



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**RELACIÓN ENTRE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CUMPLIMIENTO
DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD
SAN JUAN DE SALINAS DEL DISTRITO SAN MARTIN DE PORRES EN EL
AÑO 2016**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
OBSTETRICIA**

AUTOR:

ORTIZ MUNAYCO ANA LUCIA

ASESOR:

DRA. GUDELIA ZEVALLOS YPANAQUÉ

LIMA – PERÚ

AÑO 2018

Dedico a:

Dios por guiar mis pasos cada día, por brindarme salud y fuerzas en momentos difíciles; a mi familia porque son el motor de mi vida, por darme apoyo en toda mi carrera profesional y por incentivar a ser una mejor persona.

Agradezco a:

A la Doctora Gudelia Zevallos Ypanaqué por guiarme en el camino de la investigación, por permitir aprender de su experiencia en el área y corregir mis errores en el proceso de enseñanza.

RESUMEN

El presente estudio titulado relación entre factores sociodemográficos y cumplimiento de la atención prenatal en gestantes del centro de salud San Juan de salinas del distrito San Martin de Porres en el año 2016 fue planteado con el **objetivo** de determinar la relación entre los factores sociodemográficos y cumplimiento de la atención prenatal en gestantes del Centro de Salud San Juan de Salinas del distrito de San Martin de Porres en el año 2016. **Material y Método:** la investigación fue cuantitativa no experimental, transversal analítico de casos y control, desarrollándose de manera retrospectiva; para la medición de los factores sociodemográficos se utilizó una ficha de recolección de datos consolidados del año 2016. **Resultados:** se incluyeron 350 gestantes; de las cuales 175 cumplieron su atención prenatal y 175 no cumplieron su atención prenatal. Existen factores sociodemográficos como grado de instrucción (OR: 2.393; IC 95%; $p=0.0415$) y números de hijos – paridad (OR: 2.076; IC 95%; $p=0.013$) que se encuentran relacionados con el cumplimiento de la atención prenatal. Se identificó que la relación entre edad ($p=0.8$), estado civil ($p=0.32$), ocupación ($p=0.19$) y cumplimiento de la atención prenatal no es significativa con un p valor >0.05 . **Conclusión:** Se determinó que existe relación entre factores sociodemográficos (grado de instrucción y número de hijos) y cumplimiento de la atención prenatal en gestantes del Centro de Salud San Juan de Salinas en el año 2016.

Palabras clave: Factores Sociodemográficos, atención prenatal, gestantes.

ABSTRACT

The present study entitled "Relationship between sociodemographic factors and compliance with prenatal care in pregnant women of the San Juan de Salinas health center of the San Martin de Porres district in 2016 was proposed with the **objective** of determining the relationship between sociodemographic factors and compliance with prenatal care in pregnant women of the San Juan de Salinas Health Center in the district of San Martin de Porres in 2016. **Materials and methods:** the research was non-experimental quantitative, cross-sectional case analysis and control, developed retrospectively; For the measurement of sociodemographic factors, a consolidated data collection card for 2016 was used. **Results:** 350 pregnant women were included; of which 175 completed their prenatal care and 175 did not complete their prenatal care. There are sociodemographic factors such as educational level (OR: 2,393, 95% CI, $p = 0.0415$) and number of children - parity (OR: 2.076, 95% CI, $p = 0.013$) that are related to compliance with prenatal care. It was identified that the relationship between age ($p = 0.8$), marital status ($p = 0.32$), occupation ($p = 0.19$) and compliance with prenatal care is not significant with a p value > 0.05 . **Conclusion:** It was determined that there is a relationship between sociodemographic factors (educational level and number of children) and compliance with prenatal care in pregnant women of the San Juan de Salinas Health Center in 2016.

Key Words: Sociodemographic factors, prenatal care, pregnant women.

INDICE

INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	9
1.2. Delimitación de la investigación	12
1.2.1. Delimitación temporal.....	12
1.2.2. Delimitación geográfica.....	12
1.2.3. Delimitación social.....	12
1.3. Formulación del Problema	12
1.3.1. Problema principal.....	12
1.3.2. Problemas secundarios.....	12
1.4. Objetivos de la Investigación	13
1.4.1. Objetivo general	13
1.4.2. Objetivos específicos	13
1.5. Hipótesis y variables de la investigación.....	13
1.5.1. Hipótesis general	13
1.5.2. Hipótesis secundarias	14
1.5.3. Variables, dimensiones e indicadores	15
1.6. Justificación de la Investigación	16
1.7. Importancia de la Investigación	16
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1 Antecedentes de la Investigación	18
2.1.1. Tesis Nacionales.....	18
2.1.2. Tesis Internacionales.....	20
2.2. Bases Teóricas	24
2.3. Definición de términos básicos	34
CAPITULO III: METODOLOGÍA.....	36
3.1. Tipo de la Investigación.....	36
3.2. Diseño de la Investigación	37
3.2.1. Nivel de la investigación	37
3.2.2. Método	37
3.3. Población y muestra de la Investigación	37

3.3.1. Población.....	37
3.3.2. Unidad de análisis.....	37
3.3.3. Muestra	37
3.4. Técnicas e instrumento de la recolección de datos.....	39
3.4.1. Técnicas.....	39
3.4.2. Instrumentos	39
3.5. Procedimientos:	
Técnicas del procesamiento de la información	41
3.6. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información.....	41
3.7. Aspectos éticos contemplados.....	42
CAPITULO IV: RESULTADOS.....	43
4.1. Resultados	43
4.2. Discusión de los resultados.....	61
4.3. Conclusiones.....	62
4.4. Recomendaciones.....	63
Fuentes de Información.....	64
Anexos	69
Matriz de consistencia.....	70
Instrumento	72
Otros	73

INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental en donde todas las personas deben tener la posibilidad de acceder. La mortalidad materna es uno de los indicadores que en las últimas décadas se redujo de 185 a 93 x 100,000 nacidos vivos en el país (cifra correspondiente al Endes 2015). Sin embargo, es una de las más altas en América Latina. En el Perú, cada día 2 mujeres mueren por complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, 856 mujeres sufren complicaciones del embarazo.²

Por esta razón, Especialistas del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) del Ministerio de Salud (MINSA), manifiestan que es de suma importancia que la mujer acuda a sus atenciones prenatales porque el personal altamente capacitado podrá así vigilar paso a paso el desarrollo de la gestación desde el momento que confirmen su embarazo, asegurando el bienestar madre – hijo, por ello toda gestante tiene como responsabilidad asistir periódicamente a sus atenciones con el fin de que el especialista pueda asegurar que su embarazo está desarrollándose de una manera adecuada, por este motivo, lo que se desea comprobar es si los factores sociodemográficos tienen un impacto verdadero en el cumplimiento de la atención prenatal o si están sumado a ellos otros factores y así dar luces a próximas investigaciones relacionadas al mismo tema, con la finalidad de conservar a nuestras usuarias, reduciendo el abandono de las consultas.

Existe una gran inquietud por parte del personal asistencial involucrado en la atención de la gestante, sobre las razones por qué algunas cumplen con la cantidad de atenciones prenatales establecidas para ser consideradas como gestantes controladas y otras no. Esto llevaba a pensar si asumir la responsabilidad materna, está relacionado a factores internos o externos de la gestante. Lo antes mencionado nos sugirió el planteamiento de la siguiente interrogante: ¿Existe relación entre los factores sociodemográficos y el cumplimiento de la atención prenatal? .Siendo este punto de partida lo que motivó la presente investigación.

CAPITULO I

PLANEAMIENTO DEL METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

El ministerio de Salud (MINSA) considera que la atención prenatal es una oportunidad de comunicación directa con la gestante y su pareja o acompañante para ofrecerle la información, orientación, conocimientos, aceptación y práctica de conductas saludables en todo el proceso del embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido. Sin embargo, existen problemas que merecen ser considerados para buscar soluciones y así eliminar las barreras que pueden impedir al cumplimiento de la atención prenatal, como la persistencia de tasas de mortalidad, diferencias significativas por nivel de educación, de capacidad económica o ámbito geográfico. La morbi-mortalidad materna está muy relacionada con las condiciones de vida de la mujer en nuestro país. Asimismo, aún se mantiene la prevalencia de enfermedades endémicas como el cáncer cervicouterino. La atención prenatal es muy importante para la salud de la madre y de la hija y/o hijo, la mujer embarazada es examinada, en donde se le toman varias pruebas para detectar situaciones que pueden poner en riesgo su salud y el desarrollo normal del embarazo (ejemplo: presión alta, anemia, entre otras). ^{1,2}

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS), recalca que dentro del servicio de atención de la salud reproductiva, la atención prenatal desempeña diferentes funciones primordiales e importantes, como la promoción de salud, el cribado y el diagnóstico, la prevención de enfermedades, y en muchas ocasiones la atención prenatal puede salvar vidas, ya que la mayoría de las muertes maternas son evitables. Las causas de muertes directas, registradas por el Ministerio de salud fueron: Hemorragia (40.2%), Hipertensión Inducida por el Embarazo (32%), Aborto (17.5%), e infecciones inducidas por el embarazo (4.1%). Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. ^{3,4}

“Según el Instituto Nacional de Estadística en Perú (INEI), el 88,9% de los últimos nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta recibieron seis y más atenciones prenatales. Este porcentaje fue mayor a lo encontrado en el año 2012 (84,5%). La cobertura de ese número de atenciones en el área urbana alcanzó el 90,5% y en el área rural 84,3%”.²

Es importante que la primera atención prenatal se realice tempranamente, para detectar situaciones que podrían llevar a mayor riesgo durante periodos posteriores del embarazo y en el parto. “El 80,3% de las mujeres tuvieron su primera atención en los tres primeros meses de embarazo. Los porcentajes difieren si se trata de mujeres que residían en el área urbana (82,7%) o rural (73,1%)”.²

En las zonas más reprimidas, las mujeres pobre son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención sanitaria adecuada. Esto es especialmente cierto en regiones con poco profesionales sanitarios calificados, como el África subsahariana y Asia Meridional. “Aunque la atención prenatal ha aumentado en muchas partes del mundo durante el

último decenio, sólo el 51% de las mujeres de los países de ingresos bajos se benefician de una atención especializada durante el parto”. En los países de ingresos elevados, prácticamente todas las mujeres realizan como mínimo cuatro consultas prenatales, son atendidas durante el parto por profesionales sanitarios capacitados y reciben atención posnatal. “En 2015, solamente el 40% de las embarazadas de los países de ingresos bajos realizaron las consultas prenatales recomendadas”.⁴

Aún así, es inadmisibile que la mortalidad materna siga siendo alta. “Diariamente, a nivel mundial, se registra que 830 mujeres mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo o parto. En 2015, se conceptualizaron 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo, el parto o después de ellos”. Generalmente todas estas muertes, predominan en los países de ingresos bajos, y en la mayoría de ellas podrían haberse evitado. En algunas zonas del mundo, el alto número de muertes maternas, demuestra las desigualdades con respecto al acceso del servicio de salud y recalca la diferencia entre ricos y pobres. “La casi totalidad (99%) de muertes materna se relaciona con los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional”. Más de la mitad de mortalidad materna se produce en entornos de crisis humanitarios.⁴

Algunos factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son: la pobreza, la distancia, la edad, la falta de información, la inexistencia de servicios adecuados, las prácticas culturales, apoyo familiar, ocupación, así como, la falta de acceso de las embarazadas a una atención de calidad antes, durante y después del parto.^{4,5}

La OMS, apoya a todos los países que demuestren datos probatorios y costo eficaz a las madres y a los niños durante el embarazo, el parto y el puerperio; con la finalidad de brindar una atención integrada. Es imprescindible la inversión en los sistemas de salud para reducir la

mortalidad materna, en especial en la formación de parteras, en la atención obstétrica de urgencia disponible las 24 horas del día y fortalecer la calidad de servicio en las atenciones prenatales.⁵

Por lo tanto, es necesario conocer los factores sociodemográficos asociados a la atención prenatal en gestantes del centro de salud San Juan de Salinas del distrito San Martín de Porres en el año 2016.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Delimitación Social

El estudio de investigación incorporó a las gestantes que acudieron al Centro de Salud San Juan de Salinas del distrito de San Martín de Porres en el año 2016.

