado (OR=3.0, IC95% 1.5 < OR < 7.3).

En los antecedentes presentados dentro de factores sociodemográficos, se encuentra el factor de grado de instrucción donde un bajo grado de instrucción condiciona a tener CPN inadecuados. Asimismo en este estudio, se obtuvo con el estudio estadístico Chi cuadrado p=0,000, además asociación significativa con OR=3,095 (IC95%: 1,643-5,831), este resultado se asemeja al estudio realizado por Luis Alfonso Mendoza Tascón et al quienes obtuvieron relación significativa entre mala adherencia a CPN y adolescencia escolaridad <11 años (incompleta) [OR=1,91(IC95%:1,58-2,30)]. A diferencia del estudio realizado por Clarybel Miranda Mellado et al donde obtuvo que la educación no se relacionaba significativamente con el uso adecuado de control prenatal y el nivel educativo (OR=1,36; IC: 0,583 – 3,172)). Cabe mencionar que se obtuvo el 36,9% de las adolescentes con secundaria incompleta, quienes contaban con <6 CPN, lo que demuestra que a pesar de

poseer cierto grado de educación para entender los pro y contras de una gestación con adecuado control no influye y finalmente ocurre una gestación con CPN inadecuados, además de sus posteriores complicaciones.

Los controles prenatales inadecuados se han visto relacionados con la ocupación de la madre, depende del punto de vista del investigador, como es el caso de Janeth Navarro Vera quien estudia a la ocupación y/o trabajo como obstáculo para poder acudir a los CPN (OR=8,11 p=0,001), en este estudio se obtuvo con estudio estadístico Chi cuadrado p=0,002, además asociación significativa con OR=2,637 (IC95%: 1,413-4,922). El 60,2% de madres adolescentes, de estas el 35,8% presentaron CPN inadecuados; mientras que un 39,8% ama de casa, de estas el 25,6% presentaron CPN adecuados. Refleja que aquella madre estudiante aún cumple responsabilidades básicas con respecto a la educación dejando de lado responsabilidades maternas.

Los antecedentes nos muestran que la paridad ≥ 2 está relacionada a una mala adherencia con controles prenatales adecuados. Tenemos en estudio realizado por

Luis Alfonso Mendoza Tascón et al quienes obtuvieron relación significativa entre mala adherencia a controles prenatales y adolescencia con gravidez 2 o más [OR=1,36 (IC95%:1,12-1,63)]. Asimismo en nuestro estudio el mayor porcentaje de adolescentes son estudiantes aún dentro de adolescencia tardía (15-19 años) con paridad < 2 con el mayor porcentaje (50,6%), mientras que un 49,4% corresponde a ≥ 2 representado con 49,4%, de donde un 33% presenta CPN inadecuados aseverando el resiego de paridad mayor a 2.

Se relaciona al embarazo adolescente con complicaciones durante la gestación, el más relacionado es el parto prematuro, e incluso está relacionado con muerte materna y/o neonatal. En el presente trabajo no se halló relación significativa entre CPN y complicaciones durante la gestación ya que solo un 14,2% presentó complicaciones durante

la gestación, un rotundo 85,8% no presentó complicaciones, con un estudio estadístico Chi cuadrado de $p=0,280$, no se obtuvo asociación significativa $OR=1,603$ (IC95%: 0,677-3,793). Este resultado difiere de los antecedentes presentados como en el estudio por Díaz O., Suellen y Girart C. donde obtuvieron que 66,04% de las madres que no realizaron el control prenatal adecuado o no tuvieron control prenatal es donde se encontró mayor número de casos de mortalidad y morbilidad neonatal. En el estudio realizado por Rodríguez Díaz, David René et al obtuvieron un control prenatal inadecuado ($p = 0,0038$; $OR = 4,8889$), se considera factor de riesgo para parto pretérmino.

VII. Capítulo VI: Conclusiones Y Recomendaciones

6.1 Conclusiones

Conclusión general

- Se encontró relación significativa entre 4 factores asociados a controles prenatales inadecuados en madres adolescentes del servicio de ginecología del HAMA de junio-diciembre del 2016.

Conclusiones Especificas

Con respecto a factores sociodemográficos:

La edad se encontró relacionada a controles prenatales inadecuados en madres adolescentes del servicio de ginecología del HAMA de junio - diciembre del 2016.

El estado civil - soltera tiene relación significativa con controles prenatales inadecuados en madres adolescentes del servicio de ginecología del HAMA de junio -diciembre del 2016.

