

Universidad Ricardo Palma

Facultad De Medicina Humana

Manuel Huamán Guerrero



Factores asociados a controles prenatales incompletos en
gestantes del Hospital Santa Rosa en el periodo Enero – Julio 2018

Tesis Para Optar El Título Profesional De Médico Cirujano

Presentado Por La Bachiller

Stephany Dayane Farje Marquina

Asesora

Dra. Sonia Indacochea Cáceda

LIMA, PERÚ

2019

Agradecimientos

Agradezco a Dios por darme la dicha de vivir esta aventura llamada vida y porque sin él, nada sería posible.

A mis angelitos, que siempre me acompañan.

A mi papá, por ser el apoyo no sólo económico, sino por aquellos consejos y sabiduría que me trasmite; a mi mamá, por el amor y apoyo incondicional; y a mi hermana, por confiar en mí y ser pieza clave en mi vida.

A Fabiano Nicolás, mi hijo, porque a pesar de su corta de edad, comprendió todo el sacrificio que tenía que hacer para poder lograr mi objetivo principal como profesional.

Al director del curso de tesis, Dr. Jhonny De La Cruz, por compartir sus conocimientos y brindar su ayuda para la realización del presente estudio.

A mi asesora de tesis, Dra. Sonia Indacochea, por sus pertinentes recomendaciones.

A todos aquellos que hicieron posible la culminación del presente trabajo, muchas gracias.

Dedicatoria

A mi hijo, por ser la fuerza que me impulsa a seguir adelante en todo momento, por acompañarme durante toda mi carrera y por esperarme, en la mayoría de las noches, con un beso regenerador y una sonrisa única.

A mis padres y a mi hermana; por la confianza y paciencia brindada, por estar siempre a mi lado y por enseñarme lo mejor de cada uno de ellos.

A mi madrina, Ana Marquina, por ser una segunda mamá para mí, por estar siempre conmigo y brindarme en todo momento los consejos requeridos.

A la mamá y al Abuelito Wilfredo, que desde el cielo me guían.

Resumen

Introducción: Los controles prenatales son un conjunto de citas que tiene la gestante con el personal de salud durante toda su gestación, debiendo ser precoz y periódica, con el objetivo principal de identificar aquellos factores de riesgo propensos a generar algún daño ya sea a la madre o al feto; por ello, es de suma importancia identificar los factores asociados al incumplimiento de estos. **Objetivo:** Determinar los factores asociados a controles prenatales incompletos en gestantes del Hospital Santa Rosa en el periodo enero – julio 2018. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio analítico, retrospectivo, casos y controles, de análisis de datos secundarios a partir de historias clínicas y carnet de control prenatal de gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante enero a julio 2018, donde se contó con 242 casos y 242 controles. Se definió como controles prenatales (CPN) incompletos al contar con menos del número mínimo de visitas (<6) propuesto por el Ministerio de Salud (MINSA)¹. Se estudiaron 7 factores asociados: Edad, número de gestaciones, cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS), grado de instrucción, distancia al centro de salud, estado civil y ocupación. **Resultados:** Las variables multiparidad ($p=0.017$, OR = 1.65 IC 95% 1.09-2.50), distancia al centro de salud ($p=0.000$, OR = 5.07 IC 95% 3.40-7.54) y estado civil ($p=0.000$, OR = 2.53 IC 95% 1.64-3.92) demostraron ser estadísticamente significativos como factores de riesgo asociado a controles prenatales incompletos en gestantes. **Conclusión:** Existen factores asociados a controles prenatales incompletos en gestantes. El ser multigesta, vivir fuera del distrito al centro de salud y ser soltera, son factores de riesgo asociados a controles prenatales incompletos.

Palabras clave: Controles prenatales, incompletos, factores asociados, número de embarazos, cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS), distancia al centro de salud, estado civil.

Abstract

Introduction: Prenatal check-ups are a set of appointments that the pregnant woman has with the health personnel throughout their pregnancy. They must be early and periodic, with the main objective of identifying those risk factors likely to cause harm to either the mother or the fetus; therefore, it is very important to identify the factors associated with the non-compliance of these. **Objective:** To determine the factors associated with incomplete prenatal care in pregnant women of Santa Rosa Hospital in the period January - July 2018. **Materials and Methods:** An analytical, retrospective study of secondary data analysis based on clinical histories and card control of the prenatal care of pregnant women that was done in the Hospital Santa Rosa during January to July 2018, where there were 242 cases and 242 controls. It was defined as incomplete prenatal check-ups (NPC) when having less than the minimum number of visits (<6) proposed by the Ministry of Health (MINSA). Seven associated factors that were studied: Age, number of pregnancies, coverage of the Comprehensive Health Insurance (SIS), degree of instruction, distance to the health center, marital status and occupation. **Results:** The variables multigesta ($p = 0.017$, $OR = 1.65$ IC 95% 1.09-2.50), distance to health center ($p = 0.000$, $OR = 5.07$ IC 95% 3.40-7.54) and marital status ($p = 0.000$, $OR = 2.53$ IC 95% 1.64-3.92) e statistically demonstrate to be significant as a risk factor associated with incomplete prenatal controls in pregnant women. **Conclusion:** Factors associated with incomplete prenatal control in pregnant women do exist. Being multigesta, living outside the district that the health center is in and being a single mother are factors of risk associated with prenatal control.

Key words: Incomplete prenatal controls, associated factors, gravidity, coverage of the Comprehensive Health Insurance (SIS), distance to the health center, marital status.

Indice de Contenido

Agradecimientos.....	2
Resumen.....	5
Abstract	Error! Bookmark not defined.
Indice de Contenido	7
Indice de Tablas	9
Indice de Graficos	11
Capítulo I: Planteamiento Del Problema	13
1.1 Descripción De La Realidad Problematica.....	13
1.2 Formulación Del Problema	14
1.3 Línea De Investigación.....	14
1.4 Objetivos.....	14
1.4.1 Objetivo General	14
1.4.2 Objetivos Específicos	14
1.5 Justificación	15
1.6 Delimitación.....	16
1.7 Viabilidad	16
Capítulo II: Marco Teórico.....	17
2.1 Antecedentes De La Investigación.....	17
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	17
2.1.2 Antecedentes Nacionales	22
2.2 Bases Teóricas.....	25
2.3 Definiciones Conceptuales	30
2.4 Hipótesis	32
Capítulo III: Metodología.....	33
3.1 Diseño.....	33
3.2 Población Y Muestra	33
3.2.1 Población.....	33
3.2.2 Muestra	33
3.2.3 Unidad De Análisis.....	34
3.3 Criterios De Inclusión Y Exclusión:	35

3.3.1 Inclusión.....	35
3.3.2 Exclusión.....	35
3.4 Operacionalización De Variables.....	35
3.5 Técnicas De Recolección De Datos E Instrumentos.....	37
3.6 Técnicas Para El Procesamiento De La Información.....	37
3.7 Aspectos Éticos	38
Capítulo IV: Resultados Y Discusión	39
4.1 Resultados.....	39
4.2 Discusión	54
Capítulo V: Conclusiones Y Recomendaciones	60
5.1 Conclusiones	60
5.2 Recomendaciones.....	61
Referencias Bibliográficas	63
Anexos.....	68
Anexo A	69
ANEXO N°1: Matriz de consistencia.....	70
ANEXO N°2: Operacionalización de variables.....	72
ANEXO N°3: Ficha de recolección de datos.....	76
ANEXO N°4: Tablas.....	78
Anexo B.....	80
ANEXO N°1: ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS.....	81
ANEXO N°2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS.	82
Anexo N°3: Carta De Aprobación Del Proyecto De Tesis Firmado Por La Secretaría Académica.....	83
Anexo N°4: Carta De Aceptación De Ejecución De La Tesis Por La Sede Hospitalaria.....	84
.....	84
Anexo N°5: Acta De Aprobación De Borrador De Tesis.	85
Anexo N°6: Reporte De Originalidad Del Turnitin	86
Anexo N°7: Certificado De Asistencia Al Curso Taller Para La Titulación Por Tesis.	87

Indice de Tablas

TABLA N°1: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO, ENERO – JULIO 2018, SEGÚN CONTROLES PRENATALES	40
TABLA N°2: SIGNIFICANCIA DE FACTORES ASOCIADOS A CONTROLES PRENATALES INCOMPLETOS.....	41
TABLA N°3: EDAD DE RIESGO SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA, ENERO - JULIO 2018	43
TABLA N°4: NÚMERO DE GESTACIONES: MULTIGESTA VS NO MULTIGESTA SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA, ENERO - JULIO 2018	44
TABLA N°5: COBERTURA DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA, ENERO - JULIO 2018.....	45
TABLA N°6: GRADO DE INSTRUCCIÓN: PRIMARIA VS SECUNDARIA O SUPERIOR, SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA, ENERO - JULIO 2018	46
TABLA N°7: DISTANCIA AL CENTRO DE SALUD: FUERA VS DENTRO DEL DISTRITO, SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA, ENERO - JULIO 2018	47
TABLA N°8: ESTADO CIVIL SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA, ENERO - JULIO 2018.....	48
TABLA N°9: OCUPACIÓN: ESTUDIA O TRABAJA VS AMA DE CASA, SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA, ENERO - JULIO 2018.....	50
TABLA N°10: ANÁLISIS BIVARIADO DE LOS FACTORES ASOCIADOS A CONTROLES PRENATALES INCOMPLETOS	50
TABLA N°11: ANÁLISIS MULTIVARIADO DE LOS FACTORES ASOCIADOS A CONTROLES PRENATALES INCOMPLETOS	53

TABLA N°12: NÚMERO DE GESTACIONES SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA, ENERO - JULIO 2018.....	78
TABLA N°13: GRADO DE INSTRUCCIÓN SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA, ENERO - JULIO 2018.....	78
TABLA N°14: DISTANCIA AL CENTRO DE SALUD SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA, ENERO - JULIO 2018.....	79
TABLA N°15: OCUPACIÓN SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA, ENERO - JULIO 2018.....	79

Indice de Graficos

Gráfico N°1: Número de gestaciones: Multigesta vs. no multigesta, según controles prenatales.....	45
Gráfico N°2: Distancia al centro de salud: Fuera vs dentro del distrito, según CPN	48
Gráfico N°3: Estado civil según controles prenatales.....	49

Capítulo I: Planteamiento Del Problema

1.1 Descripción De La Realidad Problemática

El control prenatal es un conjunto de acciones que toma en cuenta las visitas de la gestante al establecimiento de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza.¹ Según la Organización Mundial de la Salud, los controles prenatales, son la pieza fundamental para reducir el riesgo de muertes prenatales y las complicaciones del embarazo.²

El nuevo modelo de atención prenatal de la Organización Mundial de la Salud, considera que el mínimo número de controles prenatales que debe tener una gestante, sean ocho, ya que con ellos se ha visto un descenso de muertes prenatales². Sin embargo, el Ministerio de Salud (MINSa) considera un mínimo de seis controles prenatales.³

En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática y la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) para el año 2017, el 1.3% no recibió atención prenatal, mientras que el 97.5% recibió atención prenatal de un profesional de salud calificado⁴; Sin embargo, solo el 88.9% de las gestantes, recibieron seis o más controles prenatales.

1.2 Formulación Del Problema

¿Cuáles son los factores que están asociados a los controles prenatales incompletos en gestantes del Hospital Santa Rosa en el periodo enero – julio 2018?

1.3 Línea De Investigación

Prioridad de investigación 1: Salud Materna Perinatal y Neonatal

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Determinar los factores asociados a controles prenatales incompletos en gestantes del Hospital Santa Rosa en el periodo enero – julio 2018.

1.4.2 Objetivos Específicos

Identificar la edad como factor asociado a controles prenatales incompletos en gestantes.

Establecer número de gestaciones como factor asociado a controles prenatales incompletos en gestantes.

Determinar la cobertura del Seguro Integral de Salud como factor asociado a controles prenatales incompletos en gestantes

Determinar el grado de instrucción como factor asociado a controles prenatales incompletos en gestantes.

Identificar la distancia al centro de salud como factor asociado a controles prenatales incompletos en gestantes.

Identificar el estado civil como factor asociado a controles prenatales incompletos en gestantes.

Identificar la ocupación como factor asociado a controles prenatales incompletos en gestantes.

1.5 Justificación

La mortalidad materna y perinatal es uno de los principales problemas de salud a nivel institucional, nacional e internacional; siendo muchas de estas evitables con un adecuado acceso a servicios de salud en el momento adecuado.^{5,6} La atención prenatal y sus principales factores de riesgo (sociales, clínicos, económicos y demográficos) juegan un rol importante, tanto para la promoción y prevención de una vida saludable materno perinatal, por lo que es importante conocerlos y determinar su influencia en nuestra población.²

El presente estudio tiene entre sus objetivos determinar los factores asociados a controles prenatales incompletos en gestantes del Hospital Santa Rosa, y con los resultados obtenidos, se espera incidir en dichos factores para una mejora en la morbimortalidad materno perinatal.

