

**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**



**TESIS**

**CONTROL PRENATAL TARDÍO Y PATOLOGÍAS DEL  
EMBARAZO EN GESTANTES DEL PUESTO DE SALUD CONO  
NORTE DEL DISTRITO DE CIUDAD NUEVA –TACNA, 2015**

**PRESENTADA POR:**

**Bach. AYDE RONDÓN PÉREZ**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN  
SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS  
Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

**MOQUEGUA – PERÚ**

**2017**

## INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
INDICE DE CONTENIDO.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS .....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	ix
RESUMEN .....	xi
ABSTRACT .....	xii
INTRODUCCIÓN .....	xiii

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema .....	1
1.1.1. Antecedentes del problema .....	2
1.1.2. Problemática de la investigación.....	3
1.2 Formulación del Problema .....	4
1.3. Justificación e importancia.....	4
1.4. Alcances y limitaciones.....	4
1.5. Objetivos .....	5
1.5.1. Objetivo general .....	5
1.5.2. Objetivos específicos .....	5
1.6 Variables .....	6

1.7 Hipótesis de la investigación.....	7
1.7.1. Hipótesis general.....	7
1.7.2. Hipótesis específicas .....	7

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes de la investigación.....	9
2.2. Bases teóricas .....	17
2.2.1. Control prenatal oportuno y tardío .....	17
2.2.2. Tipos de control prenatal .....	20
2.2.3. Objetivos del control prenatal .....	20
2.2.4. Peculiaridad del examen prenatal .....	21
2.2.5. Actividades a realizar en el control prenatal .....	21
2.2.6. Vigilancia prenatal reenfocada .....	23
2.2.7. Patologías del embarazo .....	24
2.3. Marco conceptual .....	29

## **CAPÍTULO III**

### **MÉTODO**

3.1. Tipo investigación .....	31
3.2. Diseño de la investigación .....	31
3.3. Población y muestra .....	32

3.3.1. Población .....	32
3.3.2. Muestra .....	32
3.4. Métodos y dispositivos de recolección de datos .....	33
3.5. Método de procesamiento y análisis de datos .....	34

## **CAPÍTULO IV**

### **PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

4.1. Presentación y análisis de los resultados .....	36
4.2. Contratación de hipótesis .....	61
4.3. Discusión de resultados .....	74

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1 CONCLUSIONES .....	78
5.2 RECOMENDACIONES .....	79

BIBLIOGRAFÍA .....	81
--------------------	----

APÉNDICE .....	89
----------------	----

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Edad de las gestantes casos y controles que acudieron al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015.....	36
Tabla 2.	Nivel educativo de gestantes casos y controles que acuden al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015 .....	38
Tabla 3.	Estado civil de gestantes casos y controles que acuden al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015” .....	40
Tabla 4.	Gestantes casos del Puesto de Salud de Cono Norte según número de gestaciones, 2015 .....	42
Tabla 5.	Gestantes casos del Puesto de Salud de Cono Norte según si el embarazo fue planificado o por otro motivo, 2015.....	44
Tabla 6.	Patologías en las gestantes casos que acuden al Puesto de Salud de Cono Norte según patologías ,2015.....	46
Tabla 7.	Anemia en gestantes de las gestantes casos y controles que acuden al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015.....	48
Tabla 8.	Gestantes casos del Puesto de Salud de Cono Norte según anemia, 2015 .....	50
Tabla 9.	Infección del tracto urinario en gestantes casos y controles que acuden al Puesto de Salud de Cono Norte según control prenatal e infección del tracto urinario, 2015.....	52

Tabla 10.	Infecciones de transmisión sexual en gestantes casos y controles que acuden al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015.....	54
Tabla 11.	Oligoamnios en gestantes casos y controles que acuden al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015.....	56
Tabla 12.	Polihidramnios en gestantes casos y controles que acuden al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015 .....	58
Tabla 13.	Retardo del crecimiento intrauterino en gestantes casos y controles que acuden al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015.....	60
Tabla 14.	Matriz de operaciones auxiliares .....	62
Tabla 15.	Prueba de Chi cuadrado .....	63
Tabla 16.	Matriz de operaciones auxiliares .....	64
Tabla 17.	Prueba de Chi cuadrado .....	65
Tabla 18.	Matriz de operaciones auxiliares .....	67
Tabla 19.	Prueba de Chi cuadrado .....	67
Tabla 20.	Matriz de operaciones auxiliares .....	69
Tabla 21.	Prueba de Chi cuadrado .....	69
Tabla 22.	Matriz de operaciones auxiliares .....	71
Tabla 23.	Prueba de Chi cuadrado .....	71
Tabla 24.	Matriz de operaciones auxiliares .....	73
Tabla 25.	Prueba de Chi cuadrado .....	73

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Edad de las gestantes casos y controles que acudieron al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015.....	37
Figura 2.	Nivel educativo de gestantes casos y controles que acuden al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015 .....	38
Figura 3.	Estado civil de gestantes casos y controles que acuden al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015” .....	40
Figura 4.	Gestantes casos del Puesto de Salud de Cono Norte según número de gestaciones, 2015 .....	42
Figura 5.	Gestantes casos del Puesto de Salud de Cono Norte según si el embarazo fue planificado o por otro motivo, 2015.....	44
Figura 6.	Patologías en las gestantes casos que acuden al Puesto de Salud de Cono Norte,2015 .....	46
Figura 7.	Anemia en gestantes de las gestantes casos y controles que acuden al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015.....	48
Figura 8.	Gestantes casos del Puesto de Salud de Cono Norte según anemia, 2015.....	50
Figura 9.	Infección del tracto urinario en gestantes casos y controles que acuden al Puesto de Salud de Cono Norte según control prenatal e infección del tracto urinario, 2015.....	52

Figura 10.	Infecciones de transmisión sexual en gestantes casos y controles que acuden al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015.....	54
Figura 11.	Oligoamnios en gestantes casos y controles que acuden al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015.....	56
Tabla 12.	Polihidramnios en gestantes casos y controles que acuden al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015 .....	58
Figura 13.	Retardo del crecimiento intrauterino en gestantes casos y controles que acuden al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015.....	60

## RESUMEN

El objetivo fue determinar qué relación existe entre el control prenatal tardío y patologías del embarazo en gestantes del Puesto de Salud Cono Norte del distrito de Ciudad Nueva –Tacna en el 2015. La muestra de estudio fue de 100 gestantes atendidas que presentaron control prenatal tardío. El diseño fue no experimental, relacional, retrospectivo. Entre los principales resultados, se encontró que, entre las gestantes con control prenatal tardío, el 57% son adultas jóvenes con edades entre 18 y 29 años, el 39% tienen secundaria completa; el 75% presentó anemia de las cuales el 80% presentó anemia leve y un 16% anemia moderada. Conclusión: el control prenatal tardío se relaciona significativamente con la anemia ( $X^2:35,507$ ; P: 0,001). infección del tracto urinario, ( $X^2:60,750$ ;P:001) e infección de transmisión sexual ( $X^2:40,831$ ;P:0,001), en grávidas del establecimiento de Salud de Cono Norte de Tacna.

**Palabras clave:** Control prenatal tardío, patologías y embarazo.

## ABSTRACT

The purpose of this application was specify the description late prenatal control and pregnancy pathologies in pregnant women at the Norte health clinic in the New population district of Tacna in 2015. The study sample consisted of 100 pregnant women who underwent late prenatal care. The design was non-experimental, relational, retrospective. Through the injurious product is found that between pregnant women with late prenatal control, 57% are young adults with ages between 18 and 29 years, 39% have complete secondary education; 75% presented anemia of which 80% presented mild anemia and 16% moderate anemia. Conclusion: late prenatal care is significantly related to anemia; propagation of the evacuation part and inoculation genital contagion in pregnant women in North Since Cone Health Tacna ( $P > 0.001$ ).

**Keywords:** Late prenatal control, pathologies and pregnancy.

## INTRODUCCION

La circunstancia de bienestar de la joven, mientras la etapa gestacional, es primordial para el efecto de término de procedimientos, patológicos, médicos, anterior a la gestación o emerger, entre tanto es análogo a manera de profundidad inherente o tal episodio interrecurrente, alcanzar en diseño primordial en la predicción del desarrollo general.

Es sabido, que “la totalidad de gravidez expresa una jerarquía de posibilidad de exponer agravación o causar la partida a la superiora su heredero o los dos casi cerca por lo cual es necesaria vigilancia oportuna mientras el actuar proliferación de la maternidad producto y puerperio” (Ministerio de Salud de Chile, 2008,p.7), en tal sentido, dedido a emprenderse en la fase anterior al comienzo de la concepción como el examen preconcepcional y una aseveración a prolongar a través de contrastación regular, esquema a lo amplio absoluto la fecundación como lo es el control prenatal.

El informe prenatal accede el encuentro, avanzado, regular e integral de dilatar, el revestimiento que toda maternidad tiene la competencia de percibir conforme lo constituye la ley del gabinete de salud (MS) lo que autoriza proteger un fin oportuno, pero, incluso sin duda es peligro. Por lo que no solo es necesaria la presencia de la consulta sino también buscar aptitudes así de vigilancia donde se le ofrece a las usuarias un equipo de salud responsable de la misma y según el sistema universal de la sanidad determina a manera un elevado límite de eminencia de facultades, de la aplicación eficaz de bienes de eventual desmejorar la atención prenatal disminuye la continuidad y control del embarazo lo que

interviene a elevar la tasa de muerte maternal indicador de la calidad del acto obstétrico.

Por lo expuesto, se estima necesario el avance de la presente investigación titulada *Control prenatal tardío y patologías del embarazo en gestantes del Puesto de Salud cono norte del distrito de Ciudad Nueva –Tacna ,2015 “*, la que se ha configurado en cinco capitulados:

En el Capítulo I, se aborda *la indagación de la pregunta*, y se consigna la descripción y enunciación de la pregunta del, los propósitos, la confirmación e importancia condición de la búsqueda.

Asimismo, en el episodio II se expone el ambiente imaginario y comprende el estado del arte, la base teórica fundamentada en teorías y conceptos de manera secuencial y un marco conceptual. De otro lado, el Capítulo III, está referido al Método en cuanto al modelo, proyecto, demografía, señal, habilidad recopilación de referencia en el que define el tipo, diseño, localidad, pauta, constantes de análisis, conocimiento de acopio de noticias. Al final en el parte iv se consignan lo encontrado, asimismo, en el título V se expone la discusión de resultados. También se consideran las Conclusiones, Recomendaciones, Bibliografía y Anexo.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 Descripción del Problema**

El control prenatal constituye una herramienta eficaz para prevenir la morbimortalidad de la madre y perinatal, sin embargo, aún no se ha logrado una cobertura óptima, así como también dar una vigilancia prenatal de disposición. Se afirma que la “la circunstancia de salud de la joven previa a la concepción es primordial para el producto final del procedimiento; patologías médicas anticipadas a la gravidez o que surgen mientras es análogo las complejidades particulares o como aspectos interrecurrentes, inciden en forma principal en el pronóstico reproductivo universal” (1).

En tal sentido, el examen prenatal, representa el eje fundamental del cuidado de la salud materna, al igual que el parto institucional.

El Ministerio de Salud del Perú, formuló en el 2009 el Proyecto Fundamental Territorial para la Disminución de la muerte materna y perinatal (2) cuyo objetivo,

fue establecer las directivas de cumplimiento obligatorio por parte de todas las instancias del Ministerio de Salud, las DISA y DIRESA, redes y micro redes y sus Establecimientos de Salud, tendiente a disminuir la mortalidad materna y perinatal, basado en el compromiso que el Perú había asumido, en el escenario del Propósito de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, a pesar de haber alcanzado logros importantes, el “argumento de muerte materna para Perú es de 67 x 100,000 nacidos vivos, y el Perú, figura entre los 20 países del mundo que más ha avanzado en la disminución de la defunción materna, pero aún, presenta regiones con altas cifras de defunción materna tales como: Lima, Cajamarca, La Libertad, Puno, Piura, Lambayeque, Ancash, Arequipa, Callao, Apurímac, La Libertad, Loreto.” (3).

### **1.1.1 Antecedentes del Problema**

Frente a la problemática expuesta, el control prenatal, es fundamental para prevenir casos de muerte materna o neonatal, sin embargo, en el Puesto de Salud Cono Norte de Tacna la mayoría de gestantes acuden a sus controles fuera del período establecido (control prenatal tardío) y a su vez, apreciamos que frecuentemente presentan patologías, como la anemia, infección del tracto urinario, infecciones de transmisión sexual, ruptura de membranas y retardo de crecimiento intrauterino, entre otras, que aumentan el riesgo de comprometer su salud y la del neonato, lo que nos motivó a indagar si el control prenatal tardío se vincula con la morbilidad en gestantes que acudieron a la consulta prenatal.

### **1.1.2. Problemática de la investigación**

Se considera que por cada defunción materna ocurren defunciones perinatales; las cuales están asociados, a factores de salud materna y a la inapropiada vigilancia prenatal, del parto y del recién nacido, teniendo como consecuencia casos de bajo peso al nacer, prematuros y asfixia neonatal. Cuáles son los factores por el cual, las embarazadas desisten o no terminan sus atenciones prenatales. La convicción indica que existen factores personales o propios de la embarazada, factores de la organización que corresponden a su entidad y factores médicos inherente de la incorporación entre perito de salubridad y pacientes comprometidos al mismo.

En la actualidad en el P. S Cono Norte Norte del distrito de Ciudad Nueva –Tacna, se ha observado una mayoría de pacientes con controles prenatales en forma tardía, la gran parte en el segundo trimestre de la gestación y que están relacionadas con patologías medicas como anemias, infecciones del tracto urinario las que están desencadenando en partos inmaduros y bajo peso al nacer, las que incrementan el número de gestantes que llegan a la consulta en el P. S Cono Norte Norte del distrito de Ciudad Nueva –Tacna

En base a lo expuesto, es necesario investigar ¿Qué relación existe con el control prenatal tardío y patologías del embarazo en gestantes del Puesto de Salud Cono Norte del distrito de Ciudad Nueva –Tacna –2015?

## **1.2 Formulación del Problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Qué relación existe entre el control prenatal tardío y patologías del embarazo en gestantes del Puesto de Salud Cono Norte del distrito de Ciudad Nueva –Tacna en el 2015?

## **1.3 Justificación**

*Teórica:* la finalidad de la exploración, generará sugerencias y polémica didáctico sobre el entendimiento existente, ya que permitirá verificar los resultados en el presente estudio con los antecedentes investigativos.

*Práctica:* el desarrollo del estudio, permitirá aportar evidencia empírica para contribuir a solucionar un problema de salud pública, ya que el control prenatal tardío contribuye a la mortalidad materna, el cual establece un dilema de salubridad pública, para ello, han explicado un grupo modelo y sugerencias contribuciones que proyectan facilitar a las organismo, pacientes, pariente, indagador, y demás personas interesadas, información acerca de las patologías que se asocian al control prenatal tardío.

Asimismo, el problema es importante porque los resultados permitirán que las gestantes del Puesto de Salud del distrito de Ciudad Nueva, puedan conocer los riesgos de realizar el control prenatal tardío.

## **1.4. Alcances y limitaciones**

El presente estudio comprende la presentación de la base teórica empírica de dos variables epidemiológicos, en el primer caso el alcance estadístico es la

descripción de la variable al igual que la segunda variable se realizó la descripción de la frecuencia de las patologías más comunes durante la gestación en el Puesto de Salud Cono Norte, mientras que el alcance estadístico comprende la verificación de la relación de la prueba de chí cuadrado.