1.2.2 Delimitación Temporal

El estudio de investigación fue ejecutado en el año 2017 con fuente secundaria (historias clínicas de gestantes atendidas en el año 2016) del año 2016.

1.2.3 Delimitación Espacial

Este estudio de Investigación se realizó en el Centro de Salud San Juan de Salinas que se encuentra ubicado en la primera etapa de la Cooperativa de vivienda San Juan de salinas Mz. F lote 16 Distrito de San Martín de Porres del departamento de Lima- Perú. Pertenece a la Dirección de Redes integradas de Salud de Lima Norte (Diris Lima Norte). Es un centro de salud sin internamiento que cuenta con dos turnos de atención: mañana y tarde, brinda atención médica, obstétrica, odontológica, inmunización, laboratorio, psicología y nutrición.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 Problema Principal

¿Cuál es la relación entre factores sociodemográficos y cumplimiento de la atención prenatal en gestantes del Centro de Salud San Juan de Salinas en el año 2016?

1.3.2 Problemas Secundarios

- ¿Cuál es la relación entre la edad y el cumplimiento de la atención prenatal?
- ¿Cuál es la relación entre el estado civil y el cumplimiento de la atención prenatal?
- ¿Cuál es la relación entre el grado de instrucción y el cumplimiento de la atención prenatal?
- ¿Cuál es la relación entre la paridad y el cumplimiento de la atención prenatal?
- ¿Cuál es la relación entre la ocupación y el cumplimiento de la atención prenatal?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre factores sociodemográficos y cumplimiento de la atención prenatal en gestantes del Centro de Salud San Juan de Salinas en el año 2016.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la relación entre la edad y cumplimiento de la atención prenatal.
- Identificar la relación entre el estado civil y el cumplimiento de la atención prenatal.
- Identificar la relación entre el grado de instrucción y el cumplimiento de la atención prenatal.
- Identificar la relación entre la paridad y el cumplimiento de la atención prenatal.

- Identificar la relación entre la ocupación y el cumplimiento de la atención prenatal.

1.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL

HG: Existe relación significativa entre factores sociodemográficos y cumplimiento de la atención prenatal en gestantes del Centro de Salud San Juan de Salinas en el año 2016.

H₀: No existe relación significativa entre factores sociodemográficos y cumplimiento de la atención prenatal en gestantes del Centro de Salud San Juan de Salinas en el año 2016.

1.5.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

H₁: Existen relación significativa entre la edad y el cumplimiento de la atención prenatal

H₀: No existe relación significativa entre la edad y el cumplimiento de la atención prenatal.

H₂: Existe relación significativa entre el estado civil y el cumplimiento de la atención prenatal.

H₀: No existe relación significativa entre el estado civil y el cumplimiento de la atención prenatal.

H₃: Existe relación significativa entre el grado de instrucción y el cumplimiento de la atención prenatal.

H₀: No existe relación significativa entre el grado de instrucción y el cumplimiento de la atención prenatal.

H₄: Existe relación significativa entre la paridad y el cumplimiento de la atención prenatal.

H₀: No existe relación significativa entre la paridad y el cumplimiento de la atención prenatal.

H₅: Existe relación significativa entre la ocupación y el cumplimiento de la atención prenatal.

H₀: No existe relación significativa entre la ocupación y el cumplimiento de la atención prenatal.

1.5.3 VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	SUB-DIMENSIONES	INDICADORES
VARIABLE 1 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	SOCIALES	EDAD	Tiempo vivido de una persona, expresado en años.
		ESTADO CIVIL	SOLTERA
			CASADA
			CONVIVIENTE
	DEMOGRÁFICOS	GRADO DE INSTRUCCIÓN	VIUDA
			PRIMARIA
			SECUNDARIA
		ESTUDIOS SUPERIORES COMPLETOS	

			ESTUDIOS SUPERIORES INCOMPLETOS	
			ILETRADA	
		PARIDAD	Ningún hijo	
			1-2 hijos	
			3-4 hijos	
			>4 hijos	
		OCUPACIÓN	ESTUDIANTE	
			EMPLEADO	
			AMA DE CASA	
			INDEPENDIENTE	
		<u>VARIABLES 2</u> ATENCIÓN PRENATAL	CUMPLIMIENTO	MAYOR O IGUAL A 6 ATENCIONES PRENATALES
			INCUMPLIMIENTO	MENOR DE 6 ATENCIONES PRENATALES

1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación se realizó con la finalidad de conocer cuáles son los factores sociodemográficos relacionados al cumplimiento de la atención prenatal. Otorgando de esta manera una visión general de dichos factores que estarían contribuyendo al cumplimiento de la atención prenatal.

1.7 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Es imprescindible conocer aquellos factores sociodemográficos que están asociados al cumplimiento de la atención prenatal ya que al dar un panorama general de estos, los profesionales involucrados en la atención prenatal, al tener en consulta una gestante que no cuenta con dicho factor podrían sospechar que está es una candidata a no cumplir con dichas atenciones, lo cual pondría en alerta al profesional para usar la persuasión y convencer a la gestante acerca de la importancia de la atención prenatal ; contribuyendo a reducir el número de incumplimiento de dichas atenciones.

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

2.1.1 Tesis Nacionales

Zela Chambi, Clarinez Yaneth; Figueroa Chura, Yoseli Zonia estudiaron los factores que influyen en la adherencia de la embarazada en el control prenatal en el año 2015, con el **objetivo** de determinar los factores que influyen en la adherencia de la embarazada al control prenatal en el Centro de Salud La Revolución de Juliaca, Agosto a Noviembre del 2015. **Material y Métodos:** es una investigación de tipo correlacional donde la población está representada por todas las gestantes con control prenatal durante el periodo en estudio en el Centro de Salud la Revolución de Juliaca. Cifra aproximada de 186 casos y la muestra por 124 gestantes. **Resultados:** en relación al tipo de de adherencia de la embarazada al control prenatal en el Centro de Salud La Revolución, Juliaca 2015, el 43% mostraron una alta adherencia al control prenatal y el 57% una baja adherencia. Los factores sociodemográficos (condición socioeconómica de pobreza extrema en el 2%, área de procedencia rural 7%, estado civil soltera en el 2% de los casos, edad de la embarazada mayor de 35 años, bajo nivel educativo y ocupación fuera del hogar en el 40%) influyen de manera negativa en la

adherencia al control prenatal y los factores relacionados a los servicios de salud (tiempo de espera para la atención, calidad durante la atención prenatal prolongada en el 14%, mal trato del personal que la atiende en el 14% y la falla de seguro en el 14%), influyen de manera negativa en la adherencia del control prenatal.⁶

Munares García, Oscar estudió los factores asociados al abandono al control prenatal en un Hospital del Ministerio de Salud Perú en el año 2013, con el **objetivo** de analizar factores asociados al abandono al control prenatal. **Material y Métodos:** Estudio de casos y controles en 328 gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, divididas en 164 con abandono al control prenatal (casos) y 164 sin abandono (controles), pareadas según fecha de parto y sexo del recién nacido, se indagó datos generales y factores de abandono: personales, institucionales y médicos. Se aplicó estadísticas descriptivas e inferenciales a un nivel de significación estadístico $p < 0,05$; OR IC95% y regresión logística binaria. **Resultados:** Existen factores personales como el residir en barrio marginal (ORa: 3,7 IC95% 1,4-9,7), que aumentan el riesgo, el control prenatal adecuado (ORa: 0,5 IC95% 0,3-0,8), tener permisos en el trabajo (ORa: 0,3 IC95% 0,1-0,7), no tener dificultades por quehaceres domésticos (ORa: 0,4 IC95% 0,2-0,9) reducen la probabilidad de abandono. Entre los factores institucionales el recibir servicios completos (ORa: 0,1 IC95% 0,0-0,4), coordinar entre los servicios (ORa: 0,4 IC95% 0,2-0,8) y programar citas de seguimiento (ORa: 0,3 IC95% 0,1-0,8) reducen la probabilidad de abandono, finalmente entre los factores médicos, el tener calidad adecuada del control prenatal (ORa: 0,5 IC95% 0,3-0,8) reduce la probabilidad de abandono.

Conclusiones: El residir en barrio marginal, aumenta el riesgo de abandono, el considerar el control prenatal importante, tener permisos en el trabajo, no tener dificultades por quehaceres domésticos, recibir los servicios completos, coordinar entre los servicios, programar citas y tener

calidad adecuada del control prenatal reduce la probabilidad de abandono.⁷

Arispe, Claudia; Salgado, Mary; Tang, Giuliana; Gonzales, Carmen; Rojas, José Luis estudiaron la frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia, con el **objetivo** de determinar la frecuencia de pacientes con control prenatal (CPN) inadecuado y los factores asociados a dicho evento en el año 2011. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal donde se entrevistó a puérperas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre agosto 2010 y enero 2011, y se revisó la historia clínica y carnet materno perinatal (CLAP). Se definió CPN inadecuado al incumplimiento del número mínimo y cronograma de visitas propuesto por el Ministerio de Salud. Se compararon factores epidemiológicos, maternos y socioeconómicos entre grupos de gestantes con CPN adecuado e inadecuado. **Resultados:** Se incluyeron 384 puérperas, 66,05% recibieron 6 ó más controles prenatales y sólo 7,36% tuvo CPN adecuado. Ciento cuarenta y cinco puérperas tuvieron su primer CPN antes de las 12 semanas. Los factores que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de CPN inadecuado fueron paridad mayor a 2 ($p=0,02$) y no planificación de la gestación ($p=0,003$). **Conclusiones:** El porcentaje de CPN inadecuado fue elevado. El CPN inadecuado se asoció con paridad mayor a 2 y gestación no planificada.⁸

2.1.2 Tesis Internacionales

Malagón Díaz, Zairy Sofía, estudió los factores asociados al control prenatal en gestantes en el año 2011, con el **objetivo** de identificar factores que afectan la adherencia al control prenatal. **Material y Métodos:** Estudio observacional de prevalencia analítica realizado con datos de gestantes de Yopal (Casanare) canalizadas por Intervenciones Colectivas 2011, con una muestra de 621 gestantes en las semanas de

gestación 8,12,16,20,24,28,32,36,38 y 40. **Resultados:** la adherencia al control prenatal fue del 15% y los factores que mostraron asociación estadísticamente significativa con adherencia al control prenatal fueron: régimen de salud ($p=0.010$); semana de gestación ($p=0.000$); trimestre del embarazo, antecedentes de abortos, apoyo económico ($OR=1.738$); $IC=95\%$; $1.026 - 2.945$); embarazo planeado, soporte familiar, satisfacción de compartir tiempo y espacio con el cónyuge ($p=0.009, 0.001, 0.006$); convivencia con familia materna ($p=0.032$), razón de verosimilitud 0.046 , y valor $OR= 0.444$; $IC=95\%$; $0.208 - 0.948$; y se identificaron barreras como inoportunidad de citas e insatisfacción por los servicios, donde el 98.9% de gestantes que nos las encontraron tuvieron adherencia al control prenatal. **Conclusión:** es necesario fortalecer programas de promoción de salud materna, control prenatal, prevención de embarazo en adolescente y derecho de la mujer, reforzando acciones de vigilancia para disminuir barreras de aseguramiento y calidad de los servicios.⁹