Por último, se espera que con los resultados obtenidos, pueda servir de referencia para trabajos futuros que deseen expandir la información acerca de dicho tema.

1.6 Delimitación

El presente estudio se circunscribe a gestantes que han dado a luz en el Hospital Santa Rosa, en el periodo enero - julio 2018, con un estimado de 150 gestantes al mes aproximadamente.

1.7 Viabilidad

La institución ha autorizado la investigación se cuenta con el apoyo de los especialistas y los recursos económicos para desarrollarla. Se accederá al archivo de historias clínicas del Hospital Santa Rosa.

Capítulo II: Marco Teórico

2.1 Antecedentes De La Investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal – 2015

Dicho estudio tuvo como objetivo identificar la influencia de la gestante adolescente y su entorno sobre la adherencia al control prenatal. Fue un estudio casos y controles, donde participaron 570 adolescentes y 2093 gestantes ≥ 20 años. Se encontró como determinantes para una mala adherencia al control prenatal, la adolescencia de 13-19 años (OR: 1.99), escolaridad < 11 años (OR: 1.91), estado civil soltera, separada o viuda (OR: 2.47), carencia de seguridad social en salud (OR: 3.76) y antecedente de gravidez ≥ 2 gestaciones (OR 1.36).⁷

Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila – 2009

El objetivo fue determinar dichos factores asociados; en el cual, se estudiaron 139 gestantes que iniciaron tardíamente los controles prenatales (casos) y 149 gestantes que empezaron adecuadamente el control prenatal (controles). Se observó que el mínimo de edad de las gestantes en estudio, fue de 14 años, mientras que el máximo fue de 45. Se encontró que la mayoría (77,1%) pertenecía al régimen subsidiado. El tener grado de instrucción superior, se considera un factor protector con respecto a las gestantes que tienen grado de instrucción primaria, dicho factor fue estadísticamente significativo (OR

= 1.85, IC 95% 1,05-3,14 p=0,015). El riesgo de iniciar tardíamente el control prenatal, aumentó a razón que lo hacía el número de gestaciones, siendo estadísticamente significativo el antecedente de presentar de 4 a 6 gestaciones (I.C 95%: 1,15-5,52; p-valor: 0,011).⁸

Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales – 2014

Dicho estudio tuvo como objetivo determinar qué condiciones podrían explicar la no asistencia a las citas programadas del control prenatal (CPN) y evaluar si la salud de la gestante mejora al eliminar las barreras de acceso. Tuvo una población de 1217 personas, donde 632 fueron mujeres (51,9%) y 337 (53,3%) son de edad fértil (15-45 años). El estudio fue de diseño mixto, multietápico, de cohorte prospectivo. Se encontró que la principal barrera de acceso al control prenatal fue el acceso al transporte por presentar dificultades para realizar el pago. Al entregar subsidios de transporte, se evidenció que hubo una disminución del 87% de la inasistencia al control prenatal.⁹

Factores sociales asociados con el uso de la atención prenatal en Ecuador – 2016

El objetivo de dicho estudio fue describir los factores sociales relacionados con el uso de la atención prenatal en Ecuador. Entre el 2011 y 2012, se hizo un análisis de las historias clínicas y se entrevistó a los participantes de 15 puestos de salud en Ecuador. Fueron una muestra probabilística de 5998 mujeres que tuvieron parto o aborto. El estudio mostró que 94,1% de las mujeres había acudido a algún control prenatal, pero la asistencia al menos a cuatro controles fue 73,1%. Resultados hallados mediante el análisis multivariado, la ocupación en el sector agrícola o ganadero (RPa = 0,27, IC 95% 0,09-0,81) y el haber estado embarazada previamente (RPa = 0,72, IC95%: 0,53-0,98), permanecían como factores de mayor riesgo para que la gestante no hiciera uso de la atención prenatal.¹⁰

Utilización inadecuada del control prenatal y sus factores asociados en Sao Luis, Brazil – 2014

Estudio de cohortes que empezó en el 2010 y utilizó los datos de estudios cohorte de nacimientos brasileros de Sao Luis y Ribeirao Preto; cuyo objetivo fue estimar la utilización inadecuada del control prenatal y sus factores asociados. Se encontró que la tasa de utilización inadecuada de la atención prenatal fue del 36,7%. Dentro de su factores asociados se encontró que la baja escolaridad materna (índice de prevalencia (PR) = 2.78, intervalo de confianza del 95% (IC 95%) y bajo ingreso familiar, menos de 0.5 salario mínimo mensual per cápita (PR = 1.37, IC 95%), se asociaron con tasas más altas de utilización inadecuada del control prenatal. ¹¹

Determinantes de controles inadecuados y/o tardíos en países de ingresos altos: Revisión sistemática – 2012

Se realizaron búsquedas en la literatura publicada desde enero de 1992 hasta el 30 de septiembre de 2010 utilizando las bases de datos de PubMed, Cinahl y Embase. La baja edad materna, bajo nivel educativo, estado civil soltero, estado de no asegurado, alta paridad, no nacimiento prematuro previo y reconocimiento tardío del embarazo fueron identificados como determinantes individuales de uso inadecuado. ¹²

Iniciación y barreras para el uso de cuidado prenatal entre mujeres de bajos ingresos en San Antonio, Texas – 2010

Se realizó un estudio de encuesta entre mujeres de bajos ingresos que buscaban atención en clínicas de salud pública seleccionadas en San Antonio, Texas. El objetivo de este estudio fue comprender las barreras al control prenatal, así como los factores que afectan el inicio temprano de la atención entre las mujeres de bajos ingresos. Los resultados del estudio muestran que las mujeres con barreras sociales (barreras personales OR: 1.425 y barreras de servicio OR: 1.719), las que tenían menos educación (escuela media o menos OR: 2.862), las que vivían solas (OR: 2.363), o que no habían planificado sus embarazos (OR: 1) tenían más probabilidades de iniciar controles prenatales tarde en sus embarazos. ¹³

Diferencias en la iniciación y la adherencia a la atención prenatal: impacto del seguro, la etnicidad racial y la natividad – 2010

Estudio transversal, en el cual se estudiaron variables asociadas al inicio tardío y la no adhesión al número recomendado de visitas al control prenatal. Se encontró que ser madre adolescente (OR: 1.5) y residente rural (OR: 1.1) se asoció con iniciación tardía del control prenatal, además el ser madre adolescente (OR: 1.2) se asoció a no adherencia al control prenatal. Irónicamente, en este estudio, la educación superior de las madres se asoció con la iniciación tardía del control prenatal. ¹⁴

Factores asociados al uso del control prenatal por mujeres embarazadas del Distrito de Cartagena – 2011

Se realizó un estudio transversal donde participaron 726 mujeres embarazadas. Entre los factores que explican el uso del control prenatal, se encuentran tener afiliación en salud (OR= 5,2 (I.C. 95%)), vivir cerca del establecimiento de salud (OR= 3,0 (I.C. 95%)) y

tener estudios de secundaria o superiores (OR= 2,0 (I.C. 95%)). Además las mujeres con pareja refirieron un mayor uso del control prenatal, que las mujeres sin pareja (OR = 2,0 (I.C. 95%)), así como los estratos socioeconómicos altos (OR= 2.2 (I.C. 95%)).¹⁵

Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. Colombia – 2017

Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Se realizó una encuesta que abordó aspectos como percepción de calidad de atención, barreras de acceso e integridad de la atención. Se trabajó con 306 gestantes, cuya edad promedio fue de 24 años. El 74.17% tuvo cuatro o más controles. Dentro de los factores de riesgo asociados más importante, se encontró un nivel de ingreso bajo con OR: 5.12 y baja escolaridad de la madre con OR: 3.62.¹⁶

Factores asociados al uso inadecuado de la asistencia al control prenatal. Sao Paulo – 2003

Se realizó un estudio transversal donde el objetivo fue identificar los factores asociados con la insuficiencia de la atención prenatal en la comunidad urbana. Se entrevistaron 2.831 puérperas, atendidas en diez unidades de salud pública y privada. Las mujeres atendidas en servicios públicos de salud (OR = 9.9 IC 95% 6.75-14.5), de baja escolaridad (OR = 3.10 IC 95% 2.61-3.68) y baja renta familiar (OR = 2.18 IC 95% 2.46-4.62), sin compañero (OR = 1.61 IC95% 1.35-1.91) o con enfermedad durante el embarazo, tuvieron mayores porcentajes de uso inadecuado de la atención prenatal, por los dos índices analizados. Por el nuevo índice propuesto, mayores porcentajes de inadecuación se asociaron a la alta paridad (OR = 1.58 IC95% 1.01-2.45) y edad maternal (OR = 3.04 IC95% 2.33-3.95).¹⁷

Factores de riesgo para el uso inadecuado de la atención prenatal en el área metropolitana de Aracaju, noreste de Brasil – 2009

Se trata de un estudio transversal de todos los nacidos vivos únicos entregados en los cuatro hospitales en el área metropolitana de Aracaju entre marzo 8 y 15 de julio 2005. Las madres menores de 18 años tenían menos probabilidades (53.5%) de recibir atención prenatal adecuada o intensiva (OR = 4.10 IC 95% 2.81-5.99), mientras que las madres con mayor nivel educativo (79.1%), mayores ingresos familiares (80.6%), menos hijos (72.2%), quienes no fumaron durante el embarazo (67.8%), que usaron servicios privados (89.0%) y asistieron a servicios de salud en Aracaju (69.1%) tenían más probabilidades de alcanzar un uso adecuado de atención prenatal.¹⁸

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia – 2011

El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia de pacientes con control prenatal (CPN) inadecuado y los factores asociados a dicho evento. Se realizó un estudio descriptivo transversal donde se entrevistó a puérperas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre agosto 2010 y enero 2011, y se revisó la historia clínica y carnet materno perinatal (CLAP). Se definió CPN inadecuado al incumplimiento del número mínimo y cronograma de visitas propuesto por el Ministerio de Salud. Se compararon factores epidemiológicos, maternos y socioeconómicos entre grupos de gestantes con CPN adecuado e inadecuado. Se incluyeron 384 puérperas, 66,05% recibieron 6 o más controles prenatales y sólo 7,36% tuvo CPN adecuado. Ciento cuarenta y cinco puérperas tuvieron su primer CPN antes de las 12 semanas. Los factores que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de CPN inadecuado fueron paridad mayor a 2 ($p=0,02$) y no planificación de la gestación ($p=0,003$).¹⁹

Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú – 2013

El presente estudio tuvo como objetivo analizar los factores asociados al abandono del control prenatal. Estudio casos y controles con 328 gestantes que se atendieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal (164 casos y 164 controles). Se concluyó que hay factores personales como vivir en un barrio marginal (ORa = 3,7 IC 95% 1,4-9,7), que incrementa el riesgo de tener controles prenatales adecuados; contar con permiso en el centro laboral (ORa: 0,3 IC95% 0,1-0,7) y no padecer de dificultad por los quehaceres domésticos (ORa: 0,4 IC95% 0,2-0,9) disminuyen la probabilidad de abandonar los controles prenatales. Dentro de los factores institucionales el contar con servicios adecuados (ORa: 0,1 IC95% 0,0-0,4), coordinación entre los servicios (ORa: 0,4 IC95% 0,2-0,8) y contar con citas programadas (ORa: 0,3 IC95% 0,1-0,8) disminuyen la probabilidad de abandonar los controles prenatales; por último, dentro de los factores médicos, contar con una calidad adecuada en la cita (ORa: 0,5 IC95% 0,3-0,8) disminuye la probabilidad de abandono.²⁰

Factores de riesgo para la falta y el abandono del control prenatal en el hospital regional del Cusco – 2017

Estudio observacional, analítico, caso control, transversal, con 135 casos y 135 controles. Se buscó determinar los factores de riesgo para la falta y el abandono del control prenatal en gestantes que acuden para la atención de su parto. Donde se encontró que el factor más importante de riesgo personal para la falta y abandono de los controles prenatales, fue el embarazo no planificado (OR = 21,9), contar con un grado de instrucción bajo (OR = 3,6), ser soltera o no contar con pareja estable (OR = 2,8) y en gestantes que son multigestas, la dificultad para el cuidado de sus hijos (OR = 4,0). El ser multigesta (OR = 0,55) y el no contar con trabajo (OR = 0,49), son factores protectores contra la falta y el abandono del control prenatal.²¹

