



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

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN  
PRENATAL, EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD  
HÚSARES DEL PERÚ, JULIO 2016**

**TESIS PRESENTADO POR:**

**FASABI TELLO GRACIANI ALAN**

**PARA OPTAR EL TITULO DE:**

**LICENCIADO EN OBSTETRICIA**

**ENERO 2017**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación está dedicado a:

- A Dios por ser quien guía mis pasos y está siempre conmigo, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud y lo necesario para seguir adelante día a día para poder lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.
- A mis Padres y Familiares por brindarme su apoyo moral e incondicional, sus consejos que me imparten para así enfrentar los retos que me presenta la vida.

## **AGRADECIMIENTO**

**A DIOS:** Por haberme dado sabiduría, fortaleza, salud, coraje, por no dejarme solo en los momentos difíciles y además por haberme permitido llegar a la meta con este proyecto.

**A MIS PADRES Y FAMILIARES:** A mi familia, porque con su apoyo incondicional me alientan a seguir adelante con optimismo, agradezco su comprensión y sus aunados esfuerzos al brindarme educación.

**A MI ASESORA:** Obstetra. Anita Florián Cáceres por su amabilidad, buena disposición, paciencia, y el tiempo dedicado en el desarrollo de la tesis.

Finalmente a todas las personas que de una u otra manera me brindaron las facilidades en el desarrollo de este trabajo de investigación en especial aquellas mujeres gestantes que participaron en la investigación.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación es un estudio, prospectivo de corte transversal y descriptivo exploratorio, el cual tiene como **objetivo**. Determinar cuáles son los factores que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal, en gestantes atendidas en el CS de Salud Húsares del Perú, julio del 2016, **Material y métodos**, se obtuvo una muestra de 73 gestantes atendidas que iniciaron su atención prenatal en forma tardía, cuyo cálculo se obtuvo de la fórmula estadística de poblaciones infinitas. La selección de la unidad de análisis se aplicó por muestreo que proviene del muestreo no probabilístico accidental o casual, la técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario semiestructurado. **Conclusión**. Al analizar los resultados se concluye los factores **sociodemográficos**, el 60% tiene entre 12 a 27 años de edad con un 27% de gestantes adolescentes; el 77% no tiene estudios superiores; un 55% refirió un ingreso económico familiar entre 750 a 1000 soles al mes y el 38%. Teniendo en cuenta un índice de confiabilidad de 95% y valor  $p \leq 0,05$ , existe asociación estadísticamente significativa entre la edad y el grado de instrucción con el inicio tardío de la APN con una fuerza de asociación 0,74 y de 0,42 respectivamente según coeficiente de contingencia. En cuanto a los factores **Gineco obstétricos**, el 87% está gestando por segunda a más veces, el 68% tiene de 2 hijos a más partos; el 76% tiene un periodo intergenésico inadecuado. Al determinar la prueba de chi cuadrado se encontró que existe asociación estadísticamente significativa entre, el número de gestación actual, el periodo intergenésico y el inicio tardío de la APN tienen asociación estadísticamente significativa con coeficientes de contingencia de 0.543 y 0.563 correspondientemente, esto demuestra que las pacientes muestran irresponsabilidad para la APN, ya que tienen más de 2 gestaciones previas y periodo intergésico inadecuado e inician tardíamente su APN. Finalmente los factores de **acceso a los servicios de salud**, el 62% de la población utiliza el servicio de mototaxi; generando un gasto económico por ende pospone el inicio de su APN. Al determinar la prueba de chi cuadrado se encontró que no existe asociación estadísticamente significativa entre la facilidad del acceso a los servicios de salud, junto a la satisfacción de las usuarias con el inicio tardío de la APN.

**Palabras clave:** Factores que influyen, inicio tardío, atención prenatal

## ABSTRACT

The present research work is a prospective, cross - sectional, descriptive exploratory study, which has as its objective. To determine the factors that influence the late onset of prenatal care, in pregnant women attended at the CS of Health Húsares del Perú, July, 2016, Material and methods, a sample of 73 pregnant women attended who began their prenatal care in Late form, whose calculation was obtained from the statistical formula of infinite populations. The selection of the unit of analysis was applied by sampling that comes from accidental or casual non-probabilistic sampling, the technique of data collection was the survey and the instrument was the semi-structured questionnaire. Conclusion. When analyzing the results, the sociodemographic factors are concluded, 60% are between 12 and 27 years of age with 27% of adolescent pregnant women; 77% do not have higher education; 55% reported a household income between 750 and 1000 soles a month and 38%. Taking into account a reliability index of 95% and  $p \leq 0.05$  value, there is a statistically significant association between age and educational level with the late onset of APN with a strength of association of 0.74 and of 0.42 Respectively, according to the contingency coefficient. As for the obstetric Gynecological factors, 87% are developing for second to more times, 68% have 2 children at more births; 76% have an inappropriate intergenetic period. When determining the chi square test we found that there is a statistically significant association between, the current gestation number, the intergenetic period and the late onset of the APN have statistically significant association with contingency coefficients of 0.543 and 0.563 correspondingly, this proves that the Patients show irresponsibility for NPC, since they have more than 2 previous pregnancies and inadequate intergésico period and initiate delayed their APN. Finally, the factors of access to health services, 62% of the population uses mototaxi service; Generating an economic expense therefore postpones the start of its APN. When determining the chi square test, it was found that there is no statistically significant association between the ease of access to health services, together with the satisfaction of the users with the late onset of the NPC.

**Key words:** Influencing factors, late onset, prenatal care

## INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESÚMEN	IV
ABSTRACT	V
ÍNDICE	VI
INRODUCCION	VIII

## CAPITULO I

### PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 Descripción de la Realidad Problemática	1
1.2 Delimitación de la Investigación	4
1.3 Formulación del Problema	5
1.3.1 Problema Principal	5
1.3.2 Problema Secundarios	5
1.4 Objetivos de la Investigación	6
1.4.1 Objetivo General	6
1.4.2 Objetivos Específicos	6
1.5 Hipótesis de Investigación	7
1.5.1 Hipótesis General	7
1.5.2 Definición de variables e indicadores	7
1.6 Diseño de la Investigación	9
1.6.1 Tipos de Investigación	9
1.6.2 Nivel de Investigación	9
1.6.3 Método	9
1.7 Población y Muestra de la Investigación	10
1.7.1 Población	10
1.7.2 Muestra	11

1.8	Técnicas e Instrumentación de la Recolección de Datos	12
1.8.1	Técnicas	12
1.8.2	Instrumentos	13
1.9	Justificación e Importancia de la Investigación	14

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

2.1	Fundamentos Teóricos de la Investigación	15
2.1.1	Antecedentes de la Investigación	15
2.1.2	Bases Teóricas	25
2.1.3	Definición de Términos Básicos	48

## **CAPITULO III**

### **PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

•	CONCLUSIONES	76
•	RECOMENDACIONES	79
•	FUENTES DE INFORMACION	87

### **ANEXOS**

•	MATRIZ DE CONSISTENCIA	91
•	ENCUESTA	95
•	CONSENTIMIENTO INFORMADO	96
•	FOTOS	97

## INTRODUCCION

La atención prenatal constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. El Ministerio de Salud la define como "La vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre" (1)

El mejoramiento de la salud materno infantil es uno de los retos más importantes de la salud pública y de los servicios de salud, tanto a nivel nacional como internacional. La atención prenatal es un programa fundamental para garantizar el mejoramiento y mantenimiento de la salud de las mujeres gestantes y de sus hijos, permite detectar oportunamente factores de riesgo, promueve y fortalece hábitos saludables, y establece acciones inmediatas para el bienestar de la madre y de su hijo por nacer. La importancia del control prenatal se fundamenta en estudios que reportan menor riesgo de tener niños de bajo peso al nacer, menor probabilidad de prematuridad, muertes fetales y complicaciones durante el embarazo y el parto; así como menor probabilidad de muerte materna. (2)

Se evidencia que aunque la mayoría de las mujeres gestantes asisten a su atención prenatal, un número importante acude pocas veces o simplemente no lo hace o acuden después del primer trimestre. A esta situación se le suma que en los servicios de atención prenatal de la región Ucayali durante el año 2015 se registraron 12,983 mujeres gestantes atendidas, de las cuales 5129 mujeres acudieron precozmente, en el primer trimestre correspondiente a un 40% aproximadamente; mientras que 7759 mujeres acudieron a iniciar su atención prenatal en el segundo y tercer trimestre lo que significa que el 60% de las atendidas acuden tardíamente. Por otro lado el 41% de las gestantes lograron ser gestantes controladas con un mínimo de 6 atenciones prenatales. (8)



A sí mismo en el C.S Húsares del Perú durante el año 2015 se registraron 220 mujeres gestantes atendidas, de las cuales 107 acudieron a iniciar su atención prenatal en el primer trimestre correspondiente a un 49% aproximadamente, mientras que 113 (51%) mujeres acudieron tardíamente en el segundo y tercer trimestre cabe resaltar que 118 mujeres correspondiente a un 41% lograron ser gestantes controladas (6 APN). (8)

Por esta razón el interés por conocer las razones por las cuales las pacientes en periodo de gestación, no inician su atención prenatal de manera precóz, surgió de la necesidad de encontrar la manera de motivar a las madres de CS. Húsares del Perú a tener una adecuada atención prenatal ya que se hace evidente que las madres al ser atendidas, después del primer trimestre. Llegan con algunas complicaciones que pudieron ser prevenibles durante el primer trimestre.

## **CAPITULO I**

### **PLANEAMIENTO METODOLÓGICO**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

La atención prenatal (APN) es una herramienta de prevención de la morbimortalidad materna y perinatal lo que condiciona a ser el eje inicial para la adecuada atención materna, conjuntamente con el parto institucional y el seguimiento del recién nacido son una buena estrategia de reducción de la mortalidad materna. (1)

El inicio precóz de la atención prenatal se constituye como uno de los factores que contribuyen a mejorar su calidad, aunque no necesariamente lleva a la asistencia del parto institucional, pero si facilita las actividades preventivas y de promoción de la salud. (1)

Cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015. (2)

La mortalidad materna en el Perú pasó de 457 defunciones en el año 2010 a 411 en el 2014, según cifras de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSA), lo que representa un descenso de 10% en éste índice. (3)

En el Perú, se han realizado investigaciones al respecto, donde se ha identificado una asociación. (6)

La atención prenatal (APN) inadecuada, multiparidad y gestación no planificada. (4). En otros países como China, se ha evidenciado que en las provincias el promedio de visitas a la atención prenatal es de tres, y solo el 53,6% tuvo una valoración en el primer trimestre. La inasistencia fue relacionada con edad de la madre, nivel de educación y el lugar del control prenatal. (5)

Asimismo, en Ecuador el 2011 se publicó un estudio cuyo objetivo fue identificar factores asociados a la adherencia al control prenatal. Dicho trabajo mostró que a pesar de que las mujeres tenían conocimientos sobre los procedimientos y prácticas de la atención prenatal; son los factores culturales, étnicos, socioeconómicos, educativos y la percepción de la calidad de la atención los que tenían mayor asociación en la adherencia a la APN. Además, se logró identificar que los servicios gratuitos se asocian a percepción de mala calidad en la atención y a tiempo prolongado de espera. (6)

Según el ENDES 2014. El 96,9% de las mujeres tuvieron algún control prenatal por personal de salud calificado (médico, obstetra y enfermera), lo que constituyó un aumento sobre el 94,3% encontrado en el año 2009. Desagregando este indicador, se observaron avances entre los años 2009 y 2014 donde subió la atención por médico, de 28,9% a 35,8%. La atención prenatal por obstetra presenta una tendencia a disminuir, de 58,2% en el año 2009 a 56,3% en el año 2014. (7)

Las diferencias de atención prenatal se evidencian según características demográficas y sociales de la mujer. Así, el 25,1% de menores de 20 años de edad se atendieron con un médico, en comparación con el 42,6% de las mujeres de 35 a 49 años de edad. El 65,4% de las menores de 20 años de edad se controlaron con una obstetra. Según ámbito geográfico, más mujeres fueron atendidas por médico en el área urbana (42,5%) que en la rural (18,7%). En cambio, la atención por obstetra y enfermera es mayor en el área rural (59,5% y 13,7%, respectivamente). Por región natural, la atención por médico fue alta en Lima Metropolitana (50,0%) y Resto Costa (39,5%), a diferencia de la Selva (61,9%) y la Sierra (59,0%) que muestran mayores porcentajes de atención por obstetra. (7)

En el departamento de Moquegua (51,3%), la Provincia Constitucional del Callao (50,3%), Lima (48,2%) y Arequipa (47,0%), se observa que la atención prenatal por médico fue superior al promedio nacional (35,8%). Por otro lado, en los departamentos de Tumbes, Huánuco, Puno y Ucayali, más del 71,0% de mujeres fueron atendidas por obstetra. En cuanto al nivel de educación de las mujeres entrevistadas, el 58,7% con educación superior se controlaron con un médico, cifra mayor a la registrada en aquellas sin educación (14,5%). Con relación a la capacidad adquisitiva, la diferencia entre el quintil superior y el quintil inferior de riqueza para la atención médica va de 68,3% a 14,9% en el año 2014. En el caso de la atención por obstetra, se invierte el patrón entre los dos quintiles, la diferencia entre el quintil inferior y el superior de 59,2% frente a 31,6%. El 86,6% de los últimos nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta recibieron seis y más visitas de atención prenatal. Este porcentaje fue mayor a lo encontrado en el año 2009 (80,8%). La cobertura de visitas en el área urbana alcanzó el 89,1% y en el área rural (80,3%). Es importante que la primera visita de atención prenatal se realice tempranamente, para detectar situaciones que podrían llevar a mayor riesgo durante periodos posteriores del embarazo y en el parto. El 77,3% de las mujeres tuvieron su primera atención antes de cumplir cuatro meses de embarazo. Los porcentajes difieren si se trata de mujeres que residían en el área urbana (80,2%) o rural (70,1%). (7)

En los servicios de atención prenatal de la región Ucayali durante el año 2015 se registraron 12,983 mujeres gestantes atendidas, de las cuales 5129 mujeres acudieron precozmente, en el primer trimestre de gestación correspondiente a un 40% aproximadamente; mientras que 7759 mujeres acudieron a iniciar su atención prenatal en el segundo y tercer trimestre lo que significa que el 60% de las atendidas acuden tardíamente. Por otro lado el 41% de las gestantes lograron ser gestantes controladas con un mínimo de 6 atenciones prenatales. (4)

En el C.S Húsares del Perú durante el año 2015 registraron 220 mujeres gestantes atendidas, de las cuales 107 acudieron a iniciar su atención prenatal en el primer trimestre correspondiente a un 49% aproximadamente, mientras que 113 (51%) mujeres acudieron tardíamente en el segundo y tercer trimestre cabe resaltar que 118 mujeres correspondiente a un 41% lograron ser gestantes controladas (6 APN). (8)

Según diversos estudios la inasistencia a las atenciones prenatales (APN) es por la accesibilidad factores sociales y los recursos económicos que les impide iniciar la atención prenatal de manera precoz, para llevar un control oportuno, razón que me motivó a realizar esta investigación. (7)

## 1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

- **Delimitación espacial**

El siguiente trabajo de investigación se llevó a cabo en el consultorio externo de Obstetricia del Centro de salud Húsares del Perú ubicado en el pasaje Gabino Tecco Mz.6 lote 8 AA.HH Húsares del Perú. Pertenece al departamento de Ucayali, provincia de coronel portillo, distrito de Yarinacocha.

- **Delimitación temporal**

El presente estudio se realizó durante mes de julio del 2016, considerando el tiempo que permitirá evaluar los objetivos planteados en el estudio.

- **Delimitación social**

El grupo social sujeto a objeto de estudio son las gestantes atendidas, nuevas y continuadoras que iniciaron su atención prenatal en formas tardía atendidas durante el mes de julio del 2016 en el consultorio externo de Obstetricia del CS Húsares del Perú.

### **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

#### **1.3.1 Problema Principal**

¿Cuáles son los factores que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal, en gestantes atendidas en el C.S Húsares del Perú, julio 2016?

#### **1.3.2 Problemas Secundarios**

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal, en gestantes atendidas en el C.S Húsares del Perú, julio 2016?
- ¿Qué factores Gineco obstétricos influyen en el inicio tardío de la atención prenatal, en gestantes atendidas en el C.S Húsares del Perú, julio 2016?
- ¿Qué factores de accesibilidad a los servicios de salud influyen en el inicio tardío de la atención prenatal, en gestantes atendidas en el C.S Húsares del Perú, julio 2016?

## **1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1 Objetivo General**

Determinar los factores que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal en, gestantes atendidas en el C.S Húsares del Perú, julio 2016.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Identificar los factores sociodemográficos que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal, en gestantes atendidas en el C.S Húsares del Perú, julio 2016.
- Establecer que factores Gineco obstétricos influyen en el inicio tardío de la atención prenatal, en gestantes atendidas el Centro de Salud Húsares del Perú, julio 2016.
- Establecer que factores de accesibilidad a los servicios de salud influyen en el inicio tardío de la atención prenatal, en gestantes atendidas en el C.S Húsares del Perú, julio 2016.



## **1.2 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN**

### **1.2.1 Hipótesis General**

El presente estudio de investigación no plantea hipótesis por ser un estudio descriptivo exploratorio que solo describirá hechos.

### **1.2.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores**

- **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Factores que influyen. (Sociodemográficos, gineco obstétricos y de accesibilidad a los servicios de salud).

- **VARIABLE DEPENDIENTE:**

Inicio tardío de la atención prenatal.

## DEFINICIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES dimensiones
<p><b>Variable Independiente:</b></p> <p><b>Factores influyentes:</b></p> <p>Sociodemográficos Gineco obstétricos y accesibilidad a los servicios de salud</p>	<p><b>Factor Sociodemográfico</b></p>	Edad Procedencia Grado de instrucción Estado civil Ocupación Ingreso económico. Apoyo familiar Violencia familiar Importancia de la APN.
	<p><b>Factor Gineco obstétrico.</b></p>	N° de embarazo N° de hijos vivos N° de abortos Tipo de embarazo. Edad gestacional de diagnóstico del embarazo. Edad gestacional de inicio de atención prenatal. Periodo intergenésico Antecedente patológico gestacional.
	<p><b>Factor accesibilidad a los servicios de salud</b></p>	Medio de transporte Tipo de seguro Satisfacción de la usuaria. Disponibilidad de infraestructura y equipos de salud.
<p><b>Variable Dependiente:</b></p> <p><b>Inicio tardío de la atención prenatal</b></p>	Número de usuarias del establecimiento de salud que iniciaron tardíamente su atención prenatal.	Número de usuarias del establecimiento de salud que iniciaron tardíamente su APN.

## 1.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.3.1 Tipos de Investigación

La presente investigación es de tipo:

- **Según tiempo de ocurrencia de hechos y registro de información.** es de tipo prospectivo debido a que la recolección de los datos se realizará luego de planificar el estudio. (40)
- **Según periodo y secuencia.** es de corte transversal; porque el estudio se hace un momento determinado corto en el tiempo siendo la recolección de datos durante el mes de julio 2016. (40,41)
- **Según el análisis y alcance de sus resultados.** es de tipo descriptivo exploratorio porque la investigación pretende darnos una visión general, de tipo aproximativo, respecto a una determinada realidad. El tipo de investigación ha sido poco explorado y reconocido. (40,42)

### 1.3.2 Nivel de Investigación

La investigación tendrá un enfoque cualitativo-descriptivo porque a través de análisis se busca dar respuesta a cuales son los factores relacionados al inicio precóz de la atención prenatal mediante datos obtenidos de la encuesta. (40,41)

### **1.3.3 Método**

La presente investigación tendrá un enfoque inductivo, que mediante el cual partirá de hechos singulares o particulares para obtener conclusiones generales que reflejará lo que hay en común en los fenómenos individuales. (42)

Los resultados serán evaluados en base a la prueba estadística de asociación Chi-2, y la fuerza de asociación con el coeficiente de contingencia.

## **1.4 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.7. Población**

Se tomó como población a las gestantes que acudían a iniciar y/o continuar su atención prenatal en forma tardía por el consultorio externo de obstetricia del C.S Húsares del Perú durante el mes de julio del 2016.

#### **Criterios de inclusión:**

- Toda gestante, que acude a iniciar o que ya inició su atención prenatal de forma tardía en el C.S Húsares del Perú.
- Toda gestante, que desee participar voluntariamente en el estudio de investigación.

#### **Criterios de exclusión:**

- Gestante con incapacidad mental.
- Gestante que no acepte ser incluida en el estudio.

### 1.7.2 Muestra

Para la obtención de la muestra se aplicó la fórmula estadística muestral de poblaciones infinitas (40). Debido a que se incluye a gestantes nuevas y continuadoras que iniciaron su primera atención prenatal en forma tardía.

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

p = proporción aproximada esperada (éxito) es 5%=0.05

q = proporción de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (fracaso)  
1-0.05=0.95.

Z=desviación estándar (nivel de confiabilidad 95%) es 1.96

d = nivel de precisión absoluta 5%=0.05.

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.05 \times 0.95}{0.05^2} \Rightarrow n = 73$$

Donde la muestra población de objeto de estudio es 73 gestantes nuevas y continuadoras que acudan a iniciar o que iniciaron su atención prenatal en forma tardía por el consultorio externo de obstetricia del C.S Húsares del Perú durante el mes de julio del 2016.