La ocupación-estudiante tiene relación significativa con controles prenatales inadecuados en madres adolescentes del servicio de ginecología del HAMA de junio – diciembre del 2016.

El grado de instrucción-secundaria incompleta tiene relación significativa con controles prenatales inadecuados en madres adolescentes del servicio de ginecología del HAMA de junio – diciembre del 2016.

Con respecto a los factores clínicos maternos:

La paridad ≥ 2 tiene relación significativa con controles prenatales inadecuados en madres adolescentes del servicio de ginecología del HAMA de junio-diciembre del 2016.

6.2 Recomendaciones

Los CPN en la actualidad tienen buena difusión, a pesar de eso todavía llegan adolescentes a la emergencia de los hospitales con controles prenatales inadecuados, por lo que no se debe dejar de enseñar y educar en los colegios y/o instituciones la importancia de los CPN para el desarrollo de una gestación adecuada.

No dejar de lado aquellos factores de riesgo que se conocen lo largo de los años y tantos antecedentes que relacionan tanto factores sociodemográficos como clínico maternos, continuar trabajando en ellos para la disminución de la morbilidad materna y neonatal. Realizar estudios en búsqueda de nuevos factores asociados.

Las redes sociales deben servir como fuente de información para las madres adolescentes e inexpertas aún en cuestiones de maternidad, fomentar mediante videos de fácil comprensión la importancia de cuidado prenatal para el desarrollo de una gestación adecuada.

Fomentar la planificación familiar para evitar malos desenvolvimientos al momento de la gestación, además de evitar gestaciones no deseadas. No olvidar la importancia del apoyo familiar para un adecuado actuar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización mundial de la salud. El embarazo en la adolescencia. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
2. Organización mundial de la salud. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/es/
3. Organización mundial de la salud. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatal-care-guidelines/es/>.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Continua 2015: Informe principal. Lima: INEI. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1356/.
5. Instituto Nacional de Estadística e informática. En el Perú existen más de 200 mil adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez. Disponible en: <https://www.inei.gov.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-200-mil-adolescentes-que-son-madres-o-estan-embarazadas-por-primera-vez-8703/>.
6. Campbell OMR, Graham WJ. The Lancet Maternal Survival Series steering group: Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet 2006; 368:1284-1299.
7. Organización Mundial de la Salud. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/RH_R_01_30/es/.
- 8.

9. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva: Lima, Ministerio de Salud, 2004. [350] p.; tab; ilus.
10. Claudia Arispe, José Luis Rojas et al. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. *Rev Med Hered* 2011;22:169-175.
11. Díaz O., Suellen y Girart C., Josycarly. Control prenatal como antecedente de importancia en la morbilidad neonatal hospital universitario Dr. "Luis Razetti" – Barcelona, octubre-diciembre del 2008. Tesis para título de médico cirujano. Universidad de Oriente-Venezuela.2008.
12. Jorge Laurano et al. Embarazo en adolescentes de Jalisco, México: una mirada desde la marginación social. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, vol. 62, núm. 3, 2016, pp. 211-220.
13. Clarybel Miranda Mellado et al. Factores predictores y de funcionalidad familiar relacionados con el uso adecuado de control prenatal en dos comunas de Sincelejo – Colombia. *REVISALUD Unisucre* 2014; 2(2): 4 – 14.
14. Gross et al. Timing of antenatal care for adolescent and adult pregnant women in south-eastern Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012, 12:16.
15. Oscar Munares-GarcíaA,B. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*, vol. 17, núm. 2, agosto, 2013, pp. 1-8.
16. Luis Alfonso Mendoza Tascón et al, Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. *Rev chil obstet ginecol* 2015; 80(4): 306 – 315.
17. Fátima Regina Días de Miranda et al. Pré-natal na adolescência: uma revisão crítica. *Adolesc. Saude, Rio de Janeiro*, v. 10, s Adolescência & Saúde upl. 1, p. 43-50, abril 2013.
- 18.
19. Nathalie Alfaro Vargas y Grettel Campos Vargas. 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, durante el año 2012. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 26, 1-19.