Grado de instrucción primaria y multiparidad asociados a incumplimiento del control prenatal. Hospital distrital Santa Isabel, El Porvenir – 2016

Estudio analítico, de casos y controles (106 casos y 106 controles), donde se buscó evaluar la asociación que existe entre el grado de instrucción primaria y la multiparidad con el incumplimiento del control en la atención prenatal. Se obtuvo que la frecuencia de instrucción primaria en las féminas que incumplieron el control prenatal fue de 17.9%, y en las que cumplieron el control prenatal de 15.1%, sin embargo, no son estadísticamente significativos ($p=0.356$), encontrándose un $OR = 1.29$. Por otro lado, la frecuencia de multiparidad en mujeres que incumplieron el control prenatal fue de 65.1%, mientras las que cumplieron el control prenatal fue de 50.9%, con diferencias estadísticas ($p=0.026$), estimándose un $OR=1.79$.²²

Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú – 2018

Estudio observacional y analítico, con enfoque cuantitativo. Se estudió 110 puérperas, donde se buscó determinar los factores asociados al acceso de la atención prenatal en sus dimensiones de atención oportuna y cobertura. Se encontró que el olvidarse de la cita se asocia a una inadecuada atención prenatal ($p = 0,048$); a diferencia, de la gestante que cuenta con seguro de salud antes del control prenatal, que se asocia a una atención prenatal oportuna ($p = 0,013$).²³

Factores de riesgo asociados al control prenatal inadecuado y tardío en madres adolescentes y sus repercusiones materno-perinatales en el Hospital Hipólito Unanue, Tacna – 2011

El objetivo del estudio fue determinar los factores de riesgo materno perinatales asociados al CPN inadecuado y tardío en madres adolescentes y sus repercusiones maternoperinatales. Se realizó el estudio en 110 puérperas cuyo grupo etario fue de 18 a 29 años. Se obtuvo como resultado que existe mayor riesgo de controles prenatales

inadecuados y tardíos en adolescentes con instrucción primaria (OR=1,33) y sin pareja estable (OR=1.91).²⁴

Factores de riesgo del control prenatal inadecuado de las mujeres atendidas en el hospital nacional Hipólito Unanue, El Agustino – 2017

Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, casos y controles. Se encontró que dentro de los factores personales, las gestantes que no tuvieron un adecuado apoyo de la pareja, presentaron 6.36 veces mayor probabilidad de inasistencia al control prenatal (OR = 6.36 con un IC 95%). El problema se debió a la dificultad del cuidado de los hijos donde se evidenció tener 14.75 veces más probabilidad de no poder ir al control prenatal. Con respecto a los factores sociales, el no contar con permiso de parte del centro laboral (OR = 3.8 IC 95%) y el ambiente no adecuado para la cita (OR = 11.80 al 95%) presentó 11.80 veces más probabilidad de no poder ir al control prenatal. Dentro de los factores institucionales, la falta de citas de seguimiento por parte de profesionales de la salud (OR = 5.8 al 95%), la incoordinación entre servicios para la atención (OR = 11.80 al 95%) y el no contar con presupuesto disponible para ciertos exámenes (OR = 9.62 al 95%) tuvieron mayor riesgo para presentar controles prenatales inadecuados.²⁵

2.2 Bases Teóricas

La atención prenatal es aquel apoyo e información, que tiene la oportunidad de recibir la gestante, brindada por el profesional de salud; incluyendo promoción de una vida saludable, detección y prevención de enfermedades, y la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja.² El control prenatal es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre.³

El objetivo del nuevo modelo de atención prenatal de la Organización Mundial de la Salud de 2016 es ofrecer a las gestantes una atención respetuosa e individualizada, y

asegurar que cada uno se apoye en prácticas clínicas eficaces e integradas, aporte información adecuada y oportuna, y ofrezca apoyo psicosocial y emocional por parte de profesionales con buenas habilidades clínicas e interpersonales en un sistema de salud que funcione correctamente. Teniendo en cuenta que con solo cuatro controles prenatales hay incremento de la mortalidad perinatal, y al verse que el aumento en el número de atenciones prenatales, sin tener en cuenta la localidad, está relacionado a una mayor satisfacción materna, la Organización Mundial de la Salud recomienda un mínimo de ocho controles prenatales: un contacto en el primer trimestre, dos en el segundo trimestre y cinco contactos en el tercer trimestre²⁶. Sin embargo, el Ministerio Nacional de Salud (MINSA) menciona que la frecuencia óptima de atención prenatal es una atención mensual hasta las 32 semanas, una atención quincenal entre las 33 y 36 semanas y una atención semanal desde las 37 semanas hasta el parto; quiere decir, que considera mínimo 6 controles prenatales para que sean estos adecuados, teniendo en cuenta que debe iniciarse lo más temprano posible, debiendo ser periódica, continua e integral.³

Para distribuir de la mejor manera los controles prenatales, según el MINSA, son la primera y segunda atención antes de la semana 22, la tercera entre las 22 a 24 semanas, la cuarta entre las 27 a 29 semanas, la quinta entre las 33 a 35 y la sexta entre las 37 a 40 semanas.³

IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL

Según estudios recientes, un factor importante a tomar en cuenta para disminuir la posibilidad de muertes maternas y perinatales, son el aumento de los controles prenatales con el sistema sanitario.³ Esto sucede porque existen más oportunidades para detectar y gestionar los problemas que se puedan presentar en dicha etapa.³ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día fallecen 830 mujeres aproximadamente por motivos relacionados y prevenibles asociados a la gestación y parto.⁵ Sin embargo, se ha encontrado una reducción de la mortalidad materna (44%) entre 1990 y 2015.⁵ Se ha visualizado también que 99% de la mortalidad materna ocurre en países en vías de desarrollo y sobre todo en zonas rurales y en las comunidades más pobres.⁵

La salud materna y neonatal están estrechamente relacionadas, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, hay 10 muertes neonatales por cada mil nacidos vivos en el año 2016 – 2017²⁷ y 375 muertes maternas en el año 2017.²⁸ Por ello, una atención prenatal adecuada, con un mínimo de ocho contactos, puede reducir la muerte perinatal hasta en 8 por cada 1000 nacimientos.³

La atención prenatal inadecuada, como se menciona, confiere un mayor riesgo de complicaciones gestacionales y resultados postnatales desfavorables, que incluyen por ejemplo, prematuridad y bajo peso al nacer.²⁹

La atención prenatal del primer trimestre desempeña un papel importante en el bienestar de la mujer y el feto.³⁰ Más importante aún, la atención temprana puede mejorar los resultados del embarazo, proporcionar una mejor detección en la edad gestacional, identificar y modificar factores de riesgo, prevenir complicaciones y permitir un embarazo más saludable.³⁰ Desafortunadamente, muchas mujeres embarazadas no necesariamente buscan atención prenatal temprana, lo que puede aumentar el riesgo de embarazos no deseados de alto riesgo, partos por cesárea o prematuridad.³⁰ El personal de salud desempeña un papel integral en la educación temprana y el asesoramiento a los pacientes sobre diversos problemas relacionados al embarazo.³⁰

Según la Organización Mundial de la Salud, la atención prenatal incluye enfoques integrados de atención médica, apoyo psicológico y social y sus condiciones óptimas comienzan antes del embarazo y continúan después del nacimiento.³ Este programa integral incluye: detección precoz del embarazo, la primera visita de atención prenatal y las visitas de seguimiento después del parto. El propósito de la atención prenatal durante el embarazo y después del parto es el parto saludable sin dañar la salud de la madre.²⁶ La OMS hizo hincapié en que la atención prenatal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (reducción de la mortalidad infantil y materna) desempeña un papel importante, y dijo que todas las mujeres deberían tener acceso a una atención adecuada durante el embarazo. Con lo mencionado por la OMS, mínimo 8 controles prenatales, se desea mejorar la calidad de la atención prenatal para así, disminuir la mortalidad tanto materna como perinatal, incluyendo las adolescentes y aquellas gestantes que se encuentran en áreas de difícil acceso.²⁶

El Ministerio Nacional de Salud al considerar mínimo 6 controles prenatales tiene como objetivos evaluar de manera íntegra a la gestante y al feto; identificar enfermedades asociadas que necesiten un tratamiento especializado o la presencia de signos de alarma para poder referir oportunamente; preparar a la gestante de manera física y mental para cuando llegue el parto; incentivar el parto institucional al lado de la pareja y haciéndolo participe de este proceso; generar mayor apoyo de parte de la familia para el cuidado prenatal; promover la lactancia materna exclusiva; promover la vacunación oportuna durante la gestación, así evitar el tétanos neonatal; incentivar a la alimentación saludable y prevenir o tratar la anemia que pueda presentar la gestante.³

FACTORES DE RIESGO PARA EL INCUMPLIMIENTO DE CONTROLES PRENATALES

Llamamos controles prenatales incompletos, a aquellas gestantes que tienen menos de seis controles prenatales durante toda la gestación, teniendo en cuenta que no se contabiliza aquellos controles prenatales que han sido realizados en instituciones privadas como clínicas.³

Como se puede observar en los estudios descritos, se demuestra diversos factores de riesgo para el incumplimiento de controles prenatales adecuados, dentro de ellos tenemos los factores personales; como son el apoyo que pueda generar la pareja, importancia que se le da al control prenatal, aceptación al examen ginecológico, olvido de las citas, cuidado de los otros hijos, edades extremas (tanto las adolescentes como las añosas), tiempo que demanda la consulta; factores sociales como estado conyugal, ocupación, permiso en el trabajo, apoyo de la familia, ambiente para la consulta, quehaceres domésticos, violencia familiar, distancia al centro de salud; y por último, factores institucionales como atención y trato del profesional de salud, prioridad para su atención, citas de seguimiento, coordinación entre servicios para su atención, tiempo de espera y gastos para exámenes auxiliares no disponibles dentro del centro de salud.³⁰

Las barreras de acceso, la cobertura no equitativa y baja de los servicios de salud en los países en desarrollo incluyen barreras políticas, financieras, operativas y socioculturales. La salud es uno de los mayores sectores de servicios. No existe una definición aceptada de acceso a la atención médica. El acceso a los servicios de salud significa el uso apropiado de los servicios de salud individuales para lograr las mejores consecuencias para la salud. El acceso de bajo nivel puede deberse a la falta de conocimiento, información, recursos, instalaciones, proveedores de atención médica y costo de los servicios. Los costos pueden incluir el costo de suministros, medicamentos y transporte.³⁰

RECOMENDACIONES PARA UN ADECUADO CONTROL PRENATAL

Se recomienda, como lo menciona la Guía de Práctica Clínica del MINSA, que la atención prenatal en la gestante sea multidisciplinaria y realizada por profesionales capacitados, ayudando a resolver las dudas e inquietudes que toda madre pueda presentar.³¹ Requiere tener un acceso fácil para toda gestante, de manera individualizada y en relación a su comunidad. Toda atención prenatal debe ser continua y brindada por aquel profesional de salud con el que la gestante se sienta a gusto y en confianza. Todo centro de salud que sea parte del control prenatal debe generar seguridad y confianza a la gestante para poder brindar mayor información con aquellos temas difíciles de comunicar, como son el abuso sexual, enfermedades de transmisión sexual o enfermedades psiquiátricas, violencia doméstica, uso de drogas, entre otros.³¹ Toda gestante debe tener consigo su propio cané prenatal y llevarlo a cada atención que acuda, pues es de vital importancia registrar tanto las fechas como lo solicitado o hallado en cada cita, para así, facilitar la comunicación entre el personal de salud y la gestante.³¹

Otro factor importante es informar de manera adecuada a toda gestante, no solo los factores de riesgo, signos de alarma o probables complicaciones que pueda padecer, sino también a lo que será sometida como son las vacunas, exámenes de laboratorio o

ecografía requeridas, ya que así, puede con seguridad y conocimiento tomar cualquier decisión que sea para su beneficio y del feto en desarrollo.³¹ Dicha información puede ser también explicada de manera didáctica.