Las limitaciones fueron eminentemente de carácter instrumental, específicamente para la fase de recolección conceptual de antecedentes ya que no se dispone una biblioteca especializada en la demarcación

## **1.5. Objetivos**

### **1.5.1. Objetivo general**

Describir qué vínculo existe con el control prenatal tardío y las patologías del embarazo en gestantes del Puesto de Salud Cono Norte del distrito de Ciudad Nueva –Tacna en el 2015.

### **1.5.2. Objetivos específicos**

- a) Delimitar qué relación existe con el control prenatal tardío y la anemia en gestantes que acuden al Puesto de Salud Cono Norte del distrito de Ciudad Nueva en el 2015.
- b) Precisar qué relación existe entre el control prenatal tardío y las infecciones del Vías urinarias en gestantes que acuden al Puesto de Salud Cono Norte del distrito de Ciudad Nueva en el 2015.
- c) Identificar qué relación existe entre el control prenatal tardío y las infecciones de transmisión sexual en gestantes que acuden al Puesto de Salud Cono Norte del distrito de Ciudad Nueva en el 2015.

- d) Establecer qué relación existe entre el control prenatal tardío y poli hidramnios en gestantes que acuden al Puesto de Salud Cono Norte del distrito de Ciudad Nueva en el 2015.
- e) Precisar qué relación existe entre el control prenatal tardío y oligoamnios en gestantes que acuden al Puesto de Salud Cono Norte del distrito de Ciudad Nueva en el 2015.
- f) Precisar qué relación existe entre el control prenatal tardío y restricción de desarrollo intraútero en gestantes que acuden al Puesto de Salud Cono Norte del distrito de Ciudad Nueva 2015.

#### **1.6. Variables**

- **Variable independiente: Control prenatal tardío**

**Definición conceptual:** grupo de actividades de colaboración que se precisan en encuentros o entrevistas planteadas con las brigadas de salubridad, después de las 14 semanas o más de embarazo.

- **Variable dependiente: patologías del embarazo**

**Definición conceptual:** enfermedades concurrentes con el embarazo.

### 1.6.1 Operacionalización de variables

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Unidad/ Categorías</b>	<b>Escala de medición</b>
<b>Independiente</b> <b>Control Prenatal Tardío</b>	- Acción médica y asistencial después de las 14 semanas de embarazo.	Si No	Nominal
<b>Variable</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Unidad/ Categorías</b>	<b>Escala de medición</b>
<b>Dependientes</b> <b>Patologías del embarazo</b>	- Anemia - Infecciones del tracto urinario - Infecciones de transmisión sexual - Poli hidramnios - Oligohidramnios - Ruptura de membranas	Si No	Nominal
<b>Variables aleatorias</b>			
<b>Edad</b>	Fecha de nacimiento	Años	Intervalo
<b>Estado civil</b>	Condición conyugal o marital	Casada Soltera	Nominal
<b>Nivel educativo</b>	Escolaridad alcanzada al momento de la encuesta	Analfabeta Primaria	Ordinal

### 1.7 Hipótesis de investigación

#### 1.7.1. Hipótesis general

Existe una correlación significativa con el control prenatal tardío y las patologías del embarazo.

#### 1.7.2. Hipótesis específicas

- a) Existe una relación significativa entre el control prenatal tardío y la anemia en gestantes.
- b) Existe una relación significativa entre el control prenatal tardío y las infecciones del tracto urinario en gestantes.

- c) Existe una congruencia valiosa con el examen prenatal tardío y las infecciones de transmisión sexual en gestantes.
- d) Existe una congruencia valiosa con el examen prenatal tardío y poli hidramnios en gestantes.
- e) Existe una congruencia valiosa con el examen prenatal tardío y oligoamnios en gestantes.
- f) Existe una congruencia valiosa entre el examen prenatal tardío y la restricción de desarrollo intrauterino en grávidas.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la Investigación**

Se han localizado, investigaciones relacionadas con las variables de estudio: En Costa Rica, Alfaro y Vargas, realizaron el estudio denominado exploración del examen prenatal que se ofrece a las embarazadas de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital San Vicente de Paúl. El objetivo del estudio fue observar el examen prenatal que se ofrece a las embarazadas de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital San Vicente de Paúl durante el año 2012. Los principales resultados fueron: la calidad para brindarles las consultas de control prenatal de las Áreas de Salud de la provincia de Heredia está en buen estado, sin embargo, requiere reparación y una adecuada atención para que sean accesibles a toda la población. Además, la Caja Costarricense de Seguro Social tiene una baja cobertura de atención prenatal con cumplimiento de criterios de calidad y por otra parte el reporte de la información obtenida durante las consultas de control prenatal en el Carnet Perinatal, es incompleta y errónea. Finalmente

hay escasa o casi nula participación de los y las profesionales en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal, en la evolución del examen prenatal, a pesar de que la legislación nacional y análisis reconocen que los profesionales cuentan con las capacidades necesarias para ofrecer un apropiado control. Las principales conclusiones fueron: En Costa Rica se cuenta con un plan de control prenatal bien definido, el cual considera la magnitud de la incorporación de los profesionales en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal. La infraestructura, así como el equipo para brindar las consultas de control prenatal de las Áreas de Salud de la provincia de Heredia se encuentran en buen estado, sin embargo, requieren de mantenimiento una adecuación para que sea accesible a toda la población. La CCSS por medio de las acciones realizadas tiene una baja cobertura de atención prenatal con cumplimiento de criterios de calidad. A pesar de que existe cumplimiento de muchos aspectos y recursos que se realizan en la consulta prenatal, como la valoración física, prescripción de tratamiento y pruebas de laboratorio, entre otros, se debe renovar la entrevista con enfoque de riesgo y ofrecer mayor información a las embarazadas, así como el llenado del carnet perinatal. (4)

En Colombia, Villacis, Becerra y Negrete en el 2012, estudiaron sobre La adherensiòn al examen en el consultorio de embarazadas jóvenes *del* sanatorio de Engativá de Bogotá. Las conclusiones fueron: se encontró en este estudio que una consulta especial y dedicada al control de la gestante adolescente mejora significativamente la asistencia al control prenatal en comparación a un control convencional. (5)

En Argentina, Córdova R., Escobar L., Lucero L. en el 2012 investigaron sobre los componentes incorporados a la persistencia al inicio del examen Prenatal en féminas embarazadas. La finalidad es disponer las causas producidas con la inasistencia al control prenatal durante el primer trimestre. Se estudiaron 139 casos de gestantes con inicio tardío de los controles prenatales. El 77,1% de las gestantes pertenecían al régimen subsidiado. Nivel educativo superior a primaria es un factor protector, estadísticamente significativo para quienes lograron terminar la secundaria (OR=1,85, I.C 95%= 1,05-3,14 p=0,015). El riesgo de inicio tardío del control prenatal se incrementó en la medida en que lo hacía el número de embarazos, siendo estadísticamente significativo el antecedente de 4 a 6 gestaciones (I.C 95%: 1,15-5,52; p-valor: 0,011). En conclusión, los principales factores asociados con el inicio del control prenatal después del primer trimestre son embarazo en adolescente, bajo nivel educativo; mujeres con 4 a 6 embarazos previos. (6)

En Barcelona, Díaz y Girat en el 2009, realizaron el estudio denominado Examen Prenatal como antecedente de alcance en la morbilidad neonatal Hospital Universitario Dr. Luis Razetti – Barcelona, octubre-diciembre del 2008. el 11,42% de los nacidos vivos en el periodo de estudio fueron ingresados en neonatal intramural; el 66,04% de las madres no se realizaron el control prenatal o lo hicieron de forma inadecuada y es, en este grupo donde se encontró el mayor número de casos de morbilidad y mortalidad neonatal; de los ingresados el sexo masculino fue el predominante con 54,85%; los nacidos a términos y pretérmino representaron el 70,52% y 28,73% respectivamente; las infecciones representó la

primera causa de diagnósticos de ingreso donde el 33,78% estuvo relacionado con antecedentes maternos; la prematuridad fue el principal factor responsable de los trastornos respiratorios encontrados (31,08%); de los trastornos metabólicos la hiperbilirrubinemia no inmunológica se encontró en un 33,33%; de las xii malformaciones congénitas encontradas las hendiduras labiopalatinas predominaron con 22,22%; el 10,45 % de los neonatos estudiados fallecieron, siendo los trastornos respiratorios la causa predominante de mortalidad con un 78,57%, seguida de la sepsis con 21,43% que particularmente se observó, predominantemente en el grupo de madres que se controlaron el embarazo. (7)

En Colombia, Escobar, Córdova y Guzmán en el 2009, realizaron el estudio componente incorporado a la persistencia al principal trimestre del examen prenatal en embarazadas de la ESE San Sebastián de La Plata, Huila. La meta del estudio es diagnosticar las circunstancias adjuntas con la inasistentes al examen prenatal en el primer trimestre pertenecían al régimen subsidiado. Nivel educativo superior a primaria es un factor protector, estadísticamente significativo para quienes lograron terminar la secundaria (OR=1,85, I.C 95%= 1,05-3,14 p=0,015). El riesgo de inicio tardío del control prenatal se incrementó en la medida en que lo hacía el número de embarazos, siendo estadísticamente significativo el antecedente de 4 a 6 gestaciones (I.C 95%: 1,15-5,52; p-valor: 0,011). *Las conclusiones* alcanzadas fueron: las principales causas componentes con la iniciación del examen prenatal después del primer trimestre son gestaciones en adolescentes, menudo nivel instrucción; mujeres con 4 a 6 embarazos. (8)

En Colombia, Peláez y Pérez en el 2009, realizaron el estudio Incorporación inoportuno de gestantes al proyecto de examen prenatal en la E.S.E Hospital Tobías. El *objetivo* del estudio fue: decidir la impresión de incorporación inoportuno de las embarazadas de examen prenatal con el fin de ocasionar comunicación que permita acceder la participación. Los principales resultados fueron: a) El servicio de promoción de la salud y prevención de la enfermedad no dispone de un profesional de enfermería de tiempo completo para coordinar y apoyar cada uno de los programas con que cuenta; haciéndose una necesidad evidente debido a la falta de integralidad en la prestación de servicios con calidad, enfocados desde la perspectiva de los cuidados enfermeros;b) El personal médico y de enfermería destinado para las funciones de P y P es un personal rotante, no fijo para el servicio, por lo que se ve el poco compromiso y responsabilidad en sacar la promoción y prevención en el

En Argentina, Pécora, Cantero, Furfaro y Llompart en el 2009, indagaron sobre El control prenatal tardío ¿Barreras en el sistema de salud? El objetivo del estudio fue: disponer la circunstancia por los cual las grávidas no asisten al examen prenatal. Las conclusiones alcanzadas fueron) las principales causas por las cuales las embarazadas no concurren precozmente al control prenatal son por barreras en el sistema de salud ya que el 61% proviene de la Provincia de Buenos Aires, tardando en llegar al hospital más de 2 h b) la cifra más alarmante es que el 33% no consiguió turno para la apertura de la historia clínica en el primer trimestre, a lo que se agregan largas horas de espera para obtenerlo. (10)

En Venezuela, Freitez en el 2009, estudió el Control prenatal y complicaciones maternas durante el parto y puerperio inmediato. Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. El objetivo del estudio fue: establecer la relación del control prenatal con las complicaciones maternas durante el parto y puerperio inmediato en gestantes atendidas en el Hospital Central Universitario Antonio María Pineda, Barquisimeto Edo. Lara Julio-diciembre 2009. Entre los resultados, se halló que a) de las 60 pacientes estudiadas el (46.6 %) representó grado de instrucción tercera etapa ;b) de las pacientes incluidas en el estudio, un 75% correspondió a las que su control prenatal fue realizado a nivel público, mientras que el 20% correspondió a pacientes que controlaron su embarazo tanto a nivel público y privado; c)del cabal de las sosegado seleccionadas en esta indagación la mayor (65%) observación de su gravidez de 1 a 5 veces, mientras que el (19%) controló su embarazo 6 veces y más; e)de todas las pacientes incluidas en el presente estudio el (51,6%) se controlaron tardíamente y un (45%) controló su embarazo precozmente; f) el (68,3%) de las pacientes estudiadas presentó complicaciones durante el parto y el (31,6%) presentaron complicaciones durante el puerperio inmediato.Se concluye que : las edades de las pacientes estuvieron comprendidas entre 14 y 19 años en 45%, según el grado de instrucción el 46,6% presenta educación básica y un 75% con controles a nivel público, con un número de controles de 1 a 5 consultas, atendidas por médico general; el 45% con inicio tardío del control prenatal. Con atención integral prenatal inadecuada; el mayor porcentaje (68,3%), presentó complicaciones durante el parto dadas en su mayoría por distocias de dilatación y descenso y por lesiones del canal blando del parto. En

cuanto a la relación de las complicaciones maternas se llegó a la conclusión que la mayoría realizó un control prenatal inadecuado. Por lo tanto, su asociación fue significativa ( $P:<0,05$ ), lo que permite reforzar el control prenatal, mejorando la calidad de atención y garantizar el bienestar materno fetal. (11)

En Colombia, Hernández y Cala en el 2008, realizaron el estudio componente incorporado a la desatención del plan de examen prenatal en las embarazadas en el ESE Hospital Integrado San Juan de Cimitarra, Santander. Segundo Semestre 2008. El objetivo del estudio fue: Unificar los componentes incorporados al abandono del plan de examen prenatal en las gestantes. Entre los resultados se encontró que la etapa de los calces gravidaz se encuentra en el intermedio de 14 a 24 lapso, en lo cual puede tener alguna connotación el grado de escolaridad representado en su mayor porcentaje en el ítem de básica primaria, sin desconocer el alto índice de analfabetismo presente. Esto como fenómeno de los embarazos a temprana edad. En cuanto a la consecución de las citas, la gran mayoría cree que no hay dificultad, asociándose a la satisfacción de las expectativas de las madres gestantes, esto sumado a la atención prestada por los funcionarios de la ESE Hospital Integrado San Juan de Cimitarra, Santander. Entre las principales conclusiones se tiene que a) el número de controles a los que suelen asistir generalmente las madres gestantes es de 4 a 6, conservando una relación de casos en cuanto a la edad de gestación en la que inició el control prenatal, ubicada en el rango de 13 a 24 semanas. Es decir, para ambos intervalos fueron el mismo número de casos; b) la gran mayoría de madres gestantes provienen del área rural circundante al puesto de salud, lo cual es un factor

potencial relacionado con la inasistencia a los controles, mostrando como principal motivo, la distancia y la falta de dinero para los pasajes. Como señalan los resultados, esto forma parte de los aspectos que según la opinión de las madres gestantes tanto el cuerpo médico como la institución no pueden ejercer efectos directos sobre el lugar de la residencia con consideración al puesto de salud y la situación económica particular de las beneficiarias del plan. (12)