## **1.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **1.8.1 Técnicas**

Antes de iniciado con la recolección de los datos se solicitó los permisos correspondientes a la jefatura del establecimiento de salud y al servicio de Obstetricia. Los datos fueron recolectados en el consultorio de obstetricia del Centro de Salud Húsares del Perú antes durante o después de su atención.

Se encuestaron a las gestantes que acudían a realizar su primera atención prenatal en forma tardía o que ya hayan iniciado de la misma forma, durante el mes de junio del 2016. Previamente se realizó una prueba piloto con 20 encuestas a las gestantes que acuden a la consulta prenatal para certificar que las preguntas estén bien estructuradas y así poder obtener los resultados esperados.

Posteriormente se proporcionó una encuesta anónima con preguntas cerradas y abiertas el llenado de la encuesta no tuvo límite de tiempo y fue llevada a cabo antes, durante o después de iniciar la atención prenatal. El investigador realizó la revisión de la historia clínica y el Carné Perinatal para la verificación de la atención prenatal, quien proporciono la información correspondiente e indicará la necesidad de firmar el consentimiento informado a cada participante. Una vez culminada la recopilación de la información se procedió a agradecer a la paciente por su participación, indicando que aún se revisarán algunos datos de su historia clínica. Una vez obtenida la información se digitalará en una base de datos en Microsoft Excel, la cual fue ingresada diariamente.

Se realizó el procesamiento de datos a través del programa Microsoft Excel para el análisis de los datos, para la presentación de datos se empleó tablas estadísticas y gráficos como barras y pasteles, aplicando como medida los porcentajes con los respectivos análisis que facilitaran la interpretación de los resultados cuantitativos. La Tabulación de la información dato por dato a la luz del marco teórico y representado mediante tablas con las cifras obtenidas para estructurar el cuadro de resultados, graficar, analizar e interpretar los datos.

Este trabajo identifico los factores que influyen el inicio tardío de la atención prenatal de la gestante. Por lo tanto, estos resultados solo expresarán las experiencias de la población que acude a la atención prenatal en el Centro de Salud Húsares del Perú.

### **1.8.2 Instrumentos**

Para esta investigación el instrumento de recolección de datos fue el cuestionario semiestructurado que fue diseñado por el investigador, el cual está adaptado a los requerimientos del estudio contiene preguntas cerradas y abiertas. Esta divididos en tres áreas, la primera es para los factores sociodemográficos de las gestantes que iniciaron tardíamente su atención prenatal, el segundo ítems es para los factores gineco obstétricos. Finalmente para el ítems 3 para datos sobre factores de accesibilidad a los servicios de salud. Dicho instrumento será validado mediante el juicio de 3 expertos en la materia de estudio a través de un documento denominado validación de instrumento.

Se ha elaborado conjuntamente el consentimiento informado, lo cual corresponde al formato que deja constancia el consentimiento de las pacientes.

## 1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El interés por conocer las razones por las cuales las pacientes en periodo de gestación, no inician su atención prenatal de manera precóz surgió de la necesidad de encontrar la manera de motivar a las madres de CS. Húsares del Perú a tener una adecuada atención prenatal ya que se hace evidente que las madres al ser atendidas, después del primer trimestre. Llegan con algunas complicaciones que pudieron ser prevenibles durante el primer trimestre.

Es preocupante entonces, ya que esto predispone a incrementar la morbimortalidad materna y fetal tanto en Ucayali.

Para nuestro país la mortalidad materna sigue siendo uno de los indicadores más importantes porque afecta en las mujeres en edad reproductiva constituyendo uno de los principales problema de salud pública, Por lo tanto la calidad de las atenciones prenatales deberá ser satisfactoria para las usuarias.

En el CS Húsares del Perú durante el año 2015 se registraron 220 mujeres gestantes atendidas, de las cuales 107 acudieron a iniciar su atención prenatal en el primer trimestre correspondiente a un 49% aproximadamente, mientras que 113 mujeres acudieron a iniciar su atención prenatal en el segundo y tercer trimestre correspondiente a un 51% de manera tardía siendo el mayor porcentaje de gestante que inician su atención prenatal tardíamente. (8)

El presente estudio se justifica porque nos permitirá identificar los factores que condicionan la atención prenatal tardía y así establecer estrategias de control, y poder determinar mecanismo para revertir esta problemática.



## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

##### 2.1.1 ANTECEDENTES

###### ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

**Ramiro Córdova y col**, en su estudio factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila Ecuador, 2009. El **objetivo** es determinar los factores asociados con la inasistencia al control prenatal durante el primer trimestre. **Material y método.** Se realizó un estudio analítico de tipo casos y controles con los registros clínicos de las gestantes inscritas al control prenatal en la ESE San Sebastián de la Plata-Huila, que asistieron antes y después de la semana 14 de gestación en el periodo comprendido entre septiembre-diciembre del 2009. La población del estudio fue el total de gestantes inscritas al control prenatal. Se aplicó una lista de chequeo a las historias clínicas, determinando 139 casos y 149 controles. La información se registró directamente en una base de datos Excel 2007. Se realizó el análisis univariado y bivariado mediante el paquete estadístico SPSS versión. **Resultados** 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. 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. 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. (9)

**Cadena Salgado, Luis Leonardo**, en su investigación "factores asociados a la adherencia al control prenatal en mujeres de los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de la parroquia de San Antonio de Ibarra-Ecuador en el periodo noviembre del 2009 agosto del 2010". Con el **Objetivo**: Identificar los factores asociados a la adherencia al control prenatal en madres de las comunidades de Tanguarin y Santo Domingo mediante la recolección de datos estadísticos priorizando los hallazgos de morbi-mortalidad materno-infantil. **Material y método**: El presente trabajo de investigación es descriptivo retrospectivo, De tipo no experimental, cualitativo, porque se recolecto y analizo los datos orientándonos a resultados fidedignos, proporcionados por las madres. La población fueron todas las mujeres madres que hayan cursado mínimo por dos embarazos, y residen en el sector por un tiempo mayor a dos años. Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario estandarizado de opinión. **Resultados**: El presente estudio muestra claramente que la cultura, el nivel socioeconómico, siendo el promedio de entrada semanal de \$35 dólares, el acceso a los servicios de salud, la educación materna, son los factores que muestran mayor adherencia al control prenatal en las mujeres que pertenecen a los barrios en estudio. **Conclusiones**: Entre los hallazgos más importantes señalamos que la instrucción materna se asocia a una elevada palidez, a un nivel socio económico bajo y la preferencia de las mujeres, de ser atendida por las comadronas o parteras, en el parto. La mala planificación familiar por razones culturales y étnicas hace que el número promedio de hijos por mujer sea de 4 a 5 hijos, por lo expuesto tenemos en Tanguarin 27 madres, 91 hijos, y en Santo Domingo 56 madres,

197 hijos, lo que tiene cierto impacto en la salud materna y en la sobrevivencia del producto. Este estudio además permite valorar la apreciación de calidad del servicio de salud, del Sub Centro de Salud de San Antonio por parte de las madres, la misma que es calificado como Bueno en un 2% y un 5% la considera que es Pésima, y pese a su nivel socioeconómico bajo manifiestan que prefieren atenderse en el sector privado. (10)

**Cobos Martínez, Lisbeth Esther**, en su trabajo de investigación realizado sobre “factores que influyen en la atención prenatal en adolescentes que acuden a la consulta del subcentro de salud Zapotal - Santa Elena -Ecuador en los periodo enero 2013”. **Objetivo:** Identificar los factores socios económicos y demográficos que influyen en la atención prenatal de gestantes adolescentes que acuden a la consulta prenatal en el Subcentro de salud de Zapotal. **Material y método:** Se trata de un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal. La población a estudiar fue de 30 gestantes que acuden a la consulta prenatal, debido a la falta de inasistencia a las consultas prenatales. Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario estandarizado de opinión. **Resultados:** Se obtuvo como resultado lo siguiente: el 70% de las gestantes se encuentran entre la edades de 15 a 17 años, el 77% de las gestantes adolescentes no ha recibido charlas por el personal de salud dentro de la institución, y el 40% desconoce sobre los riesgos que ocasionan al no asistir a las consultas prenatales periódicamente, el 60% no sabe la importancia de un control prenatal oportuno. Asimismo 54% no acude a la institución por la distancia, lo económico y el tiempo que genera al llegar a la institución y le impide llevar un control por la distancia y el tiempo que se requiere llegar al Subcentro de salud. Para lo cual se plantea la propuesta de elaborar un programa continuo para madres adolescentes gestantes. (11)

**Enríquez Bautista, Marco Vinicio,** realizaron un trabajo de investigación sobre “factores que inciden en la adherencia al control prenatal en mujeres gestantes en el subcentro de salud del cantón Quero provincia de Tungurahua-Ecuador en el período agosto 2012 - marzo 2013”. **Objetivo:** Determinar cuáles son los factores que inciden en la adherencia al control prenatal en mujeres gestantes en el subcentro de salud del cantón Quero provincia de Tungurahua en el período agosto 2012 – Marzo 2013 para priorizarlos y mejorar dicho control. **Material y método:** El enfoque del trabajo realizado fue cuali-cuantitativo, aplicando la investigación de campo, con un nivel tipo descriptivo, población de 56 pacientes embarazadas que acudieron al control prenatal, la información se obtuvo mediante encuesta. **Resultados:** Se concluyó que los principales factores que inciden son: el lugar de procedencia, el tiempo y la ocupación y el nivel de educación, además que la mayoría de embarazadas solo acuden de 1 a 3 veces al control prenatal, La gran mayoría de madres gestantes provienen del área rural circundante al subcentro de salud lo cual es un factor potencial relacionado con la inasistencia a los controles, mostrando como principal motivo la distancia y que no tenían con quien dejar a sus hijos como señalan los resultados, se observa también que su primer control se lo realizan a las 12 semanas de gestación y no desde el primer mes de embarazo, que no reciben suficiente información sobre los beneficios de acudir periódicamente al control prenatal. (12)

**Lozano cuadros alix Xiomara y col.** en su trabajo de investigación sobre “factores asociados a la no adherencia al programa de control prenatal en las gestantes captadas en la ESE hospital integrado de sabana de torres Bucaramanga-Colombia, de enero a marzo 2011. **Objetivo:** identificar los factores asociados que producen la no adherencia al programa de control prenatal en las gestantes captadas en la ESE hospital integrado de sabana, de enero a marzo 2011. **Material y Métodos:** se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Para su ejecución se utilizó como herramienta un instrumento tipo encuesta para la recolección de la información, la cual se aplicó a un universo de 118 gestantes que

ingresaron al programa de control prenatal durante el primer trimestre del 2011. **Resultados:** un porcentaje significativo refirió tener conocimientos sobre la importancia del control prenatal, pero a la vez existe mayor porcentaje de ingresos de mujeres gestantes que acuden al segundo trimestre de gestación. Se encontró también que existen condiciones de accesibilidad geográfica la cual no permite que la gestante acuda a su cita programada, entre las cuales se encuentra dificultad para conseguir transporte, falta de dinero, y ubicación del hospital. En cuanto a la atención recibida se encontró satisfacción en la atención brindada por parte del personal. Las filas de espera, los documentos solicitados para la atención se hallaron como barreras de acceso al establecimiento de salud. **Conclusión:** las mujeres refieren poseer conocimiento sobre la importancia del control prenatal, pero no todas asisten al programa y quienes lo hacen ingresan tardíamente, esto debido a los factores que intervienen en la inasistencia de las citas. (13)

**Quelopana Del Valle, Ana María,** en su trabajo realizado predictores del inicio del control prenatal en mujeres del área metropolitana de Monterrey México año 2011 con el **Objetivo** identificar los factores que afectan el inicio de control prenatal en gestante. **Material y Método:** el diseño fue descriptivo correlacional, con un muestreo aleatorio sistemático. La población de interés fue 253 mujeres embarazadas que acudieron en la primera. **Resultados:** los factores que influyen la conducta del inicio de control prenatal (CPN) fueron trabajar fuera de casa, la embarazada que trabajaba inicio el CPN en forma precoz que la que no lo hizo. Por otro lado encontrarse solteras influye al inicio del CPN, ya que las mujeres que viven con su pareja tuvieron un inicio precoz de CPN, se observó que la variable sociodemográfica no influye en el inicio precoz del CPN, la actitud negativa hacia el embarazo influye significativamente. En las multíparas las conductas del inicio de control prenatal fueron: experiencias previas de CPN, **Conclusión** Se concluye en la siguiente investigación que la actitud hacia el embarazo es el factor con mayor peso para determinar el inicio del CPN. (14)

**Zairy Sofía Malagón Díaz**, en su trabajo factores asociados a la asistencia al control prenatal en gestantes del municipio de Yopal Casanare, Colombia – 2011. **Objetivo** identificar factores que afectan la adherencia al control prenatal. **Metodología:** Estudio observacional de prevalencia analítica realizado con datos de gestantes de Yopal (Casanare) canalizadas por Intervenciones Colectivas 2011, con una muestra de 621. **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; semana de gestación; trimestre del embarazo, antecedentes de abortos, apoyo económico; embarazo planeado, soporte familiar, satisfacción de compartir tiempo y espacio con el cónyuge; convivencia con familia materna ,y se identificaron barreras como inoportunidad de citas e insatisfacción por los servicios, donde el 98,9% de gestantes que no las encontraron tuvieron adherencia al control prenatal. **Conclusión:** Es necesario fortalecer programas de promoción de salud materna, control prenatal, prevención del embarazo adolescente y derechos de la mujer; reforzando acciones de vigilancia para disminuir las barreras de aseguramiento y calidad de los servicios. (15)

## ANTECEDENTES NACIONALES

**Navarro Vera, Janeth Mirella**, En su trabajo de investigación realizado “factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de obstetricia del centro de salud “Leonor Saavedra” - enero a marzo del 2015.Lima-Peru” **Objetivo:** Determinar los principales factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de obstetricia del Centro de Salud “Leonor Saavedra” durante los meses de enero a marzo del 2015. **Material y Método:** Estudio de tipo observacional con diseño analítico de casos y controles, prospectivo, transversal. En el estudio participaron un total de 80 gestantes las cuales fueron divididas en dos grupos: 37 gestantes que inician tardíamente su atención prenatal (grupo caso) y 43 gestantes que inician tempranamente su atención prenatal (grupo control). Para el análisis estadístico se estimaron frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central para el análisis descriptivo. Para el análisis inferencial se calculó la prueba Chi cuadrado, con un nivel de confianza de 95%, y para cálculo del riesgo se calculó el Odd Ratio. **Resultados:** 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, que la familia muestre poco interés por la salud de la gestante, presentar problemas durante el embarazo , tener problemas de dinero para costear la atención prenatal, tener dificultades de acudir al CPN por su trabajo, el antecedente de experiencias negativas durante las consultas en un establecimientos de salud y considerar poco importante la atención prenatal, 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

(tardío=67.6%, Temprano=0%) presenta frecuencias diferentes en ambos grupos, por tanto se considera como factor de riesgo de inicio tardío de la atención prenatal. 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 no riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal. **Conclusión:** Los principales factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal 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. (16)

**Munares García, Oscar** En su trabajo de investigación “factores asociados al abandono al control prenatal – instituto nacional materno perinatal Lima – Perú Agosto 2013. **Objetivo:** Analizar factores asociados al abandono al control prenatal en gestantes del instituto nacional materno perinatal agosto 2013. **Métodos:** Estudio de casos y controles en 328 gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, divididas en 164 con abandono al control prenatal y 164 sin Se aplicó abandono, pareadas según fecha de parto y sexo del recién nacido, 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, que aumentan el riesgo, el control prenatal adecuado, tener permisos en el trabajo , no tener dificultades por quehaceres domésticos reducen la probabilidad de abandono. Entre los factores institucionales el recibir servicios completos, coordinar entre los servicios y programar citas reducen la probabilidad de abandono, finalmente entre los factores médicos, el tener calidad adecuada del control prenatal 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. (17)



**Patricia Barrera Huamán** en su trabajo factores que influyen en el inicio de la atención prenatal de gestantes adolescentes atendidas en la consulta prenatal del hospital santa rosa de octubre a diciembre del 2007. Con el **Objetivo:** Identificar los Factores que influyen en el Inicio de la Atención Prenatal de gestantes adolescentes. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal; la muestra fue de 206 gestantes adolescentes seleccionados aleatoriamente con criterios de inclusión: Gestante adolescente en buen estado general, gestante que acudió a su primera APN sin presencia de complicaciones del I Trimestre y que acepten ingresar al estudio mediante la firma de un consentimiento informado. Se utilizó una Ficha de Recolección de Datos de Historia Clínica para la identificación de la edad gestacional a la primera Atención Prenatal (APN) y se realizó una entrevista estructurada; las variables analizadas fueron correspondientes a seis segmentos: Factor Familiar, Factor Pareja, Factor Educacional, Factor Económico, Factor Psicológico y Factor Institucional. **Resultados:** La Edad promedio de la muestra fue 17,6 años, predominó el inicio temprano de la APN durante el I Trimestre. En cuanto al factor núcleo familiar, dominó el estado civil de padres Casados, la buena comunicación con los padres, la preocupación de los padres hacia el embarazo y la pareja como acompañante a la primera APN. En cuanto al factor pareja; se halló predominancia de gestante con estado civil Soltera; pareja con nivel secundaria completa buena relación de pareja y aceptación de la pareja al embarazo. En el factor educacional, predominó gestante con nivel secundaria completa; y el sí saber y conocer que es APN en. En cuanto al factor Socioeconómico, predominó ingreso económico del hogar entre los 550 - 1000 soles al mes; y el apoyo económico de padres y pareja. Factor psicológico, se halló dominio de embarazos no deseados, y temor al informar a sus padres sobre su embarazo y en el Factor institucional, se encontró que más de la mitad de la muestra no tuvo problema para el acceso al hospital. **Conclusiones:** Existen factores que influyen en el momento en el cual la gestante está decidiendo iniciar su APN. El inicio temprano (I trimestre) de la APN fue prevalente en la muestra estudiada con un (54.4%), asimismo el 38.3% tuvo inicio intermedio (II trimestre) y el inicio

tardío (III trimestre) fue un 7.3%. Los factores que influyeron en asistir a la APN de manera temprana fueron el factor pareja (estado civil, escolaridad de la pareja y aceptación del embarazo), el factor educacional (escolaridad de la gestante y conocimientos sobre la APN) y el factor familiar (la buena comunicación y confianza con los padres, el vivir con la pareja y/o familia de la pareja y el apoyo familiar ante el embarazo). Asimismo el Factor institucional y el Factor psicológico tuvieron más influencia al inicio tardío de la APN. (18)

**Claudia Arispe y Col.** En su trabajo Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Con el **Objetivo:** Determinar la frecuencia de pacientes con control prenatal (CPN) inadecuado y los factores asociados a dicho evento. **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. (19)

## **ANTECEDENTES LOCALES.**

Luego de una exhaustiva búsqueda no se encontraron antecedentes locales con referencia al trabajo de investigación.