Las gestantes deben tener la oportunidad de combatir sus problemas y aclarar sus dudas.³¹ Desde que la gestante va por primera vez a su control prenatal, debe darse toda la información requerida, y muchas veces no solicitada, sobre los cuidados que amerite, la nutrición que debe seguir basándose en una alimentación y vida saludable, las opciones de parto que tiene dependiendo el escenario, pruebas de laboratorio a realizarse, entre otros.³¹

Respecto a las pruebas de laboratorio, se debe tener en cuenta que la gestante puede aceptar o no la toma de aquellos exámenes, por tal motivo, debe ser explicado con detenimiento la importancia que estas presentan.³¹ Toda intervención realizada, debe ser aceptada por la paciente.³¹

Se recomienda que el primer control prenatal se realice antes de las 12 semanas (primer trimestre del embarazo), enfocándose en hallar y/o descartar cualquier patología.²⁶

Toda gestante que se identifique como embarazo de alto riesgo obstétrico o aquella propensa a serlo, debe ser referida a un nivel de atención de mayor complejidad.³²

2.3 Definiciones Conceptuales

Controles prenatales: Aquella atención en la cual los profesionales de la salud brindan atención, apoyo e información a las gestantes. Ello incluye la promoción de una vida sana, la detección y prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja. ²

Controles prenatales incompletos: Menos de 6 controles prenatales durante toda la gestación, según el Ministerio Nacional de Salud. ²⁶

Gestante: Estado de embarazo o gestación. Período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, con respecto a los cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se produce en la gestante con razón de proteger, alimentar y permitir el desarrollo del feto, así como la interrupción de los ciclos menstruales, o el incremento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación se refiere a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero. En pocas palabras, gestación se refiere al desarrollo del feto y embarazo se refiere a los cambios en la mujer que lo hacen posible, aunque en la práctica la mayoría de las personas mezclan conceptos y ambos términos los usan como sinónimos.

Muerte perinatal: Número de nacidos muertos y muertes en la primera semana de vida por cada 1.000 nacidos vivos. El período perinatal comienza a las 22 semanas completas (154 días después de la gestación) y termina a los siete días después del nacimiento" ³³

Muerte materna: La muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. ³⁴

Grado de instrucción: El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.³⁵

Seguro integral de salud: Es un seguro de salud dirigido para todos los ciudadanos peruanos que no cuenten con otro seguro de salud vigente. El SIS cubre tus medicamentos, procedimientos, operaciones, insumos, bonos de sepelio y traslados, pero la cobertura varía según el tipo de SIS. Cubre más de 1400 enfermedades, incluidos varios tipos de cáncer.³⁶

2.4 Hipótesis

Hipótesis nula (H₀): No existe relación entre los factores asociados y los controles prenatales incompletos en gestantes del Hospital Santa Rosa en el periodo enero – julio 2018.

Hipótesis alterna (H₁ ó H_a): Existe relación entre los factores asociados y los controles prenatales incompletos en gestantes del Hospital Santa Rosa en el periodo enero – julio 2018.

Capítulo III: Metodología

3.1 Diseño

El presente trabajo de investigación es un estudio observacional, debido a que no presenta intervención o no se manipula la variable; analítico, ya que muestra una asociación entre los factores asociados y los controles prenatales incompletos; casos y controles, porque los sujetos se seleccionan en función de que tengan (casos) o no tengan (controles) controles prenatales incompletos; y retrospectivo, debido a que toma datos del año anterior.

El presente trabajo de investigación se ha desarrollado en el contexto de IV CURSO – TALLER DE TITULACIÓN POR TESIS según enfoque y metodología publicada.³⁷

3.2 Población Y Muestra

3.2.1 Población

Gestantes que han dado a luz en el Hospital Santa Rosa en el periodo enero – julio 2018.

3.2.2 Muestra

Se realizó el cálculo del tamaño de la muestra a partir de una frecuencia de exposición de controles del 12% tomada a partir del artículo *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, con un ODSS RATIO previsto de 2, un nivel de confianza del 95% y una relación de casos/controles de 1 a 1.⁷

IGUAL NÚMERO DE CASOS Y CONTROLES	
FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN ENTRE LOS CONTROLES	12%
ODSS RATIO PREVISTO	2
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
PODER ESTADÍSTICO	0.80
FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN ESTIMADA ENTRE LOS CASOS	0.21
VALLOR Z PARA ALFA	1.96
VALOR Z PARA BETA	0.84
VALOR P	0.17
TAMAÑO DE MUESTRA	245

Técnicas de muestreo

Se realizó un muestreo de tipo probabilístico. Se generó números aleatorios para la selección de las historias clínicas, las cuáles fueron sometidas a criterios para determinar su elegibilidad.

3.2.3 Unidad De Análisis

Cartilla del control prenatal hallada en la historia clínica de una gestante que haya dado a luz en el Hospital Santa Rosa, durante el periodo enero – julio 2018

3.3 Criterios De Inclusión Y Exclusión:

3.3.1 Inclusión

Gestantes que han dado a luz en el periodo de enero a julio 2018.

Gestantes que han dado a luz que cuenten con cartilla de control prenatal con un adecuado registro en la historia clínica.

3.3.2 Exclusión

Gestantes que han dado a luz y no cuenten con cartilla de control prenatal en su historia clínica o no este llena adecuadamente.

3.4 Operacionalización De Variables

Variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicador
Controles prenatales incompletos	Menos de 6 asistencias en toda la gestación al centro de salud	Cualitativa	Nominal	0: No 1: Sí
Edad	Tiempo en años transcurridos desde el nacimiento, de un ser vivo	Cuantitativa / Cualitativa	Discreta / Nominal	0: Sin riesgo (16-34 años) Con riesgo (≤ 15 ; ≥ 35 años)
Gestaciones	Número total de embarazos, incluyendo abortos	Cuantitativa / Cualitativa	Discreta / Nominal	0: Primigesta 1: Segundigesta 2: Multigesta

Cobertura del Seguro Integral de Salud	Persona perteneciente al Seguro Integral de Salud	Cualitativa	Nominal	0: Sí 1: No
Grado de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados	Cualitativa	Ordinal	0: Primaria 1: Secundaria 2: Superior
Distancia al centro de salud	Cercanía del domicilio de la gestante al centro de salud donde realiza los controles prenatales	Cualitativo	Nominal	0: Dentro del distrito 1: Distrito vecino 2: Distrito lejano
Estado Civil	Situación personal que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos	Cualitativo	Nominal	0: Con Pareja 1: Soltera
Ocupación	Trabajo u oficio que desempeña una persona	Cualitativo	Nominal	0: Ama de casa 1: Estudiante 2: Trabajadora

3.5 Técnicas De Recolección De Datos E Instrumentos

Siguiendo el muestreo probabilístico aleatorizado, a partir de la población total ($n = 1038$), se generó 242 números aleatorios de casos y 242 números aleatorios de controles, correspondiendo cada uno a una historia clínica. Se utilizó una ficha de recolección de datos elaborada por la autora específicamente para este fin, que cumpla con los parámetros necesarios para medir las variables establecidas según los objetivos del presente estudio, la cual fue transcrita a una hoja de cálculo de Microsoft Excel para ser utilizada en el SPSS versión 25.

3.6 Técnicas Para El Procesamiento De La Información

Se recogieron los datos en una hoja de Cálculo de Microsoft Excel, los cuales fueron procesados en SPSS versión 25 para las respectivas pruebas estadísticas.

Las variables cuantitativas se presentaron en medidas de tendencia central (media o mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar o rango intercuartílico) previa evaluación de la distribución de los valores. Para las variables cualitativas se utilizaron medidas de distribución de frecuencia.

El análisis inferencial para demostrar el grado de asociación entre los distintos factores y los controles prenatales incompletos, fue mediante la prueba de Chi – cuadrado, evaluando el valor para establecer la significancia ($p < 0.05$), asimismo se calculó el Odds Ratio y un intervalo de confianza al 95%.

3.7 Aspectos Éticos

La realización del presente estudio garantiza confidencialidad absoluta ya que se mantuvo en anonimato la información personal encontrada en las historias clínicas, la cual no será revelada ni publicada bajo ningún motivo o circunstancia. Por otro lado, se solicitó el permiso respectivo al Comité de Ética y Metodología de Investigación del Hospital Santa Rosa.

Así mismo, se garantiza la veracidad de la información del presente estudio, mediante el respeto íntegro de los datos recopilados y analizados, sin realizar modificación o alteración alguna.

Capítulo IV: Resultados Y Discusión

4.1 Resultados

Se incluyó en el análisis, un total de 484 historias clínicas procedentes del servicio de Ginecología y Obstetricia, del periodo enero a julio 2018, las cuales fueron divididas en dos grupos: 242 casos y 242 controles. Los casos fueron definidos como aquellas gestantes con controles prenatales incompletos, mientras que los controles, son aquellas gestantes con controles prenatales completos.

Respecto a las gestantes con controles prenatales (CPN) incompletos, como se puede observar en la Tabla N°2, el 48.80% (n=197) tiene entre 16 – 34 años de edad, 49.70% (n=82) son multigestas, 42.40% (n=25) no pertenecen al Seguro Integral de Salud (SIS), 51.70% (n=120) tiene como grado de instrucción secundaria, 65.60% (n=105) vive en un distrito vecino con respecto a su centro de salud, 42.80% (n=140) tiene pareja y 48.60% (n=158) es ama de casa.

TABLA N°1: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO, ENERO – JULIO 2018, SEGÚN CONTROLES PRENATALES

Variable	<u>Casos:</u> Incompletos	Controles Prenatales	<u>Controles:</u> Completos	Controles Prenatales
Edad				
Media	27.44		27.32	
Desviación Estándar	6.808		6.262	
Mínimo	15		15	
Máximo	46		44	
Número de CPN				
Media	2.92		8.07	
Desviación Estándar	1.669		1.584	
Mínimo	0		6	
Máximo	5		12	
Gestaciones				
Media	2.56		2.15	
Desviación Estándar	1.596		1.386	
Mínimo	1		1	
Máximo	10		10	

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°1 se evidencia que la media de edad en las gestantes con controles prenatales incompletos y completos es muy similar, siendo esta 27.44 y 27.32 años respectivamente. Con respecto a las gestantes con controles prenatales incompletos se observa que la media de controles prenatales es de 2.92, teniendo en cuenta que hubo gestantes que no recibieron ningún control. Con respecto a las gestantes con controles prenatales completos, la media de los controles prenatales fue de 8.07, siendo el máximo de estos de 12. Por último, la media del número de gestaciones tanto en los casos como en los controles, fue similar, 2.56 y 2.15 respectivamente.

TABLA N°2: SIGNIFICANCIA DE FACTORES ASOCIADOS A CONTROLES PRENATALES INCOMPLETOS

Variable	Casos: Incompletos	Controles Prenatales	Controles: Completos	Controles Prenatales	P
Edad					0.221
Con Riesgo (≤ 15 ; ≥ 35 años)	45	56.30%	35	43.80%	
Sin Riesgo (16 - 34 años)	197	48.80%	207	51.20%	
Gestaciones					0.002
Primigesta	67	39.40%	103	60.60%	
Segundigesta	67	53.60%	58	46.40%	
Multigesta	108	57.10%	81	42.90%	

SIS					0.211
No SIS	25	42.40%	34		57.60%
SIS	217	51.10%	208		48.90%
Grado de Instrucción					0.710
Primaria	8	53.30%	7		46.70%
Secundaria	120	51.70%	112		48.30%
Superior	114	48.10%	123		51.90%
Distancia al Centro de Salud					.000
Dentro del distrito	67	29.10%	163		70.90%
Distrito vecino	105	65.60%	55		34.40%
Distrito lejano	70	74.50%	24		25.50%
Estado Civil					.000
Soltera	102	65.00%	55		35.00%
Con Pareja	140	42.80%	187		57.20%
Ocupación					0.609
Ama de casa	158	48.60%	167		51.40%

Estudiante	23	56.10%	18	43.90%
Trabajadora	61	51.70%	57	48.30%

Fuente: Elaboración propia

P: Obtenido mediante prueba de CHI CUADRADO

Como se observa en la presente tabla, se ha encontrado significancia estadística mediante el uso del *chi cuadrado de Pearson*, en los siguientes factores: número de gestaciones ($p=0.002$), distancia al centro de salud ($p=0.000$) y estado civil ($p=0.000$).

TABLA N°3: EDAD DE RIESGO SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA, ENERO - JULIO 2018

	CPN Incompletos		CPN Completos		Total	p valor	OR	IC 95%
Con Riesgo (≤ 15 ; ≥ 35 años)	45	56.3%	35	43.8%	80			
Sin riesgo (16 - 34 años)	197	48.8%	207	51.2%	404	0.221	1.35	0.83-2.19
Total	242	50.0%	242	50.0%	484			

Fuente: Elaboración propia

P: Obtenido mediante prueba de CHI CUADRADO

En la presente tabla se observa que el 56.3% ($n=45$) y el 43.8% ($n=35$) de las gestantes con controles prenatales incompletos y con controles prenatales completos respectivamente, presentan una edad de riesgo (≤ 15 años o ≥ 35 años) con un OR = 1.35

y un IC 95% 0.83 – 2.19, lo que indicaría que es un factor de riesgo; sin embargo, se obtuvo un valor de $p = 0.221 (>0.05)$, no encontrándose asociación significativa.