20. Navarro Vera, Janeth Mirella. 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. Tesis para optar el título de obstetra. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2015.
21. Solórzano Chávez, Lorena. Factores de riesgo asociados a la Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
22. Manrique Leal-Mateos y Loretta Giacomín-Carmio. Predictores de parto pretérmino en la población adolescente. Acta méd costarric Vol 57 (1), enero-marzo 2015.
23. Juan M. Ponce L. Factores asociados al cumplimiento del control prenatal en Ancash-Perú. Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional del Santa, Ancash-Perú 2014.
24. Renata Leite Alves de Oliveira et al. Evaluación de atención prenatal bajo la perspectiva de los diferentes modelos en la atención primaria. Rev. Latino-Am. Enfermagem mar.-abr. 2013; 21(2):[08 pantallas].
25. César García-Balaguera. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. Rev. Fac. Med. 2017 Vol. 65 No. 2: 305-10.
26. Rodríguez Díaz, David René et al. Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino: un estudio multicéntrico. Trujillo metropolitano, 2011 – 2013. UCV - Scientia 6(2), 2014.
27. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia. Disponible en:
28. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es.
- 29.
30. Pedro Luis Navarro Seminario. Características perinatales de recién nacidos de madres adolescente en el servicio de neonatología del hospital nacional dos de mayo enero – diciembre 2015. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad Ricardo Palma 2015.
31. Organización Mundial de la Salud. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. disponible en:

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rhr_01_30_sp/RHR_01_30_contents.sp.html.

32. Organización Mundial de la Salud. Nuevo modelo de atención prenatal. © Organización Mundial de la Salud 2003.
33. Izaguirre-González A et al. Incremento del Riesgo Obstétrico en Embarazo Adolescente. Estudio de Casos y Controles. iMedPub Journals Vol. 12 No. 4: 3. 2016.

Anexos

ANEXO 01: Acta de aprobación de proyecto de tesis firmado por asesor y director de la tesis.



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis "Factores asociados a controles prenatales inadecuados en madres adolescentes en el servicio de Ginecología del Hospital María Auxiliadora entre Junio – Diciembre del 2016", que presenta la Srta. María Aurora De Belén Ortega Limas, 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:

MBA. Roldán Arbieto, Luis

ASESOR DE LA TESIS

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

Lima, 13 de Julio de 2017

ANEXO 02: Documento de registro por la Facultad de Medicina.

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

Oficio N° 3118-2017-FMH-D

Lima, 08 de agosto de 2017

Señorita
MARÍA AURORA DE BELÉN ORTEGA LIMAS
Presente.-

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "FACTORES ASOCIADOS A CONTROLES PRENATALES INADECUADOS EN MADRES ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE JUNIO - DICIEMBRE DEL 2016", presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 03 de agosto del 2017.

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,

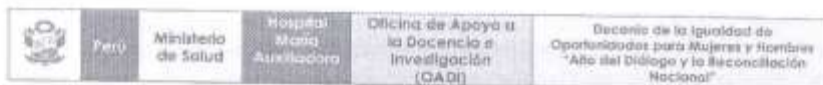

Hilda Jurupe Chico
Secretaria Académica

e.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Av. Benavides 5440 - U.D. Las Gardolinas - Surco Gehu: 706-0000
Apartado postal 1801, Lima 22 - Perú Arehu: 0012
Email: rrp@medicoridpalma.pe - www.rrp.edu.pe/medicina Telehu: 706-0106

ANEXO 03: Documento de autorización emitido por la institución o centro donde se realiza la tesis.



CONSTANCIA

El que suscribe, el **Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital María Auxiliadora**, **CERTIFICA** que el **PROYECTO DE TESIS**, Versión del **19 de enero del presente**; Titulado: **"FACTORES ASOCIADOS A CONTROLES PRENATALES INADECUADOS EN MADRES ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA ENTRE JUNIO – DICIEMBRE DEL 2016"**; con Código Único de Inscripción: **HMA/CIEI/008/18**, presentado por el(la) Investigador(a): **María Aurora de Belén ORTEGA LIMAS**; ha sido **REVISADO**.

Asimismo, concluyéndose con la **APROBACIÓN** expedida por el **Comité Institucional de Ética en Investigación**. No habiéndose encontrado objeciones de acuerdo con los estándares propuestos por el Hospital María Auxiliadora.

Esta aprobación tendrá **VIGENCIA** hasta el **19 de enero del 2019**. Los trámites para su renovación deben iniciarse por lo menos a 30 días hábiles previos a su fecha de vencimiento.

San Juan de Miraflores, 19 de Enero de 2018.

Atentamente,



MINSA ICBES
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
JMC "JOSE POLO CORTES"
JEFE DE LA OFICINA
APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

JPC/mags.
c.c. Investigador(a).
c.c. Archivo.