Castillo Ávila, Irma Yolanda, estudió los factores asociados al uso del control prenatal por mujeres embarazadas en el año 2011, con el **objetivo** de determinar los factores asociados al uso del control prenatal en mujeres embarazadas del distrito de Cartagena. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio transversal, la población estuvo constituida por 15.873 mujeres embarazadas. Se estimó un tamaño de muestra de 726 embarazadas (proporción de uso del 81%, nivel de confianza del 95%, margen de error del 3%). El muestreo se realizó en varias etapas: primero un muestreo por conglomerados de los barrios de las tres localidades del Distrito de Cartagena, posteriormente se seleccionaron al azar, por muestreo aleatorio simple las manzanas de cada barrio donde se entrevistaron las mujeres embarazadas. Para la recolección de la información se utilizaron los siguientes instrumentos: encuesta sociodemográfica, cuestionario para indagar sobre la historia gestacional, el carnet de inscripción al programa prenatal según el caso, el APGAR para medir la percepción de funcionalidad familiar, el cuestionario Duke -

11 para medir apoyo social y la encuesta de satisfacción de usuarios de servicios de atención primaria propuesta por Varela Mallou y Cols. Para el análisis de los datos se aplicó la estadística descriptiva; se calcularon OR para estimar asociación entre algunos factores y el uso del control prenatal, utilizando el programa estadístico SPSS versión 15. **Resultados:** participaron 726 mujeres embarazadas. 82.2% (597) manifestaron haber asistido al control prenatal, solo 490 (67.5%) uso adecuadamente el servicio según la norma. Entre los factores que explican el uso del control prenatal, se encuentran tener afiliación en salud (OR= 5,2 (IC 95% 2,5 – 10,6)), vivir cerca de IPS. (OR=3,0 (IC 95% 2,1 – 4,4)), tener estudios de secundaria o superiores (OR= 2,0 (IC 95% 1,4 – 2,9)), pertenecer a una familia nuclear (OR= 1,6 (IC 95% 1,1 – 2,2)), y pertenecer a una familia funcional (OR= 2.0 (IC 95% 1,3 / 2,9)).

Conclusión: la frecuencia del uso del control prenatal, en su mayoría no cumple con lo señalado por la norma técnica. La afiliación en salud es una variable determinante para el uso de los servicios prenatales por parte de las embarazadas. Así mismo, la cercanía al centro de salud, un mejor nivel educativo y algunas características familiares como la funcionalidad familiar favorecen el uso de este servicio.¹⁰

Herazo Tovar, Denise Paola; Lombana Perez, Yadira Rosa; Osorio Vital, Gisselle Lorena; Miranda Mellado, Clarybel estudiaron factores predictores y de funcionalidad familiar relacionados con el uso adecuado del control prenatal en el año 2014, con el **objetivo** de determinar los factores predictores y de funcionalidad familiar relacionados con el uso de control prenatal. **Material y Métodos:** un tipo de estudio descriptivo de corte transversal que permitió la medición concurrente del uso adecuado de control prenatal por parte de las gestantes y de los factores que predicen su uso, en el área de estudio que fueron las comunas 8 y 9, ubicadas en la zona suroriental de esta misma ciudad. La muestra probabilística estuvo conformada por 266 mujeres embarazadas, en la que se estudiaron las variables involucradas, utilizando una Encuesta

Sociodemográfica y una Escala Apgar. Para la búsqueda de la relación entre las variables predictores y de funcionalidad familiar, y el uso de control prenatal, se utilizaron dos pruebas estadísticas para variables nominales: la Tau de Goodman y la prueba Kruskal. **Resultados:** el promedio de edad de las gestantes es de 22,9 años; el rango de edad con mayor porcentaje de gestantes es el de 18 – 24 años (50.4%); el 82,7% de las gestantes viven en unión libre, el 80,8% ha cursado un nivel de secundaria, el 85% son amas de casa, el 98,1% pertenecen a los estratos sociales 1 y 2 y el 94,5% están afiliadas al régimen subsidiado de salud. Con relación a la información familiar, el 59,8% pertenecen a familias nucleares y el 51,5 recibe menos de 1 SMMLV. Acerca del uso de control prenatal, se halló que el 69,5% hizo uso adecuado de control prenatal y el 30,5% uso inadecuado. **Conclusión:** se señala que no se encontró asociación estadísticamente significativa entre los factores predisponentes y de funcionalidad familiar con el uso de control prenatal.¹¹

Castillo Ávila, Irma Yolanda; Fortich Acuña, Laura Milena; Padilla Yáñez, Jessica; Monroy Gascón, María Alejandra; Morales Pérez, Yorleidis; Ahumada Tejera, Angélica María estudiaron los factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar – Colombia en el año 2017, con el **objetivo** de determinar los factores asociados al uso adecuado del control prenatal por gestantes de 13 municipios del departamento de Bolívar, Colombia. **Material y Métodos:** estudio analítico de corte transversal. Población 6265 mujeres; muestra 661 embarazadas de 13 municipios de Bolívar, seleccionadas mediante muestreo por conglomerados. Fue utilizada una encuesta para caracterización sociodemográfica y gineco-obstétrica, el aparte para evaluar asistencia al control prenatal propuesto por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia y varias escalas para medir los factores asociados descritos en la literatura. Se aplicó estadística descriptiva y fueron calculados OR para determinar la asociación entre las variables, utilizando el programa estadístico SPSS

20. **Resultados:** el 53,26 % de las mujeres reportaron uso adecuado de control prenatal. Ser mayor de 23 años (OR: 1,4 IC: 1,1-1,9), tener estudios superiores a secundaria (OR: 1,6 IC: 1.2-2,3), tener pareja (OR: 1,9 IC: 1,2-3,0), percibir apoyo familiar (OR: 3,2 IC: 1.1-9,2), tener un embarazo planeado (OR: 2,2 IC: 1,5-3.0), ser empleadas (OR: 2,3 IC: 1,2-4,2), tener afiliación en salud (OR: 3,8 IC: 1,2-11,8) y pertenecer a una familia pequeña (OR: 1,3 IC: 1,2-1,8) se asocian al uso adecuado del control prenatal.

Conclusiones: los factores protectores asociados al adecuado cumplimiento de los controles prenatal son de tipo personal, familiar afectivos y socio-sanitarios.¹²

2.2 BASES TEÓRICAS

Toda gestante tiene como responsabilidad asistir periódicamente a sus atenciones con el fin de que el especialista pueda asegurar que su embarazo está desarrollándose de una manera adecuada. Estos chequeos constantes se denominan atenciones prenatales y son totalmente significativos para el bienestar del binomio madre- hijo. Mediante estas atenciones prenatales, el profesional altamente capacitado, puede vigilar la evolución del embarazo, prevenir ciertas complicaciones que trae consigo la gestación y preparar a la madre para el parto y crianza del hijo.¹³

Especialistas del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) del Ministerio de Salud (MINS) indican que es de suma importancia que la mujer acuda a sus atenciones prenatales inmediatamente confirmen su embarazo ya que se puede mejorar las condiciones del bebé que está por nacer.¹⁴

Acudir constantemente a las atenciones prenatales, ayudará a brindar información a las usuarias sobre los signos de alarma y síntomas del

embarazo, saber cuándo acudir a los establecimientos de salud, así como ayuda también a los profesionales de salud poder descartar complicaciones o enfermedades, con lo cual se puede evitar y/o reducir los casos de muerte materna y neonatal. Para que el feto se desarrolle adecuadamente, la madre debe de asegurar una vida de calidad al niño por nacer, partiendo de una buena alimentación y nutrición intrauterino, con la finalidad de garantizar un adecuado desarrollo y crecimiento mediante estímulos, para que nazca con las mejores condiciones físicas y mentales. ¹⁴

Según la Guía nacional de atención integral de la salud sexual y reproductiva, define la atención prenatal como la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, que sólo lo realizan los profesionales de salud altamente capacitados con el objetivo de lograr un nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre; considerando que todo embarazo es altamente riesgoso. Sus objetivos son los siguientes:¹⁵

- Evaluar integralmente a la gestante y al feto.
- Identificar la presencia de signos de alarma o enfermedades asociadas que requieren un tratamiento especializado para la referencia oportuna.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones de embarazo.
- Preparar física y mentalmente a la gestante para el parto, así como al entorno familiar. Plan de parto.
- Realizar el planeamiento individualizado del parto institucional con la participación de la pareja, la familia y la propia comunidad.
- Promover el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal.
- Promover la lactancia materna en la crianza del recién nacido (RN).
- Prevenir el tétano neonatal (vacuna antitetánica).
- Detectar el cáncer de cuello uterino (papanicolau) y la patología mamaria.
- Promover la salud reproductiva y la planificación familiar.

- Promover la adecuada nutrición.
- Prevenir y/o tratar la anemia.

Como se señaló anteriormente, la atención prenatal debe de iniciarse lo más temprano posible, debiendo ser periódica, continua e integral. La frecuencia adecuada del control prenatal es la siguiente:¹⁵

- Una atención mensual hasta las 32 semanas.
- Una atención quincenal entre las 33 y las 36 semanas.
- Una atención semanal desde las 37 semanas hasta el parto.

Así como también se considera que una gestante reciba como mínimo 6 atenciones prenatales de la siguiente manera: ¹⁵

- Dos atenciones antes de las 22 semanas.
- La tercera, entre las 22 y 24 semanas.
- La cuarta, entre las 27 y 29 semanas.
- La quinta, entre las 33 y 35 semanas.
- La sexta, entre las 37 y 40 semanas.

Uno de los instrumentos para la recolección de información y manejo en la atención materno perinatal, es la historia clínica materna perinatal (HCMP), la cual se considera como la base de toda atención de salud materna perinatal. Siendo un documento de llenado sencillo para todo proveedor de salud que desempeñe una atención obstétrica.

Como ya esta mencionado anteriormente, la primera atención prenatal de debe promover antes de las 22 semanas, para hacer un diagnóstico precoz de alguna patología que se pudiera presentar; con Doppler, se puede auscultar los latidos fetales a partir de las 12 semanas; se vacunará a la gestante lo más antes posible, no existiendo contraindicación en relación a la edad gestacional, la primera dosis se coloca en la primera consulta, posterior a ello, la segunda dosis se colocará de acuerdo al calendario de vacunas (mínimo dos dosis). El uso de la ecografía, sólo debe de ser empleada cuando hay dudas acerca a la edad gestacional o

si presenta algunos factores de riesgo durante la atención prenatal. El examen odontológico debe de realizarse desde la primera consulta independientemente a la edad gestacional. Con respecto a los valores de la anemia, si la usuaria no manifiesta un valor menor a lo normal, se puede diferir el inicio del suplemento del hierro después de las 16 semanas.¹⁵

Suplemento Vitamínico

El MINSA cuenta con suplementos de 60 mg. Fe y 400 mcg, de ácido fólico.