TABLA N°4: NÚMERO DE GESTACIONES: MULTIGESTA VS NO MULTIGESTA SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA, ENERO - JULIO 2018

	CPN Incompletos		CPN Completos		Total	<i>p</i> valor	OR	IC 95%
Multigesta	108	57.10%	81	42.90%	189			
No Multigesta	134	45.40%	161	54.60%	295	0.012	1.60	1.11-2.32
Total	242	50.0%	242	50.0%	484			

Fuente: Elaboración propia

P: Obtenido mediante prueba de CHI CUADRADO

La presente tabla, el número de gestaciones fue dividido entre multigesta (gestaciones mayor a 2) y no multigesta (menor o igual a 2 a dos gestaciones) donde se observa que 57.10% (n=108) y 42.90% (n=81) de gestantes con controles prenatales incompletos y completos respectivamente, son multigestas. Se halló un OR=1.60 con un IC 95% 1.11-2.32 y un valor $p=0.012$ demostrando ser estadísticamente significativo. Por lo tanto, el ser multigesta tiene 1.60 veces más probabilidad de tener controles prenatales incompletos que una gestante que no es multigesta.

Gráfico N°1: Número de gestaciones: Multigesta vs. no multigesta, según controles prenatales

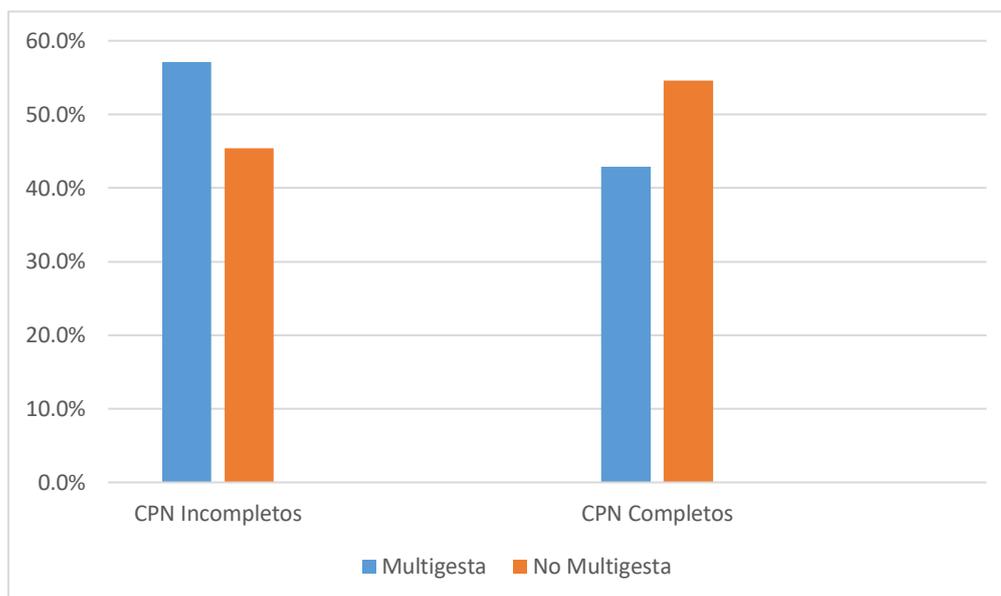


TABLA N°5: COBERTURA DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA, ENERO - JULIO 2018

	CPN Incompletos		CPN Completos		Total	<i>p</i> valor	OR	IC 95%
No SIS	25	42.40%	34	57.60%	59			
SIS	217	51.10%	208	48.90%	425	0.211	0.705	0.40-1.22
Total	242	50.0%	242	50.0%	484			

Fuente: Elaboración propia

P: Obtenido mediante prueba de CHI CUADRADO

En la presente tabla se observa que el 42.40% (n=25) y el 57.60% (n=34) de gestantes con controles prenatales incompletos y completos respectivamente, no cuentan con cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS), con un OR = 0.705 y un IC 95% 0.40 - 1.22, pudiéndose considerar como un factor protector; sin embargo, se evidencia $p=0.211 (>0.05)$, demostrando que no es estadísticamente significativo.

TABLA N°6: GRADO DE INSTRUCCIÓN: PRIMARIA VS SECUNDARIA O SUPERIOR, SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA, ENERO - JULIO 2018

Grado de instrucción	CPN Incompletos		CPN Completos		Total	p valor	OR	IC 95%
Primaria	8	53.30%	7	46.70%	15	0.793	1.15	0.41-3.22
Secundaria o Superior	234	49.90%	235	50.10%	469			

Fuente: Elaboración propia

P: Obtenido mediante prueba de CHI CUADRADO

En la presente tabla se observa que 53.30% (n=8) y 46.70% (n=7) de gestantes con controles prenatales incompletos y completos respectivamente, tienen como grado de instrucción primaria. Se halló un OR = 1.15 con un IC 95% 0.41-3.22, pudiéndose considerar que la gestante que tiene sólo primaria tiene 1.15 veces más probabilidad de tener controles prenatales incompletos a diferencia de la gestante que tenga mayor grado de instrucción. Sin embargo, se obtuvo un valor $p=0.793$, demostrando no haber significancia estadística.

TABLA N°7: DISTANCIA AL CENTRO DE SALUD: FUERA VS DENTRO DEL DISTRITO, SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA, ENERO - JULIO 2018

Distancia al Centro de Salud	CPN Incompletos	CPN Completos	Total	<i>p</i> valor	OR	IC 95%
Fuera del distrito	175	68.90% 79	31.10% 254	0.000	5.39	3.66-7.95
Dentro del distrito	67	29.10% 163	70.90% 230			

Fuente: Elaboración propia

P: Obtenido mediante prueba de CHI CUADRADO

En la Tabla N°7 se observa que 68.90% (n=175) de gestantes con controles prenatales incompletos y 31.10% (n=79) de gestantes con controles prenatales completos, reside fuera del distrito del centro de salud. Se halló un valor $p=0.000$ y un OR = 5.39 con un IC 95% 3.66-7.95, lo que demuestra que una gestante que vive fuera del distrito del centro de salud donde lleva a cabo sus controles prenatales, tiene 5.39 veces más probabilidad de tener controles prenatales incompletos respecto a una gestante que reside dentro del distrito del centro de salud.

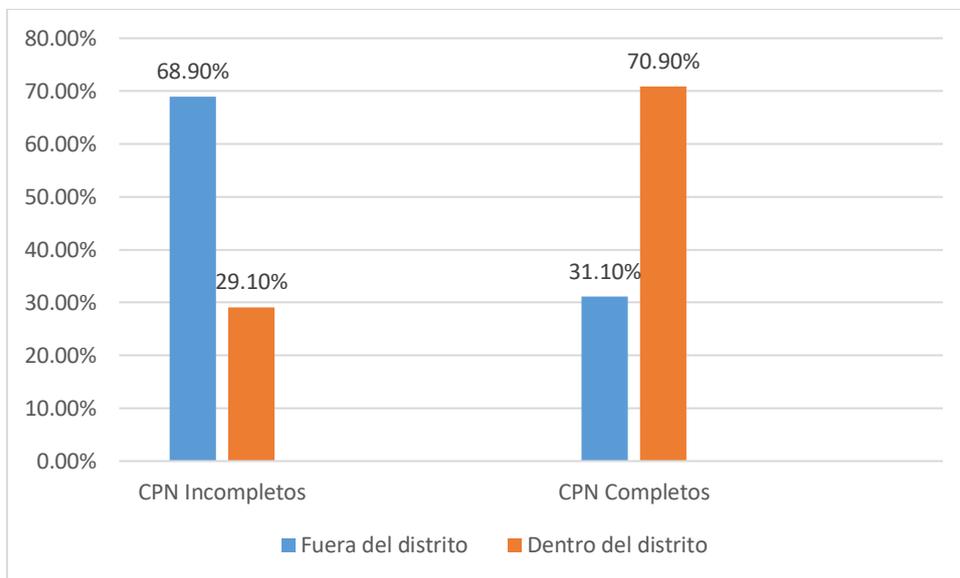


Gráfico N°2: Distancia al centro de salud: Fuera vs dentro del distrito, según CPN

TABLA N°8: ESTADO CIVIL SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA, ENERO - JULIO 2018

CPN Incompletos	CPN Completos	Total	<i>p</i> valor	OR	IC 95%
-----------------	---------------	-------	----------------	----	--------

Soltera	102	65.00%	55	35.00%	157			
Con Pareja	140	42.80%	187	57.20%	327	.000	2.48	1.67-3.68
Total	242	50.0%	242	50.0%	484			

Fuente: Elaboración propia

P: Obtenido mediante prueba de CHI CUADRADO

En la presenta tabla se observa que 65% (n=102) y 35% (n=55) de gestantes con controles prenatales incompletos y completos respectivamente, son solteras. Se halló un OR = 2.48 (IC 95% 1.67 – 3.68) y un valor p=.000, encontrándose asociación significativa. Por lo que, ser soltera confiere 2.48 veces más probabilidad de tener controles prenatales incompletos que una gestante con pareja.

Gráfico N°3: Estado civil según controles prenatales

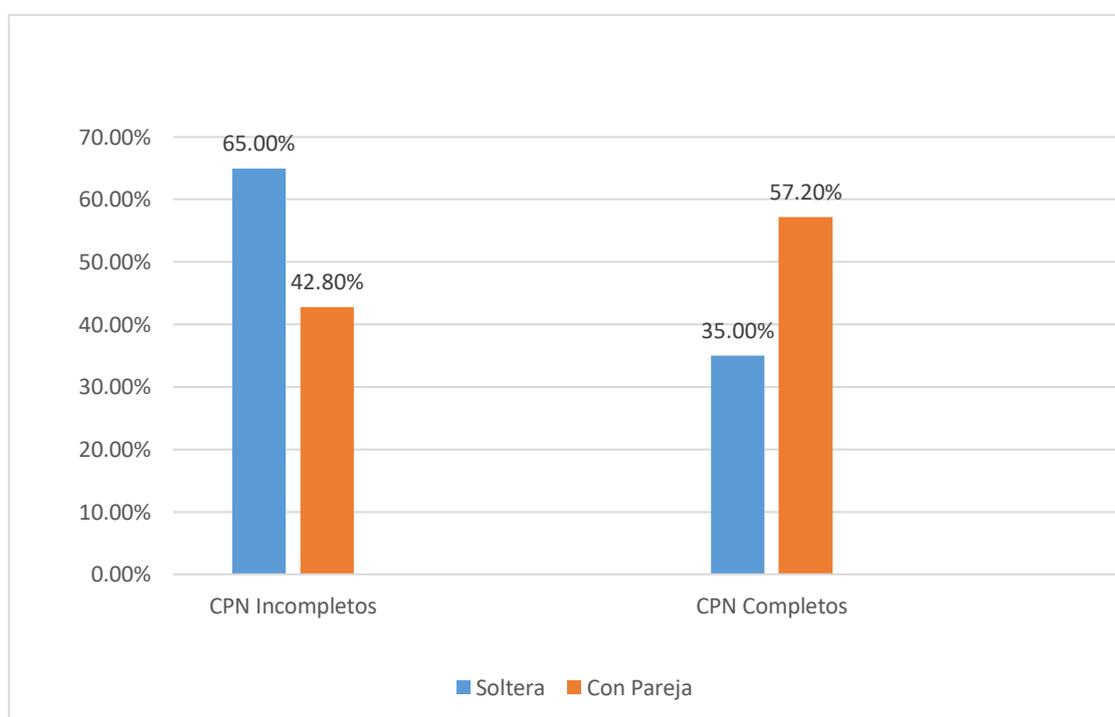


TABLA N°9: OCUPACIÓN: ESTUDIA O TRABAJA VS AMA DE CASA, SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA, ENERO - JULIO 2018

Ocupación	CPN Incompletos	CPN Completos	Total	p valor	OR	IC 95%
Estudia o trabaja	84	52.80%	75	47.20%	159	
Ama de casa	158	48.60%	167	51.40%	325	
				0.384	1.18	0.81-1.73

Fuente: Elaboración propia

P: Obtenido mediante prueba de CHI CUADRADO

En la presente tabla se observa que 52.80% (n=84) y 47.20% (n=75) de gestantes con controles prenatales incompletos y completos respectivamente, estudia o trabaja. Se halló un OR = 1.18 con un IC 95% 0.81-1.73, pudiéndose considerar que la gestante que estudia o trabaja tiene 1.18 veces más probabilidad de tener controles prenatales incompletos; sin embargo, se obtuvo un valor p=0.384, demostrando no ser estadísticamente significativo.