En el ámbito nacional, Navarro J. en el 2015 realizaron el estudio denominado Circunstancia de trance para proyecto inoportuno de la vigilancia prenatal en grávidas que asisten a la oficina de Obstetricia del Centro de Salud “Leonor Saavedra”, enero a marzo del 2015. La mayoría de gestantes (53,8%) evaluadas en el estudio inicia tempranamente su atención prenatal en el centro de salud Leonor Saavedra. Al evaluar los factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal, se observan que los factores socioeconómicos no fueron considerados de riesgo para el inicio tardío del control prenatal. Sin embargo en cuanto a los factores personales como: el ser víctima de violencia ( $p=0,013$ ) ( $OR=0,013$ ), que la familia muestre poco interés por la salud de la gestante ( $p=0,003$ ) ( $OR=0,003$ ), presentar problemas durante el embarazo ( $p=0,006$ ) ( $OR=0,006$ ), tener problemas de dinero para costear la atención prenatal ( $p=0,014$ ) ( $OR=0,014$ ), tener dificultades de acudir al CPN por su trabajo ( $p=0,001$ ) ( $OR=8,11$ ), el antecedente de experiencias negativas durante las consultas en un establecimientos de salud ( $p=0,001$ ) ( $OR=2,536$ ) y considerar poco importante la atención prenatal ( $p=0,027$ ) ( $OR=2,303$ ), tuvieron frecuencias significativamente diferentes; por tanto, se consideran factores de riesgo asociados

al inicio tardío de la atención prenatal. Al respecto de los factores de riesgo obstétricos de las gestantes con inicio tardío y temprano de la atención prenatal, se evidencia que el ser multigesta (I. tardío=67,6%, I Temprano=0%) ( $p=0,000$ ) presenta frecuencias diferentes en ambos grupos, por tanto, se considera como factor de riesgo de inicio tardío de la atención prenatal (OR=4,58). Respecto a los factores institucionales, se encontró frecuencias similares entre el grupo de gestantes de inicio temprano y tardío de la atención prenatal, no encontrándose asociación ni riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal. Conclusión: los principales factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Centro de Salud “Leonor Saavedra” son: la condición de multigesta, tener problemas de dinero, tener dificultad para acudir al CPN por su trabajo y el antecedente de experiencias negativas en alguna consulta. (13)

En Perú, Solórzano en el 2014, realizó el estudio Factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2013. Entre los principales resultados encuentra que ser adolescentes (OR: 3,16 IC95%: 1,27 -7,85) o tener edad  $\leq 25$  años (OR: 2,45 IC95%: 1,22 - 4,90) el periodo intergenésico corto (OR: 4,81 IC95%: 1,34 -17,23), Número inadecuado de Control prenatal (OR: 3,76 IC 95%: 1,81 -7,84), y el inicio tardío del Control prenatal (OR: 3,81 IC95%: 1,87 -7,77) fueron identificados como factores de riesgo para la morbilidad materna extrema.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Control prenatal**

- **Definición de control prenatal**

Se consignan diversas definiciones de control prenatal:

Secuencia de entrevistas planes de la embarazada con el agente de salubridad con el plan de velar el proceso del embarazo y alcanzar un apropiado desarrollo para el alumbramiento y vigilancia del producto (15).

Según la UNICEF y Sinergias ONG (16) “el control prenatal es el grupo de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan afectar la salud de la madre y el feto, es decir que puedan generar morbilidad materna y perinatal.”

De igual modo, el Instituto Superior de Formación Docente y Técnica (18) define el “examen prenatal a la secuencia de dialogo o inspecciones sistematizadas de la gestante con personal del grupo con el fin de atender el desarrollo de la gestación y alcanzar una apropiada enseñanza para el nacimiento y la instrucción”.

De otro lado, en Bogotá, la Secretaría de Salud define el control prenatal como el “conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional” (19).

En el Perú, según el Ministerio de Salud, la atención prenatal se aborda con la denominación de *examen prenatal reenfocada* como

[...] la supervisión y valoración global de la embarazada y el feto, es trascendental antes de las catorce semanas de embarazo, para brindarse un envoltorio básico de inspecciones que acceda la localización ocasional de

hado de señal, factores de trance, la disciplina para el cuidado y la información de la descendencia para el autocuidado y la implicación de la stirpe, así como para el aplicación conveniente de las agravaciones, con el encuadre de calidad e interculturalidad en el escenario de la legalidad humana (Resolución Ministerial N° 827, 2013).(20)

- **Frecuencia del control prenatal**

Se ampara el inicio temprano del examen prenatal y se considera que son seis las atenciones prenatales mínimas que debe recibir una gestante:

a) Mensual hasta las 32 semanas:

- Principal vigilancia anteriormente de las 14 semanas
- Segunda vigilancia entre las 14-21 semanas
- Tercera vigilancia entre las 22 – 24 semanas
- Cuarta vigilancia entre las 25 – 31 semanas

b) Quincenal entre las 32 y 36 semanas

c) Semanal, desde las 37 (20).

El Instituto Materno Perinatal (21) pauta la siguiente frecuencia para las 06 atenciones prenatales mínimas que debe recibir una gestante:

Dos vigilancias anteriormente de las 22 semanas

La luego entre las 22 y 24 semanas

La luego entre las 27 y 29 semanas

La luego entre las 33 a 35 semanas

La luego entre las 37 a 40 semanas

### **2.2.2. Tipos de control prenatal**

- Precoz: hasta 13 semanas
- Tardío: 14 semanas y más.
- Periódico: como mínimo 6 consultas.
- Completo: cumplimiento seguro de operaciones de impulsión, conservación, compensación, rehabilitación, promoción y educación para la fortaleza 37 (20).

### **2.2.3. Objetivos del control prenatal**

El Institución Regional Maternal Perinatal del Perú del Cartera de Sanidad (21) establece los siguientes objetivos que tiene el control prenatal:

- Valorar globalmente a la grávida y al fruto e determinar la aparición de señal de aviso o incorporados que requieren un procedimiento particular la observación debida. Informar, especificar y concertar las agravaciones de la grávida. (21).
- Facilitar preparar mentalmente a la embarazada para el alumbramiento, desarrollar la estimulación prenatal al feto. (21)
- Fomentar la protección habitual y colectiva para la vigilancia prenatal.
- Impulsar la oportuna alimentación. (21)
- Realizar despistaje de patologías cervicales y mamarias. (21)
- Iniciar la salubridad reproductiva y proyecto habitual. (21)
- Impulsar la crianza materna para el desarrollo del nuevo ser. (21)

- Obtener el proyecto individual del alumbramiento institucional con intervención de la pareja y la parentela. (21)

#### **2.2.4. Peculiaridad del examen prenatal**

**Precoz:** tratando que sea en el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además, torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir. (22)

**Periódico:** la frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presenta la embarazada. Las de bajo riesgo requieren un número menor de controles (entre 4 y 6) que las de alto riesgo. (22).

**Completo:** los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación, y rehabilitación de la salud. (22).

**Amplia cobertura:** solo en la medida que el porcentaje de población controlada sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) se podrán acortar la contribución de morbilidad materna y perinatal. (22).

#### **2.2.5. Actividades a realizar en el control prenatal**

Cabe señalar, que el Centro Latinoamericano de Perinatología (18) considera que la pauta y orden de los objetivos y actividades propuestas:

Objetivos específicos	Actividades propuestas
-----------------------	------------------------

<p>Conprobar el embarazo</p> <p>Perfeccionar la condición del examen prenatal</p> <p>Lograr la referencia para planear el examen prenatal, la vigilancia del parto, el puerperio y el recién nacido.</p> <p>Incluir una ficha de vía que oriente al prestador para ofrecer una vigilancia prenatal de importancia</p> <p>Localizar contingencia en la población</p> <p>Comunicar adecuada previa a la gestación.</p> <p>Establecer un esquema que identifique proyectar las acciones del examen prenatal</p> <p>Valorar el dominio alimentario materno</p> <p>Averiguar hábitos de conductas de peligro</p> <p>Reducir el signo perjudicial de las infestaciones de contaminación empinado</p> <p>Evitar el tétanos neonatal y puerperal</p> <p>Identificar probable evolución sépticos buco dentales</p> <p>Localizar admisibles variaciones de la mama.</p> <p>Evitar sarcoma de cuello, contusiones precedentes y estimar la emulación cervical.</p> <p>Identificar y ajustar la desnutrición materna</p> <p>Facilitar información didáctica-ilustrativo para el nacimiento y la enseñanza</p> <p>Pronosticar la supervivencia de savia del producto</p> <p>Preludiar el dictamen y eludir el nacimiento</p>	<p>Ejecución de exploración clínica para dictamen de gravidez</p> <p>Uso de varias técnicas adecuadas</p> <p>Empleo del Sistema Informático Perinatal</p> <p>Utilización del documento Perinatal</p> <p>Peritaje del trance perinatal</p> <p>Anamnesis</p> <p>Especificación de la época gestacional y plazo posible del nacimiento</p> <p>Calculo de la gravedad y de la altura materna. Previsión del aumento de gravedad durante la gestación</p> <p>Interpelación sobre nicotismo</p> <p>Disposición, localización y proceso de las infestaciones de emisión vertical</p> <p>Vacunación antitetánica</p> <p>inspección buco-dental</p> <p>Exámenes de ubre</p> <p>Inspección de órganos, colpocitología oncológica, colposcopia</p> <p>Presición del grupo sanguíneo y el factor Rh</p> <p>Prescribir niveles de hemoglobina y tratamiento con hierro y ácido fólico</p> <p>Exámenes de orina y urocultivo</p> <p>Determinar de glucemia y prueba de tolerancia oral a la glucosa</p> <p>Preparar para el nacimiento, orientación para la lactancia.</p> <p>Averiguar desplazamiento y Continuidad Cardíaca del producto</p> <p>Evaluaciones del patrones de</p>
---	--

precoz Buscar variabilidad de la fuerza sanguínea	crispación uterina Valorar de la fuerza sanguínea, verificación de serosidad y proteinuria
Excluir variabilidad del desarrollo del producto	Estimar el desarrollo por evaluación del nivel uterino, beneficio de valor materno.
Localizar inicialmente la gestación complejo para evitar sus complejidad	Dictamen de la cantidad de fetos.
Examinar las apariencias anormales del producto	Exploración de la presencia del producto.
Localizar anomalías pélvicas	Valoración de la bacinete

### 2.2.6. Vigilancia prenatal reenforcada

Según el reglamento de sistema de Salud para la deferencia global de Salud Materna (23), establece dentro de sus disposiciones generales de la atención materna a nivel de todos los establecimientos de salud, lo siguiente:

Efectuar con lo decretado en las guías para alcanzar que cada gestante reciba como mínimo 6 atenciones prenatales [...]. con la finalidad de efectuar el examen físico general minuciosos, detectando alguna patología que pudiera agravar la gestación [...] (23).

- Garantizar que a cada gestante se les realicen las pruebas de tamizaje (VIH y sífilis) (23).
- Calcular el estado nutricional a cada gestante, utilizando tablas del CLAP (23).
- Difundir las acciones para la búsqueda apropiado de las embarazadas y puérperas, priorizando alguna circunstancia de trance físico, psicológico o social (23).

### 2.2.7. Patologías del embarazo

- **Anemia**

La OMS en 1972, definió la anemia durante la gestación, aparte de su principio, como la existencia de un nivel de hemoglobina menor a 11 g/dL y menor a 10 g/dl durante la etapa posparto. Cabe estimarse que se considera anemia si el nivel de hemoglobina es menor a 11g/dL durante las semanas 1-12 (primer trimestre) y 29-40 (tercer trimestre) del embarazo y menor a 10.5 g/dL durante las semanas 13-28 (segundo trimestre). Estos niveles de hemoglobina corresponden a valores de hematocrito de 33 %, 32 % y 33 %, respectivamente. (24)

- **Anemia y embarazo**

La disminución del estigma constituye el déficit alimentario más habitual durante la gestación, como es de esperarse por la mayor remanda, de hierro durante esta etapa. (24)

El Ministerio de Salud del Perú, precisa que la anemia en las diferentes provincias, se distribuye de manera desigual, es así que la anemia en la provincia de Sucre (Ancash)).

- **Derivación de la anemia en la gestación;**

La desnutrición podría vincularse con morbilidad del producto, como la defunción de patologías del producto fetal. De igual modo, un alto porcentaje de los fetos con sufrimiento fetal

- **Tratamiento profiláctico, terapéutico, recomendación dietética y terapéutica oral y parenteral**

Según Castillo (24):

*El tratamiento profiláctico*

Dosis profiláctica: ácido fólico más ferroso heptahidrato 400ug+60mg uno diario por vía oral

- **La infección del tracto urinario (ITU)**

Según Oznacavanja (28) la infección del tracto urinario, representa una morbilidad muy frecuente en la etapa de la gestación, por lo que es necesario detectarla y atenderla oportunamente, dada las consecuencias que tiene en la evolución y culminación del embarazo y puerperio.

La Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (29) afirma que la infección del tracto urinario presenta:

**Bacteriuria Asintomática (BA):** se define como bacteriuria asintomática a dos exámenes de urocultivo positiva consecutivos, con el mismo germen, con recuento de colonias 100 000/mL, en ausencia de sintomatología. Su incidencia es 3 a 10%, dependiendo del nivel socioeconómico de las pacientes.

Se piensa que el origen de las bacterias sería el riñón, ya que 25-50% de estos casos tienen antígeno O de la bacteria presente, test de fluorescencia positivo para anticuerpos de la pared bacteriana y enzima B glucorinidasa en concentraciones variables.

Alrededor del 40% de las pacientes con BA no tratada desarrollan pielonefritis aguda. BA se relaciona, además, con riesgo significativamente aumentado de prematuridad y RN de bajo peso de nacimiento.

**Cistitis Aguda (CA):** llamada también infección urinaria baja, se caracteriza por sintomatología de polaquiuria, disuria y disconfort pélvico de grado variable, en ausencia de fiebre y/o dolor costolumbar. El cultivo de orina es el examen que certifica esta infección, aunque hay controversia con respecto al número de colonias. Muchos piensan que, independientemente del número, habiendo sintomatología, la infección debe calificarse como cistitis y, por lo tanto, tratarse como tal. La FDA reconoce como infección sólo un recuento de colonias 100.000/mL. En nuestro servicio, existiendo sintomatología y encontrándose sedimento urinario compatible con infección y urocultivo positivo, independiente del número de colonias, se inicia tratamiento. A diferencia de bacteriuria asintomática, el 94% de estas pacientes presenta test de fluorescencia negativo para anticuerpos bacterianos, indicando que la vejiga es el sitio de infección.

**Pielonefritis Aguda (PA):** La pielonefritis aguda, o infección urinaria alta, es la forma más grave de presentación de la infección del tracto urinario. El cuadro clínico se caracteriza por fiebre, que puede llegar a ser muy elevada (sobre 39 C), calofríos intensos, y, en 85% de los casos, dolor en región costolumbar.

La bacteriuria es siempre significativa, y en el 7-10% de las pacientes se produce bacteremia. El hecho más significativo es que 2-3% de ellas desarrollará shock séptico, con la consiguiente gravedad para madre y feto.

Menos frecuentemente, la PA se ha asociado a síndrome de dificultad respiratoria del adulto, complicación muchas veces mortal. La mayoría de las infecciones urinarias altas se producen en los dos últimos trimestres de la gestación (67%) y 20% ocurre en el puerperio.

Muchas pacientes con esta infección experimentan contracciones uterinas frecuentes e intensas, debido a que la mayoría de los gérmenes involucrados contienen fosfolipasa A2, enzima fundamental para la síntesis de prostaglandinas, sustancias envueltas en el inicio del trabajo de parto. La BA no tratada evoluciona a PA en 13,5 a 65% de los casos. Con tratamiento, en cambio, esos porcentajes disminuyen a 0-5,3%. De las pacientes con PA, 28% desarrolla bacteriuria recurrente, y 10% presenta nuevamente PA durante el mismo embarazo.