1 de 1

www.hmasi.gob.pe

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
Av. Miguel Iglesias N° 968
Telf. (511) (01) 2171818 - 3112
Fax: (511) (01) 2171828

ANEXO 05: Matriz de consistencia.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE Y RELACIÓN NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
Edad	Número de años del paciente al momento de su hospitalización.	Número de años indicado en la historia clínica	Intervalo	Independiente Cuantitativa	10 – 14 años 15-19 años
Distrito	Indicación precisa del lugar donde vive una persona.	Lugar indicado en el CLAP	Nominal	Independiente Cualitativa	VMT SJM VES Chorrillos Otros
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil.	Estado indicado en el CLAP	Nominal	Independiente Cualitativa	Casada Unión estable Soltera Otra
Grado de instrucción	Nivel de estudio realizados o en curso.	Dato indicado en la historia clínica o en el CLAP	Ordinal	Independiente Cualitativa	Ninguno Secundaria completa Primaria completa Secundaria incompleta Primaria incompleta
Ocupación	Actividad o trabajo que se realiza en la vida cotidiana.	Dato indicado en la historia clínica o en el CLAP	Nominal	Independiente Cualitativa	Ninguna Estudiante Empleado dependiente Empleado

					independiente Ama de casa
Paridad	Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos o muertos con más de 28 semanas de gestación.	Dato indicado en la historia clínica o en el CLAP	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	<2 >2
Complicaciones en la gestación	Situaciones imprevistas que agravan el proceso de la gestación.	Dato indicado en la historia clínica o en el CLAP	Nominal	Independiente Cualitativa	Sí No
Control prenatal	Conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y/o recién nacido.	Dato indicado en la historia o en el CLAP	Nominal	Dependiente Cualitativa	Adecuado (≥ 6) Inadecuado (< 6)

ANEXO 06: Ficha de recolección de datos.

FICHA DE RECOLECCIÓN

Edad: _____

Distrito: VMT () SJM () VES () CHORRILLOS () OTROS ()

Estado civil: Casada () Unión estable () Soltera () Otra ()

Grado de instrucción: Ninguno () Secundaria completa () Primaria completa ()

Secundaria incompleta () Primaria incompleta ()

Ocupación: Ninguna () Estudiante () Empleado dependiente () Empleado independiente () Ama de casa ()

Paridad: < 2 () > 2 ()

Controles prenatales (CPN); Adecuado (≥ 6) () Inadecuado (< 6) ()

Complicaciones durante la gestación: Sí () No ()

ANEXO 07: Tablas estadísticas

Variable edad

Tabla cruzada EDAD*CONTROLES PRENATLES

		CONTROLES PRENATLES		Total	
		<6	>=6		
EDAD	15-19 años	Recuento	69	34	103
		% dentro de CONTROLES PRENATLES	78,4%	38,6%	58,5%
	10-14 años	Recuento	19	54	73
		% dentro de CONTROLES PRENATLES	21,6%	61,4%	41,5%
Total		Recuento	88	88	176
		% dentro de CONTROLES PRENATLES	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,674 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	27,059	1	,000		
Razón de verosimilitud	29,625	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	28,511	1	,000		
N de casos válidos	176				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 36.50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para EDAD (15-19 años / 10-14 años)	5,768	2,967	11,213
Para cohorte CONTROLES PRENATLES = <6	2,574	1,708	3,878
Para cohorte CONTROLES PRENATLES = >=6	446	,328	,607
N de casos válidos	176		

Variable distrito

Tabla cruzada DISTRITO*CONTROLES PRENATLES

		CONTROLES PRENATLES			
		<6	>=6	Total	
DISTRITO	VMT	Recuento	18	18	36
		% del total	10,2%	10,2%	20,5%
	SJM	Recuento	18	14	32
		% del total	10,2%	8,0%	18,2%
	VES	Recuento	46	34	80
		% del total	26,1%	19,3%	45,5%
	Chorrillos	Recuento	0	2	2
		% del total	0,0%	1,1%	1,1%
	Otros	Recuento	6	20	26
		% del total	3,4%	11,4%	14,8%
Total		Recuento	88	88	176
		% del total	50,0%	50,0%	100,0%

Variable estado civil

Tabla cruzada ESTADO CIVIL*CONTROLES PRENATLES

		CONTROLES PRENATLES			
		<6	>=6	Total	
ESTADO CIVIL	Soltera	Recuento	67	39	106
		% del total	38,1%	22,2%	60,2%
	Unión estable	Recuento	21	49	70
		% del total	11,9%	27,8%	39,8%
Total		Recuento	88	88	176
		% del total	50,0%	50,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,596 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	17,292	1	,000		
Razón de verosimilitud	19,004	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000