TABLA N°10: ANÁLISIS BIVARIADO DE LOS FACTORES ASOCIADOS A CONTROLES PRENATALES INCOMPLETOS

Controles Prenatales Incompletos			
	OR	IC 95%	p
Edad			
Con riesgo			
Sin riesgo	1.35	0.83-2.19	0.221

Gestaciones			
Primigesta			
Segundigesta	1.78	1.11-2.83	0.002
Multigesta	2.05	1.35-3.12	
Cobertura SIS			
No			
	0.705	0.40-1.22	0.211
Sí			
Grado de instrucción			
Primaria	1.23	0.43-3.51	
Secundaria	1.16	0.81-1.66	0.710
Superior			
Distancia al Centro de Salud			
Dentro del distrito			
Distrito vecino	4.65	3.01-7.16	,000
Distrito lejano	7.1	4.11-12.22	
Estado Civil			
Soltera			
	2.48	1.67-3.68	,000
Con pareja			
Ocupación			
Ama de casa			0.609

Estudiante	1.35	0.70-2.60
Trabajadora	1.13	0.74-1.72

Fuente: Elaboración propia

P: Obtenido mediante prueba de CHI CUADRADO

TABLA N°11: ANÁLISIS MULTIVARIADO DE LOS FACTORES ASOCIADOS A CONTROLES PRENATALES INCOMPLETOS

Controles Prenatales Incompletos			
	OR	IC 95%	<i>p</i>
Gestaciones			
Multigesta	1.65	1.06-2.59	0.028
No Multigesta			
Distancia al Centro de Salud			
Dentro del distrito	5.53	3.66-8.34	0.000
Fuera del distrito			
Estado Civil			
Soltera	2.48	1.60-3.86	0.000
Con pareja			

Fuente: Elaboración propia

P: Obtenido mediante REGRESIÓN LOGÍSTICA

4.2 Discusión

Los controles prenatales son un conjunto de citas que tiene la gestante con el personal de salud, con el objetivo principal de identificar aquellos factores de riesgo propensos a generar algún daño ya sea a la madre o al feto, y así poder evitarlos; teniendo en cuenta, que está demostrado que la morbilidad materno-perinatal se ve afectada al carecer de estos controles. Por ello, es de gran importancia identificar aquellos factores que impiden acudir, por lo menos, al número mínimo de controles prenatales, siendo estos, seis, como lo menciona el Ministerio Nacional de Salud³. En el presente estudio, se encontró una media de 2.93 y 8.07 controles prenatales para gestantes con controles prenatales incompletos y completos respectivamente. Se halló también, que la media de edad para las gestantes con controles prenatales incompletos fue de 27.44 años; muy similar, a la media para las gestantes con controles prenatales completos que fue de 27.32 años.

De las variables estudiadas, solo tres fueron estadísticamente significativas como factor de riesgo asociado a controles prenatales incompletos, dentro de ellos esta el ser multigesta, vivir fuera del distrito del centro de salud y el ser soltera.

Con respecto al número de gestaciones, en el presente estudio se dividió en multigesta (gestante con 3 o más gestaciones) y no multigesta (gestante con 2 o menos gestaciones). Se obtuvo un valor $p=0.017$ demostrando significancia estadística; evidenciando así, que ser multigesta tiene 1.65 veces más probabilidad de tener controles prenatales incompletos que una gestante que no sea multigesta (OR = 1.65 IC 95% 1.09-2.50), dichos resultados se respaldan con el estudio realizado por *Munares-García* en Perú (2013)²⁰ donde se observa que el 7,3% de las gestantes que abandonaron el control prenatal eran multíparas comparados con el 1,8% de los controles, evidenciando que existe 4,2 veces más probabilidad para abandonar los controles prenatales (OR = 4,2 IC 95% 1,2-15,3). Así mismo, el estudio realizado por *Coimbra y col.* en Brasil (2003)¹⁷ refuerza también lo hallado en el presente estudio, al encontrarse

que a mayor número de gestaciones, mayor es el riesgo para presentar controles prenatales incompletos; pues se obtuvo que el ser gran múltipara (gestante con 5 o más gestaciones) tiene 1.58 veces más probabilidades de tener controles prenatales incompletos ($p= 0.013$, OR = 1.58 IC 95% 1.01-2.45). Otro estudio con el cual se confirma dicha asociación, es el realizado por *Sánchez-Gómez y col.* en Ecuador (2016)¹⁰ donde se obtuvo como resultado que el haber tenido gestaciones previas es un factor de riesgo para que la gestante no haga uso de los servicios de la atención prenatal (RPa = 0,72, IC 95% 0,53-0,98).

Otro de los factores estudiados en el presente estudio, fue la distancia al centro de salud, la cual fue dividida de la siguiente manera: dentro del distrito, el cual se considera que la gestante reside en el mismo distrito donde se ubica el centro de salud y fuera del distrito, donde la gestante vive en el distrito vecino o lejano con respecto al centro de salud. Se encontró que residir fuera del distrito con respecto al centro de salud tiene 5.07 veces más probabilidad de tener controles prenatales incompletos que una gestante que vive dentro del distrito del centro de salud ($p=0.000$, OR = 5.07 IC 95% 3.40-7.54). Este hallazgo guarda relación con el estudio realizado por *Munares-García* en Perú (2013)⁽²⁰⁾ donde se encontró que el 17,7% de las gestantes con abandono a los controles prenatales mencionaron tener una ubicación lejana al consultorio donde eran atendidas, comparado con el 4,9% de los controles, existiendo 4,2 veces mayor probabilidad de tener controles prenatales incompletos (OR = 4,2, IC 95% 1,9-9,5). Otro estudio que refuerza los resultados obtenidos en nuestra investigación, es el estudio realizado por *Ávila y col.* en Colombia (2011)¹⁵ que muestra como resultados que el 80.2% de gestantes que viven cerca al establecimiento de salud hicieron un adecuado control prenatal, mientras que el 57.2% que se encontraba lejos a dicho establecimiento tuvo controles prenatales inadecuados ($p<0.05$, OR = 3.0, IC 95% 2.1-4.2).

Con respecto al estado civil, en el presente estudio se encontró que el ser soltera tiene 2.48 veces más probabilidad de tener controles prenatales incompletos que una gestante con pareja, siendo esta razón estadísticamente significativa ($p=0.000$, OR = 2.53 IC 95% 1.64-3.92); lo cual, guarda relación con el estudio realizado por *Huallpa* en Cusco

(2017)²¹ donde se encontró que el ser soltera o no tener una pareja estable se considera un factor de riesgo para la falta y el abandono del control prenatal (OR = 2.8). De igual manera, en el estudio realizado por García-Balaguera, en Colombia (2017)¹⁶ se encontró que el ser soltera o separada es un factor de riesgo 2.41 veces mayor de tener controles prenatales incompletos, con respecto a la gestante con pareja estable (p=0.005, OR = 2.41 IC 95% 1.30-4.34). Así mismo, en el estudio realizado por *Mendoza y col.* en Chile (2015)⁷ se encontró que la gestante soltera, separada o viuda tiene 2.47 veces más probabilidad de tener mala adherencia al control prenatal (p=<0.0001, OR = 2.47 IC 95% 2.66-5.30). Otro estudio que corrobora el resultado obtenido es el realizado por *Ribeiro y col.* en Brasil (2009)¹⁸ donde se encontró que no tener pareja es un factor de riesgo asociado a la insuficiencia del uso de la atención prenatal (OR = 1.65 IC 95% 1.39-1.94). Sin embargo, en el estudio realizado por *Córdoba y col.* en Colombia (2012)⁸ se encontró en los resultados que las solteras, a pesar de observarse riesgos mayores para iniciar tardíamente el control prenatal, esta asociación no fue estadísticamente significativa (OR = 1.39 IC 95% 0.77-2.51); estudio que no concuerda con la mayoría de bibliografía encontrada, ni con el presente estudio.

Con respecto a la cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS), en el presente estudio, al realizar el análisis bivariado, se encontró que no contar con el SIS podría ser un factor protector para la presencia de controles prenatales incompletos al hallarse un OR = 0.71 con un IC 95% 0.40-1.22; no obstante, se obtuvo un valor p=0.211 demostrando así que dicha razón no es estadísticamente significativa. Así mismo, en el estudio realizado por García-Balaguera, en Colombia (2017)¹⁶ se encontró que la gestante con afiliación a la seguridad social tiene 1.84 veces más probabilidad de tener controles prenatales incompletos con respecto a la gestante que no es subsidiada (p=0.05, OR = 1.84 IC 95% 1.03-3.49). En contraposición al presente trabajo, en el estudio realizado por *Navarro* en Lima (2015)³⁸, se encontró que la gestante usuaria de SIS se hubiese podido considerar como factor protector para el inicio tardío de la atención prenatal; sin embargo, no se halló asociación estadística (p=0.191, OR = 0.94 IC 95% 0.72-5.29). De igual manera, en el estudio realizado por *Rivera y col.* en Perú (2018)²³ se encontró que la presencia de Seguro Integral de Salud, previo a los controles prenatales, se asoció a una oportuna atención prenatal (p=0.013). En otro estudio, realizado por *Mendoza y col.*

en Chile (2015)⁷ se observó que la carencia de seguro social en salud tiene 3.76 veces más de probabilidad de tener mala adherencia al control prenatal ($p < 0.001$, OR = 3.76 IC 95% 2.66-5.30).

Otra de los factores estudiados fue la edad, que fue dividida en dos grupos: con riesgo: ≤ 15 y ≥ 35 años, y sin riesgo: 16 – 34 años, de acuerdo a los factores de riesgo pre parto según la Estrategia Sanitaria Nacional Salud Sexual y Reproductiva: Atención Materno Perinatal.³⁹ Obteniéndose un OR = 1.35 (IC 95% 0.83 – 2.19) pudiéndose considerar como factor de riesgo para controles prenatales incompletos; sin embargo, se obtuvo un valor $p = 0.221$ lo que indica que no es estadísticamente significativo. Este resultado se respalda con el estudio realizado por *Arispe y col.* en Perú (2011)¹⁷ donde se observa que en relación a la edad materna, no se encontró diferencia significativa entre los grupos etarios ($p = 0.11$). Sin embargo, cabe resaltar que en la mayoría de estudios se demuestra lo contrario, como es en el caso del estudio realizado por *Mendoza y col.* en Chile (2015)⁷ donde se demuestra que las adolescentes de 13 – 19 años, tienen mayor riesgo de mala adherencia al control prenatal con un OR = 1.99, IC 95% 1.61-2.44 y un valor $p = 0.0001$. De la misma manera, ocurre con el estudio realizado por *Córdoba y col.* en Colombia (2009)⁸ donde se observó que el 45% de los casos eran mujeres en los extremos de vida fértil vs 29% en los controles; sin embargo, al ser medido el Odds Ratio dicha diferencia fue estadísticamente significativa, solo para el grupo menor de 20 años con un OR = 1,94 (IC 1.09-3.26).

Otro factor estudiado fue el grado de instrucción, donde se encontró que tener primaria tendría 1.23 veces más probabilidad de tener controles prenatales incompletos respecto a una gestante que tenga grado de instrucción superior (OR = 1.23 IC 95% 0.43-3.51) y; tener grado de instrucción secundaria, tendría 1.16 veces más probabilidad de tener controles prenatales incompletos con respecto a gestantes que cursen con nivel superior (OR = 1.16 IC 95% 0.81-1.66); sin embargo, esta razón no fue estadísticamente significativa al encontrarse un valor $p = 0.71$. Así mismo, en el estudio realizado por *Alegria* en Trujillo (2017)²² se encontró que el nivel de instrucción primaria, podría ser un factor de riesgo para el incumplimiento del control prenatal; sin embargo, se muestra

un valor $p=0.36$, $OR = 1.29$ y un IC 95% 0.59-2.54, demostrando así que no es estadísticamente significativo, por lo que, no se siempre el grado de instrucción primaria incrementará la probabilidad de tener un control prenatal incompleto. Sin embargo, existen estudios internacionales que muestran asociación entre el nivel primaria y el incumplimiento del control prenatal, tal es el caso del estudio realizado por *Mendoza* y col. en Chile (2015)⁷ donde se encontró que menos de 11 años de escolaridad tiene 1.53 veces más probabilidad de tener mala adherencia al control prenatal ($p<0.001$, $OR = 1.53$ IC 95% 1.29-1.80).