- **Infecciones de transmisión sexual**

Las jóvenes gestantes pueden adquirir el malestar de infecciones sexuales (ITS) que las jóvenes que embarazadas. Las mujeres gestantes deben solicitar al médico que les realicen pruebas de detección de las ITS, ya que algunos médicos no lo hacen de manera usual. (30)

Las jóvenes gestantes pueden contagiarse con las molestias infecciones de transmisión sexual (ITS) que contraen las mujeres que no están embarazadas.

- **Polihidramnios**

El líquido amniótico (LA), cumple una función muy importante en el crecimiento y bienestar del producto porque le ayuda de traumatismos y la

contaminación sirve como almacén de nutrientes. Por otra parte, una adecuada cantidad de LA accede el progreso de los sistemas musculoesquelético, gastrointestinal y pulmonar fetal, lo que explica el incremento de la morbi-mortalidad perinatal que se asocia al oligoamnios (disminución de la cantidad) y al polihidramnios (aumento de la cantidad). (33).

Se define hidramnios o poli hidramnios, al aumento excesivo de líquido amniótico  $> 1500 -2000$  ml. La valoración de certeza se hace mediante ecografías: diámetro de la laguna máxima  $>8$  cm o I.L.A.  $>24$  cm. (34)

- **Oligohidramnios.**

Aparece con la reducción del fluido amniótico bajo del volumen común para la edad gestacional. Existencia de  $< 500$  ml de líquido amniótico a término. Es distinto del pohidramnios, no existe causa de resultado espontáneo en caso de oligoamnios. La frecuencia es de  $< 5\%$  de oligoamnios. (34)

Las patologías que se pueden asociar con oligoamnios son las siguientes (Cerviño y Pagés, s/f,291).:

- Ruptura prematura de membranas.
- Retardo del crecimiento intrauterino.
- Deformes fetales.
- Síndrome de transfusión intergemelar.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Infecciones congénitas.
- Gestaciones cronológicamente prolongadas.
- Inducido por medicamentos.
- Enfermedad hipertensiva del embarazo. 10. Idiopáticas

- **Retardo de crecimiento intrauterino**

El retardo de desarrollo intrauterino (RCIU) se ha definido como la incompatibilidad de alcanzar un desarrollo intrauterino bueno dado por su potencial genético. (29 ) considera que el retardo del desarrollo intrauterino (RCIU) “es la derivación de la omisión del eventual genético de desarrollo fetal, que ocurre como respuesta a la reducción del aporte de sustratos, o, más infrecuentemente, a noxas genéticas, tóxicas o infecciosas. En cualquiera de estos casos, RCIU implica una restricción anormal del crecimiento en un individuo (feto) que tiene un potencial de desarrollo mayor”.

### **2.3. Marco conceptual**

**Anemia del embarazo:** es la deficiencia de nutrientes durante este periodo y la etapa del puerperio. (29)

**Vigilancia de la embarazada:** acciones que ofrece el personal con dominio con la grávida su vigilancia prenatal, en establecimientos de salubridad (23)

**Atención de grávida con patologías:** reunión organizado de función, participación y técnica- que se ofrece a las gestantes que presentan riesgo en la gestación, estableciendo con el desarrollo de evaluación, equilibrio y observación (23)

**Consulta médica de prevención:** es la atención médica realizada a un usuario que acude al centro asistencial y no manifiesta necesidad sentida de pérdida de su salud ni enfermedad actual, solicitando información, protección y descarte precoz de enfermedad en prevención de enfermedades que puedan afectar de manera importante su normal desarrollo. Comprende un conjunto de acciones y decisiones

médicas, destinadas a formular y definir el diagnóstico precoz de enfermedad o riesgo de contraerla. (36)

**Control prenatal precoz o temprano:** iniciación del examen prenatal antes de las 14 semanas de gestación.

**Control prenatal tardío:** conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, desde las 14 semanas y más de embarazo.

**Enfermedad:** trastorno o variación del dominio vital del individuo principio comúnmente señalados anteriormente presentan signos característicos cuyos cambios más o menos asintomaticos.

## CAPÍTULO III

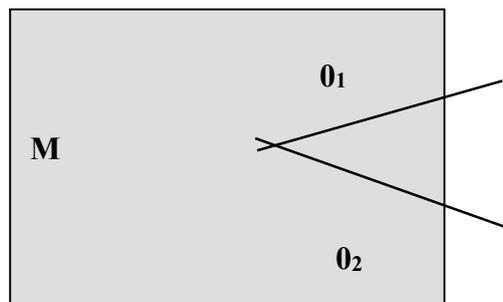
### MÉTODO

#### 3.1. Tipo de investigación

El tipo de estudio fue no experimental, (37) observacional. El investigador no interviene. Se limita a observar y describir la realidad), retrospectivo (Se registra información pasada) y transversal.

#### 3.2. Diseño de la investigación

El coetáneo investigación de acuerdo con el fin cognoscitivo es explicativo y según su criterio de clasificación es observacional, retrospectivo (38); Solano y Serón (39), relacional, ya que las preguntas de investigación están orientadas a describir y establecer la asociación de las variables de estudio.



**Dónde:**

M	=	Muestra
O <sub>1</sub>	=	Variable: control prenatal tardío
O <sub>2</sub>	=	Variable 2: Patologías
r	=	Relación de las variables de estudio control prenatal tardío y patologías

**3.3. Población y muestra****3.3.1. Población**

La población de análisis se define como “un conglomerado determinado o infinito de componente con singularidad frecuente para los cuales serán extensivas al desenlace de la indagación. Esta queda delimitada por el dilema y la intención de análisis” (40). Conformada por 135 grávidas que asisten a la oficina de Obstetricia en el Puesto de Salud Cono Norte en el distrito de Ciudad Nueva de Tacna (entidad prestadora de salud inaugurada el 8 de noviembre de 1994).

**3.3.2. Muestra**

- **Tamaño:**

Se calculó la magnitud de modelo con un nivel de decisión del 95%. El fallo demostración se estimó 5% y 0,50 para p y 0,50 para q.

$$n = \frac{z^2 NPQ}{\varepsilon^2 N + z^2 PQ}$$

$$n = \frac{1,96^2(135-1)}{0.05^2 + 1.96^2(135-1)}$$

$$n = 100 \text{ gestantes casos y } 100 \text{ controles}$$

Donde:

Z: 1,96

N: 135 gestantes

P: Proporción que presenta el fenómeno estudiado

Q: 1-P

E: Error absoluto o precisión

- **Tipo de muestreo**

Se optó por un muestreo aleatorio simple, ya que todos los individuos de la población pueden formar parte de la muestra, es decir, tienen probabilidad positiva de formar parte de la muestra de estudio (41).

### **3.4. Métodos y dispositivo de recaudación de datos**

Según Abanto (42) los métodos de recaudación son “son técnicas organizadas, activos que sirven para los resultados de pregunta prácticos”. Para el actual estudio, se aplicó una inscripción de acopio de documento, la cual tuvo la siguiente estructura:

<b>I. Datos generales</b>	Edad Estado civil Nivel educativo
<b>II. Formula obstetrica</b>	Total, de gestaciones Total, de hijos Total, de partos Total, Abortos
<b>III. Patologías</b>	Anemia..... Infecciones del tracto urinario ..... Infecciones de transmisión sexual ..... Polihidramios ..... Oligoamnios..... Retraso de desarrollo intrauterino.....

- **Validez de contenido**

El valor de la capacidad, se analizó a través del criterio de tres jueces expertos en el tema, para determinar la coherencia de los ítems de la ficha de cotejo con las variables de estudio, la claridad y suficiencia de los indicadores. Según el coeficiente V de Aiken, los ítems deben de alcanzar un valor superior a 0,7, por lo que se consideró aceptables a aquellos ítems que alcanzaron un índice de acuerdo mayor o igual a 0,7. (43)

### **3.5. Método de procesamiento y análisis de datos**

En cuanto a la disociación de referencia de número se utilizaron:

Frecuencias absolutas y relativas, las que representan el recuento de los valores de una variable, de tal forma que la sumatoria evidencia el tamaño muestral. La frecuencia absoluta es sinónimo de frecuencia, se representa por la letra n o por la f. Las frecuencias relativas, son las absolutas divididas por el tamaño de la muestra, por lo que se agregaran 1 ó 100, según se expresen en tanto por uno o en tanto por ciento. Se representa por f o por h. (44,45,46)

Para la prueba de hipótesis se optó por el Test de Chi cuadrado. Asimismo, la hipótesis nula de la prueba Chi-cuadrado postula una asignación de expectativa íntegramente determina como el modelo matemático de la población que ha generado la muestra (47) y el test exacto de Fisher no fue a posibilitar distinguir si dos inconstantes dicotómicas están asociadas cuando la muestra a estudiar es inmoderado mínima y no se expira las estipulaciones inevitables para que la diligencia del test  $\chi^2$  sea adecuada, ya que en algunos casos, la frecuencia de ocurrencia de las patologías fue baja ( 48,49) . Para el contraste de la hipótesis se

planteó hipótesis estadísticas, las que “son utilizadas para la confiscación de determinación basadas en datos existentes que pueden llegar a una conclusión sobre cierto sistema” (50)

Para la exposición de los resultados, se aplican tablas y gráficas.

## CAPITULO IV

### PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

#### 4.1. Presentación de resultados

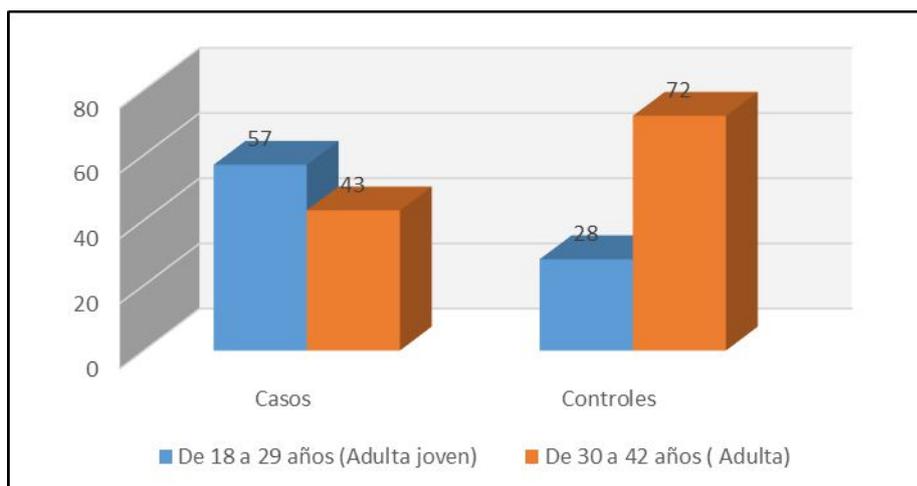
**Tabla 1**

**Edad de las gestantes con control prenatal tardío casos y controles que acudieron al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015**

Grupo etario	Casos		Controles	
	Nº	%	Nº	%
De 18 a 29 años (Adulta joven)	57	57,0	28	28,0
De 30 a 42 años ( Adulta)	43	43,0	72	72,0
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base

Historia Clínica General



**Figura 1**  
**Edad de las gestantes casos y controles que acudieron al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015**

Elaboración Propia

**Análisis:**

En la Tabla y imagen 1 se puede examinar que más de la mitad de las gestantes, atendidas que comprenden entre las edades de 18 a 29 años (57%); y el otro porcentaje comprende edades de 30 a 42 años que es la etapa de adulto con un porcentaje 43% que acudieron al 'puesto de Salud Cono Norte.

El grupo mayoritario de gestantes corresponde a la edad adulta joven, etapa en la que mayormente se asumen los roles sociales y familiares, como el embarazo en el caso de jóvenes. En cuanto al sanitario, el tiempo de adulta joven es propicia para el embarazo, sin embargo, un 43% tienen edades de 30 a 42 años, es decir, correspondería en muchos casos a gestantes añosas, con una mayor probabilidad de riesgo. El grupo mayoritario de gestantes corresponde a la edad adulta joven, etapa en la que mayormente se asumen los roles sociales y familiares, como el embarazo en el suceso de las jóvenes

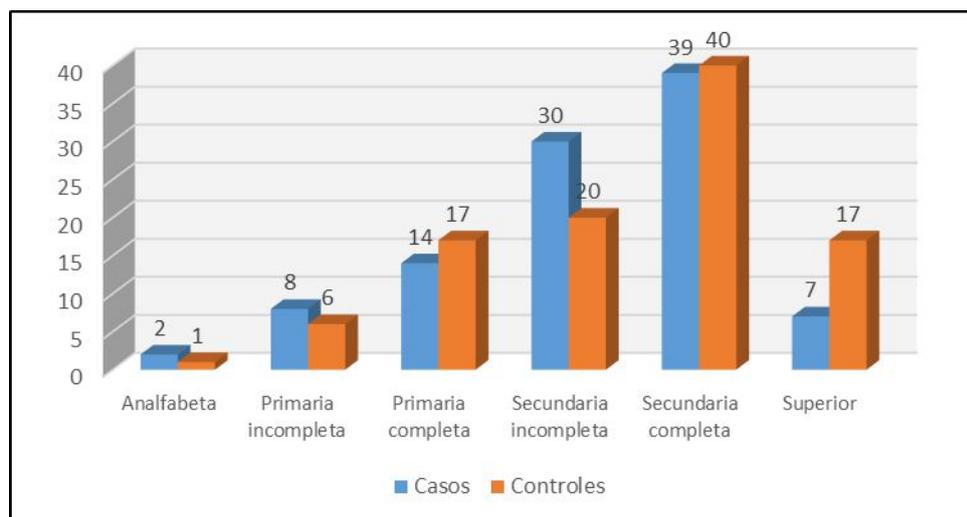
**Tabla 2**

**Nivel educativo de gestantes con control prenatal tardío que acuden al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015**

Nivel educativo	Casos		Controles	
	N°	%	N°	%
Analfabeta	2	2,0	1	1,0
Primaria incompleta	8	8,0	6	6,0
Primaria completa	14	14,0	17	17,0
Secundaria incompleta	30	30,0	20	20,0
Secundaria completa	39	39,0	40	40,0
Superior	7	7,0	17	17,0
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Ficha de Cotejo

Elaboración Propia



**Figura 2**

**Nivel educativo de gestantes casos y controles que acuden al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015**

Fuente: Tabla 02

**Análisis:**

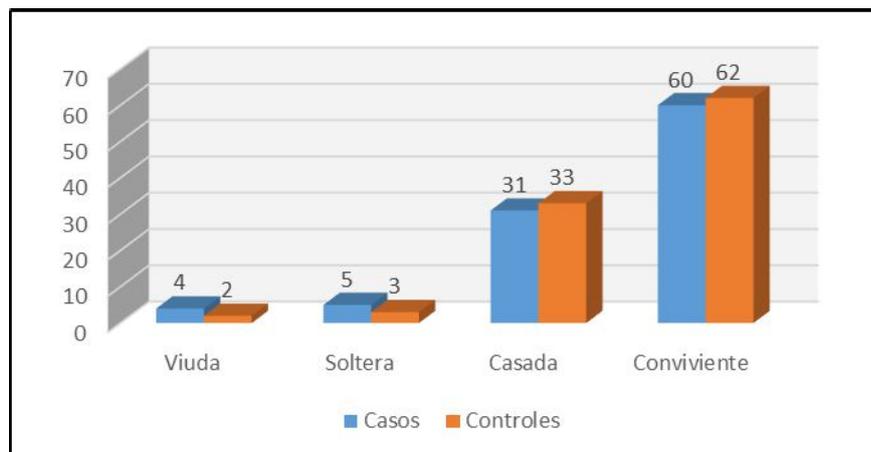
En la Tabla 2 y imagen 2 se analiza que el 39% de las gestantes tienen secundaria completa, 30 % de las gestantes tienen secundaria incompleta, 14% tienen primaria completa, 8 % tienen primaria incompleta, y 2 % de las gestantes son analfabetas., aun se cuenta con personas que no saben leer ni escribir , aunque son la minoría, aunque la mayoría tiene secundaria, lo que favorece la comprensión de las causas de salubridad y medidas preventivas , como circunstancias de inseguridad, nutrición, etc.