Asociación lineal por lineal	18,491	1	,000		
N de casos válidos	176				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 35.00.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para ESTADO CIVIL (Soltera / Unión estable)	4,009	2,101	7,647
Para cohorte CONTROLES PRENATLES = <6	2,107	1,432	3,100
Para cohorte CONTROLES PRENATLES = >=6	,526	,392	,704
N de casos válidos	176		

Grado de instrucción

Tabla cruzada GRADO DE INSTRUCCIÓN *CONTROLES PRENATLES

CONTROLES PRENATLES		Total
<6	>=6	

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Secundaria incompleta	Recuento	65	42	107
		% del total	36,9%	23,9%	60,8%
	Secundaria completa	Recuento	23	46	69
		% del total	13,1%	26,1%	39,2%
Total		Recuento	88	88	176
		% del total	50,0%	50,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,611 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	11,538	1	,001		
Razón de verosimilitud	12,798	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,001	,000
Asociación lineal por lineal	12,539	1	,000		
N de casos válidos	176				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 34.50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para GRADO DE INSTRUCCIÓN (Secundaria incompleta / Secundaria completa)	3,095	1,643	5,831
Para cohorte CONTROLES PRENATLES = <6	1,822	1,263	2,630
Para cohorte CONTROLES PRENATLES = >=6	,589	,441	,786
N de casos válidos	176		

Variable ocupación

Tabla cruzada OCUPACIÓN *CONTROLES PRENATLES

		CONTROLES PRENATLES			
		<6	>=6	Total	
OCUPACIÓN	Estudiante	Recuento	63	43	106
		% del total	35,8%	24,4%	60,2%
	ama de casa	Recuento	25	45	70
		% del total	14,2%	25,6%	39,8%
Total		Recuento	88	88	176
		% del total	50,0%	50,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,488 ^a	1	,002		
Corrección de continuidad ^b	8,563	1	,003		
Razón de verosimilitud	9,591	1	,002		
Prueba exacta de Fisher				,003	,002
Asociación lineal por lineal	9,434	1	,002		
N de casos válidos	176				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 35.00.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para OCUPACIÓN (Estudiante / ama de casa)	2,637	1,413	4,922
Para cohorte CONTROLES PRENATLES = <6	1,664	1,171	2,365
Para cohorte CONTROLES PRENATLES = >=6	,631	,473	,843

N de casos válidos	176		
--------------------	-----	--	--

Variable paridad

Tabla cruzada PARIDAD*CONTROLES PRENATLES

		CONTROLES PRENATLES		
		<6	>=6	Total
PARIDAD >=2	Recuento	58	29	87
	% del total	33,0%	16,5%	49,4%
<2	Recuento	30	59	89
	% del total	17,0%	33,5%	50,6%
Total	Recuento	88	88	176
	% del total	50,0%	50,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,116 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	17,820	1	,000		
Razón de verosimilitud	19,478	1	,000		

Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	19,007	1	,000		
N de casos válidos	176				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 43.50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para PARIDAD ($\geq 2 / < 2$)	3,933	2,103	7,356
Para cohorte CONTROLES PRENATLES = < 6	1,978	1,426	2,743
Para cohorte CONTROLES PRENATLES = ≥ 6	,503	,361	,701
N de casos válidos	176		

Variable complicaciones durante la gestación

Tabla cruzada COMPLICACIONES DURANTE LA GESTACIÓN*CONTROLES PRENATLES

		CONTROLES PRENATLES			
			<6	>=6	Total
COMPLICACIONES DURANTE LA GESTACIÓN	Sí	Recuento	15	10	25
		% del total	8,5%	5,7%	14,2%
	No	Recuento	73	78	151
		% del total	41,5%	44,3%	85,8%
Total		Recuento	88	88	176
		% del total	50,0%	50,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,166 ^a	1	,280		
Corrección de continuidad ^b	,746	1	,388		
Razón de verosimilitud	1,172	1	,279		
Prueba exacta de Fisher				,388	,194
Asociación lineal por lineal	1,159	1	,282		
N de casos válidos	176				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 12.50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para COMPLICACIONES DURANTE LA GESTACIÓN (Sí / No)	1,603	,677	3,793
Para cohorte CONTROLES PRENATLES = <6	1,241	,866	1,779
Para cohorte CONTROLES PRENATLES = >=6	774	,468	1,282
N de casos válidos	176		