## 2.1.2 BASES TEÓRICAS

### ATENCIÓN PRENATAL (APN)

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud. La atención prenatal involucra un conjunto de acciones en visitas de parte de la embarazada al establecimiento de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad, que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal. (20)

**Atención prenatal (APN).** Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto con acciones sistemáticas y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. (21, 22,23)

**Atención prenatal reenfocada.** Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto. Idealmente antes de las 14 semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para autocuidado y participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones, que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal, para lograr una/un recién nacida/o sana/o sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos. (24)

### CARACTERÍSTICAS

- Precóz
- Periódico
- Integral
- Amplia cobertura
- Gratuito. (21,22,25)

- **Atención Precoz.** Debe iniciarse desde el primer trimestre de la gestación (en lo posible después de la primera falla menstrual), lo que permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento protección y recuperación de la salud, que constituyen la razón fundamental del control prenatal. Además permite la identificación precoz de la embarazada de mediano y alto riesgo, aumentando en la posibilidad de planificar eficazmente su manejo gineco-obstétrico así como el lugar donde debe realizarse. (26)

Lo ideal es que el control prenatal se inicie lo más tempranamente posible, lo adecuado antes del primer trimestre (14 semanas de gestación). (22)

- **Atención periódica.** Los controles deberán repetirse con frecuencia y oportunidad que varíaran según el grado de riesgo del embarazo. Por lo tanto las embarazadas de alto riesgo necesitaran un mayor número de consultas y por ende el momento estará fijado por tipo de problema que presente. (26)

- Hasta las 32 semanas: Mensual
- Durante 32 – 36 semanas: Quincenal
- Desde las 37 semanas. (22,25)

- **Control integral.** Este garantizara las acciones de fomento, protección, recuperación, Rehabilitación, de la salud de la embarazada de su hijo/a. (25)

- **Amplia cobertura.** Se indica que el control prenatal debe llegar a todas las embarazadas, afortunadamente las coberturas en el Perú, según ENDES 2012 superan el 95%. (27)

- **Gratuidad.** En el Perú, las consultas prenatales son totalmente gratuitas tanto para el Ministerio de Salud, a través del Seguro Integral de Salud y últimamente por el Aseguramiento Universal de la Salud, así mismo en Es Salud, también las consultas prenatales son gratuitas. (27,39)

## **OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN PRENATAL**

- Evaluar integralmente a la gestante y al feto e identificar la presencia de signos de alarma o enfermedades asociadas que requieran un tratamiento especializado para la referencia oportuna.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Preparar física y mentalmente a la gestante para el parto, así como realizar la estimulación prenatal al feto.
- Promover el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal.
- Promover la adecuada nutrición.
- Detectar el cáncer de cérvix uterino y la patología mamaria.
- Detectar el VIH y la sífilis y dar tratamiento profiláctico en caso de ser positivo.
- Detectar violencia y brindar apoyo.
- Promover la salud reproductiva y la planificación familiar.
- Prevenir el tétanos neonatal.
- Promover la lactancia materna en la crianza del recién nacido.
- Realizar el planeamiento individualizado del parto institucional (plan de parto) con participación de la pareja y/o de la familia. (21,24)

## **FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS**

- Embarazo no deseado.
- Embarazo en adolescente.
- Gestante de más de 35 años.
- Lugar de residencia lejana.
- Pobreza.
- Analfabetismo.
- Paridad: nuliparidad o multiparidad.
- Antecedentes patológicos de carácter general.
- Antecedentes obstétricos patológicos. (21)

## FRECUENCIA DE LAS ATENCIONES PRENATALES

Según las diferentes Guías del Perú (Guía de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive, Guía del Instituto Nacional Materno Perinatal, Guía del Hospital San José, etc.) consideran que como mínimo una gestante debe recibir 06 atenciones prenatales, distribuidas de la siguiente manera. (23)

- Dos atenciones antes de las 22 semanas.
- La tercera entre las 22 a 24 semanas.
- La cuarta entre las 27 a 29 semanas.
- La quinta entre las 33 a 35 semanas.
- La sexta entre las 37 a 40 semanas. (21)

## PROCEDIMIENTOS

- **El inicio de la atención prenatal** debe ser lo más temprano posible, debiendo ser periódica, continua e integral. (24)
- **El inicio tardío de la atención prenatal**, según el Ministerio de Salud, se define como aquella primera atención prenatal que se produce a partir de las 14 semanas o después. (24)

El inicio del APN es un acto voluntario y se refiere a la primera visita que realiza la mujer gestante a un proveedor de salud que puede ser el médico, o la obstetra, la conducta ideal y esperada es que la mujer acuda inmediatamente a su APN cuando confirma que está embarazada. El inicio de una APN en forma precoz, es una forma de prevenir el bienestar del binomio madre niño. (14)

La atención prenatal debe ser realizada por médico Gineco-Obstetra, y en su ausencia por médico cirujano u obstetra, según el nivel de complejidad del establecimiento de salud. En establecimientos donde no existan dichos profesionales, puede ser realizado por el profesional o personal de salud capacitado en atención de gestantes. (28)

La edad ideal para un embarazo biológicamente, buscar un embarazo entre los 20 y 35 años tiene como ventaja una mayor facilidad para quedar embarazada. En la segunda década de vida se produce el pico de máxima fertilidad de la mujer. (28)

### **Intervalo intergenésico:**

Es el espaciamiento entre embarazos, es importante que se produzca un intervalo 3 a 6 años entre embarazos para que el organismo de la madre pueda recuperarse tras el anterior embarazo y parto. De esta forma se mejoran mucho las condiciones para la nueva gestación. (28)

Si el plazo es inferior a 3 años, aumentan las complicaciones de parto prematuro y/o bajo peso del bebé al nacer. También riesgo de ruptura uterina (la cual llega a duplicarse), lo que ocasiona que se tenga que hacer un parto por cesárea previa. De hecho este intervalo mínimo coincide con un período de lactancia estándar. Si la lactancia es exclusiva durante este período, dar el pecho, junto con la ausencia de menstruación, te permitirá ahorrar hierro y calcio, lo cual repercutirá en una recuperación después del primer parto. (28)

Otro factor a tener en cuenta es el de que si se reduce el período entre embarazos vas a tener que poner tu atención en dos niños, lo cual te resultará agotador. Por otra parte, esperar demasiado también puede generar problemas. Primero físicos: dejar un espacio entre embarazos mayor de 6 años puede aumentar los riesgos de prematuridad, bajo peso al nacer o hipertensión durante el embarazo. Otra dificultad sería el de criar dos “hijos únicos”. Si el espacio es mayor de cinco años, la diferencia de edad, hará difícil que compartan juegos y actividades durante la infancia. (28)

**Primera atención prenatal (< 14 semanas):** La primera consulta de atención prenatal deberá tener una duración no menor de 30 minutos y en las consultas de seguimiento debe durar no menos de 15 minutos. (28)

Confirmación del embarazo, Orientación/ consejería y evaluación nutricional, anamnesis, detección de signos de alarma, medición de talla, control de peso, determinación de la presión arterial, pulso y temperatura, examen gineco-obstétrico, evaluación clínica de pelvis, estimación de edad gestacional, diagnóstico y número de fetos, determinar grupo sanguíneo y Rh, determinación de hemoglobina (Hb) o hematocrito (Hto), Urocultivo o examen de orina, detección de diabetes gestacional, VIH/sífilis(RPR), Proteína en orina, toma de PAP, evaluación ecográfica, administración de ácido fólico, información en salud sexual y reproductiva y Planificación familiar. (21, 22,23)

## **CONSULTAS EN LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA:**

### **Aspectos Específicos Para La Primera Consulta:**

- Brindar información completa, veraz, clara y oportuna sobre la importancia de la atención prenatal y recibir información sobre las posibilidades de tener un producto con malformaciones congénitas, especialmente cuando existan antecedentes familiares o factores de riesgo.
- Es recomendable realizar el examen vaginal en la primera atención prenatal, esto incluye especuloscopia para detección de vaginosis bacteriana, toma de muestra para Papanicolaou y valoración de pelvis. Puede posponerse hasta la siguiente consulta si es que la gestante no se encuentra preparada.
- Los análisis de laboratorio (hemoglobina, sífilis, VIH, glicemia basal y Urocultivo o examen de orina completo) se deben de actualizar a partir de las 33 semanas y con un intervalo mínimo de 3 meses en relación a la primera muestra.
- Durante la atención se brindará información a la pareja o familiar que acompaña, sobre los cuidados necesarios que debe tener una mujer durante la gestación, parto y puerperio.



- En toda consulta se realizará la detección de síntomas y signos de alarma durante el embarazo. (24,25)

### **Procedimientos de la primera atención prenatal**

- Elaboración de la Historia Clínica Materno Perinatal:
  - Anamnesis. Utilizan la Historia Clínica Materno Perinatal. Precisar los datos de filiación, antecedentes familiares, antecedentes personales, antecedentes obstétricos, evaluar la edad gestacional e indagar sobre violencia y salud mental.
  - Examen físico. Incluye funciones vitales y el examen de los diferentes órganos (corazón, pulmones, abdomen, mamas, odontoestomatológico, etc.).
  - Tomar funciones vitales: pulso (técnica de los 3 dedos), respiración, temperatura (el termómetro se debe lavar y guardar en su protector) y presión arterial (después de 5 minutos de reposo, en posición sentada, tomar la presión arterial en el brazo derecho).
  - Tomar medidas antropométricas: peso (las balanzas deben ser calibradas diariamente con un peso estándar) y talla. Valorar el estado nutricional. Graficar en las tablas de ganancia de peso CLAP/OPS del Carné y la Historia Clínica Materno Perinatal. Aplicar las tablas CLAP/OPS/OMS de peso/talla para la edad gestacional. Si el gráfico denota riesgo nutricional, el seguimiento incluirá el uso de la tabla de índice de masa corporal (IMC) pregestacional del CENAN.

- Valorar el edema:
  - 0: No presenta edema
  - 1+: Edema leve, fóvea perceptible sólo al tacto
  - 2+: Edema evidente sólo en miembros inferiores
  - 3+: Edema de miembros inferiores, superiores y cara
  - 4+: Anasarca con ascitis.
  
- Se consideran cifras hipertensivas, si: Presión arterial (PA) >140/90 o presión arterial media (PAM) >106, o presión arterial sistólica <140 y diastólica <90 mmHg (milímetros de mercurio), con un incremento de 30 mmHg en la cifra sistólica y de 15 mmHg en la diastólica, de los valores basales, o PAM <106 mmHg, con un aumento de 20 mmHg, en comparación a cifras basales.
  
- Evaluar reflejos osteotendinosos,
  - 0: arreflexia o ausencia de reflejos
  - 1+: hiporreflexia
  - 2+: normal
  - 3+: hiporreflexia o reflejos aumentados.
  - 4+: reflejos exaltados, presencia de clonus.
  
- Si en los establecimientos que cumplen FONP se identifican signos de alarma referir a establecimientos que cumplen FONB o FONE.
  
- Consignar en la historia clínica materno perinatal todos y cada uno de los datos solicitados. En los casos de hospitalización en establecimientos FONE o FONI usar historia clínica según normatividad vigente. (24,25)

### **Examen obstétrico completo:**

- Valoración obstétrica según edad gestacional, determinar: altura uterina, número de fetos, latidos cardiacos fetales y movimientos fetales.
- Registrar el incremento de la altura uterina y graficar en la tabla CLAP/OPS. Utilizar la cinta métrica obstétrica para tomar la altura uterina a la gestante en posición de decúbito dorsal, semiflexión y apertura de miembros inferiores, juntando los talones.
- Valoración ginecológica: realizar examen en el momento oportuno, preferentemente desde la primera consulta, previa preparación de la gestante y explicación del procedimiento a realizar: examen de mamas y examen ginecológico, que incluye toma de muestra cérvico-uterino (Papanicolaou). (24,25)

### **Exámenes auxiliares basales**

- Tamizaje de proteínas (albúmina) en orina a través de métodos cuantitativos (prueba rápida en primera consulta: tira reactiva o prueba de reacción con ácido sulfosalicílico).
- Hemoglobina (se evaluará según altitud sobre el nivel del mar de cada lugar), grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, pruebas rápidas para sífilis y VIH (para diagnóstico precoz y tratamiento oportuno) o RPR y ELISA, Urocultivo, excepcionalmente examen completo de orina en establecimientos que no cuentan con microbiología.
- Ecografía obstétrica será solicitada antes de las 14 semanas para confirmar la edad gestacional, en gestantes mayores de 35 años solicitar evaluación del pliegue nuchal entre las 10 y 14 semanas.

- Cuando sea necesario se solicitará otros exámenes de acuerdo a las necesidades.
- Prueba de Coombs indirecto en gestantes con Rh negativo. Si el resultado es negativo, se repetirá la prueba mensualmente hasta la semana 28. Si la gestante no está sensibilizada se deberá administrar 250 mcg de inmunoglobulina anti-D entre las 28 y 32 semanas.
- Luego del parto y confirmado el grupo sanguíneo de la/el recién nacida/o como Rh positivo y test de Coombs directo negativo se deberá aplicar a la madre 250 mcg de inmunoglobulina anti-D dentro las primeras 72 horas.
- Prueba de glicemia en ayunas:
  - Cifras mayores de 105 mg/dl: repetir en ayunas estricto (al menos 12 horas), derivar a médico especialista si continua la cifra mayor a 105.
  - Cifras menores de 105 mg/dl; realizar prueba de tolerancia a la glucosa, si tiene: antecedente familiar de diabetes, obesidad, abortos u óbitos fetales a repetición, malformaciones congénitas fetales, Polihidramnios, macrosomía fetal.
  - Urocultivo periódico: en pacientes con antecedentes de ITU o con leucocitos mayor de 10 por campo y/o nitritos positivo en el examen de orina (sedimento urinario y/o tira reactiva).
- **Prescripción de ácido fólico.** Prescripción y entrega de ácido fólico (500 mcg) a toda gestante en la primera consulta durante el primer trimestre (hasta la semana 13).
- **Prescripción de ácido fólico y sulfato ferroso.** Prescripción y entrega de ácido fólico (400 mcg) y sulfato ferroso (60 mg) a toda gestante a partir de las 14 semanas hasta el parto.

- **Prescripción de calcio.** Prescripción y entrega de calcio durante la gestación es de 2000 mg al día, a partir de las 20 semanas hasta el parto.
- **Evaluación odontológica.** De contar con odontólogo solicitar la evaluación; de no contar, referir al establecimiento más cercano o coordinar su atención con la red de servicios.
- **Vacunación antitetánica y contra Influenza Estacional.** La gestante no vacunada debe recibir su primera dosis de vacuna DT al término de la primera consulta y continuar según el Esquema Nacional de Vacunación.

Toda gestante debe recibir una dosis de vacuna contra la influenza a partir de las 20 semanas de gestación. (24,25)

#### **Información para la gestante en la primera consulta:**

- Informar sobre los efectos nocivos y sus repercusiones en el feto por el consumo de tabaco, coca, alcohol y otras sustancias dañinas.
- Brindar información sobre dónde acudir en caso de presentar algún signo/síntoma de alarma: fiebre, sangrado, dolor abdominal, cefalea, convulsiones, mareos, tinnitus, escotomas, acúfenos, epigastralgia, anasarca, pérdida de líquido o cualquier otra emergencia.
- Solicitar a la gestante que registre fecha y hora de los primeros movimientos fetales presentes desde el segundo trimestre.
- Solicitar a la gestante que acuda a las siguientes consultas, de ser posible, acompañada por su pareja o un miembro de la familia o una persona de confianza para que la apoyen en el cuidado de su salud durante el embarazo, parto, puerperio Brindar información sobre sexo seguro, enfatizando el riesgo de adquirir ITS y/o VIH.

- Informar sobre los beneficios del Seguro Integral de Salud y Aseguramiento Universal.
- Programar la cita de la segunda atención prenatal con el médico para evaluar los resultados de exámenes de laboratorio, dicha cita no deberá exceder los 15 días de la primera consulta, se registrará en el carné la fecha de la siguiente cita. (24,25)
- Mantener los registros completos
  - Revisar y completar los datos de la historia clínica materno perinatal.
  - Completar el Carné Materno Perinatal y entregar a la gestante recomendando que lo lleve cada vez que acuda a un establecimiento de salud.
  - Registrar la atención prenatal en el Libro de Registro de Seguimiento de la Gestante y Puérpera.
  - Registrar la atención en el formato de registro del HIS.
  - Referencia en caso de complicación obstétrica:
  - Comunicar la referencia al establecimiento de mayor nivel de complejidad, para que el equipo de salud se encuentre preparado para la recepción y atención inmediata.
  - La referencia debe realizarse con el formato correspondiente.
  - Los casos derivados a establecimientos que cumplen FONE o FONI deben ser recibidos por el médico gineco-obstetra. (21,28)

Ver cuadro de actividades durante la primera atención prenatal en el anexo 1.

## **SEGUNDA ATENCIÓN PRENATAL (14-21 SEMANAS)**

Detección de signos de alarma, control de peso, determinación de la presión arterial, pulso y temperatura, estimación de edad gestacional, diagnóstico del número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler), Proteína en orina, vacunación antitetánica, evaluación estomatológica, Administración de hierro + ácido fólico, información sobre salud sexual y reproductiva y Planificación familiar (PP.FF), Psicoprofilaxis/Estimulación Prenatal. Evaluar edad gestacional, auscultación de latidos fetales y detección de movimientos fetales (desde las 20 semanas). Interpretación de exámenes auxiliares. Indicar suplemento de hierro con ácido fólico a partir de las 14 semanas. (21,28)

## **TERCERA ATENCIÓN PRENATAL (22-24 SEMANAS).**

Detección de signos de alarma, control del peso, determinación de la presión arterial, pulso y temperatura, estimación de edad gestacional, diagnóstico del número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler), evaluación clínica del volumen de líquido amniótico, Proteína en orina, vacunación antitetánica, evaluación estomatológica, Administración de hierro + ácido fólico, administración de calcio, información sobre salud sexual y reproductiva y Planificación familiar (PP.FF), Psicoprofilaxis / Estimulación Prenatal. (21,28)

## **CUARTA ATENCIÓN PRENATAL (25-32 SEMANAS)**

Detección de signos de alarma, control del peso, determinación de la presión arterial, pulso y temperatura, estimación de edad gestacional, diagnóstico del número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler), evaluación clínica del volumen de líquido amniótico, diagnóstico, presentación y situación fetal, detección diabetes gestacional, Proteína en orina, Administración de hierro + ácido fólico, administración de calcio, información sobre salud sexual y reproductiva y Planificación familiar (PP.FF), Psicoprofilaxis/Estimulación Prenatal. (21,23)

- **A partir de las 28 semanas:**

- Determinar la situación, posición, presentación fetal y número de fetos.
- Control de latidos cardiacos fetales.
- Interrogar sobre la presencia de movimientos fetales.
- Realizar prueba de Gantt o roll over test (prueba de rodamiento) entre las 28 a 32 semanas, de la siguiente manera: Tomar la presión arterial en decúbito lateral izquierdo en el brazo derecho, después colocar a la gestante en decúbito supino y esperar 5 minutos para repetir la toma de presión arterial, si la presión diastólica aumenta en 20 mmHg o si la presión arterial media es mayor de 85 mmHg es prueba positiva. La prueba de Gantt o roll over test es un método clínico predictivo de hipertensión arterial inducida por embarazo más fácil de realizar y que tiene un alto porcentaje de efectividad.
- Solicitar segundo examen de hemoglobina, glucosa, prueba rápida de sífilis y/o RPR, prueba de Elisa o prueba rápida para VIH y urocultivo a partir de 33 semanas de gestación, con un intervalo no menor a tres meses de los primeros exámenes de laboratorio.
- Los exámenes de detección de diabetes gestacional (glicemia en ayunas) se debe realizar en la semana 25 a 33. (21,28)

### **QUINTA ATENCIÓN PRENATAL (33-36 SEMANAS)**

Detección de signos de alarma, control del peso, determinación de la presión arterial, pulso y temperatura, evaluación clínica de la pelvis, estimación de edad gestacional, diagnóstico del número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler), evaluación clínica del volumen de líquido amniótico, diagnóstico, presentación y situación fetal, VIH/RPR, Proteína en orina, Bienestar fetal, test no estresante, Administración de hierro + ácido fólico, administración de calcio, información sobre salud sexual y reproductiva y Planificación familiar, Psicoprofilaxis/Estimulación Prenatal. (21,28)



- **A partir de las 35 semanas:**
  
- Pelvimetría interna y valoración feto-pélvica especialmente en primigrávidas y gestantes de talla baja (1.40 m.).
  
- Determinación del encajamiento fetal.
- Determinación de la presentación fetal.
- Reevaluación del estado general materno.
- Actualizar exámenes auxiliares, si corresponde.
- Solicitar pruebas de bienestar fetal o test no estresante según el caso.
- Indicar a la gestante que controle los movimientos fetales.
- Se enseña a la gestante a identificar los movimientos fetales palpando el abdomen y debe controlarse 4 veces al día, cada control por 30 minutos, al término del día debe tener más de 10 movimientos, si tiene 10 o menos movimientos fetales debe acudir de inmediato al establecimiento de salud para su evaluación.
  
- Referir a establecimiento que cumplen FONE, los casos para cesárea electiva a fin de ser programada oportunamente.
  
- Se debe referir a las gestantes que no han tenido su parto hasta cumplidas las 40 semanas, a los establecimientos que cumplen FONE informándoles previamente el motivo de la referencia.
  
- En caso de vivir en lugar alejado o inaccesible referir a la gestante a una casa de espera materna cercana a un establecimiento que cumple FONB o FONE para la atención del parto institucional. (21,28)

## **SEXTA ATENCIÓN PRENATAL (37-40 SEMANAS).**

Detección de signos de alarma, control del peso, determinación de la presión arterial, pulso y temperatura, estimación de edad gestacional, diagnóstico del número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler), evaluación clínica del volumen de líquido amniótico, diagnóstico, presentación y situación fetal, Proteína en orina, Bienestar fetal, test no estresante, Administración de hierro + ácido fólico, administración de calcio, información sobre salud sexual y reproductiva y Planificación familiar, Psicoprofilaxis/Estimulación Prenatal. Ver cuadro de actividades durante las atenciones prenatales en el anexo 2. (21,23)

### **SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA**

Su presencia obliga a referir inmediatamente al establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive, según el caso para su atención:

- Náuseas y vómitos incoercibles.
- Sangrado vaginal.
- Desmayo o mareos.
- Convulsiones.
- Hinchazón de cara, manos y pies.
- Pérdida de líquido amniótico.
- Disminución o ausencia de movimientos fetales.
- Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación.
- Alteraciones psicoafectivas.
- Indicio o evidencia de ser víctima de violencia familiar (según gravedad).
- Complicaciones del embarazo.
  
- Patología obstétrica o enfermedades intercurrentes (si se requiere estancia Prolongada considerar alojamiento en casa de espera).
  
- Accidentes y traumatismos.

- Otras que determine el médico gineco-obstetra, obstetra, o médico de guardia.

En zonas endémicas además se debe considerar:

- Tratamiento antiparasitario.
- Protección contra la Malaria, Dengue, Bartonelosis, Chagas, usando mosquiteros tratados con insecticidas y seguimiento con la toma de gota gruesa. Verificar efectos de insecticidas sobre el feto.
- Inmunización contra fiebre amarilla después de las 26 semanas.(21,24,28)

## **CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN**

- Trabajo de parto
- Complicaciones del embarazo: Patología obstétrica o enfermedades intercurrentes.
- Accidentes y traumatismos
- Violencia.
- Otras que determine el especialista. (21,24)

## **SEGUIMIENTO**

La atención prenatal debe ser realizada por personal de salud capacitado en los establecimientos FONP. Si se detectan factores de riesgo o signos de alarma referir a establecimiento de mayor capacidad resolutive FONB, FONE según el caso. En caso de vivir en lugar alejado o inaccesible, referir a la gestante a una casa de espera cercana a un establecimiento FONB o FONE según sus factores de riesgo. (21,22)

## **FLUXOGRAMA DE LA ATENCIÓN PRENATAL.**

Ver anexo 3.