**Tabla 3**

**Estado civil de gestantes casos y controles que acuden al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015**

<b>Estado Civil</b>	<b>Casos</b>		<b>Controles</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Viuda	4	4,0	2	2,0
Soltera	5	5,0	3	3,0
Casada	31	31,0	33	33,0
Conviviente	60	60,0	62	62,0
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historia Clínica Perinatal



**Figura 3**

**Estado civil de gestantes casos y controles que asisten al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015**

Fuente: Tabla N° 03

**Análisis:**

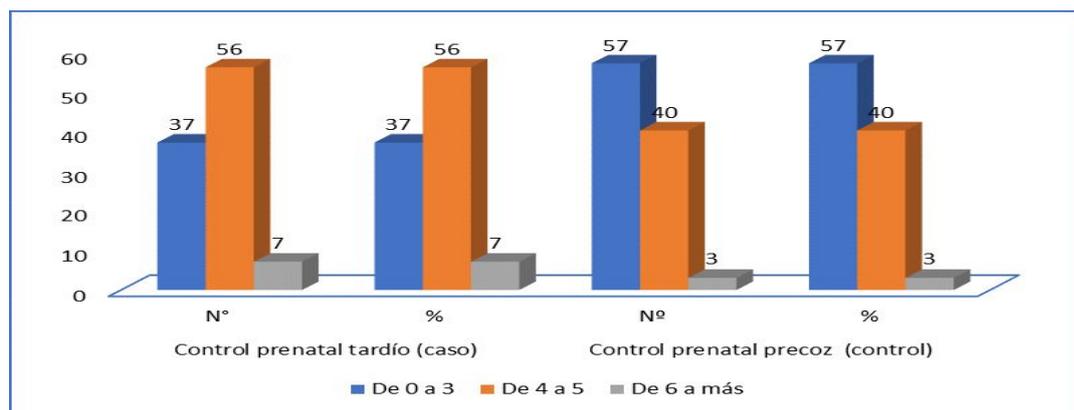
En el cuadro y imagen 3 se analiza que, el 60 % de las grávidas su estado civil es de conviviente, el 31% de las gestantes son casadas, el 5% son solteras y el 4% son viudas. Cabe mencionar, que la condición preponderante es de conviviente, lo que se explicaría desde la posición social educación y antropológico, ya que, desde las culturas milenarias, se ha presentado la figura del concubinato como una antelación al estado civil estable o casado, situación que hoy perdura. Además, de la tendencia de las generaciones actuales de preferir la convivencia al estado civil de casada.

**Tabla 4**

**Gestantes con control prenatal tardío según número de gestaciones en el Puesto Salud Cono Norte, 2015**

N° de Gestas	Control prenatal tardío (caso)		Control prenatal precoz (control)	
	N°	%	N°	%
De 0 a 3	37	37,0	57	57,0
De 4 a 5	56	56,0	40	40,0
De 6 a más	7	7,0	3	3,0
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base



**Figura 4**

**Gestantes casos del Puesto de Salud de Cono Norte según número de gestaciones, 2015**

Fuente: Tabla N° 04

**Analisis:**

En la Tabla y imagen 4 se analiza que, el 56% de las gestantes presentaron entre 4 a 5 gestaciones; el 37% de las gestantes han presentado entre de 1 a 3 gestaciones y el 7% gestantes tuvieron de 6 a más gestaciones. En realidad, resulta preocupante la evidencia de que el de las gestantes que han tenido 1 a 5 gestaciones, inicien tardíamente su control prenatal, lo que significa que no solamente las primerizas que presumiblemente por su inexperiencia, podrían desconocer las causas que conlleva iniciar tardíamente un control prenatal, sino también aquellas mujeres con hasta 5 gestaciones, lo que nos lleva a pensar que posiblemente concurren situaciones o características particulares, pero también institucionales que sería necesario investigar.

**Tabla 5**

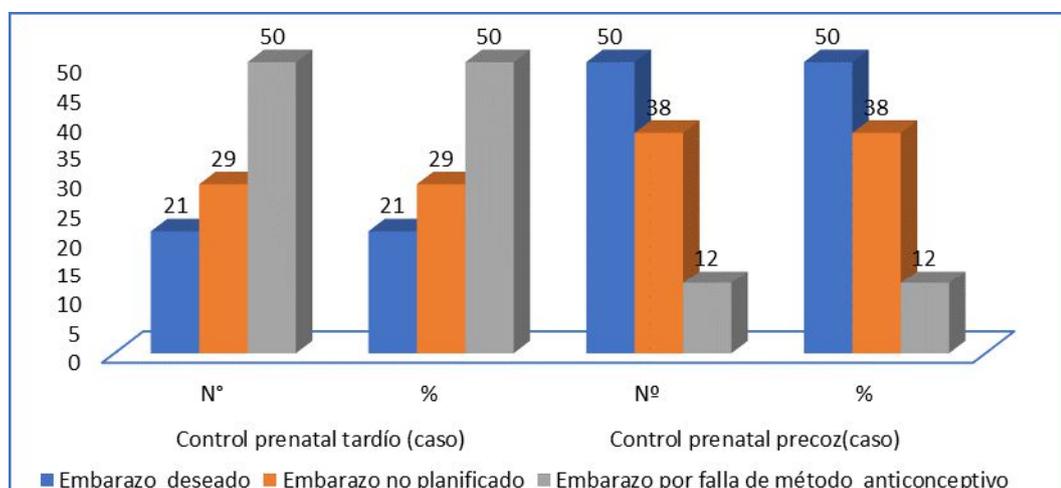
**Gestantes con control prenatal tardío del Puesto de Salud de Cono Norte según si el embarazo fue planificado o por otro motivo, 2015**

	Control prenatal tardío (caso)		Control prenatal precoz(caso)	
	Nº	%	Nº	%
Embarazo deseado	21	21,0	50	50,0
Embarazo no planificado	29	29,0	38	38,0
Embarazo por falla de método anticonceptivo	50	50,0	12	12,0
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base

Historia Clínica General

Elaboración Propia



**Figura 5**

**Gestantes con control prenatal tardío del Puesto de Salud de Cono Norte según si el embarazo fue planificado o por otro motivo, 2015**

Fuente: Tabla 5

**Análisis:**

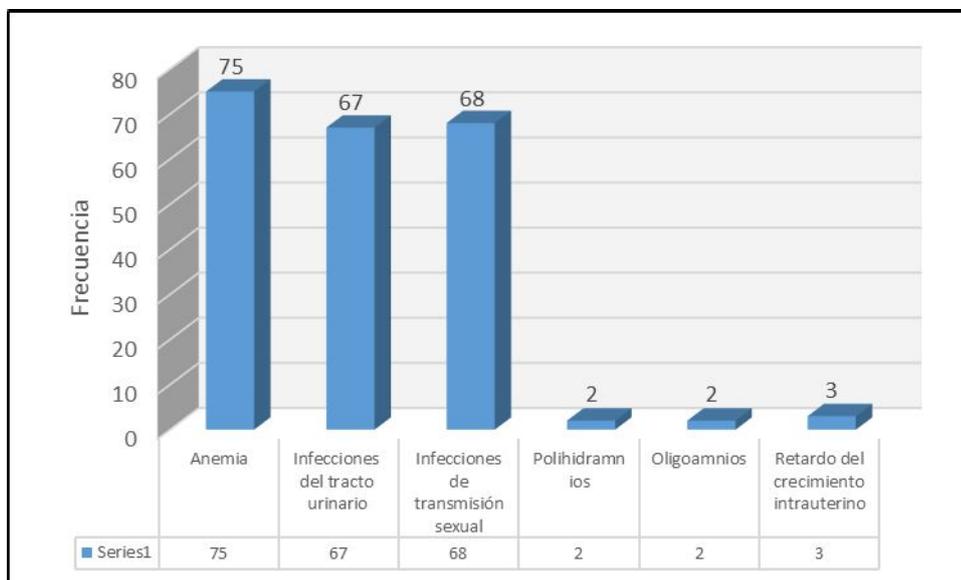
La Tabla y imagen 5 se analiza que, el 50% de las gestantes han manifestado que la ocurrencia de embarazo *se debió a una falla del método anticonceptivo*, el 29% de las gestantes manifestaron que su *embarazo no fue planificado* y el 21% de las gestantes manifestaron que su *embarazo ha sido deseado*. Cabe señalar, que teniendo en cuenta que la población de la muestra tiene edades que corresponde a adulta joven, es que la mayoría tiende a postergar el embarazo, prueba de ello, es que el 50 % usaba algún método anticonceptivo cuya falla determinó el embarazo y otro 29% dijo que no estaban en sus planes de vida embarazarse, lo que significa que no tenía intención de iniciar un embarazo, y por ende tampoco se encontraban preparadas para ello.

**Tabla 6**

**Patologías en las embarazadas que asisten al Puesto de Salud de Cono Norte según patologías, 2015**

	N°	%
Anemia	75	34,56
Infecciones del tracto urinario	67	30,88
Infecciones de transmisión sexual	68	31,34
Polihidramnios	2	0,92
Oligoamnios	2	0,92
Retardo del crecimiento intrauterino	3	1,38
	217	100,0

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base



**Figura 6**

**Patologías en las embarazadas que asisten al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015**

Fuente: Tabla 6

**Análisis:**

La tabla y imagen 6 se analiza que del total de patologías que alcanzan 217, el 34,56% correspondió a las anemias, las infecciones del tracto urinario representan un 30,88%, seguida de las infestaciones de infección sexual con 31,34%. El poli hidramnios y el oligoamnios, representan un 0,92 % en cada caso y un 1,38% al retardo del crecimiento intrauterino.

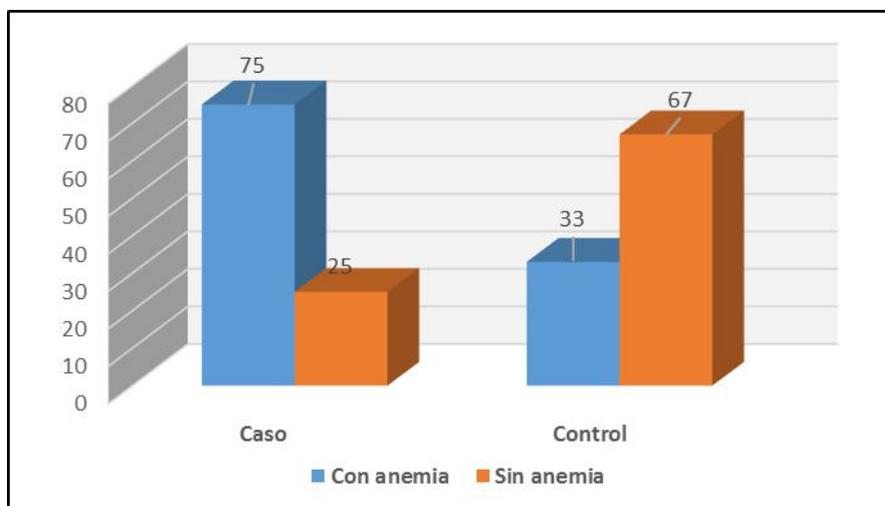
**Tabla 7**

**Patologías desagregadas que asisten al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015**

	<b>Caso</b>		<b>Control</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Con anemia	75	75,0	33	33,0
Sin anemia	25	25,0	67	67,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base

Elaboración Propia



**Figura 7**

**Anemia en gestantes de las gestantes casos y controles que acuden al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015**

Fuente: Tabla 9

## **Análisis**

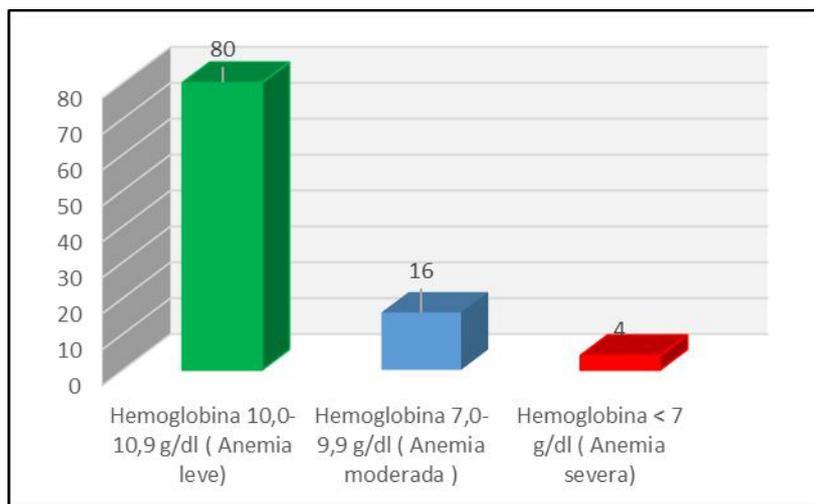
La Tabla y imagen 9, se evidencia que, en el grupo de casos, la mayoría presentó anemia (75%), mientras que en el grupo de los controles el 33 % que corresponde a la tercera parte, evidenció anemia. Cabe resaltar, que cuando la gestante acude tardíamente, muchas veces la condición de anemia preexistente o que se presenta durante el embarazo, no se puede revertir debido a que aun cuando se le prescriba suplemento de sulfato ferroso, el lapso de tiempo para el parto a veces está muy cercano.

**Tabla 8**

**Gestantes con control prenatal tardío del Puesto de Salud de Cono Norte  
Según Clasificación de Anemia, 2015**

	N°	%
Hemoglobina 10,0-10,9 g/dl ( Anemia leve)	60	80,0
Hemoglobina 7,0-9,9 g/dl ( Anemia moderada )	12	16,0
Hemoglobina < 7 g/dl ( Anemia severa)	3	4,0
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base



**Figura 8**

**Gestantes con control prenatal tardío del Puesto de Salud Cono Norte con patologías 2015**

Fuente: Tabla 10

**Análisis:**

La Tabla 8 e imagen 8 se analiza que, del total de la muestra, el 80% presentó un nivel de anemia leve, en el 16% anemia moderada y un 4 % anemia severa. Esto puede deberse a las prácticas de intervención del ministerio de Salud para el aporte gratuito del suplemento de micronutrientes a todas las gestantes independientemente de la semana de gestación.