- Ácido Fólico: se requiere como mínimo 400 microgramos diarios durante la gestación.
- Suplemento de Hierro: “Se debe administrar en forma profiláctica, a partir de las 16 semanas, a una dosis de 60 miligramos de hierro elemental. Recuerde que puede producir gastritis y estreñimiento; en estos casos se recomienda fraccionar la ingesta o tomar el suplemento después de la comida principal o antes de acostarse. Existe experiencia en niños que la ingesta interdiaria es una buena alternativa de administración, aunque no se recomienda en gestantes (OMS y UNICEF)”.¹⁵

Administración para tratamiento de anemia

“Iniciar una vez confirmado el diagnóstico, con el doble de la dosis indicada para la administración profiláctica y reevaluar la hemoglobina en 4 semanas; si se ha normalizado continuar con esta dosis por 3 meses y luego a dosis profiláctica hasta completar el puerperio.

Se debe promover una dieta que tenga alimentos con un alto contenido de hierro (carne, vísceras, huevos, leche, menestras, espinacas, alcachofas) y realizar las siguientes acciones simples y efectivas:

1. Añadir una naranja o jugo de frutas u otra fuente de ácido ascórbico a las comidas (consumir papaya, papas, col, zanahoria, coliflor con las comidas).
2. Restringir la ingestión de alimentos como cereales, alimentos ricos en fibras, el té, café y los mates, que disminuyen la absorción de hierro.
3. Se debe advertir a las madres gestantes que están tomando el suplemento de hierro que las deposiciones se pondrán oscuras por efectos del hierro, sin que esto signifique algún problema de salud.
4. Las pastillas de suplementos de hierro deben guardarse en un frasco oscuro cerrado al que no le dé la luz.

De no existir mejora, coordinar para evaluación especializada”.¹⁵

Actividades durante la Atención Prenatal

1. Asegurar un trato con calidad y calidez a la gestante. Promover la participación de la familia:
“Cumplir con los cinco pasos de la orientación y consejería; asegurarse que el consultorio tenga lo necesario. Identificar factores culturales o étnicos que puedan interferir en la atención. Es importante respetar las creencias culturales y evaluar la posibilidad de considerarlas para mejorar la relación del profesional de salud con la gestante. De ser posible promover la participación de la pareja y/o familia”.¹⁵
2. Detectar la emergencia obstétrica:
“Identificar: Si luce agudamente enferma, pálida con somnolencia o sopor, presencia de convulsiones o signos de alarma de cualquiera de las emergencias obstétricas”.¹⁵
3. Solicitar a la gestante que orine antes de iniciar la consulta:
“La presencia de globo vesical puede distorsionar los hallazgos originando errores en el diagnóstico, además de ocasionar molestias durante el examen”.¹⁵

4. Utilizar la historia clínica materno perinatal (HCMP) y el carné perinatal
“Toda gestante debe tener una historia clínica materno perinatal (HCMP) y el carné perinatal, los cuales deben ser llenados en forma apropiada y completa en toda consulta, inclusive en las de emergencia. Revisar el calendario de la atención prenatal para programar las citas Durante la primera consulta se debe identificar a la gestante por nombre y apellidos, DNI cuando corresponde, domicilio, teléfono o datos de cómo contactarla en caso de emergencia. El carné perinatal debe ser entregado a toda gestante, indicándole que debe llevarlo cada vez que acuda a un establecimiento para ser atendida”.¹⁵

5. Averiguar por molestias o inquietudes
“Revisar la tabla Manejo de molestias propias de la gestación”.¹⁵

6. Identificar antecedentes ginecológicos, patológicos y epidemiológicos:
“La presencia de alguna complicación requiere una evaluación apropiada para definir el manejo. Si reside en zonas con alta prevalencia de malaria, tomar una muestra de sangre para gota gruesa. En caso de un brote epidémico de fiebre amarilla, las gestantes que no han tenido la enfermedad o que no han sido vacunadas previamente, vacunarlas a partir del cuarto mes de gestación. En zonas endémicas de Bocio promover el uso de sal yodada en la gestante y su familia”.¹⁵

7. Calcular la edad gestacional:
“Se recomienda el uso del gestograma. También se puede calcular la fecha probable de parto con la fórmula: “al primer día de la fecha de la última regla se le suma 7 días y se resta 3 meses”. La fecha probable de parto corresponde a 40 semanas desde el inicio de la última menstruación normal”.¹⁵

8. Medir la talla en la primera consulta:

“Medir a la gestante sin calzado y utilizando el tallímetro”.¹⁵

9. Pesar en cada visita:

“Usar una balanza calibrada semanalmente. La gestante deberá utilizar ropa liviana y sin calzado. Una ganancia menor del percentil 25, debe ser evaluada para descartar desnutrición y restricción de crecimiento intrauterino”.¹⁵

10. En cada atención, medir la presión arterial en posición sentada:

“Si la presión sistólica es mayor o igual de 140 mm Hg o la diastólica mayor o igual de 90 mm Hg, o si hubiera un incremento de más de 30 mm Hg en la sistólica ó 15 mm Hg en la diastólica, con relación a su presión inicial, repetir la medición 2 a 6 horas después; de persistir esos valores o haberse incrementado, considerar manejo de preeclampsia”.¹⁵

11. Evaluar la presencia de edema:

“Es normal la presencia de edema debajo de las rodillas. El edema por encima de las rodillas, sobre todo en cara y manos puede ser un signo que acompaña a la preeclampsia”.¹⁵

12. Realizar un examen clínico completo:

“El profesional de la salud debe explicar a la gestante el examen o procedimiento que se le va a realizar y solicitar su autorización. En la primera consulta y cuando lo amerite realizar un examen clínico general, detectar signos de violencia, examinar mamas y abdomen ubicando a la gestante en posición decúbito dorsal”.¹⁵

13. Medir la altura uterina:

“Desde la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino, utilizando una cinta métrica inextensible. Analizar su variación sobre la base de la tabla patrones normales de altura uterina”.¹⁵

14. Determinar presencia de movimientos fetales

“Referidos por la gestante u observados durante el examen, a partir de las 22 semanas”.¹⁵

15. Realizar maniobras de Leopold. Auscultar latidos fetales

“Para identificar la posición y la viabilidad fetal. La auscultación de latidos fetales se puede realizar con doppler desde las 10 semanas y con Pinard desde las 22 semanas”.¹⁵

16. Realizar el examen pélvico: En la primera consulta cuando la gestante refiera molestias ginecológicas

“Inspeccionar los genitales externos Colocar un espéculo para explorar:

-Pared vaginal

-Características del cérvix (lesiones o dilatación)

-Presencia de secreción o sangrado

-Pérdida de líquido amniótico Tomar una muestra para Papanicolaou, si corresponde. Si la gestante refiere pérdida de líquido, no lubricar el espéculo antes de colocarlo, para poder identificar la presencia de líquido amniótico o para tomar una muestra para examen directo o cultivos. La evaluación clínica de la pelvis ósea se debe realizar después de las 36 semanas”.¹⁵

17. Evaluar y estimular el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal y la atención institucional del parto:

“Estimular la participación de la pareja, de un familiar o de la persona que la gestante escoja para acompañarla en las visitas prenatales y durante el parto. Estimular la participación de un/a acompañante para el momento del parto. Ayudar a la gestante a construir un plan para la emergencia obstétrica o el inicio del parto”.¹⁵

18. Identificar necesidad de: Exámenes auxiliares. Vacuna antitetánica:

“Analizar si requiere algún examen de acuerdo a la evaluación. Si no está capacitado, transferirla a un establecimiento con capacidad para hacerlo”.¹⁵

19. Evaluar requerimientos nutricionales:

“De acuerdo a evaluación descartar desnutrición y orientar sobre medidas higiénico dietéticas. Dar suplemento de ácido fólico y hierro a todas las gestantes. De considerar inapropiada la ingesta de calcio, recomendar dietas ricas en ese mineral”.¹⁵

20. Dar instrucciones claras y precisas, y acordar la próxima cita:

“Dar indicaciones claras y escritas con letra legible, incluyendo la fecha de la próxima cita y el reconocimiento de los signos de alarma. Confirmar la comprensión de las instrucciones por la gestante o el familiar. De ser necesario usar un intérprete y adecuar las instrucciones al lenguaje y creencias de la gestante. Se recomienda evitar creencias perjudiciales e informar si lo solicita la gestante o su acompañante sobre el tratamiento y el seguimiento. Todo embarazo es de riesgo. Se recomienda evitar términos como que “todo está normal o bien”, porque crea ideas equivocadas respecto a que no es necesario acudir a las siguientes visitas. Elaborar con la gestante y su acompañante un plan de emergencia que se debe cumplir en caso de iniciar la labor de parto o si se presenta alguna señal de alarma. Considerar la participación de la comunidad”.¹⁵

21. Realizar actividades educativas: Promover el parto Institucional.

“Hacer énfasis y orientar a la gestante sobre los signos de alarma: cefalea, dolor abdominal, pérdida de líquido, sangrado, disminución de movimientos fetales y contracciones uterinas. Promover el parto institucional Promover la atención prenatal, la psicoprofilaxis y los cuidados del recién nacido. Promover la lactancia materna. Promover la planificación familiar. Orientar sobre aspectos de sexualidad e infecciones de transmisión sexual en el embarazo”.¹⁵

22. Adecuar lenguaje a la población y a las creencias culturales:

“Fortalecer los aspectos culturales positivos y orientar con argumentos sencillos y verdaderos el porqué se deben evitar los aspectos negativos”.¹⁵

23. Orientar sobre el establecimiento de salud al cual debe acudir:

“Asegurar el grado de comprensión de los signos de alarma y orientar sobre el establecimiento de salud al cual debe acudir en caso de una emergencia obstétrica o de iniciarse la labor de parto”.¹⁵

24. Evaluar la comprensión de instrucciones y signos de alarma:

“Verificar si las ha comprendido; en caso contrario, se recomienda aclararlas hasta asegurar la comprensión de las mismas”.¹⁵

25. Verificar que la información figure en la Historia Clínica Materno Perinatal:

“Se debe usar la Historia Clínica Materno Perinatal”.¹⁵

La atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales de salud brinden una atención adecuada y de calidad, apoyo e información de fácil acceso a las embarazadas, considerando la promoción de un modo de vida sano, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de servicio de planificación familiar y el apoyo a las mujeres que puedan estar sufriendo violencia de pareja.¹⁶

La OMS busca mejorar la calidad de la atención prenatal para poder así reducir la mortalidad materna perinatal en la población en general, incluidas las adolescentes y mujeres que se encuentran en áreas con difícil acceso a los establecimientos de salud o en situaciones de crisis.¹⁶

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICAS**
Elementos o causas que actúan junto a un grupo humano, referido a un determinado momento o a su evolución incluyendo el aspecto social de la persona. Características asignadas a la edad, estado civil, trabajo, educación, etc.¹⁷

- **ATENCIÓN PRENATAL**
Vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto.¹⁵

- **EDAD**
Tiempo vivido de una persona, animales o vegetales.¹⁸

- **ESTADO CIVIL**
Condición de una persona que se hace constatar en el registro civil en relación a su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio.¹⁹

- **GRADO DE INSTRUCCIÓN**
Valor o medida más elevada de estudios que posee una persona.²⁰
- **PARIDAD**
Cantidad total de personas respecto de sus padre.²¹

- **OCUPACIÓN**
Trabajo, empleo, oficio.²²

- **CUMPLIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRENATAL**
Tener 6 o más atenciones prenatales en todo su embarazo.

- **INCUMPLIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRENATAL**
Tener menos de 6 atenciones prenatales en todo su embarazo.

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio es retrospectivo, transversal analítico de casos y controles.