Se han realizado diversos estudios, con la finalidad de identificar aquellos factores que se encuentran riesgo asociado al inicio de la atención prenatal, más aun los que influyen directamente en las gestantes para que decidan iniciar tardíamente su control del embarazo, observando que se presentan una serie de factores, tales como, personales, familiares, institucionales, entre otros, los cuales implican que estas pacientes no decidan certeramente con su atención oportuna, entre los principales indicadores se observó que la confidencialidad, el respeto, el acceso geográfico, los tiempos de espera, el horario de atención adecuado y la disponibilidad de horas, han sido determinantes para que las gestantes decidan sobre el inicio de su atención prenatal. (29)

Por otro lado, en muchas comunidades de bajos recursos del Perú, la búsqueda de atención prenatal conlleva costos directos y de oportunidad que aumentan cuanto mayor sea la distancia a recorrer y que refuerzan la idea de que la búsqueda de atención prenatal pueda ser innecesaria o una pérdida de tiempo. La mujer y quien la acompañe tiene que interrumpir sus actividades diarias, ya sean laborales, domésticas o de cuidado de familiares y tiene que conseguir recursos para el transporte. Del mismo modo se ha podido observar en la práctica clínica, que muchas gestantes se quejan por las esperas prolongadas, hasta el punto que algunas se van del establecimiento sin haber sido atendidas. (30)

Los principales factores de riesgo, asociados al inicio tardío de la atención prenatal son: (9, 29,31)

- **Factores Socioeconómicos:** Son aquellas situaciones propias y relacionadas a su entorno, manifestadas por la gestante, que pueden influenciar en la decisión de iniciar la atención prenatal o que pueden dificultarlo, tales como:
  - La edad
  - El estado civil
  - El nivel de instrucción
  - La ocupación.
  - La procedencia
  - La condición laboral
  - El apoyo económico
  - Los ingresos económicos.
  
- **Factores Personales:** son cogniciones concernientes a las conductas, creencias o actitudes de las gestantes. Las fuentes principales de influencia interpersonal en la conducta promotora de salud son los familiares, los amigos y los proveedores de salud que afectan la conducta de las gestantes, a través de las presiones sociales o estímulos para realizar la acción. Para el presente estudio se señalaran como indicadores. (21,24)
  - Violencia familiar.
  - Preocupación de la familia por la salud de la gestante.
  - Relación con la pareja
  - Actitud de la pareja frente al embarazo.
  - Apoyo afectivo de la pareja.
  - Antecedente personal de embarazo adolescente
  - Desinterés por parte de la gestante en cuidar de su salud.
  - Grado de Importancia hacia la atención prenatal
  - Temor o vergüenza de acudir a la consulta prenatal.

- **Factores Obstétricos:** Muchas veces las gestantes multíparas, por su experiencia, manifiestan que no hay la necesidad de acudir tempranamente a la consulta prenatal, del mismo modo cuando el embarazo ha sido no deseado muchas de ellas se niegan a aceptar su gestación mientras esta no se manifiesta por el crecimiento del útero, por los movimientos fetales o por alguna incomodidad en la salud de la madre.
  - Gestaciones previas.
  - Número de hijos.
  - Periodo intergenésico corto
  - Embarazo deseado o planificado. (21,24)
  
- **Factores Institucionales:** estarán conformadas por todos aquellos indicadores propios del establecimiento o del sistema de salud que pudieran influir el inicio de la atención prenatal. Un aspecto a tener en cuenta dentro de los factores que pudieran influir en la decisión del inicio de la atención prenatal es el acceso de la familia gestante a los servicios de salud, en este sentido, habría que analizar en primer lugar la distancia demográfica y psicológica de los profesionales en salud con respecto a la población que demanda atención las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto pueden facilitar o impedir la conducta promotora de salud en las personas. Por tal motivo si una gestante observa que la institución y los profesionales no brindan un servicio de calidad y calidez, demostrando confianza, compromiso e interés por una maternidad segura, será más difícil que ellas acudan a tiempo para el inicio de sus controles, entre los indicadores que estudiaremos en el presente trabajo se encuentran.

- Tiempo de afiliación de las usuarias gestantes al SIS.
- Conformidad con la cita de atención prenatal.
- Limitaciones de acceso.
- Falta de personal de salud femenino.
- Trato del personal de salud.
- Situación de los equipos del establecimiento. (21,24)

Existen más factores que pueden influir para el inicio tardío de la atención prenatal, en un estudio realizado en gestantes adolescentes, se identificó que entre las barreras y facilitadores para acceder al primer control y para mantener la asistencia. Las barreras se relacionaron con el temor y la vergüenza a buscar atención médica, costo de los servicios, no saber a dónde acudir, ausencia de privacidad, maltrato y barreras administrativas. Cuando el embarazo es resultado de violencia sexual, estas barreras se agravan, por el silenciamiento, la culpabilidad y falta de apoyo, especialmente en menores de 15 años. (21,24)

Es de suma importancia realizar estudios que permitan la identificación de factores de riesgo sobre todo aquello que influya negativamente en el desarrollo de una maternidad segura, el cual es un factor fundamental en el proceso de la salud reproductiva, básicamente, porque el embarazo, el parto y el posparto se convierten en razones primordiales de incapacidad y fallecimiento de mujeres, que viven en países en vías de desarrollo. (21,24)

Desde el punto de vista profesional, es necesaria la realización de este estudio, ya que como obstetras y habiendo adquirido el compromiso de cuidar la salud reproductiva de las personas, especialmente de la mujer, el cual fue inculcado desde las aulas universitarias, somos responsables inmediatos de actualizar en la práctica, los protocolos especificados de la APN y también de concientizar a través de una serie de estrategias innovadoras para que las gestantes acudan oportunamente al cumplimiento en su totalidad de la APN; por lo cual, los resultados permitirán determinar los factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal (APN), en las gestantes que acuden al

consultorio de obstetricia del Centro de Salud “Leonor Saavedra”, así como observar a manera de muestra, la realidad del establecimiento, lo cual ayudará a los obstetras de este establecimiento a crear estrategias tendientes y específicas para que las gestantes acudan tempranamente a su APN, en base a las ventajas que trae un inicio temprano de la APN, tanto para la madre, el niño por nacer y la familia que los rodea a ambos. (21,24)

De mismo modo, los resultados beneficiaran al establecimiento, puesto que busca identificar si existe algún factor institucional que influye en el inicio tardío de la atención prenatal, lo cual será un aporte muy importante, ya que el centro de salud lo puede utilizar como un indicador de la calidad de la atención que recibe este grupo poblacional o sobre la percepción que tienen sobre el establecimiento. (21,24)

Finalmente, desde el punto de vista investigativo, las conclusiones y recomendaciones del presente proyecto, podrán servir de base y sustento para la elaboración de otros estudios con una temática similar; lo cual en su conjunto, favorecerán a las futuras gestantes y por ende a la población en general, puesto que incrementará el conocimiento científico, en todo aquel profesional que busque la mejora de salud materna en nuestro país. (23)

- **Factores institucionales al abandono a la atención prenatal**

Son factores propios de la institución de salud, producto de su estructura normativa, organizacional y tecnología con que cuenta para las atenciones prenatales, entre ellos tenemos: trato inadecuado, relación profesional de la salud-paciente insatisfactoria, relación profesional de la salud-paciente impersonal, episodios de maltrato por parte del profesional, poca prioridad para su atención, citas de seguimiento del control prenatal, incoordinación entre servicios para la atención prenatal, tiempo de espera largo, servicios incompletos, gastos para exámenes no disponibles, consulta prenatal de baja calidad y consultorio prenatal difícil de ubicar. (32)



- **Trato inadecuado.** Este factor es considerado un derecho de los pacientes, se define como “trato digno” el cual es el derecho a ser tratados como personas, involucra el respeto a la privacidad e intimidad de las personas y el ser tratadas cordialmente por todo el personal médico y no médico del sistema de salud. (32)

En la calidad de la atención médica a partir de los procesos: el tiempo de espera promedio antes de la consulta fue mayor de una hora convirtiéndose en el principal obstáculo identificado por las usuarias, al igual que la falta de oportunidad de recibir educación en salud. Los tiempos de espera, la inadecuada higiene de algunas áreas de servicio, el desconocimiento de los signos y síntomas de riesgo y la falta de medicamentos fueron los principales elementos que impiden que las usuarias estén satisfechas con la atención prenatal, las condiciones de comodidad, la inadecuada higiene de los servicios higiénicos, fue identificado por las usuarias como obstáculos para una atención de calidad, el tratamiento incompleto y el desconocimiento de los signos y síntomas de riesgo del embarazo, fue identificado por las usuarias como obstáculos para una atención de calidad. (32)

En Brasil se encontró factores asociados a llevar más de 6 controles prenatales, entre ellos tenemos el tener mayor años de estudios, estar casada y terminar su parto con feto a término. (32)

- **Gastos para exámenes no disponibles.** Según norma en el Perú, los controles prenatales son gratuitos para las gestantes en todo el territorio nacional, se cubre a través del Seguro Integral de Salud (SIS) (Ministerio de Salud, 2011), este seguro en general depende en un inicio que la prestación se realice, utilizando los recursos necesarios para ello, y luego el seguro pagará esa contraprestación al establecimiento de salud, en ese proceso lo que existe es que por obstáculos administrativos algunos costos no son cubiertos y en algunas oportunidades no se ha desembolsado por la prestación y los insumos no son recuperados, ocasionando en cierta medida que en algunos tiempo, no haya el servicio respectivo, para ganar celeridad y por urgencia algunas usuarias deciden conseguir los servicios que faltan por vía particular o en su defecto solventarlas en los establecimientos. (33)
- **Competencia profesional.** La calidad de los servicios en la atención primaria de salud depende de muchos factores y está directamente vinculada con la competencia del equipo sanitario que brinda asistencia y los resultados alcanzados por estos en la mejoría del estado de salud de la población. De hecho, resultó adecuado el nivel de competencia profesional y se observó satisfacción por parte de las embarazadas con la atención médica recibida. Las competencias profesionales son el pilar fundamental de toda actividad en salud, como servicio, existe la necesidad de señalar que los objetivos del control prenatal son diferentes desde el punto de vista de la usuaria y del prestador de salud, para la primera busca diagnósticos certeros, consejos adecuados y celeridad, en cambio en el profesional son la identificación del problema, el manejo adecuado y la certeza clínica, aunado a ello las labores administrativas propias de la atención. En cuanto al manejo obstétrico se esperan competencias en el manejo de la salud materna desde el punto de vista biológico está la evaluación fisiológica, semiológica, farmacológica y patología obstétrica, desde el punto de vista social está la evaluación de la familia y su entorno, desde el punto de vista psicológico la identificación de la salud mental. (34)

En relación a la calidad técnica: la mayoría de los usuarios internos no tienen la competencia adecuada para brindar un servicio con todos los criterios de calidad requeridos por las Normas del Ministerio de Salud. En la mayoría de las historias clínicas se identificó adecuadamente el problema, se registró y se indicaron las acciones respectivas. En cuanto a la calidad técnica la mayoría no cuenta con la experiencia suficiente para garantizar el adecuado cumplimiento de las técnicas de control prenatal. (36)

En el Perú las gestantes que acuden a la atención prenatal y además tienen su parto en un establecimiento de salud con capacidad resolutive, tienen un riesgo 4,5 a 10 veces menor de morir, que aquellas que no se controlan y tienen parto domiciliar

### 2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Atención prenatal (APN)** es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto con acciones sistemáticas y periódicas, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. (21,22,23)
- **Atención prenatal reenfocada.** Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto. Idealmente antes de las 14 semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para autocuidado y participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones, que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal, para lograr una/un recién nacida/o sana/o sin deterioro de la salud de la madre ,considerando el contexto físico, psicológico y social con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos. (24)
- **Atención precóz.** Debe iniciarse desde el primer trimestre de la gestación (en lo posible después de la primera falla menstrual), lo que permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento protección y recuperación de la salud, que constituyen la razón fundamental del control prenatal. Además permite la identificación precoz de la embarazada de mediano y alto riesgo, aumentando en la posibilidad de planificar eficazmente su manejo gineco-obstétrico así como el lugar donde debe realizarse. (24)
- **Inicio tardío de la atención prenatal.** Según el Ministerio de Salud, se define como aquella primera atención prenatal que se produce a partir de las 14 semanas o después. (24)
- **Factor:** es el elemento que contribuye a causar un efecto. (40)

- **Mortalidad materna.** muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación de su embarazo, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto, o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales. (2)
- **Atención de la gestante.** Cada una de las actividades que realiza el profesional con competencias con la gestante para su atención pre natal, en establecimiento de salud. (24)
- **Gestante atendida.** Referida a la primera atención pre natal que recibe la gestante durante el embarazo actual. (24)
- **Gestante controlada.** Define a la gestante que ha cumplido su sexta atención prenatal y que ha recibido el paquete básico de atención a la gestante. (24)
- **Nacido vivo.** Todo producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gr o más de peso que, después de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, respira o da señal de vida como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. (24)
- **Parto.** Es la expulsión o extracción fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gr o más de peso, más la expulsión de los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas). (24)
- **Puerperio.** Etapa biológica que se inicia al término de la expulsión de la placenta y se considera que dura seis semanas o 42 días. (28)

## **CAPITULO III**

### **PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

### 3.1 TABLAS Y GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

#### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

TABLA N° 1

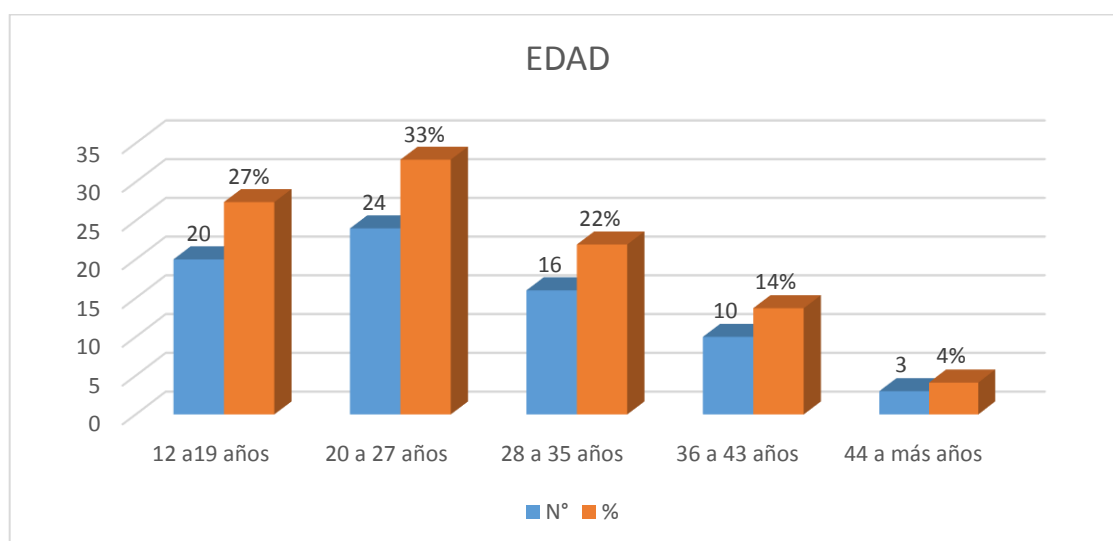
#### EDAD DE LAS GESTANTES ATENDIDAS, QUE INICIARON TARDIAMENTE SU ATENCIÓN PRENATAL (APN) EN EL C.S HÚSARES DEL PERÚ, JULIO 2016

EDAD	N°	%
12 a19 años	20	27
20 a 27 años	24	33
28 a 35 años	16	22
36 a 43 años	10	14
44 a más años	3	4
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO

**INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:** El 60% de las gestantes que iniciaron tardíamente la APN tiene entre 12 a 27 años de edad correspondiente a gestantes jóvenes, un 27% más de la cuarta parte corresponde a la etapa adolescente. Demostrando que el mayor porcentaje que acudieron a sus APN de manera tardía son las gestantes jóvenes esto se pueden relacionar a antecedentes de embarazos sin complicaciones o la falta de responsabilidad, madres primerizas o un embarazo no esperado, déficit de información sobre la importancia del inicio precoz de la APN, la falta de experiencia, inmadurez y responsabilidad sobre el mismo. Este resultado contrasta con el trabajo de investigación de R. Córdova y col, realizado en la Ese San Sebastián de la Plata, Huila ecuador, 2009, donde, las adolescente inician su APN después del primer trimestre. (9)

GRAFICO N° 1



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO

**TABLA N° 2**

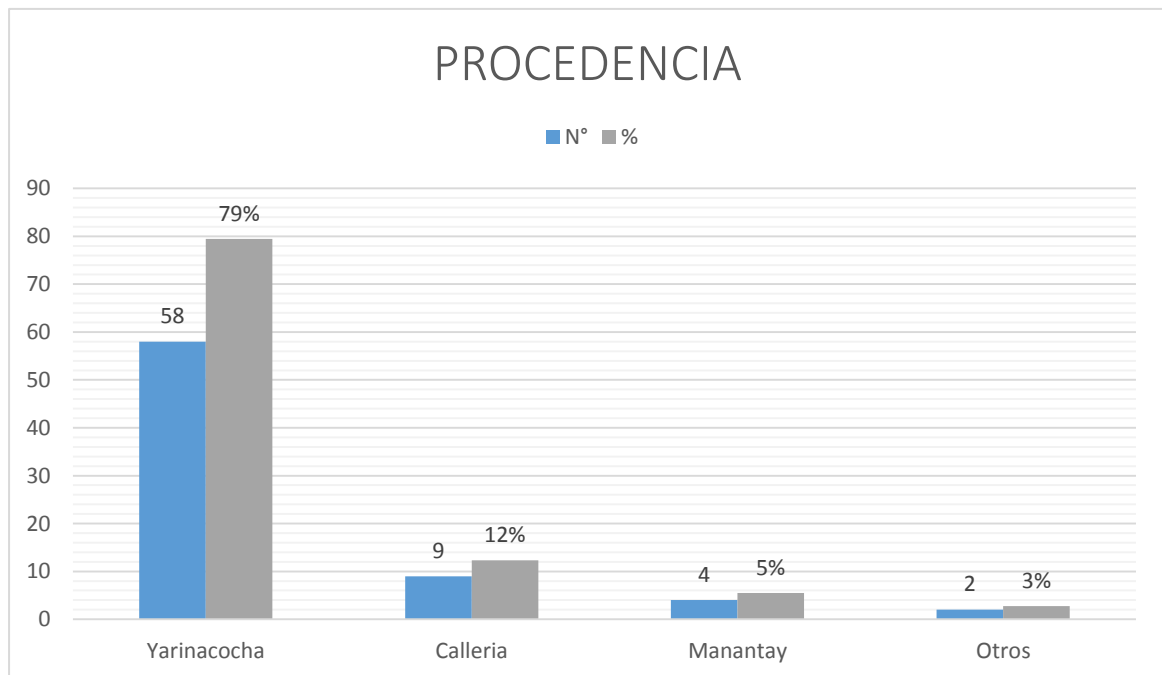
**PROCEDENCIA DE LAS GESTANTES ATENDIDAS, QUE INICIARON TARDIAMENTE SU ATENCIÓN PRENATAL (APN) EN EL C.S HÚSARES DEL PERÚ, JULIO 2016**

PROCEDENCIA	N°	%
Yarinacocha	58	79
Calleria	9	12
Manantay	4	5
Otros	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO

**INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS:** El 79% de las gestantes proceden del distrito de Yarinacocha siendo predominante, demostrando así que el mayor porcentaje que acudieron a sus APN de manera tardía son las gestantes que pertenecen al mismo distrito de jurisdicción pese a ello no lo hacen de manera precóz pues, esto determina la poca importancia hacia la atención prenatal; y un 21% proceden de otros lugares fuera del a jurisdicción de dicho establecimiento de salud. Esto hace discrepancia con el estudio de E. Bautista, M. Vinicio en su investigación realizada en una provincia de Tungurahua-I Ecuador en el periodo agosto 2012 a marzo 2013. Donde muestran mayor adherencia al control prenatal en las mujeres que pertenecen al área rural circundante. (12)