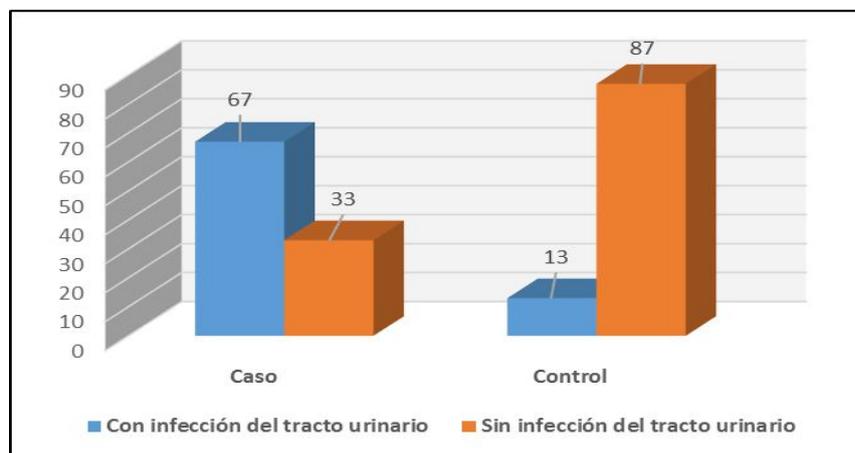
**Tabla 9**

**Patologías del tiempo evacuatorio en gestantes que acuden al Puesto de Salud Cono Norte ,2015**

	Caso		Control	
	Nº	%	Nº	%
Con infestación de vías urinarias	67	67,0	13	13,0
Sin infección de vías urinarias	33	33,0	87	87,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base

Elaboración Propia



**Figura 9**

**Patologías del tiempo evacuatorio que acuden al Puesto de Salud Cono Norte ,2015**

Fuente: Tabla 11

**Anàlisis:**

La Tabla 9 e imagen 9 se estudia que el 67 % de las gestantes que acudieron tardíamente al control prenatal (casos) también presentaron infección del tracto urinario, sin embargo, en el mismo grupo un 33% no presentó episodio mórbido de ITU. En las gestantes que acudieron a realizarse control prenatal oportuno o precoz (controles), el 87 % no presentó infección del tracto urinario, sin embargo, un 13 % si presentó ITU. Las infestaciones del tiempo evacuatorio, son complicaciones habituales en la gestación, pero los resultados que hemos encontrado evidencian que la proporción es superior en aquellas grávidas que tardíamente asisten a su examen prenatal. Es importante mencionar, que el Puesto de Salud Cono Norte del distrito de Ciudad Nueva corresponde al Nivel I según la categorización establecida por el MINSA, por lo que las grávidas con impresión de valoración de infección del tiempo evacuatorio basado en el análisis completo de orina, son atendidas en la consulta de Medicina General

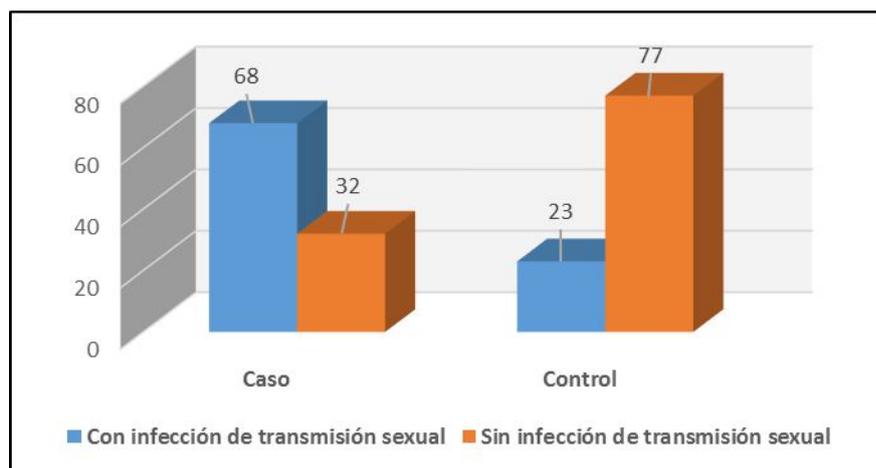
**Tabla 10**

**Infecciones de transmisión sexual en grávidas que asisten al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015**

	Caso		Control	
	Nº	%	Nº	%
Con infección de transmisión sexual	68	68,0	23	23,0
Sin infección de transmisión sexual	32	32,0	77	77,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base

Elaboración Propia



**Figura 10**  
**Infecciones de transmisión sexual en grávidas que asisten al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015**

Fuente: Tabla 12

**Anàlisis:**

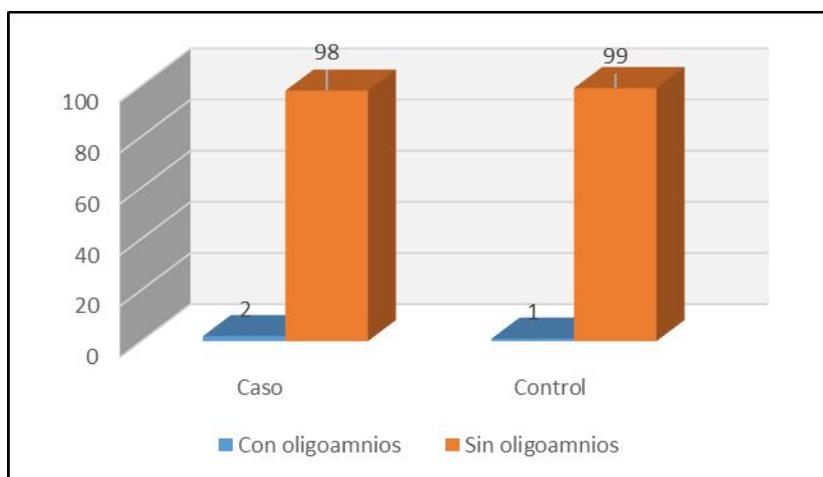
Según se aprecia la Tabla e imagen 10, en la muestra de estudio se encontró 68% de gestantes casos, presentaron diagnóstico de infección de transmisión sexual, y el 77 % de los controles, caso no presentaron infecciones de transmisión sexual. Cabe destacar que se sabe que una ITS puede aumentar el riesgo de aborto, infecciones, parto prematuro, entre otros, lo cual evidencia la importancia de detectar tempranamente los casos de ITS. De otro lado, cabe acotar que en el Puesto de Salud Cono Norte, constituye un establecimiento del Nivel I, por lo que en los casos de infección de transmisión sexual en gestantes se procede según manejo sintromico.

**Tabla 11**

**Oligoamnios en grávidas que asisten al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015**

	Caso		Control	
	Nº	%	Nº	%
Con oligoamnios	2	2,0	1	1,0
Sin oligoamnios	98	98,0	99	99,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base



**Figura 11**

**Oligoamnios en grávidas que asisten al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015**

Fuente: Tabla 13

## **Análisis**

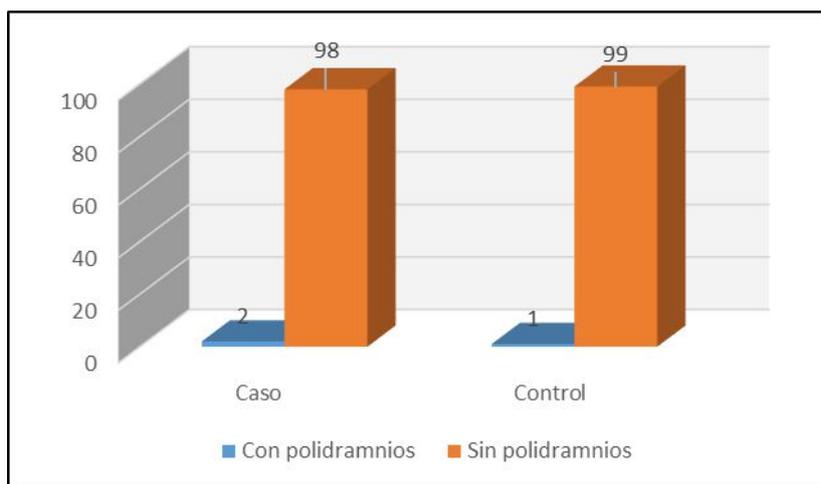
Como se analiza en la Tabla y imagen 11, sólo se presentó dos embarazos con oligoamnios en los casos, lo que constituye un 2% y solo uno oligoamnios en los controles, que constituye el 1 %.

**Tabla 12**

**Poli hidramnios en grávidas que asisten al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015**

	Caso		Control	
	N°	%	N°	%
Con poli hidramnios	2	2,0	1	1,0
Sin poli hidramnios	98	98,0	99	99,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base



**Figura 12**

**Poli hidramnios en grávidas que asisten al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015**

Fuente: Tabla 12

### **Análisis**

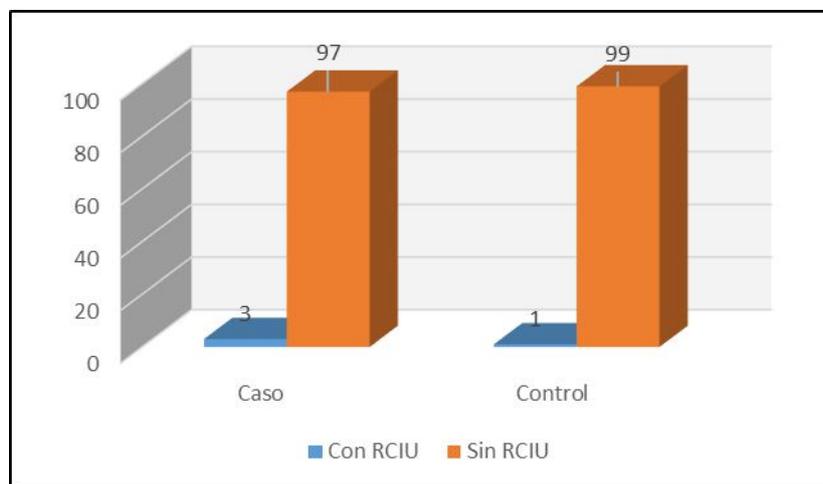
Como se analiza el cuadro 12 e imagen 14, sólo se presentaron dos gestantes con diagnóstico de poli hidramnios en los casos, lo que constituye un 2% y solo uno diagnóstico de poli hidramnios en los controles, que constituye el 1 %.

**Tabla 13**

**Retardo del crecimiento intrauterino en grávidas que asisten al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015**

	Caso		Control	
	Nº	%	Nº	%
Con retardo crecimiento intrauterino	3	30	1	1,0
Sin retardo crecimiento intrauterino	97	97,0	99	99,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historia Clínica Perinatal Base



**Figura 13**

**Retardo del crecimiento intrauterino en grávidas que asisten al Puesto de Salud de Cono Norte, 2015**

Fuente: Tabla 13  
Elaboración Propia

**Análisis**

Como se analiza en la Tabla e imagen 13, se presentaron tres casos de retardo del crecimiento intrauterino en los casos y solo un diagnóstico de RCIU en los controles, lo que constituye el 1%.

## 4.2. Contrastación de hipótesis

Se ha seleccionado la verificación de Ji cuadrado, para la prueba de las hipótesis, en tal sentido, el supuesto más importante es verificar que el estadístico sigue una distribución de Ji cuadrado, lo cual se cumple, si la estimación esperados son superiores que 5. En este lance, cuando se aplica el cuadro de circunstancia para aplicar el método de Ji cuadrado, para contrastar la asociación del control prenatal tardío con las patologías, oligoamnios y retardo del crecimiento intrauterino, las frecuencias observadas, presentan valores esperados menor que 5, por lo que el supuesto no se cumple y el test no es válido; por lo que se presentan tres pruebas de probabilidad.

**H<sub>0</sub>**: El control prenatal tardío no se relaciona con la anemia en gestantes.

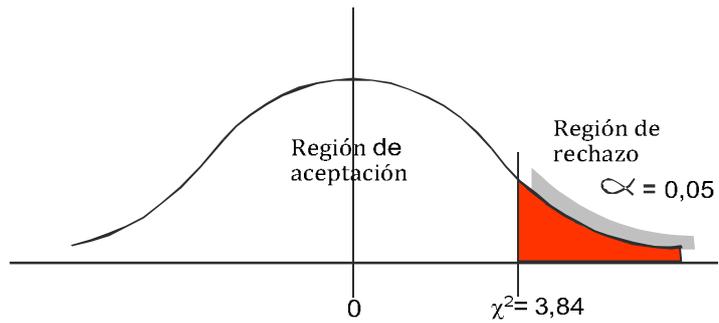
**H<sub>1</sub>**: El control prenatal tardío se relaciona significativamente con la anemia en gestantes.

- **Nivel de Significancia**: Para toda estimación de posibilidad equivalente o mínimo que 0,05, se admite H<sub>1</sub> y se refuta H<sub>0</sub>.
- **Zona de rechazo**: Para toda estimación de posibilidad superior que 0,05, no se rechaza H<sub>0</sub>.
- **Estadístico de prueba**: Chi cuadrado

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}.$$

$$gl = 1; \alpha = 0.05$$

$$\text{Chi-cuadrado teórico: } \chi^2_{(1; 0.05)} = 3,84$$



**Tabla 14**

**Matriz de operaciones auxiliares**

		Caso	Control	Total
Con anemia	Calculo	75	33	108
	% del total	37,5%	16,5%	54,0%
Sin anemia	Calculo	25	67	92
	% del total	12,5%	33,5%	46,0%
Total	Calculo	100	100	200
	% del total	50,0%	50,0%	100,0%

**Tabla 15****Prueba de Chi cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	35,507 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección de continuidad	33,837	1	,000		
Razón de verosimilitud	36,675	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	35,330	1	,000		
N de casos válidos	200				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 46,00.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Decisión:**

Como el  $X_2$  calculado es de 35,507 y la significancia menor a 0,05, entonces se obtiene la determinación de contrariar la  $H_0$ , y se acepta  $H_1$ . Asimismo, afirmamos que existe demostración a favor de una agrupación entre el control prenatal tardío y la anemia en gestantes, para una altura de categoría de 5%.

**Segunda hipótesis específica****Hipótesis estadísticas**

**H<sub>0</sub>:** El control prenatal tardío no se relaciona con la infección del tracto urinario en gestantes.

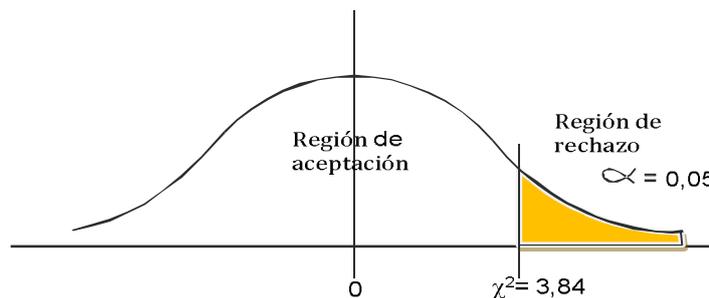
**H<sub>1</sub>:** El control prenatal tardío se alterna significativamente con la infestación del tiempo evacuatorio en gestantes.