Se dice que es retrospectivo ya que, partiendo del efecto, se estudian sus antecedentes.²⁵

El estudio es transversal, dado que su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interacción en un momento dado.²³

El estudio es de tipo analítico ya que su “finalidad es evaluar una presunta relación causal entre un factor y un efecto”.²⁴

Según Argimon; es considerado un estudio de casos y controles debido a que “se elige un grupo de individuos que tienen un efecto o una enfermedad determinada (casos), y otro en el que está ausente (controles). Ambos grupos se comparan respecto a la frecuencia de exposición previa a un factor de riesgo (factor de estudio) que se sospecha que está relacionado con dicho efecto o enfermedad.”²⁴

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El nivel de investigación es explicativo o de causalidad porque parten de problemas bien identificados en los cuales es necesario el conocimiento de relación causa – efecto. Busca explicar las causas del problema o cuestiones íntimamente relacionadas con éste.²⁶

3.2.2 MÉTODO

El método utilizado es cuantitativo porque utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base a la medición numérica y el

análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías.²³

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA POBLACIÓN

3.3.1 POBLACIÓN

La población de estudio es de 624 gestantes del Centro de Salud San Juan de Salinas que fueron atendidas en el año 2016.

3.3.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

Está constituida por una gestante.

3.3.3 MUESTRA

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{[Z_{\alpha} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

n= sujetos necesarios en cada una de las muestras.

Z_{α} = Valor Z corresponde al riesgo α deseado.

Z_{β} = Valor Z corresponde al riesgo β deseado.

p_1 = Valor de la proporción en el grupo de referencia, placebo, control o tratamiento habitual.

p_2 = Valor de la proporción en el grupo del nuevo tratamiento, intervención o técnica.

p = Media de las dos proporciones p_1 y p_2 .

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

Z_{α} = 1.96

Z_{β} = 1.28

$$p_1 = 0.56$$

$$p_2 = 0.39$$

$$p = 0.48$$

$$(p_1 - p_2)^2 = 0.03$$

$$1 - p = 0.52$$

$$(1 - p_1) = 0.44$$

$$(1 - p_2) = 0.61$$

Luego aplicando la fórmula arriba señalada tenemos:

El tamaño muestral mínimo es:

$$n = 175 \text{ casos}$$

$$n = 175 \text{ controles}$$

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 TÉCNICAS

Se solicitó permiso formal a la Institución donde se realizó el estudio, luego se aplicó el instrumento. Los datos obtenidos fueron sometidos a control de calidad y fueron ingresados a una base de datos Excel, para obtener resultados en tablas y gráficos.

3.4.2 INSTRUMENTOS

El instrumento utilizado es una ficha de recolección de datos que consta de seis ítems que está orientada a la recolección de datos generales. Ha sido elaborado por la autora de la presente investigación. El instrumento al tener validez de 0.78 es

considerado que tiene una excelente validez según los criterios planteados por Herrera y se detalla a continuación:²⁷

CRITERIOS	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	JUEZ 5	JUEZ 6	TOTAL
El instrumento recoge información que permite dar respuestas al problema de investigación	1	1	1	1	1	1	6
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	1	1	1	1	1	1	6
La estructura del instrumento es adecuado	1	0	1	1	0	1	4
Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	1	1	1	1	1	1	6
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	1	1	0	1	1	5

Los ítems son claros y entendibles	1	0	1	0	0	1	3
El número de ítems es adecuado para su aplicación	1	0	1	1	0	0	3
TOTAL	7	4	7	5	4	6	33

PROCESAMIENTO:

b: Grado de concordancia significativa

Ta: N° total “de acuerdo” de jueces

Td: N° total de “desacuerdo” de jueces

Prueba de concordancia entre los jueces

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td}$$

$$b = \frac{33}{33 + 9}$$

$$b = \frac{33}{42}$$

b= 0.78 Excelente validez

Según Herrera

0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1,0	Validez perfecto

3.5 TÉCNICAS DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información obtenida fue sometida a una base de datos EXCEL para luego ser analizada a través del programa estadístico SPSS.

3.6 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS EN EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los datos obtenidos de la historia clínica fueron trasladados a una base de datos en Excel 2016 para luego ser analizados usando el programa Stata MP-14.

Las variables cualitativas fueron evaluadas teniendo en cuenta los casos y controles, además se determinó la existencia o no de diferencias significativas entre ellos, usando el estadístico Chi cuadrado.

Las variables cuantitativas fueron evaluadas teniendo en cuenta, las medidas de tendencia central. Además, las variables fueron sometidas a pruebas de normalidad, usando gráficos de dispersión, caja y bigotes, también se usó contrastación de hipótesis con el test de ShapiroWilk, obteniendo $p < 0,05$., para las variables edad, número de hijos, número de atenciones, lo cual nos indicó la ausencia de normalidad, motivo por el cual se usó el estadístico no paramétrico U Mann-Whitney, teniendo en cuenta si $p < 0,05$ existen diferencia de medias significativas.

Se graficó los casos y controles en diagrama de cajas y bigotes. Para la determinación de la relación entre factores sociodemográficos y cumplimiento de la atención prenatal, se aplicó Odds ratio (OR) con sus Intervalos de confianza al 95%, así mismo se aplicó el estadístico Chicuadrado para la determinación de las diferencias entre casos y controles.

Se aplicó un modelo de Regresión Logística múltiple y se aplicó la curva ROC para garantizar la sensibilidad y confiabilidad del modelo y el área bajo la curva explicada.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS CONTEMPLADOS

Respetando la parte ética en la investigación, se tomará en cuenta toda la regulación de permisos correspondientes para poder tener acceso a las fuentes de datos (Historias Clínicas), respetando la privacidad y la confidencialidad de la información adquirida, las cuales no serán usadas para fines ajenos a esta investigación.

CAPITULO IV

4.1 RESULTADOS

En esta parte de la investigación se mostrarán los resultados obtenidos del estudio correspondiente a la Relación entre factores sociodemográficos y cumplimiento de la atención prenatal en gestantes del Centro de Salud San Juan de Salinas en el año 2016, en el cual se incluyó 350 mujeres, 175(casos) y 175(controles).

TABLA 1.

DATOS DE ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES SEGÚN CUMPLIMIENTO (CASO) O NO (CONTROL) DE LA ATENCION PRENATAL DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016

Estado_civil	Condición		Total
	caso	Control	
Soltera	28 16.00	24 13.71	52 14.86
Casada	18 10.29	11 6.29	29 8.29
Conviviente	129 73.71	140 80.00	269 76.86
Total	175 100.00	175 100.00	350 100.00
Pearson chi2 (2) =			2.4472 Pr = 0.294

En la tabla 1, se puede observar que el 76.8% de las gestantes son de estado civil conviviente, representando para los controles el 80% y para los casos el 73.7 %.

Paralelamente se obtiene un chi2 de 2.4 con un valor $p > 0.05$ lo cual nos indica que no existe diferencia significativa

TABLA 2.

DATOS DE GRADO DE INSTRUCCION DE LAS GESTANTES SEGÚN CUMPLIMIENTO (CASO) O NO (CONTROL) DE LA ATENCION PRENATAL DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016

Grado_instrucción	Condición		Total
	caso	Control	
Primaria	17 9.71	8 4.57	25 7.14
Secundaria	112 64.00	113 64.57	225 64.29
Superior completa	37 21.14	46 26.29	83 23.71

En la tabla 2, se puede observar que el 64.29% de las gestantes tienen grado de instrucción secundaria, representando para los controles el 64.5% y para los casos el 64 %.

Paralelamente se obtiene un X^2 (chi²) de 5.2 con un valor $p > 0.05$ lo cual nos indica que no existe diferencia significativa.

TABLA 3.

DATOS DE OCUPACION DE LAS GESTANTES SEGÚN CUMPLIMIENTO (CASO) O NO (CONTROL) DE LA ATENCION PRENATAL DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016

Ocupación	Condición		Total
	caso	Control	
Estudiante	6 3.43	6 3.43	12 3.43
Empleado público	52 29.71	71 40.57	123 35.14
Ama de casa	99 56.57	87 49.71	186 53.14
Independiente	18 10.29	11 6.29	29 8.29
Total	175 100.00	175 100.00	350 100.00

Pearson chi2(3) = 5.3988 Pr = 0.145

En la tabla 3, se puede observar que el 53.14% de las gestantes son amas de casa, representando para los casos el 56.5% y para los controles el 49.71%.

Paralelamente se obtiene un X^2 (chi²) de 5.3 con un valor $p > 0.05$ lo cual nos indica que no existe diferencia significativa.

TABLA 4

PRUEBA DE NORMALIDAD DE VARIABLES CUANTITATIVAS: EDAD, NÚMERO DE HIJOS, NÚMERO DE ATENCIONES DE LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016

Shapiro-Wilk W test for normal data					
Variable	Obs	W	V	z	Prob>z
Edad	350	0.95745	10.397	5.537	0.00000
Número_hijos	350	0.93979	14.711	6.358	0.00000
Número_atenciones	350	0.97008	7.310	4.704	0.00000

Se realizó la prueba de normalidad, usando el estadístico ShapiroWilk, para las variables cuantitativas, edad, número de hijos, número de atenciones, obteniendo un p valor < 0.05 lo cual nos indica la ausencia de normalidad, en base a esto se decide usar estadísticos paramétricos o no paramétricos, por lo cual se opta por este último, tal como lo vemos en las tablas siguientes, en las cuales se aplica el estadístico U Mann-Whitney, teniendo en cuenta si $p < 0,05$ existen diferencia de medias significativas.

TABLA 5

DATOS DE EDAD DE LAS GESTANTES SEGÚN CUMPLIMIENTO (CASO) O NO (CONTROL) DE LA ATENCION PRENATAL DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016

Edad1	Condición		Total
	caso	Control	
12-17	8 4.57	2 1.14	10 2.86
18-29	116 66.29	128 73.14	244 69.71
30-49	51 29.14	45 25.71	96 27.43
Total	175 100.00	175 100.00	350 100.00

En la tabla 5, se puede observar que el 69.7% de las gestantes están comprendidas entre las edades de 18 a 29 años, representando para los casos el 66.2% y para los controles el 73.1%.

TABLA 6

PRUEBA U DE MANN WHITNEY DE VARIABLE EDAD DE LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016

Condición	obs	rank sum	expected
caso	175	30088	30712.5
Control	175	31337	30712.5
combined	350	61425	61425
unadjusted variance	895781.25		
adjustment for ties	-2715.63		
adjusted variance	893065.62		
Ho: Edad(Condic~n==caso) = Edad(Condic~n==Control)			
	z =	-0.661	
	Prob > z =	0.5087	

En la tabla 6, se puede observar la prueba U de Mann Whitney de variable edad de las gestantes con un valor $p > 0.05$ lo cual nos indica que no existe diferencia significativa.

TABLA 7

DATOS DE NÚMERO DE HIJOS DE LAS GESTANTES SEGÚN CUMPLIMIENTO (CASO) O NO (CONTROL) DE LA ATENCION PRE NATAL DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016

Número_hijos	Condición		Total
	caso	Control	
0	76 43.43	88 50.29	164 46.86
1	54 30.86	57 32.57	111 31.71
2	31 17.71	18 10.29	49 14.00
3	11 6.29	7 4.00	18 5.14
4	2 1.14	4 2.29	6 1.71
5	1 0.57	1 0.57	2 0.57
Total	175 100.00	175 100.00	350 100.00

En la tabla 7, se puede observar que el 46.8% de las gestantes no tienen hijos, representando para los casos el 43.4% y para los controles el 50.2%.