Por último, con respecto a la ocupación, en el presente estudio se dividió de la siguiente manera: ama de casa, estudiante y trabajadora. Se obtuvo como resultado que las gestantes que son estudiantes, tienen 1.35 veces más probabilidad de tener controles prenatales incompletos ($p=0.609$, $OR = 1.35$ IC 95% 0.70-2.60) y aquellas que trabajan, 1.13 veces más probabilidad ($p=0.609$, $OR = 1.13$ IC 95% 0.74-1.72), en comparación a la gestante que es ama de casa; sin embargo, dichas asociaciones no son estadísticamente significativas. Por otro lado, en un estudio realizado por *Meza*, en Perú (2017)²⁵ se encontró que la gestante que realiza quehaceres domésticos podría ser considerado como factor protector para el control prenatal inadecuado ($OR = 0.78$ IC 95% 0.29-2.08), mientras que aquellas que trabajan podrían considerarse como factor de riesgo ($OR = 1.23$ IC 95% 0.38-2.25); sin embargo, dichas asociaciones no tienen significancia estadística. A pesar de ello, se evidenció que la dificultad para pedir permiso en el trabajo significó que las gestantes tengan 3.78 veces más probabilidad de tener controles prenatales inadecuados ($OR = 3.78$ IC 95% 1.26-11.30). Así mismo, en el estudio realizado por *Navarro* en Lima (2015)³⁸, se encontró que no tener empleo se podría considerar como factor protector de inicio tardío de la atención prenatal 0.52 veces mayor que la gestante que cuenta con empleo; sin embargo, dicha asociación no fue estadísticamente significativa ($p=0.15$, $OR = 0.52$ IC 95% 0.21-1.27). Por otro lado, en el mismo estudio, se evidenció que las gestantes que tuvieron dificultad para acudir a la atención prenatal por su trabajo, tuvieron 8.11 veces más riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal ($p=0.001$, $OR = 8.11$ IC 95% 2.11-31.25).

Dentro de las limitaciones que se observó en el presente trabajo; encontramos los problemas administrativos del Hospital, generando así, demora para el acceso a los datos requeridos. Además de ello, al ser este un estudio retrospectivo, se necesitó leer las historias clínicas, las cuales en muchas de ellas se tuvo cierta dificultad debido a la falta de legibilidad de la información escrita. Por otro lado, el tamaño de la muestra nos lleva a no encontrar relaciones significativas en todas las variables estudiadas como sí lo demuestra diversos trabajos tanto nacionales como internacionales donde la muestra del estudio es mucho mayor.

Debemos tener en cuenta que el presente trabajo tiene como fin dar a conocer las estadísticas y los factores asociados a controles prenatales incompletos en las gestantes del Hospital Santa Rosa, debido a que no existen estudios semejantes en dicha institución. Por otro lado, también se tiene como finalidad principal, crear conciencia en las gestantes y personal de salud para poder incentivar y educar a las mujeres en edad fértil y gestantes la gran importancia de llevar a cabo controles prenatales completos y adecuados, de manera que logremos disminuir la morbilidad materno-perinatal que lleva consigo dicha problemática.

Capítulo V: Conclusiones Y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

En el presente estudio, el ser multigesta, ser soltera y vivir fuera del distrito del centro de salud, son factores de riesgo en gestantes del Hospital Santa Rosa en el periodo enero – julio 2018.

En el presente estudio, la edad de riesgo (≤ 15 y ≥ 35 años) no alcanzó significancia estadística para ser considerado un factor de riesgo asociado a controles prenatales incompletos en gestantes.

En el presente estudio, el ser multigesta es un factor de riesgo asociado a controles prenatales incompletos en gestantes.

En el presente estudio, el no contar con cobertura del Seguro Social de Salud (SIS) se podría considerar como factor protector para controles prenatales incompletos; sin embargo, no alcanzó significancia estadística.

En el presente estudio, el grado de instrucción (primaria, secundaria, superior) no alcanzó significancia estadística para ser considerado un factor de riesgo asociado a controles prenatales incompletos en gestantes.

En el presente estudio, el vivir en un distrito vecino o lejano al centro de salud, es un factor de riesgo asociado a controles prenatales incompletos en gestantes.

En el presente estudio, el ser soltera es un factor de riesgo asociado a controles prenatales incompletos.

En el presente estudio, el ser estudiante o trabajadora, no alcanzó significancia estadística para ser considerado un factor de riesgo asociado a controles prenatales incompletos en gestantes.

5.2 Recomendaciones

Se recomienda seguir realizando investigaciones posteriores de los factores asociados a controles prenatales incompletos, ya que aún hay un déficit marcado en nuestra comunidad; siendo importante la realización de un estudio con mayor población y de forma directa hacia las pacientes en estudio (realizando encuestas); de igual manera, realizando un estudio de tipo longitudinal para la evaluación de dichas variables, analizando la influencia de otros factores y observar posibles cambios ocurridos durante su estudio, así, poder llegar a la relación causa-efecto.

Se recomienda brindar mayor información a todas las gestantes acerca de los controles prenatales, sobre todo a aquellas que tienen mayor probabilidad de incumplirlos, que en el caso del presente trabajo fueron las solteras, las que tienen más de dos gestaciones y las que residen en un distrito vecino o lejano con respecto al centro de salud donde son atendidas. Se debe informar no solo con respecto a los signos de alarma que puedan padecer y deben estar alerta, sino de la real importancia de los controles prenatales; pues, es allí donde incrementan su conocimiento respecto a todos los cambios fisiológicos que lleva consigo este proceso natural de la mujer, les demuestra el crecimiento periódico del feto, les enseña estar atentas a posibles cambios patológicos,

las educan para el adecuado cuidado tanto del neonato como de ellas mismas tanto en la gestación como en el puerperio; entre otras enseñanzas y recomendaciones.

Se recomienda llevar un registro adecuado del número de controles prenatales y las fechas las cuales han sido realizadas, pues no solo importa la cantidad, aparte de la calidad, sino también es la periodicidad con la que se lleva a cabo; cada gestación es distinta y algunas necesitarán controles más seguidos que otras.

Se recomienda reportar aquellas gestantes que no cumplan con el número mínimo de controles prenatales según indica el MINSA, pues así, evitar que en una futura gestación (en caso se lleve a cabo) vuelva a ocurrir dicho escenario.

Referencias Bibliográficas

1. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. 2004.
2. Cáceres-Manrique F de M. El control prenatal: una reflexión urgente. Rev Colomb Obstet Ginecol. 22 de enero de 2016;60(2):165-70.
3. World Health Organization. Organización Mundial de la Salud [Internet]. World Health Organization. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
4. Instituto Nacional Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 - Nacional y Regional. 2018.
5. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud - Mortalidad Materna [Internet]. 2018. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
6. Instituto Nacional Materno Perinatal. Información estadística Materno perinatal. 2010.
7. Tascón M, Alfonso L, Guatibonza A, Deyfilia M, Ospina P, Bibiana C, 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. agosto de 2015;80(4):306-15.
8. Córdoba R, Escobar L, Guzmán L. Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila, 2009. Rev Fac Salud. 2012;4(1):39-49.

9. Rodríguez-Páez FG, Jiménez-Barbosa WG, Jiménez-González CA, Coral-Córdoba ÁE, Ramírez-Solano PC, Ramos-Navas NR. Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales. *Rev Gerenc Políticas Salud*. 2014;13(27):212-27.
10. Sánchez-Gómez A, Cevallos W, Grijalva MJ, Silva-Ayçaguer LC, Tamayo S, Jacobson JO, et al. Factores sociales asociados con la utilización de los servicios de atención prenatal en Ecuador. *Rev Panam Salud Pública*. noviembre de 2016;40(5):341-6.
11. 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*. 10 de agosto de 2014;14(1):266.
12. Jong F, I E, Jansen DE, Baarveld F, Schans VD, P C, et al. Determinants of late and/or inadequate use of prenatal healthcare in high-income countries: a systematic review. *Eur J Public Health*. 1 de diciembre de 2012;22(6):904-13.
13. Sunil TS, Spears WD, Hook L, Castillo J, Torres C. Initiation of and Barriers to Prenatal Care Use Among Low-Income Women in San Antonio, Texas. *Matern Child Health J*. 2010;14(1):133-40.
14. Bengiamin MI, Capitman JA, Ruwe MB. Disparities in Initiation and Adherence to Prenatal Care: Impact of Insurance, Race-Ethnicity and Nativity. *Matern Child Health J*. 1 de julio de 2010;14(4):618-24.
15. Castillo Avila IY, Ledesma Barboza Y, Luna González TM, Morón Mórelo L, Pérez Artuz MP. Factores asociados al uso del control prenatal por mujeres embarazadas en el distrito de Cartagena. 2011 [Tesis doctoral]. Universidad de Cartagena; 2011.
16. García-Balaguera C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Rev Fac Med*. junio de 2017;65(2):305-10.

17. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Factores asociados à inadequação do uso da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública. agosto de 2003;37(4):456-62.
18. Ribeiro ER, Guimarães AMD, Bettiol H, Lima DD, Almeida MLD, de Souza L, et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. BMC Pregnancy Childbirth. 22 de julio de 2009;9(1):31.
19. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas JL. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia: Frequency of inadequate prenatal care and associated factors. Rev Medica Hered. octubre de 2011;22(4):159-60.
20. Munares-García O. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. Rev Peru Epidemiol. 2013;17(2).
21. Huallpa Hilahuala E. Factores de riesgo para la falta y el abandono del control prenatal en el hospital regional del Cusco, 2017. Univ Nac San Antonio Abad Cusco. 2017;
22. Alegria Llanos KGA. Grado de Instrucción primaria y multiparidad asociados a incumplimiento del control prenatal. Hospital Distrital Santa Isabel. El Porvenir 2016. [Trujillo - Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.
23. Felix LMR, López NHB, Diaz JZG, Alcántara VHM. Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú. An Fac Med. 29 de julio de 2018;79(2):131-7.
24. Loayza Luna FA. Factores de riesgo asociados al control prenatal inadecuado y tardío en madres adolescentes y sus repercusiones materno-perinatales en el Hospital Hipólito Unanue-Tacna enero 2009. 2011.

25. Susel Nathaly Meza Díaz. Factores de riesgo del control prenatal inadecuado de las mujeres atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. [El Agustino]: Universidad San Martín De Porres; 2017.
26. Maternal and Child Survival Program. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal. USAID; 2018.
27. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre 2018. Ministerio de Economía y Finanzas; 2018.
28. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud; 2018.
29. Fleming M, Callaghan C, Strauss A, Brawer R, Plumb J. Experiences with Prenatal Care Among Women in a Philadelphia Homeless Shelter. Free Clin Res Collect [Internet]. 15 de julio de 2017 [citado 27 de enero de 2019];3. Disponible en: <http://www.themspress.org/journal/index.php/freeclinic/article/view/199>
30. Shah JS, Revere FL, Toy EC. Improving Rates of Early Entry Prenatal Care in an Underserved Population. Matern Child Health J. 1 de diciembre de 2018;22(12):1738-42.
31. Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica (GPC). Ministerio de Salud Pública; 2015.
32. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Contro Prenatal - Guía de Práctica Clínica. 2015.
33. World Health Organization. Reducción de la mortalidad en la niñez [Internet]. World Health Organization. 2018. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

34. Dirección General de Epidemiología. Mortalidad Materna en el Perú. Minsa; 2002.
35. Nivel de instrucción [Internet]. Instituto Vasco de Estadística. Disponible en: http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html
36. Seguro Integral de Salud (SIS) [Internet]. Gob.pe. 2018. Disponible en: <https://www.gob.pe/130-seguro-integral-de-salud-sis>
37. De La Cruz-Vargas JA, Correa-Lopez LE, Alatriza-Gutierrez de Bambaren M del S, Sanchez Carlessi HH, Luna Muñoz C, Loo Valverde M, et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. Educ Médica [Internet]. 2 de agosto de 2018 [citado 29 de enero de 2019]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318302122>
38. Janeth Mirella Navarro Vera. Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de Obstetricia del Centro de Salud «Leonor Saavedre». [Lima - Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
39. Ministerio de Salud. Estrategia Sanitaria Nacional Salud Sexual y Reproductiva: Atención materno perinatal. Oficina General de Estadística e Informática; 2016.