- **Nivel de Significancia:** Para toda estimación de posibilidad equivalente o mínimo que 0,05, se admite  $H_1$  y se refuta  $H_0$ .
- **Zona de rechazo:** toda estimación de posibilidad superior que 0,05, no se rechaza  $H_0$ .
- **Estadístico de prueba:** Chi cuadrado

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

$$gl = 1; \alpha = 0.05$$

Chi-cuadrado teórico:  $\chi^2_{(1;0.05)} = 3,84$



**Tabla 16**

**Matriz de operaciones auxiliares**

		Caso	Control	Total
Con ITU	calculo	67	13	80
	% del total	33,5%	6,5%	40,0%
Sin ITU	calculo	33	87	120
	% del total	16,5%	43,5%	60,0%
Total	calculo	100	100	200
	% del total	50,0%	50,0%	100,0%

**Tabla 17**

**Prueba de Chi cuadrado**

Pruebas de che-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	60,750 <sup>a</sup>	1	,000		
Modificación de continuidad	58,521	1	,000		
Razón de verosimilitud	65,092	1	,000		
Verificación exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	60,446	1	,000		
N de casos válidos	200				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 40,00.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Decisión:**

Como el  $X_2$  calculado es de 60,750 y la significancia menor a 0,05, entonces se obtiene la determinación de contariar la  $H_0$ , y se acepta  $H_1$ , por lo que afirmamos que existe demostración a favor de una agrupación entre el control prenatal tardío y la infección de tracto urinario en gestantes, para una altura de categoría de 5%.

**Tercera hipótesis específica**

**Hipótesis estadísticas**

**H<sub>0</sub>:** El control prenatal tardío no se relaciona con la infección de transmisión sexual en gestantes.

**H<sub>1</sub>:** El control prenatal tardío se relaciona significativamente con la infección de transmisión sexual en gestantes.

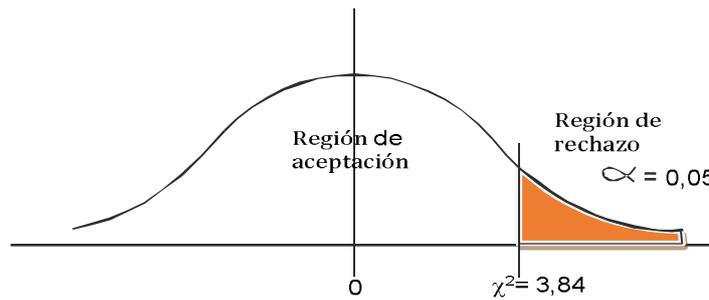
**Nivel de Significancia:** Para toda estimación de posibilidad equivalente o mínimo que 0,05, se admite  $H_1$  y se refuta  $H_0$ .

- **Zona de rechazo:** Para toda estimación de posibilidad superior que 0,05, no se rechaza  $H_0$ .
- **Estadístico de prueba:** Chi cuadrado

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

$$gl = 1; \alpha = 0.05$$

Chi-cuadrado teórico:  $\chi^2_{(1;0.05)} = 3,84$



**Tabla 18****Matriz de operaciones auxiliares**

		Caso	Control	Total
Con ITS	calculo	68	23	91
	% del total	34,0%	11,5%	45,5%
Sin ITS	calculo	32	77	109
	% del total	16,0%	38,5%	54,5%
Total	calculo	100	100	200
	% del total	50,0%	50,0%	100,0%

**Tabla 19****Prueba de Chi cuadrado****Pruebas de che-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	40,831 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección de continuidad	39,036	1	,000		
Razón de verosimilitud	42,408	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	40,627	1	,000		
N de casos válidos	200				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 45,50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Decisión:**

Como el  $X_2$  calculado es de 40,831 y la significancia menor a 0,05, entonces se obtiene la determinación de contrariar la  $H_0$ , y se acepta  $H_1$ , por lo que afirmamos que existe demostración a favor de una agrupación entre el control prenatal tardío y las infecciones de transmisión sexual en gestantes, para una altura de categoría de 5%.

## Cuarta hipótesis específica

### Hipótesis estadísticas

**H<sub>0</sub>**: El control prenatal tardío no se relaciona con la oligoamnios en gestantes.

**H<sub>1</sub>**: El control prenatal tardío se relaciona significativamente con el oligoamnios en gestantes.

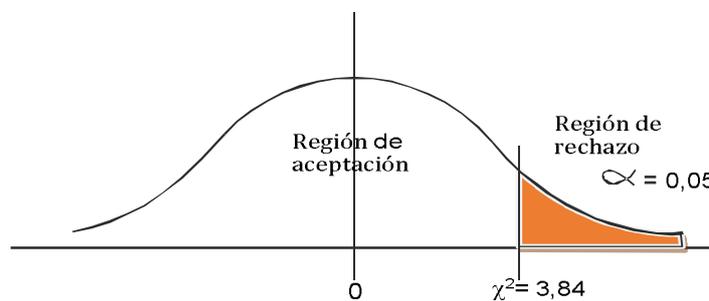
**Nivel de Significancia**: Para toda estimación de posibilidad equivalente o mínimo que 0,05, se admite H<sub>1</sub> y se refuta H<sub>0</sub>.

- **Zona de rechazo**: Para toda estimación de posibilidad superior que 0,05, no se rechaza H<sub>0</sub>.
- **Estadístico de prueba**: Chi cuadrado

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

$$gl = 1; \alpha = 0.05$$

$$\text{Chi-cuadrado teórico: } \chi^2_{(1; 0.05)} = 3,84$$



**Tabla 20****Matriz de operaciones auxiliares**

		Caso	Control	Total
Con oligoamnios	calculo	2	1	3
	% del total	1,0%	0,5%	1,5%
Sin oligoamnios	calculo	98	99	197
	% del total	49,0%	49,5%	98,5%
Total	calculo	100	100	200
	% del total	50,0%	50,0%	100,0%

**Tabla 21****Prueba de Chi cuadrado**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,338 <sup>a</sup>	1	,561		
modificación de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,345	1	,557		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,500
Asociación lineal por lineal	,337	1	,562		
N de casos válidos	200				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Decisión:**

Como el  $X_2$  calculado es de 0,338 y la significancia de 0,561 mayor a 0,05, entonces se obtiene la determinación de no rechazar la  $H_0$ , por lo que enunciamos

que no existe demostración a favor de una agrupación entre el control prenatal tardío y el oligoamnios en gestantes, para una altura de categoría de 5%.

### Quinta hipótesis específica

#### Hipótesis estadísticas

**H<sub>0</sub>:** El control prenatal tardío no se relaciona con poli hidramnios en gestantes.

**H<sub>1</sub>:** El control prenatal tardío se relaciona significativamente con el polihidramnios en gestantes.

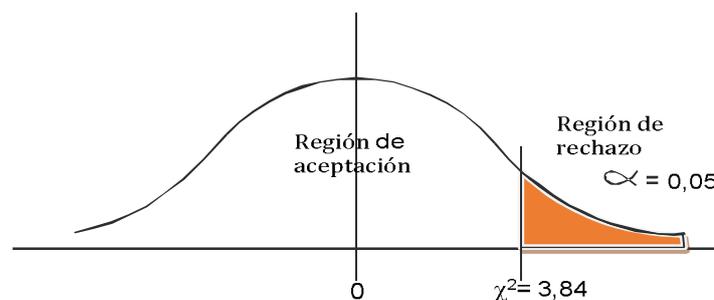
**Nivel de Significancia:** Para toda estimación de posibilidad equivalente o mínimo que 0,05, se admite H<sub>1</sub> y se refuta H<sub>0</sub>.

- **Zona de rechazo:** Para toda estimación de posibilidad superior que 0,05, no se rechaza H<sub>0</sub>.
- **Estadístico de prueba:** Chi cuadrado

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

$$gl = 1; \alpha = 0.05$$

$$\text{Chi-cuadrado teórico: } \chi^2_{(1; 0.05)} = 3,84$$



**Tabla 22****Matriz de operaciones auxiliares**

		Caso	Control	Total
Con polidramnios	calculo	2	1	3
	% del total	1,0%	0,5%	1,5%
Sin polihidramnios	calculo	98	99	197
	% del total	49,0%	49,5%	98,5%
Total	calculo	100	100	200
	% del total	50,0%	50,0%	100,0%

**Tabla 23****Prueba de Chi cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,338 <sup>a</sup>	1	,561		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,345	1	,557		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,500
Asociación lineal por lineal	,337	1	,562		
N de casos válidos	200				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Decisión:**

Como el  $X_2$  calculado es de 0,338 y la significancia de 0,561 mayor a 0,05, entonces se obtiene la determinación de no contrariar la  $H_0$ , por lo que afirmamos que no se anuncia a favor de una agrupación entre el control prenatal tardío y el poli hidramnios en gestantes, para una altura de categoría de 5%.

## Sexta hipótesis específica

### Hipótesis estadísticas

**H<sub>0</sub>:** El control prenatal tardío no se relaciona con el retraso del desarrollo intrauterino en gestantes.

**H<sub>1</sub>:** El control prenatal tardío se relaciona significativamente con el retraso del desarrollo intrauterino en gestantes.

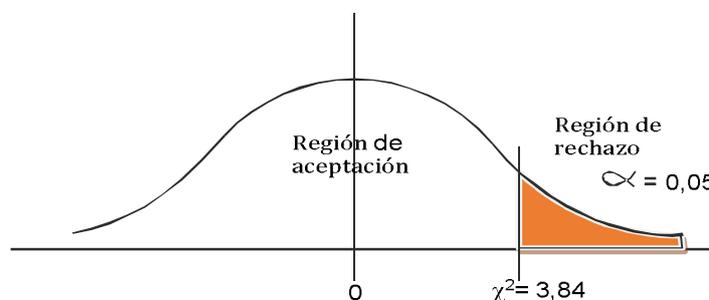
**Nivel de Significancia:** Para toda estimación de posibilidad equivalente o mínimo que 0,05, se admite H<sub>1</sub> y se refuta H<sub>0</sub>.

- **Zona de rechazo:** Para toda estimación de posibilidad superior que 0,05, no se rechaza H<sub>0</sub>.
- **Estadístico de prueba:** Chi cuadrado

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

$$gl = 1; \alpha = 0.05$$

$$\text{Chi-cuadrado teórico: } \chi^2_{(1; 0.05)} = 3,84$$



**Tabla 24****Matriz de operaciones auxiliares**

		Caso	Control	Total
Con RCIU	Recuento	3	1	4
	% del total	1,5%	0,5%	2,0%
Sin RCIU	Recuento	97	99	196
	% del total	48,5%	49,5%	98,0%
Total	Recuento	100	100	200
	% del total	50,0%	50,0%	100,0%

**Tabla 25****Prueba de Chi cuadrado**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	1,020 <sup>a</sup>	1	,312		
modificación de continuaci <sup>b</sup>	,255	1	,614		
Razón de apariencia	1,067	1	,302		
Prueba exacta de Fisher				,621	,311
Asociación lineal por lineal	1,015	1	,314		
N de casos válidos	200				

**Decisión:**

Como el  $X_2$  calculado es de 1,020 y la significancia DE 0,312, superior a 0,05, entonces se obtiene la determinación de no contrariar la  $H_0$ , y se enuncia que no existe demostración a favor de una agrupación entre el control prenatal tardío y la demora del desarrollo intrauterino en gestantes, para un nivel de significancia de 5%.

### 4.3. Discusión de resultados

En la búsqueda, hallamos que en la totalidad de las grávidas atendidas en el Puesto de Salud de Cono Norte, presenta edades entre 18 y 29 (adulta joven) años (57%), resultados que coinciden con estudios realizados, como el de Hernández Cala (12) en Colombia, quienes reportan que la edad de las gestantes atendidas se encuentra entre 14 y 24 años ( adulta joven) y con los de Gómez, Rosales, Agreda, Castillo, Alarcón y Gutiérrez (56) quienes encontraron que la edad más frecuente se encontró entre 20 a 29 años de edad con un 47%. Igualmente, resultan coincidentes con nuestros hallazgos, la información de Munares, Gómez, Barboza, Sánchez. (51) en asentamientos de sanidad del gobierno salud del Perú en 287 691 embarazadas, en quienes la vida media fue de  $25,5 \pm 6,7$  años, al igual que los resultados de Bayona, Ascanio, Álvarez y Páez (52) quienes hallaron que un 35% tenían una categoría de existencia entre 19 y 24 años.

También se halló que la totalidad de las grávidas con 69% tienen estudios secundarios, resultados discordantes con los de Córdoba, Escobar y Guzmán (6) quien halló que un 57,6% tiene estudios secundarios. Asimismo, encontramos solo un 31% de mujeres casadas y un 60% son convivientes resultados discordantes ya que presentan cifras mayores para el estado civil casadas y menores en cuanto a convivencia, es así que Córdoba *et al* (6) halló un 43,7% casadas, al igual que Bayona y cols. (52) quien encontró en su estudio un 43,8% de casadas y un 56,1% de convivientes. En cuanto al número de gestaciones, en cuando la vigilancia que más de la fracción, presenta entre 4 a 5 gestaciones, teniendo en cuenta que el promedio nacional de fecundidad en el Perú según el INEI (53) 2,4 hijos por mujer para el periodo 2010-2013 y de 3,4 para el sector rural. Los resultados en

cuanto a la edad, indican la cifra de la etapa que sobresalió es de 18 y 29 años, sin embargo, muchas de las mujeres cursaban con más de tres embarazos, lo que revela que la primera gestación fue en la etapa de adolescencia, lo que resulta preocupante ya que según la organización universal de la sanidad, “el crecimiento mínimo de 16 intervalo transcurre una posibilidad de muerte maternal, cuatro veces más alto que las doncellas de 20 a 30 años y la valoración de muerte de sus productos es casi un 50% altor”( 54).

Cabe anotar, que resulta que el 50 % inició su primer control prenatal tardíamente, cifra alta en relación a lo hallado por Córdoba et al (2009) quien encontró que un 48,3% con un inicio de control prenatal tardío (después del primer trimestre), como también Sánchez *et al* en Lima, quien reportó que un 76 % inició su control prenatal tardíamente, al igual también que Castillo (24) en Ecuador, quien reporta que un 49% con control prenatal tardío.

En cuanto a las patologías del embarazo, encontramos que el 51% presentaban anemia, seguido de infecciones del tracto urinario con un 37 % y 4% con infecciones de transmisión sexual. En el primer caso, en relación a la presencia de anemia en las gestantes , los resultados son coincidentes con los de Acuña y Ochoa en el 2007(55) quien encontró que el incidente más habitual en la embarazada es la anemia, sin embargo, la proporción de gestantes con anemia, es superior a lo hallado por otros investigadores, Acuña y Ochoa en el 2007 (55) , reportan un 43,5% de gestantes con anemia, Gómez , Rosales, Agreda Castillo y Gutiérrez (56) encontró un 37,4%, ANDES 2013 (53) reporta una prevalencia 27,2%; sin embargo, en Venezuela, Ávila, García, Gómez, Villanueva, Benítez y

Fuentes (57) encontraron en su estudio un 76% de prevalencia de anemia supera la prevalencia hallada.

Asimismo, al parecer se halló una característica entre el examen prenatal tardío con la anemia; infección del tracto urinario y la propagación de transmisión sexual, a embarazadas del espacio de sanidad Cono Norte de Tacna ( $P:0,001$ ). Al respecto, nuestros hallazgos son preocupantes, ya que por ejemplo Gómez (56) afirma que “las embarazadas que comienzan su control prenatal en el primer, o segundo periodo del producto, expone, regular culminación del pigmento semejante a las que comienzan a emigrar del tercer periodo”, decir, la probabilidad de presentar anemia cuando la atención prenatal es tardía se incrementa. Asimismo, también encontramos similitud en términos de asociación con alguna morbilidad, con los hallazgos de Solórzano en el 2014 (14) quien informó que el control prenatal tardío se asocia con la morbilidad extrema (patologías diagnosticadas durante su embarazo y cuyo desenlace no haya sido la muerte) en gestantes adolescentes ( $OR\ 3,467; p<0,05$ ). Además, otros estudios, vinculan también la asistencia al control prenatal tardío con la morbilidad neonatal (7). De otro lado, Ahumada y Alvarado en el 2016 (58) hallaron una asociación significativa entre el control prenatal tardío con el parto pretérmino ( $P<0,01$ ).