TABLA 8

PRUEBA U DE MANN WHITNEY DE VARIABLE NUMERO DE HIJOS DE LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

Condición	obs	rank sum	expected
caso	175	32159	30712.5
Control	175	29266	30712.5
combined	350	61425	61425

unadjusted variance 895781.25
adjustment for ties -123309.19

adjusted variance 772472.06

Ho: Número~os (Condic~n==caso) = Número~os (Condic~n==Control)
z = 1.646
Prob > |z| = 0.0998

En la tabla 8, se puede observar la prueba U de Mann Whitney de variable número de hijos de las gestantes con un valor $p > 0.05$ lo cual nos indica que no existe diferencia significativa.

TABLA 9.

DATOS DE NÚMERO DE ATENCIONES SEGÚN CUMPLIMIENTO (CASO) O NO (CONTROL) DE LA ATENCION PRENATAL DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016

Número_atenciones	Condición		Total
	Control	Caso	
1 atención	58	0	58
	33.14	0.00	16.57
2 a 3 atenciones	63	0	63
	36.00	0.00	18.00
4 a 5 atenciones	54	0	54
	30.86	0.00	15.43

En la tabla 9, se puede observar que el 36% de las gestantes que fueron consideradas controles cuentan con 2 a 3 atenciones y el 49% de los casos cuentan mínimamente con 6 atenciones.

TABLA 10.

ATENCIONES PRENATALES SEGÚN NÚMERO DE ATENCIONES (CASO)DE LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016

variable	mean	p50	sd	min	max
NúmeroAten~s	7.045714	7	1.316636	6	11

En la tabla 10 se puede observar que para los casos el mínimo de atenciones prenatales fue 6 y el máximo 11, teniendo una mediana de 7 atenciones prenatales, con una desviación estándar de 1.3.

TABLA 11.

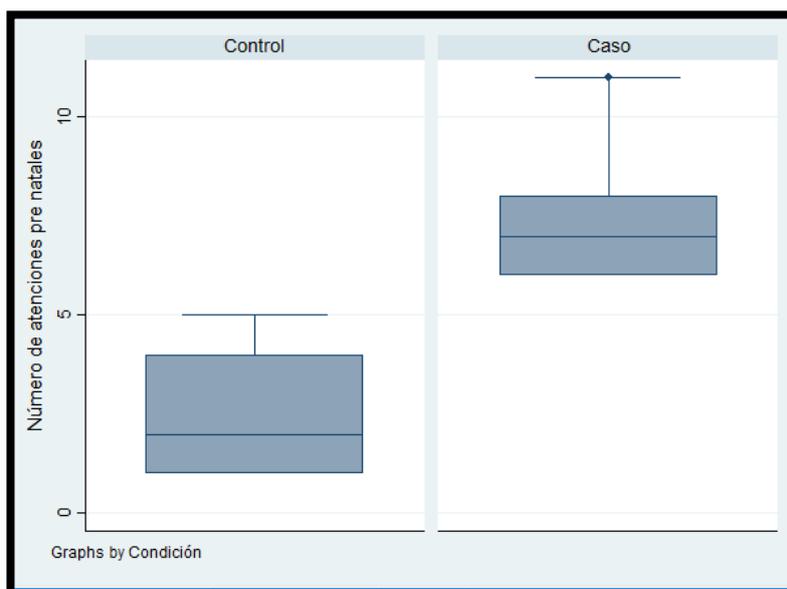
ATENCIONES PRENATALES SEGÚN NÚMERO DE ATENCIONES (CONTROLES)DE LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016

variable	mean	p50	sd	min	max
NúmeroAte~01	2.56	2	1.420539	1	5

En la tabla 11 se puede observar que para los controles el mínimo de atenciones prenatales fue 1 y el máximo 5, teniendo una mediana de 2 atenciones prenatales, con una desviación estándar de 1.4.

GRAFICO 1

SEGÚN CUMPLIMIENTO (CASO) O NO (CONTROL) DE LA ATENCION PRE NATAL DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016



En el grafico 1 se puede observar las medianas tanto para cumplimiento de Atenciones prenatales (casos) y no cumplimiento (controles), teniendo una mediana para los casos de 7 y para los controles de 2.

TABLA 12.
DATOS DE NÚMERO DE ATENCIONES SEGÚN CUMPLIMIENTO (CASO) O NO (CONTROL) DE LA ATENCION PRENATAL EN RELACION AL ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016

EC	Condición		Total
	Control	Caso	
Soltera	28 16.00	24 13.71	52 14.86
Estable	147 84.00	151 86.29	298 85.14
Total	175 100.00	175 100.00	350 100.00

Para poder obtener los Odds ratio, se clasificó a las gestantes en solteras y de unión estable (casada y conviviente), obteniendo en la tabla de frecuencia que el 85% tienen unión estable, siendo 84% para los controles y 86% para los casos.

TABLA 13.
DATOS ODDS RATIO SEGÚN CUMPLIMIENTO (CASO) O NO
(CONTROL) DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN RELACION AL ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES
DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016

. cc Casos EC				
	Exposed	Unexposed	Total	Proportion Exposed
Cases	151	24	175	0.8629
Controls	147	28	175	0.8400
Total	298	52	350	0.8514
	Point estimate		[95% Conf. Interval]	
Odds ratio	1.198413		.6366943	2.268489 (exact)
Attr. frac. ex.	.1655629		-.5706125	.5591779 (exact)
Attr. frac. pop	.1428571			
chi2(1) = 0.36 Pr>chi2 = 0.5477				

En la tabla 13 se aprecia que el Odds ratio para unión estable es de 1.1, la relación entre tener unión estable o ser soltera no es significativa ($\chi^2 = 0.36$, $p > 0.05$), por lo tanto podemos concluir que el tipo de unión no tiene relación con el cumplimiento o no de las atenciones prenatales.

TABLA 14.
DATOS DE NÚMERO DE ATENCIONES SEGÚN CUMPLIMIENTO (CASO) O NO
(CONTROL) DE LA ATENCIÓN PRE NATAL EN RELACION AL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS
GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016

GI	Condición		Total
	Control	Caso	
Primaria	18 10.29	8 4.57	26 7.43
Mayor a primaria	157 89.71	167 95.43	324 92.57
Total	175 100.00	175 100.00	350 100.00

Para poder obtener los Odds ratio, se clasificó a las gestantes en aquellas que sólo cuentan con primaria y las que tienen estudios mayores a primaria, obteniendo en la tabla de frecuencia que el 92.5 % tienen estudios mayores a primaria, siendo 89.7% para los controles y 95.4 % para los casos.

TABLA 15.

DATOS ODDS RATIO SEGÚN CUMPLIMIENTO (CASO) O NO (CONTROL) DE LA ATENCIÓN PRE NATAL EN RELACION AL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016

```
. cc Casos Grado_instrucción
```

	Exposed	Unexposed	Total	Proportion Exposed
Cases	167	8	175	0.9543
Controls	157	18	175	0.8971
Total	324	26	350	0.9257
	Point estimate		[95% Conf. Interval]	
Odds ratio	2.393312		.9543354	6.534174 (exact)
Attr. frac. ex.	.582169		-.0478497	.8469585 (exact)
Attr. frac. pop	.5555556			

chi2(1) = 4.15 Pr>chi2 = 0.0415

En la tabla 15 se aprecia que el Odds ratio para grado de instrucción es de 2.3, la relación entre tener grado de instrucción mayor a primaria es significativa (chi2= 0.0415, p <0.05), por lo tanto podemos concluir que tener grado de instrucción mayor a primaria tiene relación con el cumplimiento o no de las atenciones prenatales.

TABLA 16.

DATOS DE NÚMERO DE ATENCIONES SEGÚN CUMPLIMIENTO (CASO) O NO (CONTROL) DE LA ATENCION PRENATAL EN RELACION A TRABAJO EN LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016

Trabaja_estudia	Condición		Total
	caso	Control	
si	88 50.29	76 43.43	164 46.86
no	87 49.71	99 56.57	186 53.14
Total	175 100.00	175 100.00	350 100.00

Para poder obtener los Odds ratio, se clasifico a las gestantes en aquellas que trabajan o estudian y las que no trabajan ni estudian, obteniendo en la tabla de frecuencia que el 53.4 % no trabaja, siendo 49.7 % para los casos y 56.7 % para los controles.

**TABLA 17.
DATOS ODDS RATIO SEGÚN CUMPLIMIENTO (CASO) O NO (CONTROL) DE LA ATENCION PRENATAL EN RELACION A TRABAJO DE LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016**

cc Trabaja_estudia	Condición		Total	Proportion Exposed
	Exposed	Unexposed		
Cases	87	99	186	0.4677
Controls	88	76	164	0.5366
Total	175	175	350	0.5000
	Point estimate		[95% Conf. Interval]	
Odds ratio	.7589532		.4873283	1.181657 (exact)
Prev. frac. ex.	.2410468		-.1816575	.5126717 (exact)
Prev. frac. pop	.1293422			
chi2(1) = 1.65 Pr>chi2 = 0.1987				

En la tabla 17 se aprecia que el Odds ratio para trabajar o estudiar es de 0.75, la relación entre trabajar o estudiar no es significativa (chi2= 1.6, p >0.05), por lo tanto podemos concluir que trabajar o no hacerlo no tiene relación con el cumplimiento o no de las atenciones prenatales.

TABLA 18.

**DATOS DE NÚMERO DE ATENCIONES SEGÚN CUMPLIMIENTO (CASO) O NO
(CONTROL) DE LA ATENCION PRENATAL EN RELACION A EDAD EN LAS GESTANTES DEL
CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016**

Edad	Condición		Total
	Control	Caso	
Menor ó = de 15 y may	26 14.86	19 10.86	45 12.86
mayor de 15 y menor d	149 85.14	156 89.14	305 87.14
Total	175 100.00	175 100.00	350 100.00

Para poder obtener los Odds ratio, se clasificó a las gestantes en aquellas que son menores de 15 años y mayores de 35 (edades extremas) y las que son mayores de 15 años y menores de 35 años, obteniendo en la tabla de frecuencia que el 87.1 % son mayores de 15 años y menores de 35 años siendo 85.1 % para los controles y 89.1 % para los casos.

**TABLA 19.
DATOS ODDS RATIO SEGÚN CUMPLIMIENTO (CASO) O NO
(CONTROL) DE LA ATENCION PRENATAL EN RELACION A EDAD DE LAS GESTANTES DEL
CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016**

. cc Casos Edad				
	Exposed	Unexposed	Total	Proportion Exposed
Cases	156	19	175	0.8914
Controls	149	26	175	0.8514
Total	305	45	350	0.8714
	Point estimate		[95% Conf. Interval]	
Odds ratio	1.432709		.727619	2.860532 (exact)
Attr. frac. ex.	.3020217		-.3743457	.6504147 (exact)
Attr. frac. pop	.2692308			
chi2(1) = 1.25 Pr>chi2 = 0.2636				

En la tabla 19 se aprecia que el Odds ratio para edad es de 1.43, la relación entre tener edad no es significativa ($\chi^2= 1.2$, $p >0.05$), por lo tanto podemos concluir que la edad no tiene relación con el cumplimiento o no de las atenciones prenatales.

TABLA 20.

DATOS DE NÚMERO DE ATENCIONES SEGÚN CUMPLIMIENTO (CASO) O NO (CONTROL) DE LA ATENCIÓN PRE NATAL EN RELACION A TENER MÁXIMO UN HIJO EN LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016

Hasta_unhijo	Condición		Total
	Control	Caso	
No	45 25.71	25 14.29	70 20.00
si	130 74.29	150 85.71	280 80.00
Total	175 100.00	175 100.00	350 100.00

Para poder obtener los Odds ratio, se clasificó a las gestantes en aquellas que tienen hasta un hijo y las que tienen más de un hijos, obteniendo en la tabla de frecuencia que el 80 % tienen como máximo un hijo, siendo 74.2 % para los controles y 85.7 % para los casos

TABLA 21.