Anexos

Anexo A

ANEXO N°1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ANEXO N°2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

ANEXO N°3: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ANEXO N°4: TABLAS

ANEXO N°1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	DISEÑO	ANÁLISIS ESTADÍSTICO
<p>¿Cuáles son los factores que están asociados a los controles prenatales incompletos en gestantes del Hospital Santa Rosa en el periodo enero – julio 2018?</p>	<p><u>Objetivo general:</u></p> <p>Determinar los factores asociados a controles prenatales incompletos en gestantes del Hospital Santa Rosa en el periodo enero – julio 2018.</p> <p><u>Objetivos específicos:</u></p> <p>Identificar la edad como factor asociado a controles prenatales incompletos en gestantes.</p> <p>Establecer el número de gestaciones como factor asociado a controles prenatales incompletos en gestantes.</p> <p>Determinar la cobertura del Seguro Integral de Salud como factor asociado a controles prenatales incompletos en gestantes.</p> <p>Determinar el grado de instrucción como factor asociado a controles prenatales incompletos en</p>	<p><u>Hipótesis nula (Ho):</u> No existe relación entre los factores asociados y los controles prenatales incompletos en gestantes del Hospital Santa Rosa en el periodo enero – julio 2018.</p> <p><u>Hipótesis alterna (H1 ó Ha):</u> Existe relación entre los factores asociados y los controles prenatales incompletos en gestantes del Hospital Santa Rosa en el periodo enero – julio 2018.</p>	<p>Es un estudio observacional, casos – controles y retrospectivo. Observacional porque el investigador observó el comportamiento de las variables (no intervino), casos-controles porque los sujetos se seleccionan en función de que tengan (casos) o no tengan (controles), una determinada enfermedad, o en general un determinado efecto; y retrospectivo porque se sirvió de fuentes y datos tomados de las unidades de información.</p> <p>El presente trabajo de investigación se ha desarrollado en el contexto de IV CURSO – TALLER DE TITULACIÓN POR TESIS según enfoque y metodología publicada.³⁷</p>	<p>Las variables cuantitativas se presentaron en medidas de tendencia central (media o mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar).</p> <p>Para las variables cualitativas se utilizaron medidas de distribución de frecuencia.</p> <p>Se calculó el valor <i>p</i> utilizando el test de Chi cuadrado para hallar diferencias significativas entre los factores de riesgo asociados a controles prenatales incompletos.</p> <p>En el análisis bivariado se comparó cada una de las variables</p>

gestantes.

Identificar la distancia al centro de salud como factor asociado a controles prenatales incompletos en gestantes.

Identificar el estado civil como factor asociado a controles prenatales incompletos en gestantes.

Identificar la ocupación como factor asociado a controles prenatales incompletos en gestantes.

independientes contra la variable dependiente, calculando el ODDS RATIO contando con un $p < 0.05$ y un intervalo de confianza al 95%.

En el análisis multivariado se tomaron de forma conjunta las variables independientes que fueron significativas en el análisis bivariado con la variable dependiente, obteniendo de esa manera el análisis final.

ANEXO N°2: Operacionalización de variables

Grado de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso.	Nivel académico alcanzado, registrado en la historia clínica	Ordinal	Independiente Cualitativa	Primaria Secundaria Superior
Distancia al centro de salud	Cercanía al distrito del centro de salud u hospital al cual la gestante acude para realizar sus controles prenatales	Distrito en el que reside la madre, según registra la historia clínica	Nominal	Independiente Cualitativo	Dentro del distrito Distrito vecino Distrito lejano
Estado civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.	Soltera/Con pareja	Nominal	Independiente Cualitativo	Soltera Con Pareja
Ocupación	Trabajo u oficio que desempeña una persona.	Amada de casa/Estudia/Trabaja	Nominal	Independiente Cualitativo	Ama de casa Estudiante Trabajadora

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE, RELACIÓN Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
-----------	-----------------------	------------------------	--------------------	---	--------------------

Controles prenatales incompletos	Conjunto de acciones que toma en cuenta las visitas de la gestante al centro de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza. Menos de 6 asistencias en toda la gestación.	Menos de 6 controles prenatales según registra el carnet de control prenatal	Discreta De Razón	Dependiente Cuantitativa	Sí/No Número de controles prenatales
Edad	Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento, de un ser vivo.	Tiempo de vida cumplido en años de la persona evaluada registrada en la historia clínica	De razón Discreta	Independiente Cuantitativa	Años cumplidos
Gestaciones	Número total de gestaciones, incluyendo abortos	Número de gestaciones según la historia clínica	De razón Discreta	Independiente Cuantitativa	Número de gestaciones
Cobertura del Seguro Integral de Salud	Persona perteneciente al seguro integral de salud.	SIS / No SIS	Nominal	Independiente Cualitativa	SIS No SIS

ANEXO N°3: Ficha de recolección de datos

Ficha

Controles prenatales incompletos	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
N° CPN	—					
Edad	<input type="checkbox"/>					
Número de gestaciones	<input type="checkbox"/>					
Cobertura SIS	No	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>		
Grado de instrucción	Primaria	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	Superior	<input type="checkbox"/>
Distancia centro de salud	Dentro del distrito	<input type="checkbox"/>	Distrito vecino	<input type="checkbox"/>	Distrito lejano	<input type="checkbox"/>
Estado civil	Soltera	<input type="checkbox"/>	Con Pareja	<input type="checkbox"/>		

Ocupación

Ama de casa

Estudiante

Trabajadora

ANEXO N°4: Tablas

TABLA N°12: NÚMERO DE GESTACIONES SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA, ENERO - JULIO 2018

	CPN Incompletos		CPN Completos		Total	<i>p</i> valor	OR	IC 95%
Primigesta	67	39.40%	103	60.60%	170			
Segundigesta	67	53.60%	58	46.40%	125	0.002	1.78	1.11-2.83
Multigesta	108	57.10%	81	42.90%	189		2.05	1.35-3.12
Total	242	50.00%	242	50.00%	484			

Fuente: Elaboración propia

P: Obtenido mediante prueba de CHI CUADRADO

TABLA N°13: GRADO DE INSTRUCCIÓN SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA, ENERO - JULIO 2018

	CPN Incompletos		CPN Completos		Total	<i>p</i> valor	OR	IC 95%
Primaria	8	53.30%	7	46.70%	15		1.23	0.43-3.51
Secundaria	120	51.70%	112	48.30%	232	0.710	1.16	0.81-1.66
Superior	114	48.10%	123	51.90%	237			
Total	242	50.0%	242	50.0%	484			

Fuente: Elaboración propia

P: Obtenido mediante prueba de CHI CUADRADO

TABLA N°14: DISTANCIA AL CENTRO DE SALUD SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA, ENERO - JULIO 2018

	CPN Incompletos		CPN Completos		Total	<i>p</i> valor	OR	IC 95%
Dentro del distrito	67	29.10%	163	70.90%	230			
Distrito vecino	105	65.60%	55	34.40%	160	,000	4,65	3,01-7,16
Distrito lejano	70	74.50%	24	25.50%	94		7,1	4,11-12,22
Total	242	50.0%	242	50.0%	484			

Fuente: Elaboración propia

P: Obtenido mediante prueba de CHI CUADRADO

TABLA N°15: OCUPACIÓN SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA, ENERO - JULIO 2018

	CPN Incompletos		CPN Completos		Total	<i>p</i> valor	OR	IC 95%
Ama de casa	158	48.60%	167	51.40%	325			
Estudiante	23	56.10%	18	43.90%	41	0.609	1.35	0.70-2.60
Trabajadora	61	51.70%	57	48.30%	118		1.13	0.74-1.72
Total	242	50.0%	242	50.0%	484			

Fuente: Elaboración propia

P: Obtenido mediante prueba de CHI CUADRADO

Anexo B

ANEXO N°1: ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS.

ANEXO N°2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS.

ANEXO N°3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA.

ANEXO N°4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA.

ANEXO N°5: ACTA DE APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS.

ANEXO N°6: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN.

ANEXO N°7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER PARA LA TITULACIÓN POR TESIS.

ANEXO N°1: ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE 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 INCOMPLETOS EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA EN EL PERIODO ENERO – JULIO 2018", que presenta la Srta. Farje Marquina, Stephany Dayane, 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. Sonia Indacochea Cáceda
ASESORA DE LA TESIS



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

ANEXO N°2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS.

Carta Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de tesis del estudiante de Medicina Humana, Srta. Farje Marquina, Stephany Dayane, de acuerdo a los siguientes principios me comprometo a:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el reglamento de grados y títulos de la Facultad de Medicina Humana- URP, capítulo V 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 Jurados de Tesis.
4. Considerar **6 meses como tiempo máximo** para concluir en su totalidad la tesis, motivando a l estudiante a finalizar y sustentar oportunamente.
5. Cumplir los principios éticos que correspondan 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 su información ante el jurado del examen profesional.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

ATENTAMENTE



Dra. Sonia Indacochea Cáceda
ASESORA DE LA TESIS

Lima, 13 de Setiembre de 2018

Anexo N°3: Carta De Aprobación Del Proyecto De Tesis Firmado
Por La Secretaría Académica.



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 046-2016-SUNEDUC/D

Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero

Oficio N° 2829-2018-FMH-D

Lima, 21 de setiembre de 2018

Señorita
STEPHANY DAYANE FARJE MARQUINA
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 INCOMPLETOS EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA EN EL PERIODO ENERO - JULIO 2018**", 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 20 de Setiembre del 2018.

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,



Dr. Monandro Ortíz Pretel
Secretario Académico

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

Anexo N°4: Carta De Aceptación De Ejecución De La Tesis Por La Sede Hospitalaria.



CONSTANCIA 007 - 18 – CMI – HSR HOSPITAL SANTA ROSA

El Comité Metodológico de Investigación del Hospital Santa Rosa (CMI – HSR) oficializado a través de la **Resolución N°221-2018-DG-HSR-MINSA**, certifica que habiéndose levantado las observaciones solicitadas, el Proyecto de Investigación descrito a continuación ha sido **APROBADO** con fecha 12 de Diciembre del 2018.

"Factores Asociados A Controles Prenatales Incompletos En Gestantes Del Hospital Santa Rosa En El Período Enero – Julio 2018".

Con el código N° **18/005**, presentado por la investigadora: **Stephany Dayane Farje Marquina**.

Esta aprobación tendrá vigencia del **13 de Diciembre del 2018 al 12 de Diciembre del 2019**.

El investigador debe solicitar toda información que requiera para desarrollar su proyecto de investigación a la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación.

Asimismo, debe reportar el avance del estudio mensual y el informe final luego de terminado el mismo. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Pueblo Libre, 13 de Diciembre del 2018


Dra. **Guadalupe Rodríguez Castilla**
Jefa de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
Hospital Santa Rosa



Anexo N°5: Acta De Aprobación De Borrador De Tesis.



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Oficina 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 "FACTORES ASOCIADOS A CONTROLES PRENATALES INCOMPLETOS EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA DURANTE EL PERIODO ENERO - JULIO 2018", que presenta la Señorita STEPHANY DAYANE FARJE MARQUINA 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. Jorge E. Vidal Oleese
PRESIDENTE

Dr. Arturo Orellana Vicuña
MIEMBRO

Mg. Luis Roldán
MIEMBRO

Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director de Tesis

Dra. Sonia Indacochea Cáceda
Asesor de Tesis

Lima, 01 de Febrero del 2019

Anexo N°6: Reporte De Originalidad Del Turnitin

9 Submitted to Universidad Ricardo Palma 1%
Trabajo del estudiante

Excluir citas Activo Excluir coincidencias < 1%
Excluir bibliografía Activo

pletos en
enero - julio

8%

INDICE DE SIMILITUD

10%

FUENTES DE
INTERNET

1%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

tesis.ucsm.edu.pe

Fuente de Internet

1%

2

www.repositorioacademico.usmp.edu.pe

Fuente de Internet

1%

3

repositorio.ucm.edu.co:8080

Fuente de Internet

1%

4

renati.sunedu.gob.pe

Fuente de Internet

1%

5

repositorio.upao.edu.pe

Fuente de Internet

1%

6

repositorio.unsaac.edu.pe

Fuente de Internet

1%

7

cybertesis.urp.edu.pe

Fuente de Internet

1%

8

scielosp.org

Fuente de Internet

1%

Anexo N°7: Certificado De Asistencia Al Curso Taller Para La Titulación Por Tesis.



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA MANUEL HUAMÁN GUERRERO

IV CURSO TALLER PARA LA TITULACIÓN POR TESIS

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

FARJE MARQUINA STEPHANY DAYANE

Ha cumplido con los requerimientos del curso-taller para la Titulación por Tesis, durante los meses de Junio, Julio, Agosto y Setiembre del presente año, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el Título de la Tesis:

“FACTORES ASOCIADOS A CONTROLES PRENATALES INCOMPLETOS EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA EN EL PERIODO ENERO - JULIO 2018”

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular de **06 créditos académicos**, de acuerdo a artículo 15° del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana (aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N° 2717-2015), considerándosele apta para la sustentación de tesis respectiva.

Lima, 04 de octubre de 2018



Dr. Juan De La Cruz Vargas
Director del Curso Taller



Dra. María del Socorro Alatriza Gutiérrez Vda. de Bamberén
Decana