Las consecuencias teóricas, que se desprenden de los resultados, implican que desde el lugar de aspecto de gestor de prestación un indicador de la calidad de los proyectos de sanidad maternos para mejorar la fortaleza pública., se centra en el cumplimiento de uno de los cuatro requisitos básicos, como es el inicio del control prenatal precoz o temprano, ya que sin duda, acceder la realización

ocasional de empeño de difundir, atenciones y restablecimiento del bienestar de la embarazada, elemento que resulta trascendente.

Basada en los hallazgos, consideramos, que la consulta prenatal tardía, contribuiría con la posibilidad de detectar patologías poco aparentes – subclínicas -, que están vinculadas con morbilidad o mortalidad materna y también perinatal, tal como lo afirma Gamboa y Valdés en 2013 (59) al referirse al control prenatal tardío, que constituye un “una posibilidad sumamente más valioso de consecuencias médicas, presentes es la pre eclampsia, hipertensión arterial anemia trascendental, nacimiento precoz o hemorragias previas. El peligro de fallecimiento para las jóvenes de riesgo mucho más alto de superiores de 15 años o más mancebos es 60% considerable que el de jóvenes de 20 años.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

**Primera:** El control prenatal tardío se relaciona significativamente con la anemia en gestantes del Puesto de Salud Cono Norte de Tacna ( $X^2$ : 35,507; P: 0,001).

**Segunda:** El control prenatal tardío se relaciona significativamente con la infección del tracto urinario en gestantes del Puesto de Salud Cono Norte de Tacna ( $X^2$ : 60,750; P: ,001).

**Tercera:** El control prenatal tardío se relaciona significativamente con la infección de transmisión sexual en gestantes del Puesto de Salud Cono Norte de Tacna ( $X^2$ : 40,831; P: 0,001).

**Cuarta:** El control prenatal tardío no se relaciona significativamente con oligoamnios en gestantes del Puesto de Salud Cono Norte de Tacna ( $X^2$ : 0,338; P: 0,561).

**Quinta:** El control prenatal tardío no se relaciona significativamente con el poli hidramnios en gestantes del Puesto de Salud Cono Norte de Tacna ( $X^2$ : 0,338; P: 0,561).

**Sexta:** El control prenatal tardío no se relaciona significativamente con el retardo del crecimiento uterino en gestantes del Puesto de Salud Cono Norte de Tacna ( $X^2$ : 1,020; P: 0,312)

## **5.2. Recomendaciones**

1. Se hace necesario que el MINSA mejore las habilidades de participación, cuya orientación sea el apoyo y la organización a la formación en la consideración del control prenatal, a través de preparaciones, promoviendo lograr a las mujeres jóvenes, ubicadas en la edad gestacional de 1 a 13 semanas, es decir el primer trimestre del embarazo, puesto que acuden durante el intermedio corresponde al segundo trimestre.
2. Que el Puesto de Salud Cono Norte promueva la consulta prenatal depende la disposición por el gabinete de Salubridad del Perú, como un mecanismo seguro para la disposición de eventos mórbidos en la gestante.
3. A los gobiernos Locales y Regionales mediante sus proyectos dirigidos a la mujer fortalezca la educación a las jóvenes en vida reproductiva, sobre la asepsia y medidas de higiene y salud sexual antes y durante el embarazo a fin de evitar enfermedades de transmisión sexual que perjudiquen la salud del neonato.

4. Crear diligencia que accedan y favorezcan en la etapa del embarazo, pudiendo realizarse talleres sobre cuidados de embarazo en los colegios y/o universidades.
5. A los colegios profesionales realizar acciones de información, educación y comunicación, dirigido a las jóvenes en vida productiva a fin de que concurren tempranamente al control prenatal, lo que permitirá prevenir y detectar precozmente la morbilidad y evitar consecuencias desfavorables en el binomio madre-niño.
6. A los obstetras abordar estudios poblacionales que permitan identificar desde la perspectiva de las gestantes sus expectativas y necesidades respecto al control prenatal, así como evaluar la efectividad de diferentes estrategias que permitan disminuir la frecuencia de gestantes que acuden tardíamente o no acuden al control prenatal.

## BIBLIOGRAFIA

1. CEDIP. Hospital Clínico La Florida Dra. Eloísa Díaz Insunza Pontificia Universidad Católica de Chile Guía perinatal.2010.
2. MINSA, Dirección General de Salud de las personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la mortalidad materna y perinatal. 2009.Lima.
3. Ministerio de Salud del Perú. Mejora y resultados en la Salubridad Materna.2014.
4. Alfaro N. Campos G.Análisis del control prenatal que se brinda a las gestantes de la provincia de Heredia que tuvieron su parto en el Hospital SanVicentedePaúl.2014.[Enlínea]Recuperado [www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/download/.../13536](http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/download/.../13536).
5. Villacis C., Becerra D Negrete L. Adherencia al control prenatal en la Clínica de Gestantes Adolescentes del Hospital de Engativa de Bogotá. [Tesis de Especialidad] Universidad Nacional de Colombia.
6. Córdova R., Escobar L., Guzmán Circunstancia incorporado a la inasistencia al Examen Prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila ,2009. 2012
7. Díaz S.y Girart J. (2009) Disponible en Control Prenatal como antecedente de importancia en la morbimortalidad neonatal Hospital Universitario Dr. Luis Razetti – Barcelona, Octubre-Diciembre del

2008.2009 Disponible <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/1134/1/Tesis.CONTROL%20PRENATAL.pdf>.

8. Escobar L., Guzman L. y Cordova R. Circunstancia incorporado a la inasistencia al examen prenatal durante el primer trimestre en fémimas grávidas de la ESE San Sebastian La Plata Huila 2009.2011 [Tesis de especialidad] Universidad Surcolombiana [ En línea] Recuperado de <https://contenidos.usco.edu.co/images/documentos/grados/T.G.Epidemiologia/55.T.G-Lina-Paola-Escobar-Fiesco-Lyda-Lucero-Guzman-Ramiro-Cordoba-2011.pdf>.
9. Peláez L., Pérez B. Incorporación inadecuado de grávidas al sistema de registro prenatal en la institución Hospital Tobías Puerta De Uramita [Tesis de especialidad] Universidad CES [En línea] Recuperado de [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/841/2/Autorizacion\\_publicacion.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/841/2/Autorizacion_publicacion.pdf)
10. Pécora A., San Martín E., Cantero A., Furfaro K., Jankovic M. y Llompart V. *Control prenatal tardío ¿Barreras en el sistema de salud?* Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda, vol. 27, núm. 3, 2008, pp. 114-119 Hospital Materno Infantil Ramón Sarda Buenos Aires, Argentina <http://www.redalyc.org/pdf/912/91227304.pdf>.
11. Freitas M. Examen prenatal y complicaciones maternas durante el parto y puerperio inmediato. Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. 2009. [Tesis de Especialidad] Universidad Centro occidental “Lisandro Alvarado” [En

línea][http://bibmed.ucla.edu.ve/edocs\\_bmucla/textocompleto/TWQ240DV4F742009.pdf](http://bibmed.ucla.edu.ve/edocs_bmucla/textocompleto/TWQ240DV4F742009.pdf).

12. Hernández L., Cala C. Componente incorporado a la cesión de programación de dirección prenatal en las grávidas captadas en la institución sanatorio compuesto de San Juan de Cimitarra, Santander. Segundo Semestre 2008.[ Tesis de especialidad] Universidad CES – Universidad Autónoma de Bucaramanga [En línea] Recuperado de <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/337/2/FACTORES%20ASOCIADOS..DR%20CARLOS%20CALA%20LINIANA%20HERNANDEZ%20AUDITORIA%20EN%20CALIDAD.pdf>
13. Navarro J. Principio de inseguridad para preludio extemporáneo de análisis prenatal en grávidas que asisten al despacho de tocología del interior de salubridad “Leonor Saavedra”, enero a marzo del 2015.
14. Solórzano L. Factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2013.
15. UNICEF. Guía para el abordaje de las Emergencias Obstétricas. 2004. UNICEF, Suiza.
16. UNICEF y Sinergias ONG (s/f) Supervisión del examen prenatal completo. espacio para un registro prenatal de aptitud [ En línea] Disponible <http://sinergiasong.org/cajasdeherramientas/prenatal/pasos.html>.
17. Administración de Salud Argentina- Entidad organizadora de programación infantiles y alimentación. Supervisión para la habilidad del cuidado preconcepcional y del examen prenatal. 2001, Buenos Aires.

18. EDUSALUD –Chile. Control prenatal.
19. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Alcaldía Mayor de Bogotá. Itinerario de registro prenatal y causa de contingencia.2010. [ En línea] Disponible en <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/difusiones/explorador%201.%20%20CONTROL%20PRENATAL%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf>
20. Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA. Diario Oficial El Peruano, Lima, Perú, 25 de diciembre de 2013.
21. Ministerio de Salud del Perú - Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología.2010. Lima.
22. Ferreira B. Características del control prenatal en las embarazadas adolescente,<http://www.monografias.com/trabajos26/embarazo-adolescente/embarazo-adolescente.shtml#ixzz49Vswy65v>.
23. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la atención integral de Salud Materna (NTS N° 105-MINSA/DGSP.V.01), Lima.
24. Castillo A. Casos de desnutrición en grávidas sin patologías incorporado que asisten a la prestación de Ginecobstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora de Loja –Ecuador .2012.[En línea] Recuperado de<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6319/1/Castillo%20G%C3%A1lvez%20Andrea%20Elizabeth%20.pdf>.
25. MINSA PERU.Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Informe. Anemia en gestantes del Perú y Provincias con comunidades nativas 2011. 2012, Lima.

26. Reviez L, Gyte G, Cuervo L. Tratamientos para la anemia ferropénica en el embarazo.2008. Biblioteca Cochrane Plus 2008;2.
27. Jelen A, Canalejo K, Aixalá M. Importancia de observación de la serie eritroide con tecnología del siglo XXI en embarazadas prevalencia de anemia. Acta Bioquim Clin Latinoam 2007;41(1):47-50.
28. Oznacavanja B.Obstetricia y Ginecología.2013 [En línea] Disponible en <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0ginecolo--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-0-01--11-hr-50---20-preferences---00-0-1-00-0-0-11-1-0windowsZz-1250-00&cl=CL3.1&d=HASH0bcf14bb690288ea7fabf9.21.1&hl=1&gc=0&gt=0>
29. Instituto de Medicina de la Universidad Católica de Chile (s/f) Rotura prematura de membranas [En línea] Disponible <http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/RPM.html>
30. Medio para el examen y la Previsión de Afecciones de transmisión sexual (ETS).2016 [En línea] Recuperado de <https://www.cdc.gov/std/spanish/embarazo/stdfact-pregnancy-s.htm>.
31. Organización Mundial de la Salud.Infecciones de transmisión sexual.2015Disponible<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>.
32. FLASOG. Guía Clínica de FLASOG Ruptura Prematura de Membranas GC, 2011:Nº1<http://www.sogiba.org.ar/documentos/GC1RPM.pdf>.

33. Cerviño N., Pagés G, Patología del líquido amniótico.S.f [En línea]  
 Disponible [http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia\\_moderna/om\\_22.pdf](http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_22.pdf) .
34. Ramírez J. Tema 0-17: Fisiopatología del líquido amniótico . Embarazo postérmino. <http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%200-17.pdf>.
35. Muñoz L., Hernández R. Retardo del crecimiento intrauterino y sus modificaciones bioquímicas.2005.
36. EsSalud. Manual Institucional.2008 .
37. Jiménez C., semejantes modelo de aplicación epidemiológicos para la investigación.
38. Polit, D, Indagación inventar en habilidad de la Salubridad.1997.  
 McGraw-Hill Interamericana, México D.F.
39. Solano, R, Serón , P. Diseños de investigación clínica [En línea]  
 Disponible <http://www.med.ufro.cl/Recursos/GISIII/linked documentos/dice %F1os%20cuantitativos.pdf>.
40. Castro M. El plan de exploración y su esquema de elaboración.2003.  
 Edit. Uyapal, Caracas.
41. tutor. Diccionario de Estadística y Probabilidad.2010 [En línea]  
 Recuperado en <http://www.ditutor.com/asignaturas/estadistica.html>.
42. Abanto W. proyecto y crecimiento del plan de exploración.2015. Ed.  
 Universidad Cesar Vallejo, Trujillo.
43. Aiken L. Test psicológicos y evaluación.1996. Edit. Prentice Hall,  
 Madrid.

44. Roldán A. Diccionario de estadística práctica.2009. [En línea]  
Disponible <http://hojamat.es/estadistica/diccio/diccestad.htm#frecuencia>.
45. Aché A. Procedimiento pandémico para el examen de la malaria.[http://www.bvs.gob.ve/libros/metodos\\_epid\\_control\\_malaria.pdf](http://www.bvs.gob.ve/libros/metodos_epid_control_malaria.pdf)
46. Glez F. Estadística Descriptiva.2002. [ En línea] Disponible en <http://personales.unican.es/gonzaleof/Itop/Descriptiva.pdf> .
47. Ortiz Z, M. Epidemiología elemental y supervisión de la Salubridad. 2001..
48. Pita S. Como se analizan las investigaciones médicas: cuantificación de la contingencia de inseguridad.2010.
49. Pértega S., Pita S. Alianza de transformable específico: El test exacto de Fisher y el Test de McNemar.2009. .
50. Álvarez J., Durán J. y Castro M. Diccionario Estadístico.2013 [En línea]  
Disponible e<https://xs0217.files.wordpress.com/2013/12/diccionario.pdf>
51. Munares O, Gómez G, Barboza J, Sánchez J. Niveles de hemoglobina en grávidas atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú
52. Bayona E., Ascanio F., Álvarez y. y Páez L. estudio de la captación inoportuna de las grávidas al examen prenatal del proyecto colectivo de disposición Primer Semestre del Año 2014.
53. Instituto Nacional de Estadística e Informática –Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES. Nacional y Departamental, 2013, Lima.
54. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo.2009.

55. Acuña H., Ochoa Y. Complicaciones materno perinatales en adolescentes con reincidencia de embarazo, estudio caso control.2007 (Tesis de titulación) Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
56. Gómez I., Rosales S., Agreda L., Castillo A., Alarcón E. y Gutiérrez C. (2014) Nivel de hemoglobina y prevalencia de anemia en gestantes según características socio-demográficas y prenatales. En Revista Peruana de Epidemiología. ISSN 1609-7211.
57. Ávila A, Elemento clínico y socio sanitarios coordinar a la desnutrición. Venezuela 2013
58. Ahumada M. y Alvarado G. Factores de riesgo de parto pre término en un hospital.2016.
59. Gamboa C. y Valdés S. El embarazo en adolescentes. Marco teórico conceptual, políticas públicas, derecho comparado. Directrices de la OMS, Iniciativas presentadas y opiniones especializadas.2013 [En línea] Recuperado de [putados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf](http://putados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf).
60. Herrera M., Álvarez M.,Pérez Y., Hernández A., Gonzales A. Obstetricia. Observación inapropiada del embarazo. Resultados en el Hospital Maternal «LaPaz».1999.