DATOS DE NÚMERO DE ATENCIONES SEGÚN CUMPLIMIENTO (CASO) O NO (CONTROL) DE LA ATENCIÓN PRE NATAL EN RELACION A TENER MÁXIMO UN HIJO EN LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016

. cc Casos Hasta_unhijo				
	Exposed	Unexposed	Total	Proportion Exposed
Cases	150	25	175	0.8571
Controls	130	45	175	0.7429
Total	280	70	350	0.8000
	Point estimate		[95% Conf. Interval]	
Odds ratio	2.076923		1.170777	3.734524 (exact)
Attr. frac. ex.	.5185185		.1458666	.7322282 (exact)
Attr. frac. pop	.4444444			
chi2(1) = 7.14 Pr>chi2 = 0.0075				

En la tabla 21 se aprecia que el Odds ratio para tener máximo un hijo es de 2, la relación entre tener máximo un hijo es significativa ($\chi^2 = 7.14$, $p < 0.05$), por lo tanto podemos concluir que tener máximo un hijo tiene relación con el cumplimiento o no de las atenciones prenatales.

TABLA 22.

REGRESION LOGISTICA SEGÚN RELACIÓN ENTRE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CUMPLIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016

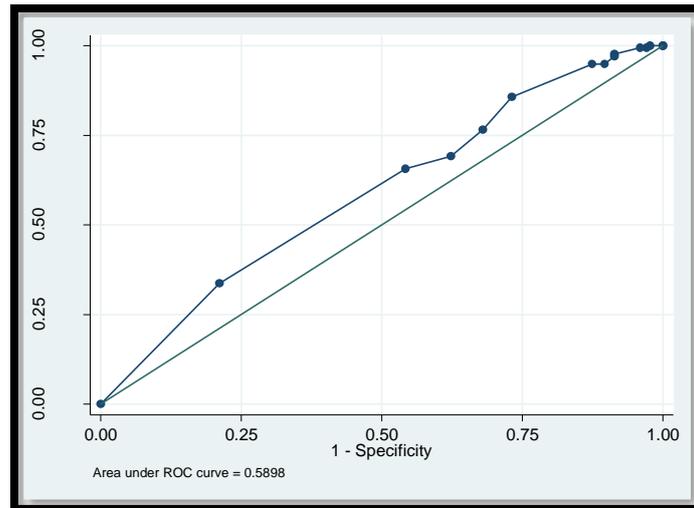
. logistic Casos EC Grado_instrucción Trabaja_estudia Hasta_unhijo Edad						
Logistic regression			Number of obs	=	350	
			LR chi2(5)	=	14.07	
			Prob > chi2	=	0.0151	
Log likelihood = -235.56415			Pseudo R2	=	0.0290	
Casos	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
EC	1.351762	.4166196	0.98	0.328	.7388494	2.473117
Grado_instrucción	2.43644	1.08487	2.00	0.046	1.017987	5.831348
Trabaja_estudia	.7523515	.1649459	-1.30	0.194	.4895567	1.156215
Hasta_unhijo	2.093018	.6247895	2.47	0.013	1.165949	3.757216
Edad	1.084797	.3808876	0.23	0.817	.545104	2.158825
_cons	.2023693	.1256987	-2.57	0.010	.0599008	.6836851

En la

tabla 22 se aprecia el modelo de regresión múltiple, el cual muestra la variable

grados de instrucción y tener hasta un hijo; con un $p < 0.05$. Lo cual indica relación entre el tener grado de instrucción mayor a primaria y tener hasta un hijo y no más para cumplir con las atenciones prenatales.

GRAFICO 2
CURVA ROC PARA LA DETERMINACIÓN DE LA SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL MODELO DE CUMPLIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016



En el grafico 2 se puede observar un área bajo la curva de 0.58, lo cual indica que el modelo predice en un 59% el cumplir con la atención prenatal, es decir el tener grado de instrucción mayor a primaria o tener máximo hasta un hijo son factores relacionados al cumplimiento de la atención prenatal.

PRUEBA DE HIPOTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

H_G: Existe relación significativa entre factores sociodemográficos y cumplimiento de la atención prenatal en gestantes del Centro de Salud San Juan de Salinas en el año 2016.

H₀: No existe relación significativa entre factores sociodemográficos y cumplimiento de la atención prenatal en gestantes del Centro de Salud San Juan de Salinas en el año 2016.

TABLA 23
RELACIÓN ENTRE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CUMPLIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS EN EL AÑO 2016.

. logistic Casos Edad EC Grado_instrucción paridad ocupacion						
Logistic regression			Number of obs	=	350	
Log likelihood = -235.56415			LR chi2(5)	=	14.07	
			Prob > chi2	=	0.0151	
			Pseudo R2	=	0.0290	
Casos	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Edad	1.084797	.3808876	0.23	0.817	.545104	2.158825
EC	1.351762	.4166196	0.98	0.328	.7388494	2.473117
Grado_instrucción	2.43644	1.08487	2.00	0.046	1.017987	5.831348
paridad	2.093018	.6247895	2.47	0.013	1.165949	3.757216
ocupacion	.7523515	.1649459	-1.30	0.194	.4895567	1.156215
_cons	.2023693	.1256987	-2.57	0.010	.0599008	.6836851

Según la tabla 23 podemos observar que si existe relación significativa entre factores sociodemográficos (grado de instrucción y paridad) y el cumplimiento de la atención prenatal en gestantes del Centro de Salud Salinas, en el año 2016. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula que indica que no existe relación significativa entre factores sociodemográficos y cumplimiento de la atención prenatal en gestantes del Centro de Salud San Juan de Salinas en el año 2016.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

H₁: Existen relación significativa entre la edad y el cumplimiento de la atención prenatal

H₀: No existe relación significativa entre la edad y el cumplimiento de la atención prenatal.

Según la tabla 23 podemos observar que se obtiene un p valor >0.05 para la variable edad, lo que indica que no existe relación significativa entre la edad y el cumplimiento de la atención prenatal en gestantes del Centro de Salud San Juan de Salinas, en el año 2016. Por lo tanto se acepta la hipótesis nula que indica

que no existe relación significativa entre la edad y el cumplimiento de la atención prenatal.

H₂: Existe relación significativa entre el estado civil y el cumplimiento de la atención prenatal.

H₀: No existe relación significativa entre el estado civil y el cumplimiento de la atención prenatal.

Según la tabla 23 podemos observar que se obtiene un p valor >0.05 para la variable estado civil, lo que indica que no existe relación significativa entre estado civil y el cumplimiento de la atención prenatal en gestantes del Centro de Salud Salinas, en el año 2016. Por lo tanto se acepta la hipótesis nula que indica que no existe relación significativa entre estado civil y el cumplimiento de la atención prenatal.

H₃: Existe relación significativa entre el grado de instrucción y el cumplimiento de la atención prenatal.

H₀: No existe relación significativa entre el grado de instrucción y el cumplimiento de la atención prenatal.

Según la tabla 23 podemos observar que se obtiene un p valor <0.05 para la variable grado de instrucción, lo que indica que existe relación significativa entre grado de instrucción y el cumplimiento de la atención prenatal en gestantes del Centro de Salud Salinas, en el año 2016. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula que indica que no existe relación significativa entre grado de instrucción y el cumplimiento de la atención prenatal.

H₄: Existe relación significativa entre la paridad y el cumplimiento de la atención prenatal.

H₀: No existe relación significativa entre la paridad y el cumplimiento de la atención prenatal.

Según la tabla 23 podemos observar que se obtiene un p valor <0.05 para la variable paridad, lo que indica que existe relación significativa entre paridad y el cumplimiento de la atención prenatal en gestantes del Centro de Salud Salinas, en el año 2016. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula que indica que no existe relación significativa entre paridad y el cumplimiento de la atención prenatal.

H₅: Existe relación significativa entre la ocupación y el cumplimiento de la atención prenatal.

H₀: No existe relación significativa entre la ocupación y el cumplimiento de la atención prenatal.

Según la tabla 23 podemos observar que se obtiene un p valor >0.05 para la variable ocupación, lo que indica que no existe relación significativa entre estado ocupación y el cumplimiento de la atención prenatal en gestantes del Centro de Salud Salinas, en el año 2016. Por lo tanto se acepta la hipótesis nula que indica que No existe relación significativa entre ocupación y el cumplimiento de la atención prenatal.

4.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Según los resultados obtenidos, dentro de los factores sociodemográficos considerados en la investigación: la edad, los resultados obtenidos coinciden con la investigación realizada en el año 2013 por Munares García, Oscar; en donde se determinó que los resultados encontrados no fueron estadísticamente significativos. Sin embargo Castillo Ávila, Irma Yolanda; Fortich Acuña, Laura Milena; Padilla Yáñez, Jessica; Moonroy Gascón, María Alejandra; Morales Pérez, Yorleidis; Ahumada Tejera, Angélica si consideran que la edad se asocia al uso adecuado de la atención prenatal, es decir, cumplir igual o más de 6 atenciones prenatales.

Con respecto al estado civil, en la presente investigación se determinó que no se encuentra relación con el cumplimiento de la atención prenatal, resultados contradictorios encontramos en la investigación de Malagón Díaz, Zairy Sofía,

quien realizó una investigación, en donde considera el soporte familiar, satisfacción de compartir tiempo y espacio con el cónyuge como estado civil de la gestante, teniendo como resultado que dicho factor tiene una adherencia a la atención prenatal. Resultado que contrasta con la información obtenida en la investigación, en donde se concluyó que el tipo de unión no tiene relación con el cumplimiento o no de las atenciones prenatales.

En cuanto al grado de instrucción tiene relación significativa con el cumplimiento de la atención prenatal. Estos resultados coinciden con la investigación realizado en el año 2015 por Zela Chambi, Clarinez Yaneth; Figueroa Chura, Yoseli Zonia quienes consideran que el bajo nivel educativo se relaciona de manera negativa a la atención prenatal. Así mismo, Castillo Ávila, Irma Yolanda sustenta que un mejor nivel educativo favorece el uso de este servicio.

En cuanto la paridad, en el presente estudio, tener máximo un hijo se relaciona con el cumplimiento de la atención prenatal. Similares resultados encontramos en el estudio elaborado por Arispe, Claudia; Salgado, Mary; Tang, Giuliana; Gonzales, Carmen; Rojas, José Luis, quienes consideran que la atención prenatal inadecuada, es decir, que no cumple sus 6 atenciones prenatales, se asoció con paridad mayor de 2.

Con respecto a la ocupación, los resultados de este estudio nos indican que no hay relación con el cumplimiento de las atenciones prenatales. Resultados muy similares a la investigación que realizaron Herazo Tovar, Denise Paola; Lombana Perez, Yadira Rosa; Osorio Vital, Gisselle Lorena; Miranda Mellado, Clarybel, en donde determinan que la ocupación de la gestante no tiene asociación estadísticamente significativa.

4.3 CONCLUSIONES

Se determinó que existe relación entre factores sociodemográficos (grado de instrucción y paridad: número de hijos) y cumplimiento de la atención prenatal en

gestantes del Centro de Salud San Juan de Salinas del Distrito San Martín de Porres en el año 2016.