**GRAFICO N° 2**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO



**TABLA N° 3**

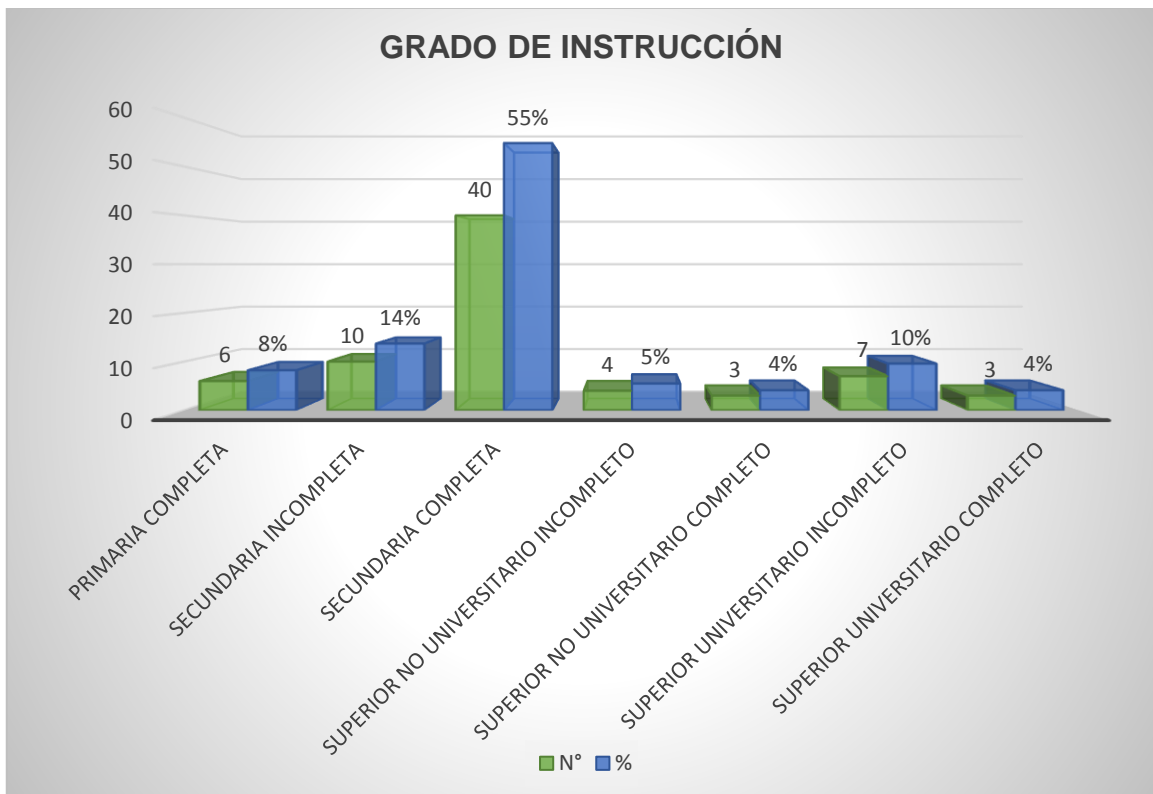
**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES ATENDIDAS, QUE INICIARON TARDIAMENTE SU ATENCIÓN PRENATAL (APN) EN EL C.S HÚSARES DEL PERÚ, JULIO 2016**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Primaria completa	6	8
Secundaria incompleta	10	14
Secundaria completa	40	55
Superior no universitario incompleto	4	5
Superior no universitario completo	3	4
Superior universitario incompleto	7	10
Superior universitario completo	3	4
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO

**INTERPRETACIÓN Y ANALISIS:** El 77% de la muestra de estudio presenta entre secundaria completa e incompleta y primaria completa, el 23% presenta estudios de nivel superior. Los resultados obtenidos contrastan con el trabajo de investigación de R. Córdova y col, realizado en la Ese San Sebastián de la Plata, Huila Ecuador, 2009, donde, las gestantes con bajo nivel educativo asisten después del primer trimestre a su APN. (9)

**GRAFICO N° 3**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO

**TABLA N° 4**

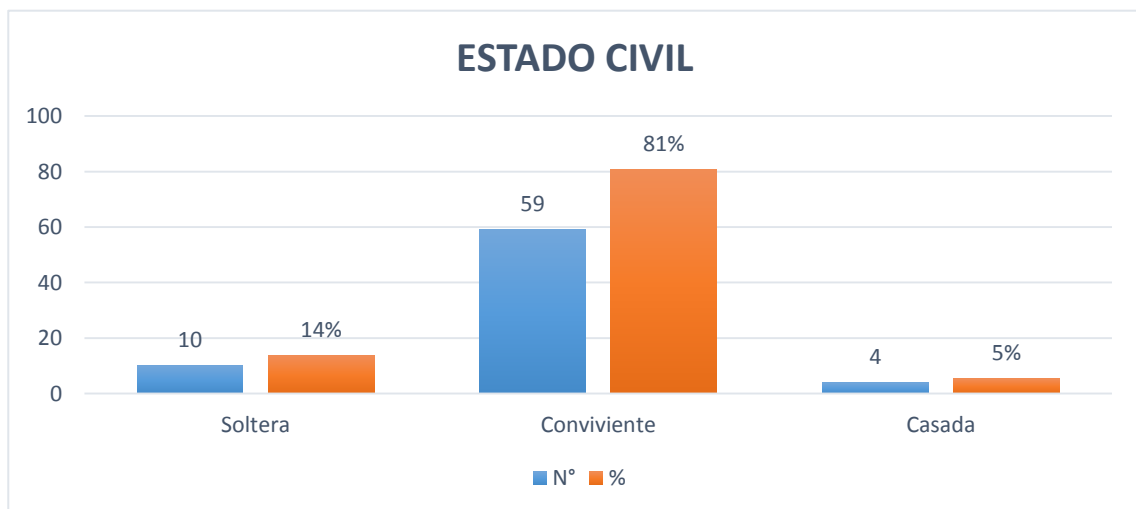
**ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS QUE INICIARON TARDIAMENTE SU ATENCIÓN PRENATAL (APN) EN EL C.S HÚSARES DEL PERÚ, JULIO 2016**

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltera	10	14
Conviviente	59	81
Casada	4	5
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO, JULIO 2016

**INTERPRETACIÓN Y ANALISIS:** En un 81% predomina el estado civil conviviente, y un porcentaje importante de 14% pertenecientes a las solteras que acudieron tardíamente, esto predispone a la falta de un hogar estructurado. A su vez este resultado se asemeja al estudio de A.Quelopalana, realizado en Monterrey México en el año 2011, donde encontrarse solteras influye al inicio tardío de la APN. (14)

**GRAFICO N° 4**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO

**TABLA N° 5**

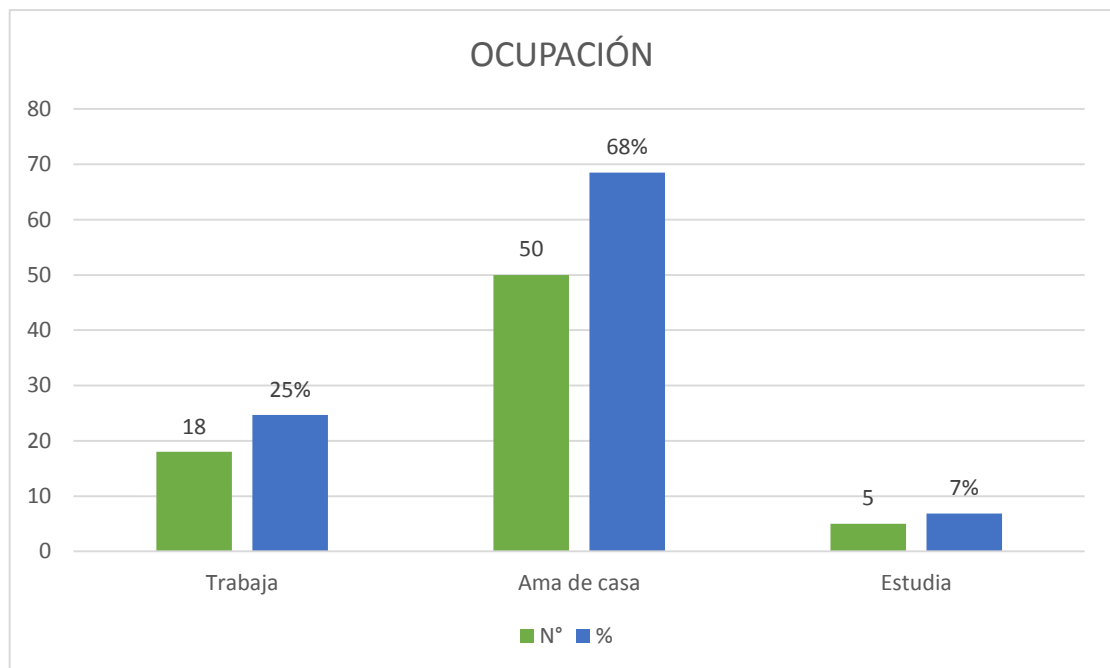
**OCUPACIÓN DE LAS GESTANTES ATENDIDAS, QUE INICIARON TARDIAMENTE LA ATENCIÓN PRENATAL (APN) EN EL C.S HÚSARES DEL PERÚ, JULIO 2016**

OCUPACION	N°	%
Trabaja	18	25
Ama de casa	50	68
Estudia	5	7
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO, JULIO 2016

**INTERPRETACIÓN Y ANALISIS:** El 68% tienen como ocupación ama de casa, el 25% de las gestantes que trabajan fuera de casa, este resultado se puede asociar debido a que aquellas gestantes tienen menor tiempo para acudir a dicha casa de salud. Contrastando con el estudio de A. Quelopana, en su trabajo realizado en Monterrey México en el año 2011 concluyendo que los factores que influyen la conducta del inicio de control prenatal fueron trabajar fuera de casa, la embarazada que trabajaba, inicio el CPN en forma precoz que la que no lo hizo. (14)

**GRAFICO N° 5**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO

**TABLA N° 6**

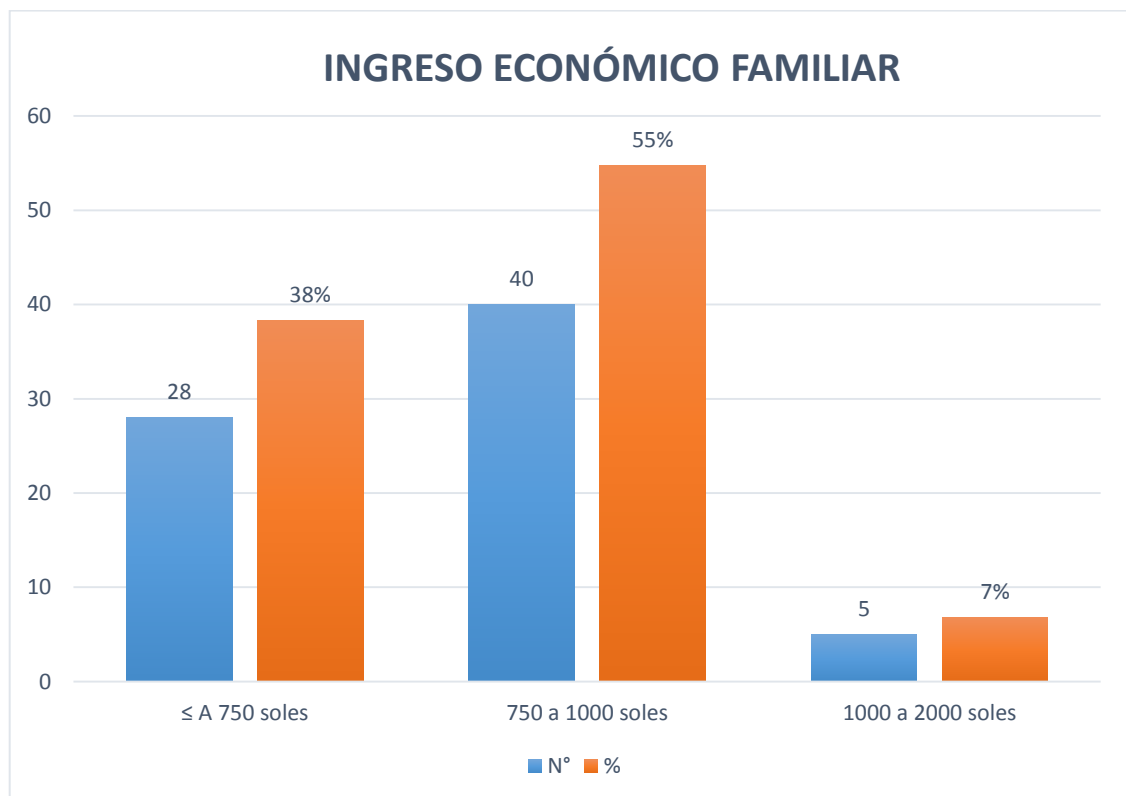
**INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR DE LAS GESTANTES ATENDIDAS, QUE INICIARON TARDIAMENTE SU ATENCIÓN PRENATAL (APN) EN EL C.S HÚSARES DEL PERÚ, JULIO 2016.**

INGRESO ECONOMICO FAMILIAR	N°	%
≤ A 750 soles	28	38
750 a 1000 soles	40	55
1000 a 2000 soles	5	7
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO, JULIO 2016

**INTERPRETACION Y ANALISIS:** El 55% de las gestantes refirió que su hogar tiene ingresos entre los 750 a 1000 soles al mes y el 38% tiene un ingreso mínimo, un escaso 7% refiere un ingreso mensual de entre >1000 a 2000 soles, esto refleja con el ingreso económico deficiente o bajo influye directamente en el inicio tardío de la APN. Este resultado se asemeja con la investigación de J. Navarro Vera, en su trabajo de investigación realizado en el centro de salud “Leonor Saavedra” en el periodo enero a marzo del 2015 en Lima-Perú. Al respecto de los factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal es la condición, tener problemas de dinero (16)

**GRAFICO N° 6**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO

**TABLA N° 7**

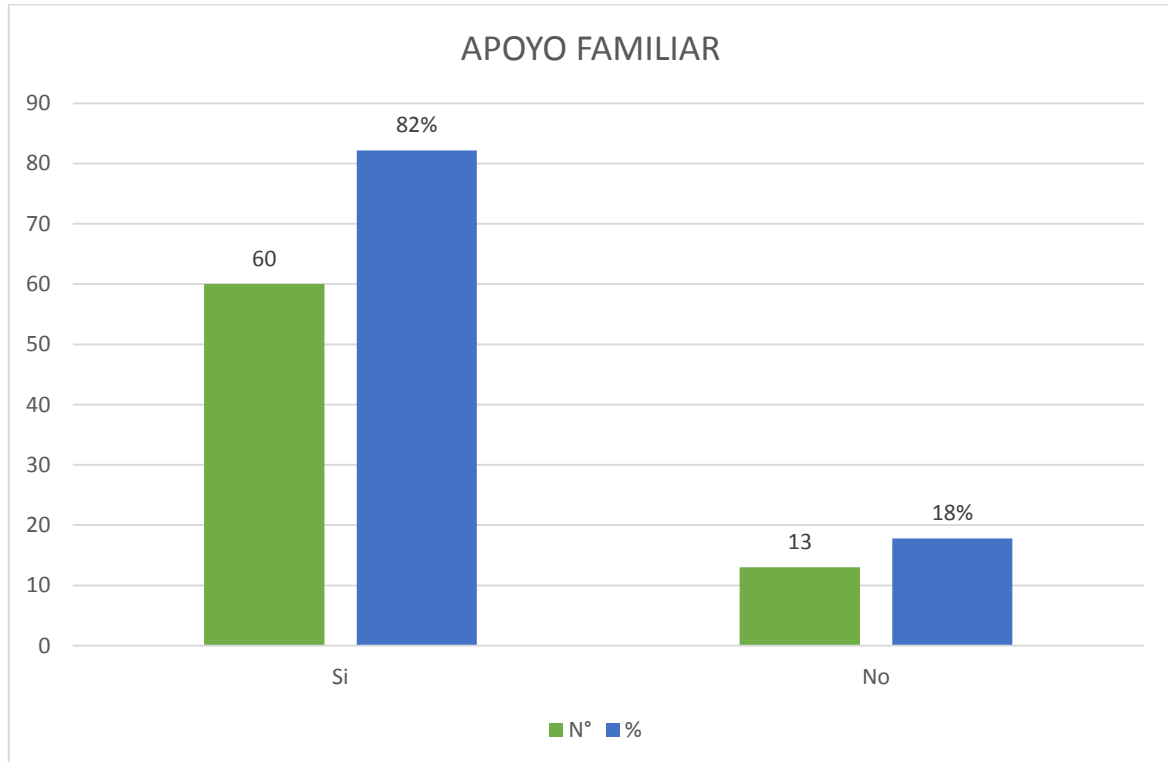
**APOYO FAMILIAR EN LAS GESTANTES ATENDIDAS, QUE INICIARON TARDIAMENTE SU ATENCIÓN PRENATAL (APN) EN EL C.S HÚSARES DEL PERÚ, JULIO 2016**

APOYO FAMILIAR	N°	%
Si	60	82
No	13	18
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO

**INTERPRETACION Y ANALISIS:** El 82% cuenta con el apoyo de su familia pese a ello iniciaron tardíamente su APN, y un número importante de 18% no cuenta con el apoyo familiar e inicio tardíamente su APN. La participación activa de la familia, conformarían el componente más efectivo para la protección de la salud de la mujer y su hijo, pues la participación de los familiares refleja una relación estrecha con la gestante, cconllevando así a una ineficaz proceso gestacional y APN. Este resultado se contradice con el trabajo realizado por Z. Malagón Díaz, en el municipio de Yopal Casanare, Colombia durante el 2011 teniendo como resultado. La adherencia al control prenatal fue del 15% y uno de los factores que mostraron asociación estadísticamente significativa con adherencia al control prenatal es el apoyo familiar. (15)

**GRAFICO N° 7**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO

**TABLA N° 8**

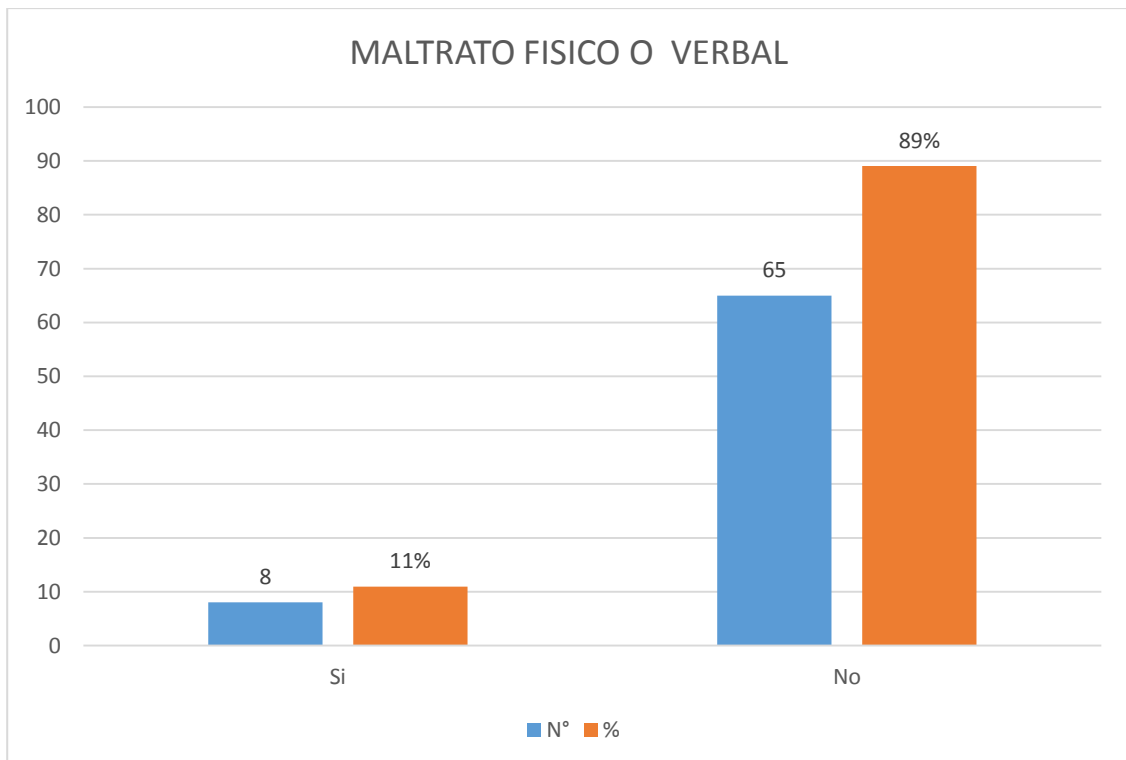
**MALTRATO FISICO O VERBAL EN LA GESTACIÓN ACTUAL EN GESTANTES ATENDIDAS, QUE INICIARON TARDIAMENTE SU ATENCIÓN PRENATAL (APN) EN EL CS HÚSARES DEL PERÚ, JULIO 2016**

MALTRATO FISICO Ó VERBAL	N°	%
Si	8	11
No	65	89
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO.

**INTERPRETACIÓN Y ANALISIS:** El 89% de las gestantes inicio tardíamente su APN no recibieron algún tipo de maltrato y un porcentaje muy importante, el 11% inicio tardíamente de las cuales si fueron maltratadas física o verbalmente. Esta variable resalta la importancia de la buena relación conyugal, esto determina el inicio precoz de la APN. Este resultados contrasta con el estudio de Navarro Vera, J, en el centro de salud "Leonor Saavedra" - enero a marzo del 2015.lima-peru la cual muestra que la mayoría de gestantes (53.8%) evaluadas en el estudio inicia tempranamente su atención prenatal en el centro de salud Leonor Saavedra sin embargo en cuanto a los factores personales como: el ser víctima de violencia es un factor de riesgo para el inicio precoz de CPN. (15)

**GRAFICO N° 8**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO

**TABLA N° 9**

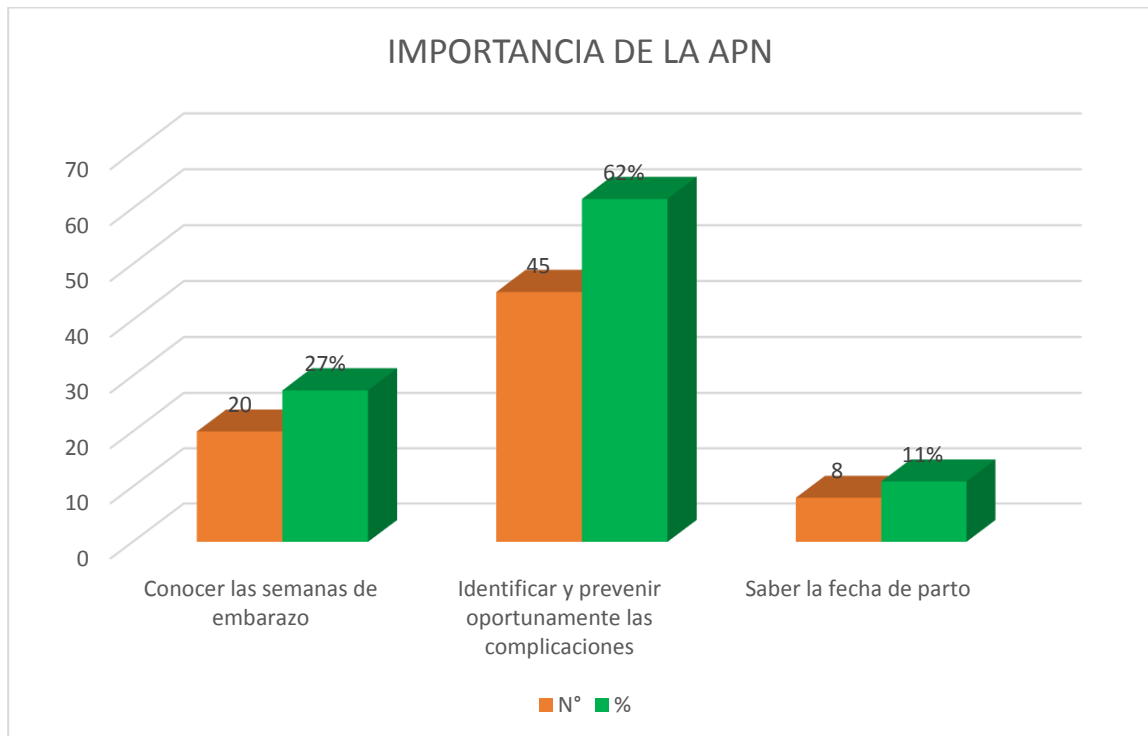
**IMPORTANCIA DE LA ATENCION PRENATAL PARA LAS GESTANTES ATENDIDAS, QUE INICIARON TARDIAMENTE LA ATENCIÓN PRENATAL (APN) EN EL C.S HÚSARES DEL PERÚ, JULIO 2016.**

<b>¿PORQUÉ CREE QUE LA APN ES IMPORTANTE?</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Conocer las semanas de embarazo	20	27
Identificar y prevenir oportunamente las complicaciones	45	62
Saber la fecha de parto	8	11
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO.

**INTERPRETACIÓN Y ANALISIS:** El 62% Indicaron correctamente que la APN es importante para “identificar y prevenir oportunamente las complicaciones” y un 38% demuestra que no conoce sobre la importancia de la APN. Pese a ello ambos grupos gestantes iniciaron tardíamente su APN. Demostrando que el inadecuado conocimiento de la importancia de la APN influye en el inicio tardío. En un estudio de Barrera Huamán, P realizado en hospital Santa Rosa de octubre a diciembre del 2007, Lima-Perú; se obtuvo como resultados que el sí saber y conocer el objetivo de la APN, es uno de los factores que influyeron en asistir a la APN de manera precóz. Este resultado contrasta a los resultados encontrados en este estudio. (18)

**GRAFICO N° 9**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO

## DATOS GINECO-OBSTETRICOS.

**TABLA N° 10**

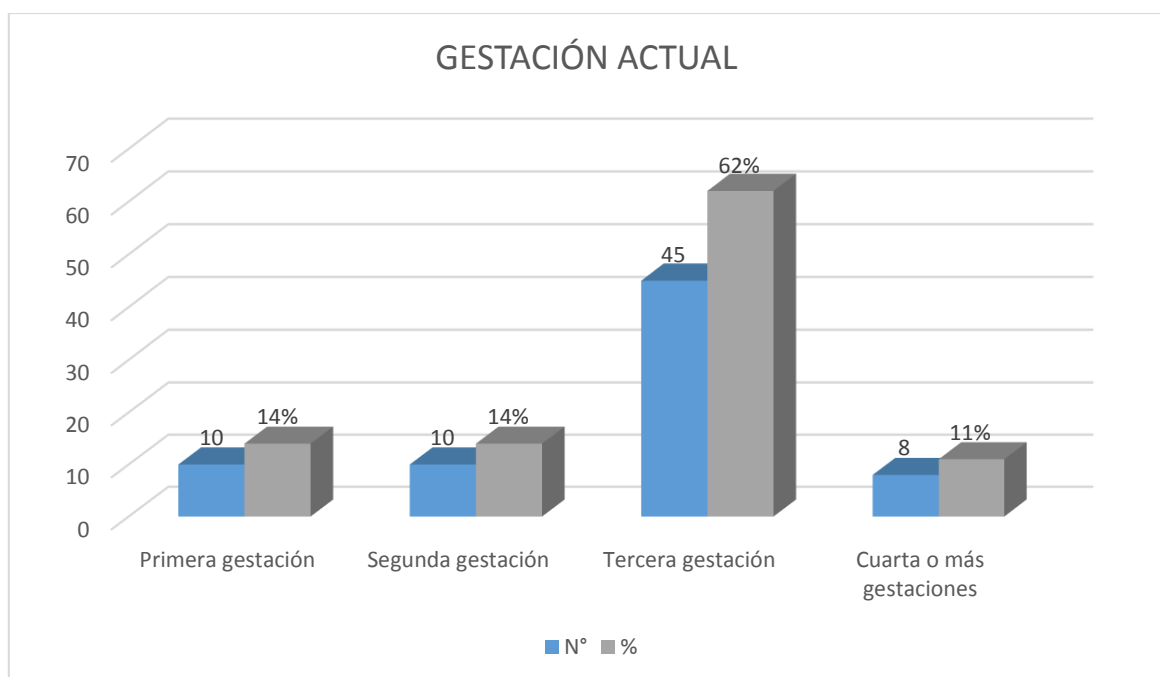
**NUMERO DE GESTACION ACTUAL EN LAS GESTANTES ATENDIDAS,  
QUE INICIARON TARDIAMENTE SU ATENCIÓN PRENATAL (APN) EN  
EL C.S HÚSARES DEL PERÚ, JULIO 2016**

GESTACIÓN ACTUAL	N°	%
Primera gestación	10	14
Segunda gestación	10	14
Tercera gestación	45	62
Cuarta o más gestaciones	8	11
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO.

**INTERPRETACIÓN Y ANALISIS:** El 62% de la muestra refiere que se encuentra gestando por tercera vez, a su vez el 28% se encuentra gestando por primera vez y segunda vez; entre el segundo embarazo y de cuarto a mas embarazos tendrían conocimiento de la importancia de iniciar la APN del embarazo en los primeros 3 meses de la gestación pese a ello inician de manera tardía. Este resultado se asemeja con el estudio de R. Córdova y col, en su trabajo realizado en la ESE San Sebastián de la Plata, Huila Ecuador en el año 2009. Tuvo como resultado. El riesgo del 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 previos. (9)

**GRAFICO N° 10**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO.



**TABLA N° 11**

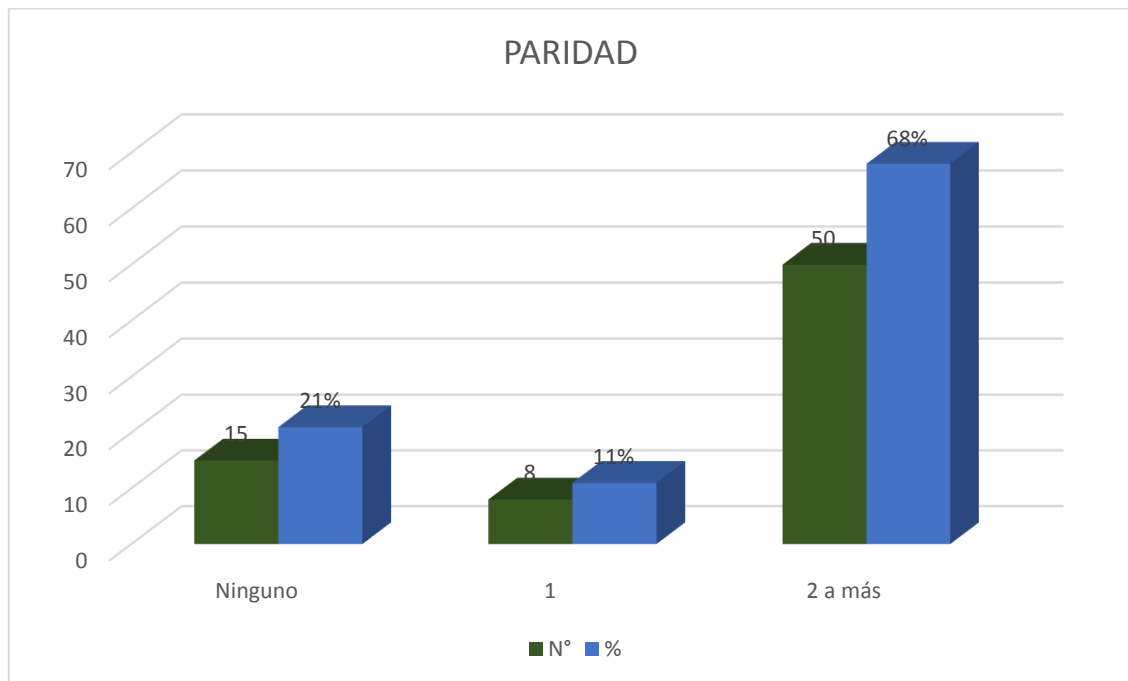
**PARIDAD EN LAS GESTANTES ATENDIDAS, QUE INICIARON TARDIAMENTE SU ATENCIÓN PRENATAL (APN) EN EL C.S HÚSARES DEL PERÚ, JULIO 2016**

PARIDAD	N°	%
0	15	21
1	8	11
≥ a 2	50	68
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO.

**INTERPRETACIÓN Y ANALISIS:** El 68% de la muestra tiene dos o más hijos coincidiendo con que más del 60% del anterior cuadro van en su tercera gestación. Así también un 79% que ya tiene entre uno o más hijos debería estar más interesada su APN los primeros tres meses de gestación, sin embargo inician su APN en forma tardía. Este resultado contrasta con el trabajo de C. Arispe, y COL en su trabajo; el porcentaje de ausencia al control prenatal fue elevado esto se asoció con paridad mayor a dos y gestación no planificada. (4)

**GRAFICO N° 11**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO.

**TABLA N° 12**

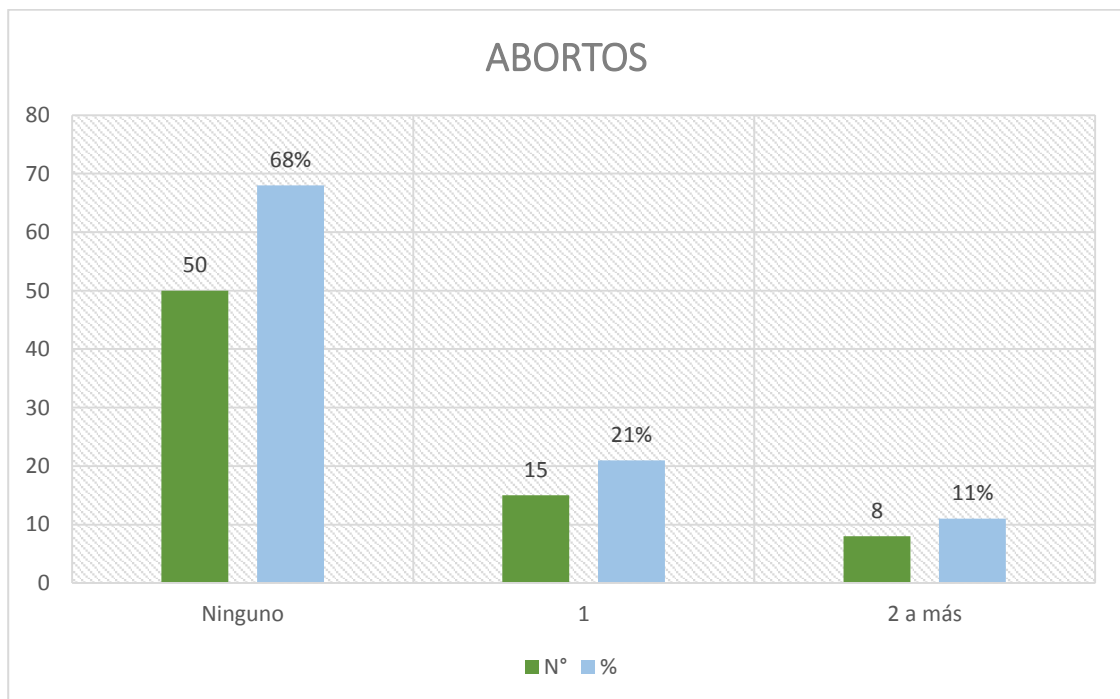
**NUMERO DE ABORTOS EN LAS GESTANTES ATENDIDAS, QUE INICIARON TARDIAMENTE SU ATENCIÓN PRENATAL (APN) EN EL C.S HÚSARES DEL PERÚ, JULIO 2016**

ABORTOS	N°	%
Ninguno	50	68
1	15	21
2 a más	8	11
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO.

**INTERPRETACIÓN Y ANALISIS:** El 68% de la muestra refiere no tener antecedentes de aborto, lo que podría relacionarse con la seguridad de que no habría motivo para iniciar precozmente el control prenatal. Mientras un 32%, prácticamente la tercera parte de la muestra tiene experiencia de aborto en el embarazo anterior y que por eso debió iniciar precozmente la atención de su actual embarazo. No se encontraron estudios con referencia a esta variable.

**GRAFICO N° 12**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO.

**TABLA N° 13**

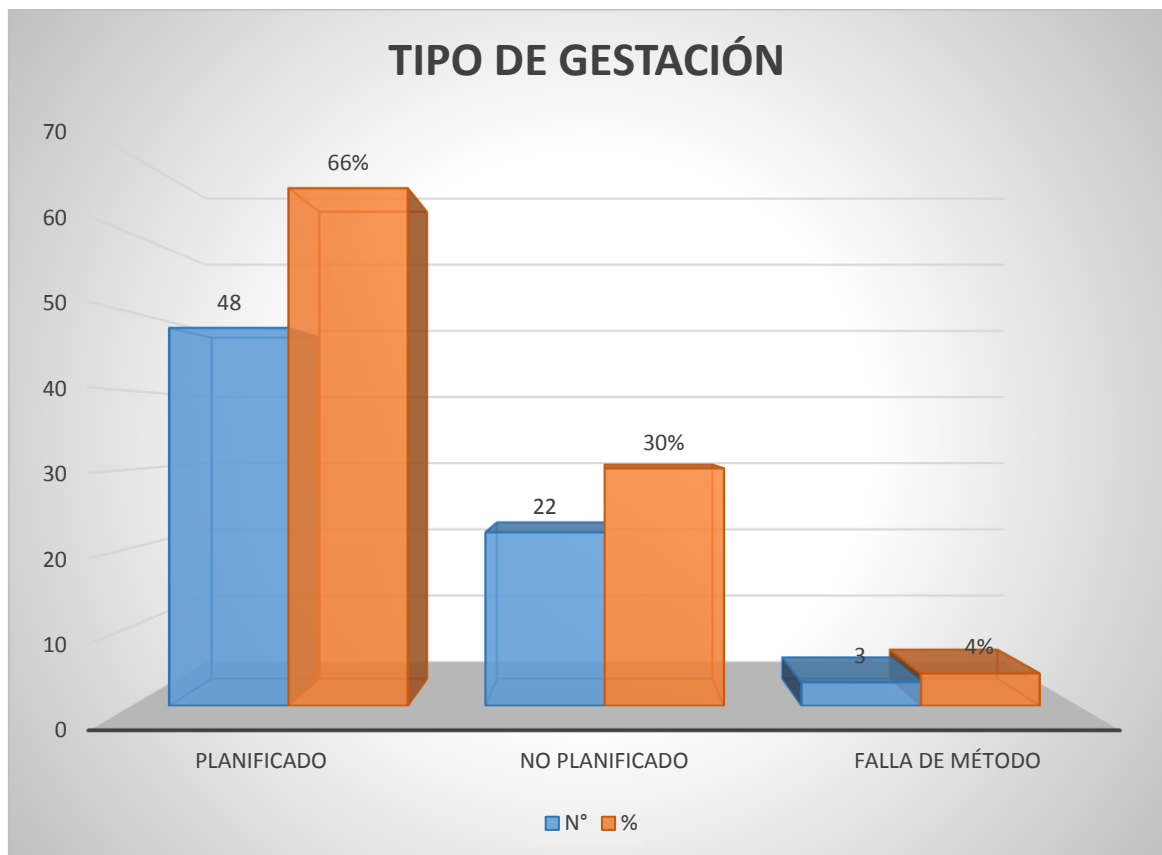
**TIPO DE EMBARAZO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS, QUE INICIARON TARDIAMENTE SU ATENCIÓN PRENATAL (APN) EN EL CS HÚSARES DEL PERÚ, JULIO 2016**

TIPO DE GESTACION ACTUAL	N°	%
Planificado	48	66
No planificado	25	34
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO.

**INTERPRETACIÓN Y ANALISIS:** El 66% de la muestra refiere que esperaba quedar embarazada, lo que podría generar los ánimos por iniciar la atención en los 3 primeros meses del embarazo aun así no iniciaron precozmente. Un 34% porcentaje importante no planifico su embarazo o se embarazo por falla de método e inicio tardíamente su APN. Lo que muestra que el embarazo no deseado es una limitante para iniciar la respectiva atención. Este resultado contrasta en cierto modo con el estudio de P. Barrera Huamán realizado en el hospital Santa Rosa en el periodo de octubre a diciembre del 2007 lima. Tuvo como resultado en el Factor psicológico, se halló dominio de embarazos no deseados en el inicio tardío de la APN. (18)

**GRAFICO N° 13**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO.

**TABLA N° 14**

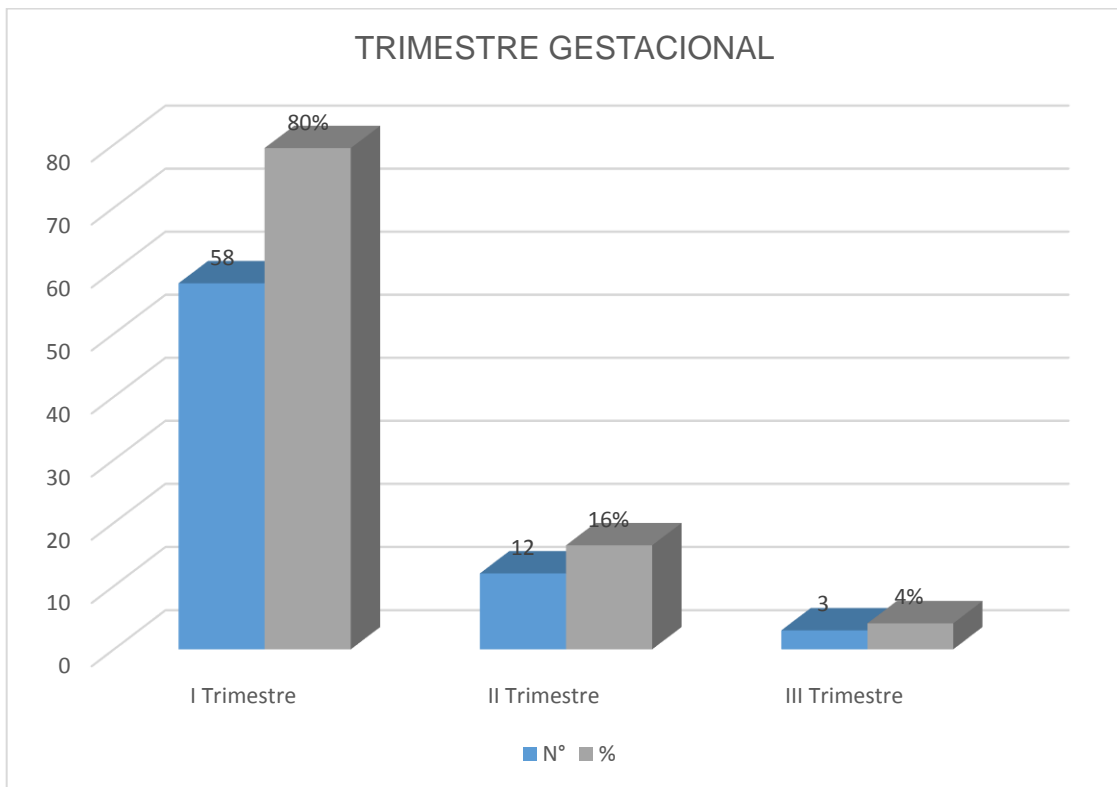
**TRIMESTRE GESTACIONAL EN EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO DE EMBARAZO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS, QUE INICIARON TARDIAMENTE SU ATENCIÓN PRENATAL (APN) EN EL C.S HÚSARES DEL PERÚ, JULIO 2016**

TRIMESTRE GESTACIONAL	N°	%
I Trimestre	58	80
II Trimestre	12	16
III Trimestre	3	4
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO.

**INTERPRETACIÓN Y ANALISIS:** El 80 % de la muestra refirió que se enteró de su embarazo en los primeros 3 meses, pero aun así se inició tardíamente y un 20% se enteró en el II y III trimestre. No se encontraron estudios con referencia a esta variable.