Se identificó que la relación entre la edad y cumplimiento de la atención prenatal, no es significativa con un p valor > 0.05 ($p=0.8$).

Se identificó que la relación entre el estado civil y el cumplimiento de la atención prenatal no es significativa con un p valor >0.05 ($p=0.32$).

Se estableció que existe relación significativa entre el grado de instrucción y el cumplimiento de la atención prenatal con un p valor <0.05 ($p=0.04$).

Se identificó que existe relación entre el número de hijos: paridad y el cumplimiento de la atención prenatal con un p valor <0.05 ($p=0.013$).

Se identificó que no existe relación entre la ocupación y el cumplimiento de la atención prenatal con un p valor >0.05 ($p=0.19$).

4.4 RECOMENDACIONES

- Ante la presencia de gestantes con bajo nivel de instrucción y las que tienen más de un hijo, poner mucho más énfasis en convencerlas de la importancia de la atención prenatal, ya que son las que tienen más riesgos a incumplir con las atenciones pre natales.
- Establecer un sistema de seguimiento a través de visitas domiciliarias a las gestantes, de esta manera, contribuir al cumplimiento de la gestante reenfocada.
- Promover la educación prenatal a las gestantes sobre el autocuidado.
- Fortalecer programas de promoción de salud materna, para así sensibilizar a las gestantes en su cumplimiento de sus atenciones prenatales.
- Fortalecer la consejería sobre la importancia de la atención prenatal en gestantes con menor grado de instrucción.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Ministerio de Salud. Proyecto 2000. Guía Metodológica. Promoción del cuidado de la salud materno – perinatal. Lima – Perú: Ministerio de Salud; Agosto 2011. [Consultado 3 de Julio del 2017]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1315_P-2000251-1.pdf

- 2.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Dirección General de Estadísticas de Censos y Encuestas. Encuesta demográfica y de salud familiar. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2016. [Consultado 3 de Julio del 2017]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html

- 3.- Organización Mundial de la Salud. Salud Sexual y Reproductiva. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Ginebra: OMS; 2016. [Consultado 3 de Julio del 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250802/1/WHO-RHR-16.12-spa.pdf?ua=1>

- 4.- Organización Mundial de la salud. Mortalidad Materna. Centro de prensa: OMS; Septiembre, 2016. [Consultado 5 de Julio del 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

- 5.- Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la salud materna. Cifras y datos: OMS; Noviembre, 2015. [Consultado 10 de Julio del 2017]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/es

- 6.- Zela CY, Figueroa YZ. Factores que influyen en la adherencia de la embarazada al control prenatal en el Centro de Salud La Revolución

Juliaca Agosto a Noviembre 2015 [Tesis]. Juliaca – Perú: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia; 2015. [Consultado 4 de Julio del 2017]. Disponible en: <http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/157/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

7.- Munares O. Factores Asociados al abandono al control prenatal en un Hospital del Ministerio de Salud Perú [abstract]. Revista Peruana de Epidemiología. 2013; 17. [Consultado 4 de Julio del 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2031/203129458007/>

8.- Arispe C, Salgado M, Tang G, Gonzales C, Rojas JL. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia Lima - Perú. [abstract]. Revista Medica Herediana. 2011; 22. [Consultado 4 de Julio del 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v22n4/v22n4ao3.pdf>

9.- Malagón Zs. Factores asociados a la asistencia al control prenatal en gestantes del municipio de Yopal Casanare, Colombia – 2011. [Tesis]. Colombia. Universidad del Rosario. Facultad de Medicina; 2011. [Consultado 5 de Julio del 2017]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/10536?show=full>

10.- Castillo IY. Factores asociados al uso del control prenatal por mujeres embarazadas del Distrito de Cartagena 2011. [Tesis]. Cartagena – Colombia. Universidad de Cartagena. Facultad de Enfermería, 2011. [Consultado 5 de Julio del 2017]. Disponible en:

<http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2304/1/Informe%20Final%20CP.pdf>

- 11.- Herazo DP, Lombana YR, Osorio GL. Factores predictores y de funcionalidad familiar relacionados con el uso adecuado del control prenatal en las comunas 8 y 9 de Sincelejo – Sucre. [Tesis]. Colombia. Universidad de Sucre. Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de enfermería, 2014. [Consultado 10 de Julio del 2017]. Disponible en: <http://unisucre-repositorio.metabiblioteca.org/bitstream/001/540/1/T618.24%20H533.pdf>

- 12.- Castillo IY, Fortich LM, Padilla J, Monroy MA, Morales Y, Ahumada AM. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. [Tesis]. Colombia. Universidad de Cartagena, Colombia. Facultad de Enfermería, 2017. [Consultado 10 de Julio del 2017]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/840/230>

- 13.- Domínguez Arcila Juan Carlos: La importancia del control prenatal en el embarazo [en línea]. Sura Blog, 29 de enero del 2015. [Consultado 11 de Julio del 2017]. Disponible en: <https://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/importancia-control-prenatal.aspx>

- 14.- Ministerio de Salud. Control prenatal ayuda a prevenir complicaciones del embarazo. Adecuada alimentación y técnicas ayudan al desarrollo del feto. Cercado de Lima – Perú: Ministerio de salud: Marzo 2015. [Consultado 11 de Julio del 2017]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16291>

- 15.- Guías nacionales de Atención Integral de salud sexual y reproductiva. Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud. Boletín oficial del Estado, (21 de Junio del 2004). [Consultado 11 de Julio del 2017]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf
- 16.- Organización Mundial de la Salud. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. Ginebra: OMS; Noviembre, 2016. [Consultado 11 de Julio del 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatal-care-guidelines/es/>
- 17.- Diccionario Real Academia Española. 23ªed. Madrid, 2014. [Consultado 16 de Julio del 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=HTiXnHN>
- 18.- Diccionario Real Academia Española. 23ªed. Madrid, 2014. [Consultado 16 de Julio del 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>
- 19.- Diccionario Real Academia Española. 23ªed. Madrid, 2014. [Consultado 16 de Julio del 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=GjqhajH>
- 20.- Diccionario Real Academia Española. 23ªed. Madrid, 2014. [Consultado 16 de Julio del 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=JOxCcBX|JOxOtbx>
- 21.- Diccionario Real Academia Española. 23ªed. Madrid, 2014. [Consultado 16 de Julio del 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=KOGiy39>

- 22.- Diccionario Real Academia Española. 23ªed. Madrid, 2014. [Consultado 16 de Julio del 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Qu0oRKT>
- 23.- Hernandez Sampieri. Metodología de la investigación. 6ta. Edición México: MC Graw Hill Educación; 2014..
- 24.- Argimon Pallas, Jimenez Villa. Métodos de investigación clínica y epidemiológica.4ta. Edición. España. Elsevier; 2013
- 25.- Pita Fernández S. Tipos de estudios clínicos epidemiológicos. 2017 [citado 16 setiembre 2017]:1-9. Disponible en: https://www.fisterra.com/mbe/investiga/6tipos_estudios/6tipos_estudios2.pdf
- 26.- Jiménez R. Metodología de la Investigación. Elementos básicos para la Investigación Clínica. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas; 1998. P.13.
- 27.- Herrera Rojas, A. (1993). La medición en psicología. Bogotá: Universidad de Bogotá.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CUMPLIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE SALINAS DEL DISTRITO DE SAN MARTIN DE PORRES EN EL AÑO 2016

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Método
			Variables	Indicadores	
<p>Problema Principal ¿Cuál es la relación entre los factores sociodemográficos y cumplimiento de la atención prenatal en gestantes del Centro de Salud San Juan de Salinas del distrito de San Martín de Porres en el año 2016?</p> <p>Problemas Secundarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre la edad y el cumplimiento de la atención prenatal? • ¿Cuál es la relación entre el estado civil 	<p>Objetivo General: Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y cumplimiento de la atención prenatal en gestantes del Centro de Salud San Juan de Salinas del distrito de San Martín de Porres en el año 2016.</p> <p>Objetivos Secundarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la relación entre la edad y cumplimiento de la atención prenatal. • Identificar la relación entre el estado civil y el cumplimiento de la atención prenatal. 	<p>Hipótesis General: Existe relación significativa entre los factores sociodemográficos y cumplimiento de la atención prenatal en gestantes del Centro de Salud San Juan de Salinas del distrito de San Martín de Porres en el año 2016.</p> <p>H₀: No existe relación significativa entre los factores sociodemográficos y cumplimiento de la atención prenatal en gestantes del Centro de Salud San Juan de Salinas del distrito de San Martín de Porres en el año 2016.</p> <p>Hipótesis Específicas: H₁: Existen relación significativa entre la edad y el cumplimiento de la atención prenatal H₀: No existe relación significativa entre la edad y el cumplimiento de la atención prenatal.</p>	<p style="text-align: center;">Variable 1</p> <p style="text-align: center;">Factores Sociodemográfico</p>	<p>Tiempo vivido de una persona, animales o vegetales</p> <p>Soltera Casada Conviviente Viuda</p> <p>Primaria Secundaria Estudios Superiores Completos Estudios Superiores Incompletos Iletradas</p>	<p>El estudio es retrospectivo, transversal, analítico de casos y control, con un nivel de investigación explicativo o de causalidad. El método usado es cuantitativo.</p>

<p>y el cumplimiento de la atención prenatal?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre el grado de instrucción y el cumplimiento de la atención prenatal? • ¿Cuál es la relación entre la paridad y el cumplimiento de la atención prenatal? • ¿Cuál es la relación entre la ocupación y el cumplimiento de la atención prenatal? 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la relación entre el grado de instrucción y el cumplimiento de la atención prenatal. • Identificar la relación entre la paridad y el cumplimiento de la atención prenatal. • Identificar la relación entre la ocupación y el cumplimiento de la atención prenatal. 	<p>H₂: Existe relación significativa entre el estado civil y el cumplimiento de la atención prenatal. H₀: No existe relación significativa entre el estado civil y el cumplimiento de la atención prenatal.</p> <p>H₃: Existe relación significativa entre el grado de instrucción y el cumplimiento de la atención prenatal. H₀: No existe relación significativa entre el grado de instrucción y el cumplimiento de la atención prenatal.</p> <p>H₄: Existe relación significativa entre la paridad y el cumplimiento de la atención prenatal. H₀: No existe relación significativa entre la paridad y el cumplimiento de la atención prenatal.</p> <p>H₅: Existe relación significativa entre la ocupación y el cumplimiento de la atención prenatal. H₀: No existe relación significativa entre la ocupación y el cumplimiento de la atención prenatal.</p>	<p>Variable 2</p> <p>Atención Prenatal</p>	<p>Ningún hijo. 1-2 hijos 3-4 hijos >4 hijos</p> <p>Estudiante Trabajadora Ama de Casa Independiente</p> <p>Mayor o igual a 6 atenciones prenatales</p> <p>Menor de 6 atenciones prenatales</p>	
---	--	---	--	--	--



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ELABORADO POR: ANA LUCIA ORTIZ MUNAYCO

Historia Clínica:

1.- EDAD:

2.- ESTADO CIVIL

- a) Soltera**
- b) Casada**
- c) Conviviente**
- d) Viuda**

3.- GRADO DE INSTRUCCIÓN

- a) Primaria**
- b) Secundaria**
- c) Estudios Superiores Completos**
- d) Estudios Superiores Incompletos**
- e) Illetrada**

4.- PARIAD: N° de Hijos:

5.- OCUPACIÓN

- a) Estudiante**
- b) Trabajadora**
- c) Ama de casa**
- d) Independiente**

**6.- N° de Atenciones Prenatales: __ Controladas ()
__ No Controladas ()**