**GRAFICO N° 14**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO.

**TABLA N° 15**

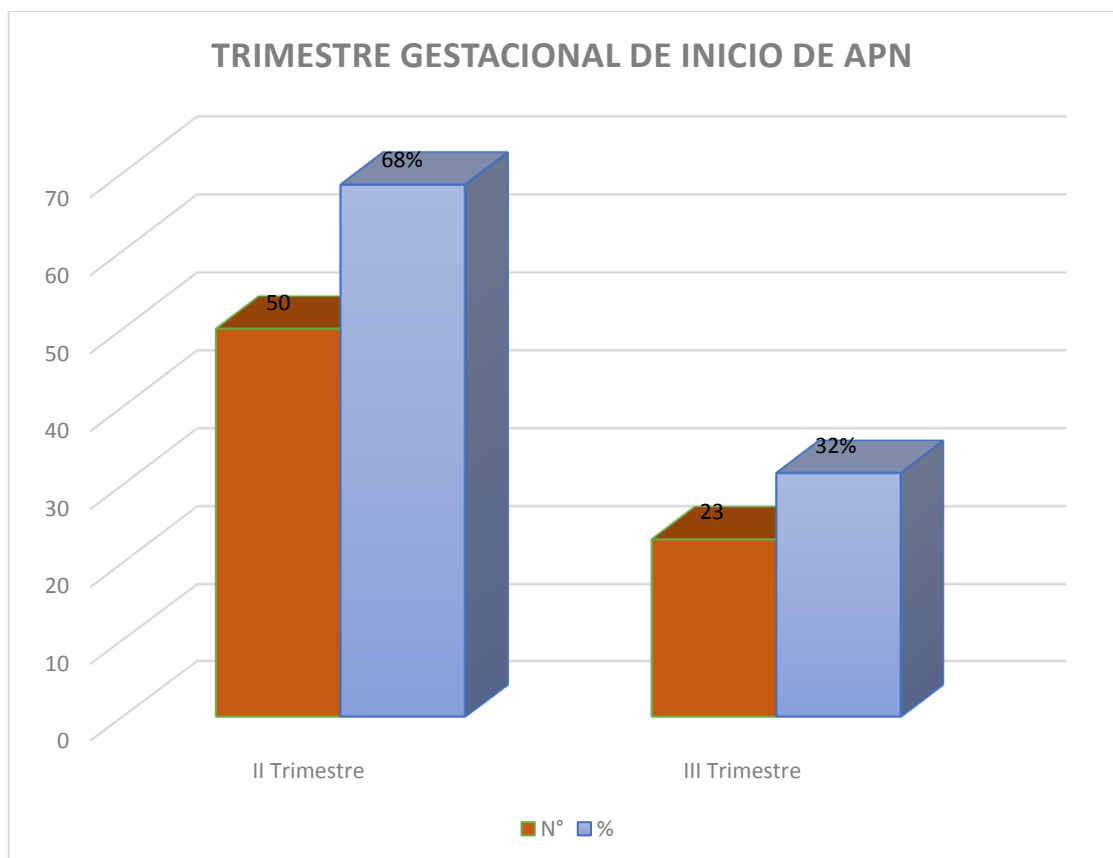
**TRIMESTRE DE INICIO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN LAS GESTANES ATENDIDAS, QUE INICIARON TARDIAMENTE EN EL C.S HÚSARES DEL PERÚ, JULIO 2016**

INICIO DE LA APN	N°	%
II Trimestre	50	68
III Trimestre	23	32
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO.

**INTERPRETACIÓN Y ANALISIS:** El 68% de las gestantes de la muestra iniciaron su atención prenatal en el segundo trimestre de gestación y el 32% en el tercer trimestre. No se encontraron estudios con referencia a esta variable.

**GRAFICO N° 15**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO.

**TABLA N° 16**

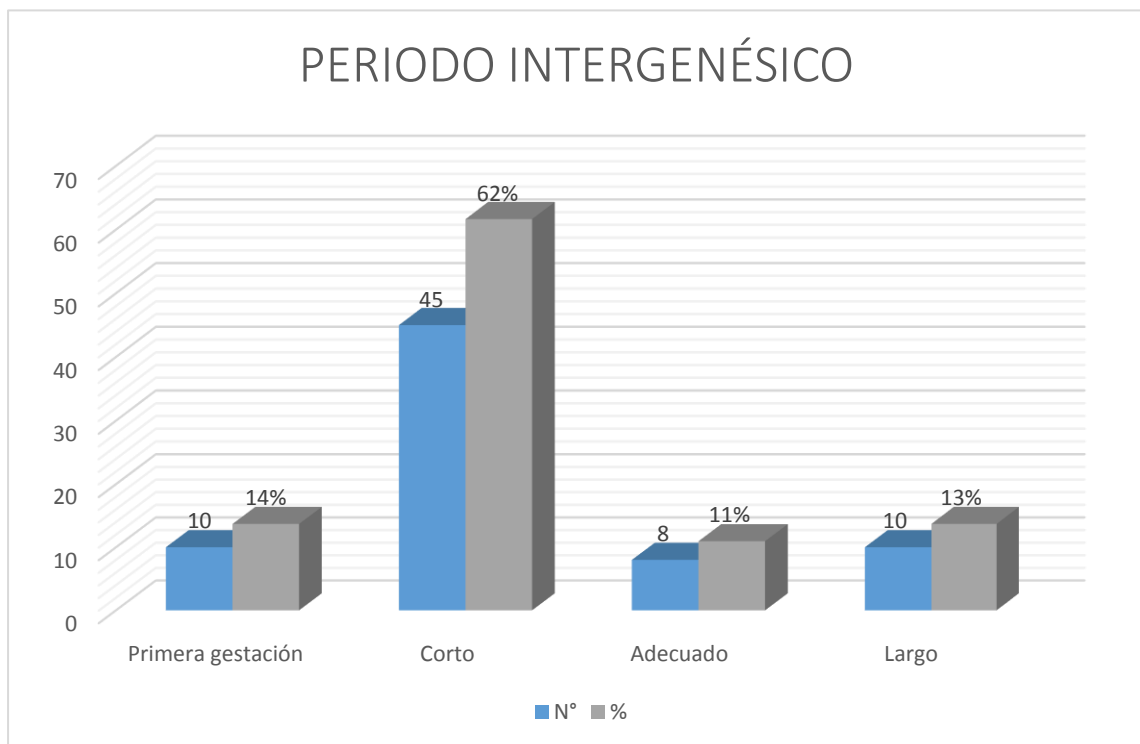
**PERIODO INTERGENÉSICO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS, QUE INICIARON TARDIAMENTE SU ATENCIÓN PRENATAL (APN) EN EL C.S HÚSARES DEL PERÚ, JULIO 2016.**

PERIODO INTEGENESICO	N°	%
Primera gestación	10	14
Corto	45	62
Adecuado	8	11
Largo	10	13
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO.

**INTERPRETACIÓN Y ANALISIS:** El 76% las pacientes presentaron un periodo intergenésico inadecuado, entre corto con 62%, y largo 13% siendo predominante en el inicio tardío de la APN. Un 24%, se encuentra en su primer embarazo y un periodo intergenésico adecuado. No se encontraron estudios con referencia a esta variable.

**GRAFICO N° 16**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO.

**TABLA N° 17**

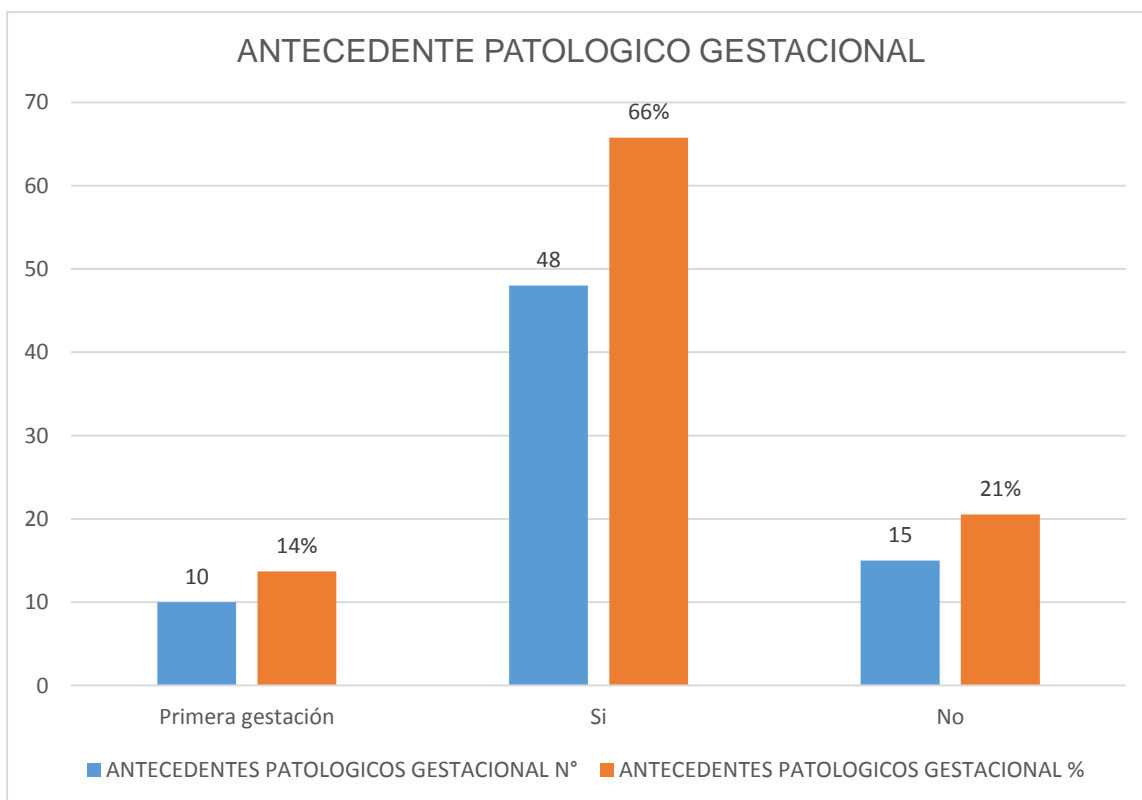
**ANTECEDENTES PATOLOGICOS GESTACIONAL EN LAS GESTANTES ATENDIDAS, QUE INICIARON TARDIAMENTE SU ATENCIÓN PRENATAL (APN) EN EL C.S HÚSARES DEL PERÚ, JULIO 2016**

ANTECEDENTES PATOLOGICOS GESTACIONAL	N°	%
Ninguna complicación	15	24
Aborto	23	36
Hemorragia	10	16
Trastorno hipertensivo del embarazo (THE)	8	13
Rotura prematura de membranas (RPM)	7	11
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO.

**INTERPRETACIÓN Y ANALISIS:** En la presente tabla se excluyen a 10 gestantes por ser primigesta. De las 63 gestantes recurrentes el 76% tuvo algún antecedente de complicación de las cuales aun así iniciaron su APN en forma tardía y el 36% señaló que tuvo entre ellas el aborto en primer lugar, seguido de hemorragias. Y un 24% señala que en su anterior gestación no tuvo complicaciones. No se encontraron estudios con referencia a esta variable.

**GRAFICO N° 17**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO.

## DATOS DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD

TABLA N° 18

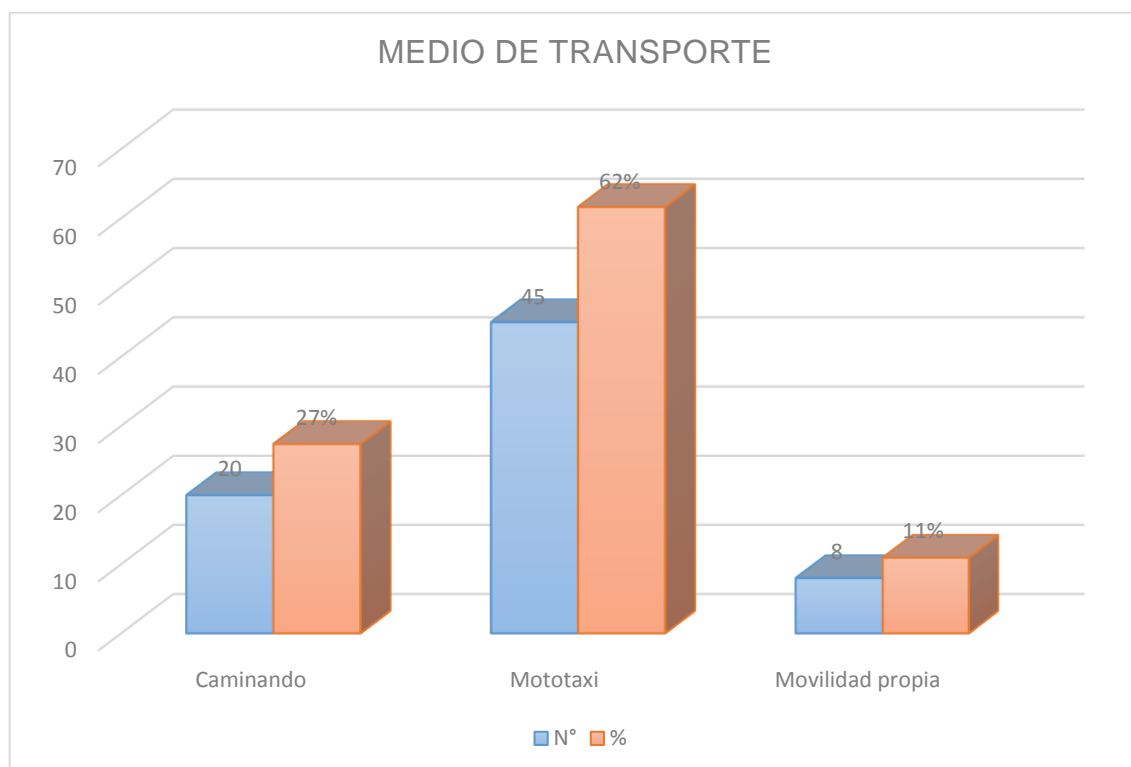
### MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZADO HACIA EL CENTRO DE SALUD HÚSARES DEL PERÚ EN LAS GESTANTES ATENDIDAS, QUE INICIARON TARDIAMENTE LA ATENCIÓN PRENATAL (APN), JULIO 2016

MEDIO DE TRANSPORTE	N°	%
Caminando	20	27
Mototaxi	45	62
Movilidad propia	8	11
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO, JULIO 2016

**INTERPRETACION Y ANALISIS:** El 62% de la población encuestada utiliza el servicio de mototaxi e inicio tardíamente su APN, el 27% señala q acude caminando. No se encontraron estudios con referencia a esta variable.

.GRAFICO N° 18



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO, JULIO 2016



**TABLA N° 19**

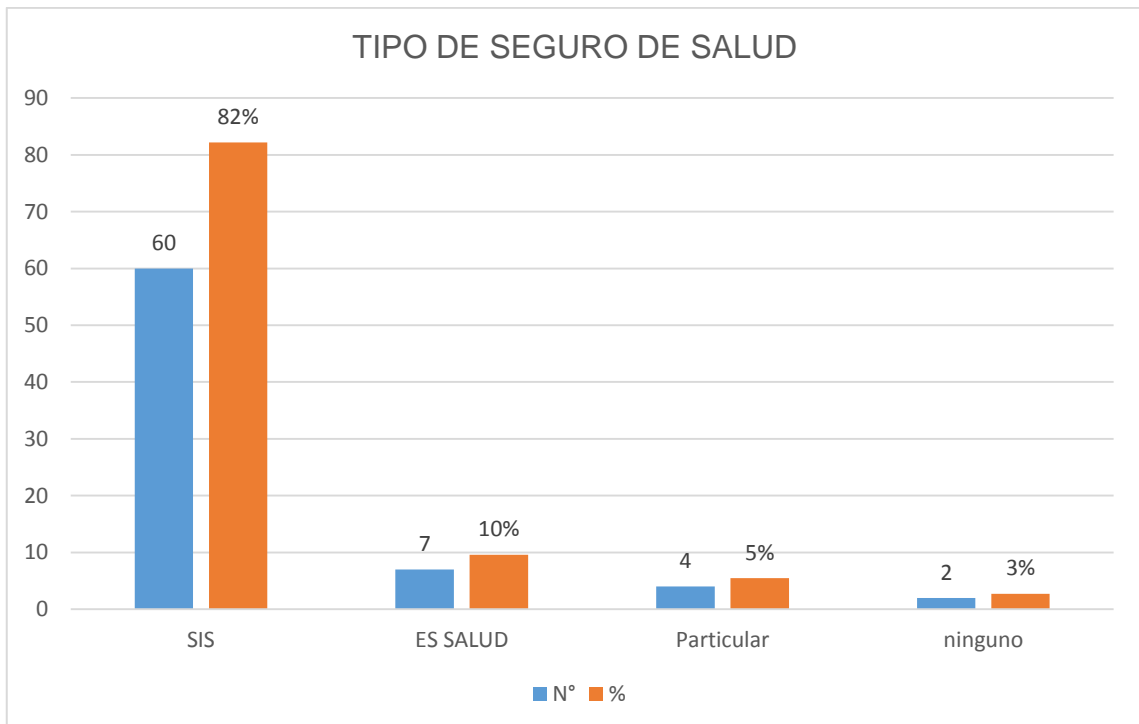
**TIPO DE SEGURO EN LA PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL (APN) EN GESTANTES ATENDIDAS, QUE INICIARON TARDIAMENTE EN EL C.S HÚSARES DEL PERÚ, JULIO 2016**

TIPO DE SEGURO	N°	%
SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)	60	82
ESSALUD	7	10
Particular	4	5
ninguno	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO, JULIO 2016

**INTERPRETACION Y ANALISIS:** El 82% de gestantes cuenta con seguro SIS pese a contar con un seguro gratuito inician tardíamente su APN. Este resultado difiere con el estudio de Córdova, Escobar, Guzmán, en su estudio realizado en la ese san Sebastián de la plata, Huila Ecuador, 2009, la cual tuvo como resultados que el 77,1% de las gestantes pertenecían al régimen de seguro subsidiado y que el 70% de estos tenían inicio precoz de la APN.

**GRAFICO N° 19**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO, JULIO 2016

**TABLA N° 20**

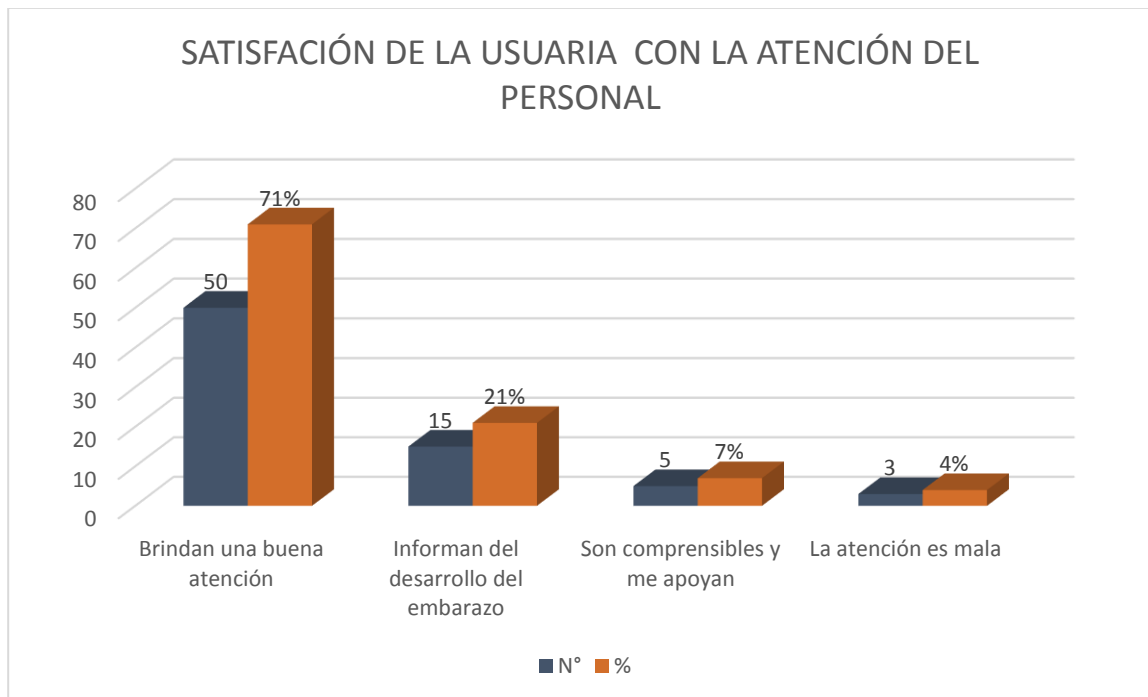
**SATISFACIÓN DE LA USUARIA CON LA ATENCIÓN DEL PERSONAL, EN GESTANTES ATENDIDAS, QUE INICIARON TARDIAMENTE SU ATENCIÓN PRENATAL (APN) EN EL CS HÚSARES DEL PERÚ, JULIO 2016**

<b>SATISFACIÓN DE LA USUARIAS CON LA ATENCIÓN DEL PERSONAL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Brindan una buena atención	50	71
Informan del desarrollo del embarazo	15	21
Son comprensibles y me apoyan	5	7
La atención es mala	3	4
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO.

**INTERPRETACIÓN Y ANALISIS:** El 96% de las gestantes encuestadas se encuentran satisfechas de la atención que reciben en el establecimiento, aun así iniciaron su atención tardíamente. Este resultado se contradice con el estudio realizado por Lozano cuadros alix y Col. en su trabajo realizado en la ese hospital integrado de sabana de torres Bucaramanga-Colombia, de enero a marzo 2011, (13) el cual muestra como resultado que la satisfacción en la atención brindada por parte del personal, las filas de espera, los documentos solicitados para la atención se hallaron como barreras de acceso al establecimiento de salud y su posterior inicio tardío.

**GRAFICO N° 20**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO.

**TABLA N° 21**

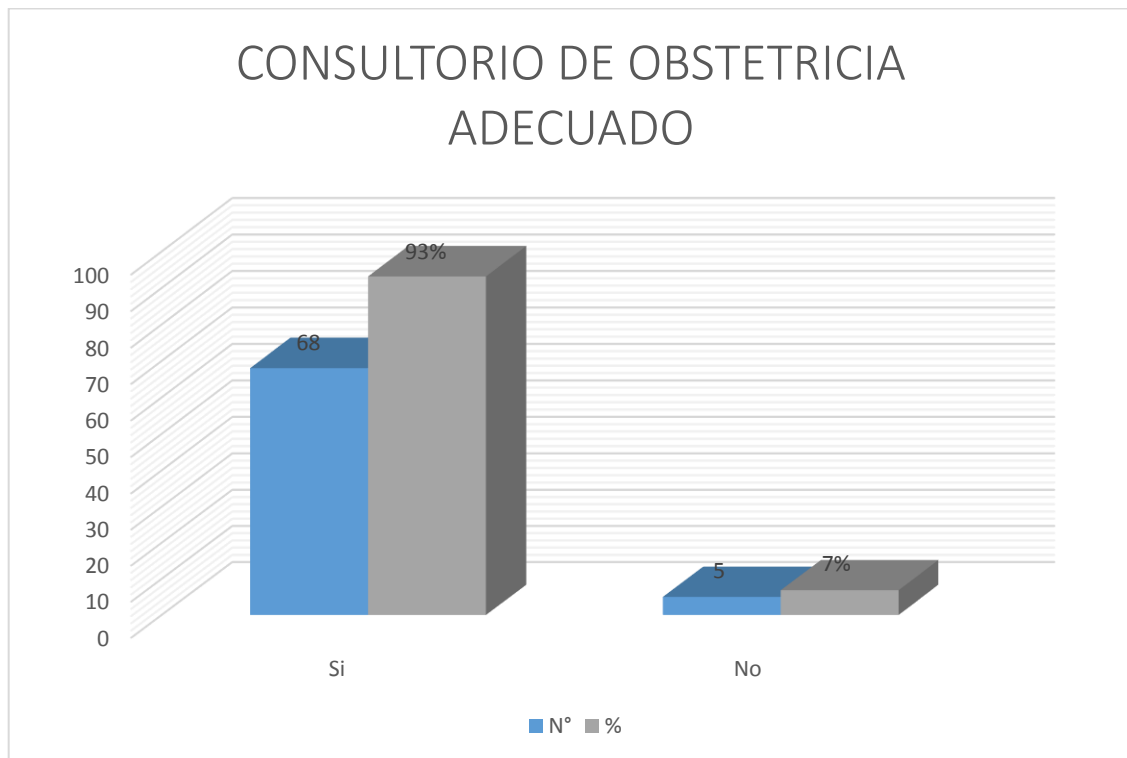
**DISPONIBILIDAD DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS DE SALUD EN EL CONSULTORIO DE OBSTETRICIA PARA LAS GESTANTES ATENDIDAS, QUE INICIARON TARDIAMENTE SU ATENCIÓN PRENATAL (APN) EN EL CS HÚSARES DEL PERÚ, JULIO 2016**

CONSULTORIO DE OBSTETRICIA ADECUADO	N°	%
Si	68	93
No	5	7
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO, JULIO 2016

**INTERPRETACIÓN Y ANALISIS:** El 93% considera que el consultorio de obstetricia es adecuado para recibir la APN. Este resultado no se puede comparar ya que no se encontraron estudios anteriores con referencia a esta variable.

**GRAFICO N° 21**



FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION EN ESTUDIO, JULIO 2016

**TABLA N° 22**

**EVALUACIÓN DE ASOCIACIÓN DE FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA APN EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL C.S HÚSARES DEL PERÚ, JULIO 2016.**

<b>FACTOR</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>CHI<sup>2</sup></b>	<b>CC</b>	<b>C<sub>MAX</sub></b>
<b>FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS</b>	Edad de las gestantes	92,656	0.74	0,866
	Grado de instrucción	15.33	0.42	0.866
	Estado Civil	0.178	0.049	0.70
	Ingresos Económicos	3.338	0,209	0.70
<b>FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS</b>	Numero de Gestación actual	30.568	0.543	0.816
	Periodo Intergenésico	34.040	0.563	0.707
<b>FACTORES DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	Medio de Transporte hacia el centro de salud	3.465	0.212	0.707
	Satisfacción de la usuaria con la atención brindada	1.1792	0.126	0.816

**Fuente:** encuesta aplicada a la población en estudio 2016.

**INTERPRETACIÓN:** En la presente tabla de contingencia, aplicando el estadístico Chi-2, el coeficiente de contingencia y su valor máximo, con un índice de confiabilidad de 95% y valor  $p \leq 0,05$ , se aprecia que entre los **factores sociodemográficos**, existe asociación estadísticamente significativa entre las variables **edad y grado de Instrucción** con el inicio tardío de la APN, con un coeficiente de contingencia de 0.74 y de 0.42 respectivamente, con una fuerte relación, en cuanto al estado civil y los ingresos económicos, no presentan asociación estadísticamente significativa con un Chi-2 menor que el de la tabla para el grado de libertad correspondiente. Entre los **factores gineco-obstétricos**, el número de gestación actual, el periodo intergenésico y el inicio tardío del control prenatal tienen asociación estadísticamente significativa con coeficientes de contingencia de 0.543 y 0.563 correspondientemente. Finalmente en las variables de los **factores de accesibilidad a los servicios de salud**, no existe asociación estadísticamente significativa entre la facilidad del acceso a los servicios de salud, junto a la satisfacción de las usuarias con el inicio tardío de la APN.

## CONCLUSIONES

Se estudiaron a 73 gestantes atendidas en el CS Húsares del Perú que hayan iniciado su APN en forma tardía, el estudio se realizó en el mes de julio del año 2016, con la finalidad de determinar cuáles son los factores que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal las cuales se llegó a la conclusión de:

1. Entre los factores sociodemográficos: La variable edad, más de la cuarta parte de la muestra está compuesta por gestantes adolescentes entre 12 a 19 años de edad con 27% (20) y aquellas de 20 a 27 años con 33% (24), perteneciente a gestantes jóvenes, evidencian mayor porcentaje de inició tardío haciendo un total de 60% (54); el grado de instrucción se evidencia que las gestantes con bajo nivel educativo asisten después del primer trimestre a su APN; ya que el 77% (56) de las cuales posee secundaria completa, secundaria incompleta y primaria completa evidenciando que a mayor nivel educativo mayor inicio temprano de la APN; asimismo el estado civil, la falta de una unión estable (conviviente y solteras), incide en acudir tardíamente con un 95.% (69). De igual forma la ocupación en actividades inestables y de poco reconocimiento social como ama de casa y el trabajo dificultan la asistencia de la APN con un 93% (68); así mismo este estudio señala que el poco ingreso económico familiar de < a 750 soles a 1000 soles influye en el inicio tardío con 93% (68); finalmente el desconocimiento de la importancia de la APN un 38% de las gestantes encuestadas. Teniendo en cuenta un índice de confiabilidad de 95% y valor  $p \leq 0,05$ , existe asociación estadísticamente significativa entre la edad y el grado de instrucción con el inicio tardío de la APN con una fuerza de asociación 0,74 y de 0,42 respectivamente según coeficiente de contingencia.

2. En los factores Gineco obstétricos que influenciaron en el inicio tardío se encuentran, la gestación actual, el 87% (63) refiere que se encuentra gestando por segunda a más veces, por lo que tendrían conocimiento de la importancia de iniciar su APN los primeros tres meses de la gestación; el 68% de la muestra tiene 2 o más partos, coincidiendo con que más del 60%(45) es su tercera gestación; así también el 79% (58) ya tiene entre uno a más hijos, debería estar más interesada en iniciar su APN en los primeros tres meses de gestación; el 32% prácticamente la tercera parte de la muestra tiene experiencia de aborto en el embarazo anterior y que por eso debió iniciar precozmente la APN de su embarazo actual; para la variable tipo de embarazo, el 66% (48) de la muestra refiere que esperaba quedar embarazada, lo que podría generar los ánimos por iniciar la APN los primeros 3 meses de gestación, un porcentaje importante no planifico su gestación e inicio tardíamente su APN; con respecto al trimestre gestacional en el momento del diagnóstico del embarazo el 79% (58) refirió que se enteró en los primeros tres meses , pero aun así inicio tardíamente su APN, a partir del segundo trimestre con el 68% (50); por otro lado el riesgo de iniciar la APN en forma tardía fue en mayor porcentaje en gestantes con periodo intergenésico inadecuado (largo y/o corto) con 76% (55). Cabe resaltar que el 76% de gestantes tiene antecedentes de complicación entre ellas el aborto en primer lugar seguido de hemorragia. Al determinar la prueba de chi cuadrado se encontró que existe asociación estadísticamente significativa entre, el número de gestación actual, el periodo intergenésico y el inicio tardío de la APN tienen asociación estadísticamente significativa con coeficientes de contingencia de 0.543 y 0.563 correspondientemente, esto demuestra que las pacientes muestran irresponsabilidad para la APN, ya que tienen más de 2 gestaciones previas y periodo intergésico inadecuado e inician tardíamente su APN.

3. Los factores de accesibilidad a los servicios de salud relacionados con el inicio tardío son: la falta de recurso económico para el pago del transporte ya que el 62%(45) utilizan el servicio de moto taxi generando un gasto económico por ende pospone el inicio de su APN; en cuanto al tipo de seguro el 82% (60) de gestantes que contaba con seguro SIS (seguro integral de salud) inició de forma tardía su APN pese a contar con un seguro gratuito, este importante porcentaje puede deberse a problemas existentes relacionados con la organización de los servicios de salud. Al determinar la prueba de chi cuadrado se encontró que no existe asociación estadísticamente significativa entre la facilidad del acceso a los servicios de salud, junto a la satisfacción de las usuarias con el inicio tardío de la APN.

## RECOMENDACIONES

Considerando con los resultados obtenidos se propone lo siguiente:

- ✓ Implementar áreas de consejería al servicio de la población en todos los establecimientos de salud nivel i fomentando su participación en temas como: sexualidad, salud sexual y reproductiva, incluyendo derechos sexuales y reproductivos priorizando los programas de atención primaria que permitan fomentar estilos de vida saludables en mujeres en edad fértil que son mujeres cada vez más vulnerables, Así mismo implementar actividades que permitan y favorezcan la participación del varón en la atención prenatal, no solo en el acompañamiento de la consulta, sino durante el parto y el puerperio, fortaleciendo los vínculos afectivos, la autoestima y el autocuidado como factores protectores.
  
- ✓ Realizar en los establecimientos de salud, campañas visitas domiciliarias y un mejor control en el seguimiento de las gestantes que no acuden a sus atenciones prenatales, captación de gestantes, y encaminarlas a que lleven una adecuada atención prenatal. Intervenir también mediante programas en los colegios y demás lugares de acceso femenino con charlas educativas acerca de la importancia del inicio precóz de la APN, adecuada atención prenatal y además sobre una adecuada planificación familiar.
  
- ✓ tener en cuenta la apreciación que tengan las usuarias de la atención recibida en todos los establecimientos de salud nivel i, efectuando encuestas de satisfacción por programas, en este caso el programa de Salud Materna o de atención prenatal, de acuerdo al trato recibido por el personal de salud, atención prenatal y el conocimiento de los signos y síntomas de riesgo, es necesario tener en cuenta dichas apreciaciones que van a contribuir al mejoramiento de la atención y la calidad.



## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ministerio de Salud MINSA. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú; MINSA 2010.
2. Organización mundial de la salud (OMS). tendencia en mortalidad materna 1990 a 2008: estimación desarrollada por: UNICEF, UNFPA, y el banco mundial. Ginebra 2010.
3. Ministerio de salud MINSA. Mortalidad materna en el Perú, Lima, Perú; MINSA ,2015.
4. Arizpe Salazar C. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. [Tesis de grado]\*. Lima, Peru;2011
5. Wang, D. et al. Factores asociados con la utilización y calidad del control prenatal en una región rural de china. [Tesis de grado]\*. China, 2012.
6. Rosales, G., y Cadena, L. Factores asociados a la adherencia al control prenatal en mujeres de los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de la Parroquia de San Antonio de Ibarra en el periodo noviembre del 2009 agosto del 2010, [Tesis de grado]\*. Ecuador: Repositorio Universidad Técnica del Norte; 2010.
7. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Salud Materna, Lima- Perú: ENDES; 2014.
8. Dirección regional de salud-Ucayali. Reporte de actividades de la estrategia sanitaria nacional y local de salud sexual y reproductiva de 01 de enero al 31 de diciembre 2015.pucallpa: DIRESA; 2015.
9. Ramiro C, Lina Paola E, Lyda lucero G. Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE san Sebastián de la plata, Huila, 2009. *Revista facultad de salud RFS*. [revista en Internet]\* .2012.Enero - junio.[Acceso 15 de mayo del 2016] ;4(40); disponible en:  
<http://journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/567/1104>.

10. Cadena S, Luis L. Factores asociados a la adherencia al control prenatal en mujeres de los barrios de Tanguarin y santo domingo de la parroquia de San Antonio de Ibarra-Ecuador en el periodo noviembre del 2009. [Tesis de grado]\* Ecuador; 2009.
11. Cobos M, Lisbeth E. Factores que influyen en la atención prenatal en adolescentes que acuden a la consulta del subcentro de salud zapotal santa Elena - Ecuador en los periodos enero 2013. [Tesis de grado]\* Ecuador-la Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2013.
12. Enríquez B, Marco V. Factores que inciden en la adherencia al control prenatal en mujeres gestantes en el subcentro de salud del Cantón quero provincia de Tungurahua-Ecuador en el período agosto 2012 - marzo 2013. [Tesis de grado]\* Ecuador-Ambato: Universidad técnica de Ambato facultad de ciencias de la salud; 2013.
13. Lozano C, Alix X y col. Factores asociados a la no adherencia al programa de control prenatal en las gestantes captadas en la ESE hospital integrado de sabana de torres Bucaramanga-Colombia, de enero a marzo 2011. [Tesis de grado]\*. Colombia-Santander: Universidad CES, Universidad Autónoma Facultad de Medicina; 2011.
14. Quelopana D.V, Ana M. Predictores del inicio del control prenatal en mujeres del área metropolitana de Monterrey, México año 2011. [tesis de grado]\*. México; Monterrey; 2011.
15. Zairy Sofía M. Factores asociados a la asistencia al control prenatal en gestantes del municipio de Yopal Casanare, Colombia – 2011. [Tesis de grado]\*. Colombia- Casanare: Universidad del Rosario – Universidad CES escuela de medicina y ciencias de la salud- facultad de medicina postgrado en Epidemiología; 2011.

16. Navarro V, Janeth M, Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de obstetricia del centro de salud “Leonor Saavedra” - enero a marzo del 2015. [Tesis de grado]\*. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos facultad de Odontología E.A.P de Obstetricia; 2015.
17. Munares García O. Factores asociados al abandono al control prenatal Instituto Nacional Materno Perinatal Lima – Perú Agosto 2013. [Tesis doctoral]\*. Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos facultad de Medicina Humana Unidad de Posgrado; 2011.
18. Patricia Barrera H. Factores que influyen en el inicio de la atención prenatal de gestantes adolescentes atendidas en la consulta prenatal del Hospital Santa Rosa de octubre a diciembre del 2007 . [Tesis de grado]. Lima-Perú: [U](#)niversidad Nacional Mayor de San Marcos facultad de Medicina Humana E.A.P. de Obstetricia; 2007.
19. Claudia A, Mary S, Giuliana T, Carmen G y José Luis R. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia Hospital Nacional Cayetano Heredia entre agosto 2010 y enero 2011. . [Tesis de grado]\*. Lima, Perú; 2011.
20. Cáceres F. El control prenatal: una reflexión urgente. Revista Colombiana Obstetrica ginecológica. [Revista en Internet]. 2011. [Acceso 20 de mayo del 2016]. 165–170. Disponible en:  
[http://bases. Bireme.br/cgi-bin//wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah](http://bases.Bireme.br/cgi-bin//wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah).
21. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Guía de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima: MINSA; 2007.

22. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2010.
23. Hospital San José. Guías de Práctica Clínica de Obstetricia. Lima: Hospital San José; 2013.
24. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud materna. Lima: MINSA; 2013.
25. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2014.
26. Ministerio de protección social. Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. En: Guías de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en la salud pública. Tomo 1. Colección PARS. Bogotá, 2007.
27. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Salud Materna, Lima- Perú: ENDES; 2014.
28. Ministerio de salud MINSA. Norma técnica de salud: atención integral de salud materna 2013 proyecto de NTS N° -MINSA/DGSP. V.01. Lima, Perú; MINSA ,2013.
29. Pécora A, San Martín M, Cantero A, Furfaro K, Jankovic P, Llompert V. Control Prenatal Tardío: ¿Barreras En El Sistema De Salud? Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá Argentina2008 [Revista en Internet].2008 [acceso 19 de mayo 2016]; 24(3). Disponible en: <http://www. Control Prenatal Tardío/Barreras En El Sistema De Salud/Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá Argentina/2008/textos/vol24/n3/revis2a.html>.

30. Castro A, Sandesara U. Integración de la Atención Prenatal con los Procesos de Detección y Manejo Clínico del VIH y de la Sífilis en el Perú. . [Tesis de grado] Lima: Socios en salud sucursal Perú; 2009.
31. Sunil T, Spears WD, Hook L; Castillo J, Torres C. Iniciación y obstáculos al uso de la atención prenatal entre las mujeres de bajos ingresos en San Antonio. . [Tesis de grado]. Texas: Matern Child Health; 2010.
32. Sánchez, M., & Salado, M. Evaluación del trato: perspectiva de los usuarios de consulta externa de especialidades del Hospital General de Zona 11 del IMSS. [Tesis de grado]. Colecc Ed Salud Pública; 2012.
33. Espinosa, A., Trindade, C., Hoffmann, R., Fernandez, E., Carrera, M., Alcure, G., & Franca, L. Factors associated with prenatal care and seeking assistance in public hospitals in Vitória, Espírito Santo, Brazil. Brasil: Women & health; 2010.
34. Del Valle, J., Plasencia, C., Del Valle, N., Nápoles, E., y Matamoros, D. Calidad de la atención prenatal en el área de Mella. Colombia: MEDISAN; 2010.
35. Noguera, A., y Dueñas, M. Evaluación de la calidad de la atención del programa de control prenatal a partir de la atención brindada a las usuarias en el centro de salud suroccidente de la ESE Popayán enero 2011 - junio de 2011. Universidad del Cauca; 2011.
36. Ministerio de Salud. Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009. Lima: MINSAL; 2009.
37. Ministerio de Salud. Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2015. Lima: MINSAL; 2009.
38. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI.). Lima: INEI; 2013.

39. Santiago Alvarado Á, Vidal P. Factores asociados a la participación activa en sala de partos de la parturienta lima 2014. [Tesis de grado]. Lima; 2014
40. Alarcón G, albornoz Y, prado J. Metodología de la investigación científica en salud. 1ra edición: Editorial universidad nacional Hermilio Valdizán Huánuco; 2009.
41. Hernández Rivas J, García Ortiz L. Metodología de la investigación. Lima Perú: ISBN; 2008.
42. Hernández Meléndez E. Metodología de la investigación, como escribir una tesis. Lima Perú: Escuela nacional de salud pública; 2010.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### ACTIVIDADES DURANTE LA PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL

<b>Evaluación del riesgo gestacional:</b>	<p>Historia clínica:</p> <p><b>Factores sociodemográficos:</b>            Edad materna (inferior a 15 o superior a 35)            Obesidad o delgadez extrema            Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción            Violencia de género            Actividad física o laboral de riesgo            Nivel socioeconómico bajo            Exposición a teratógenos, farmacológicos o Ambientales.</p> <p><b>Antecedentes reproductivos</b>            Esterilidad previa            Aborto o parto pre término a repetición            Muerte perinatal            Hijos con lesiones residuales o defectos congénitos</p> <p>Antecedentes reproductivos            Esterilidad previa            Aborto o parto pre término a repetición            Muerte perinatal            Hijos con lesiones residuales o defectos congénitos.</p> <p><b>Antecedentes médicos</b>            Hipertensión arterial            Enfermedad cardíaca o renal            Endocrinopatías            Epilepsias            Enfermedad respiratoria crónica            Enfermedades hematológicas o hepáticas</p>
<b>Evaluación nutricional</b>	Índice de masa corporal — IMC
<b>Exploración física:</b>	Presión arterial Pulso Temperatura Examen cardiovascular Examen respiratorio Peso Talla
<b>Exámenes de laboratorio:</b>	<p><b>Hemoglobina/hematocrito</b>            Grupo y Factor Rh            Orina completa            Prueba rápida de sífilis            Prueba rápida de VIH previa consejería            Glucosa</p>



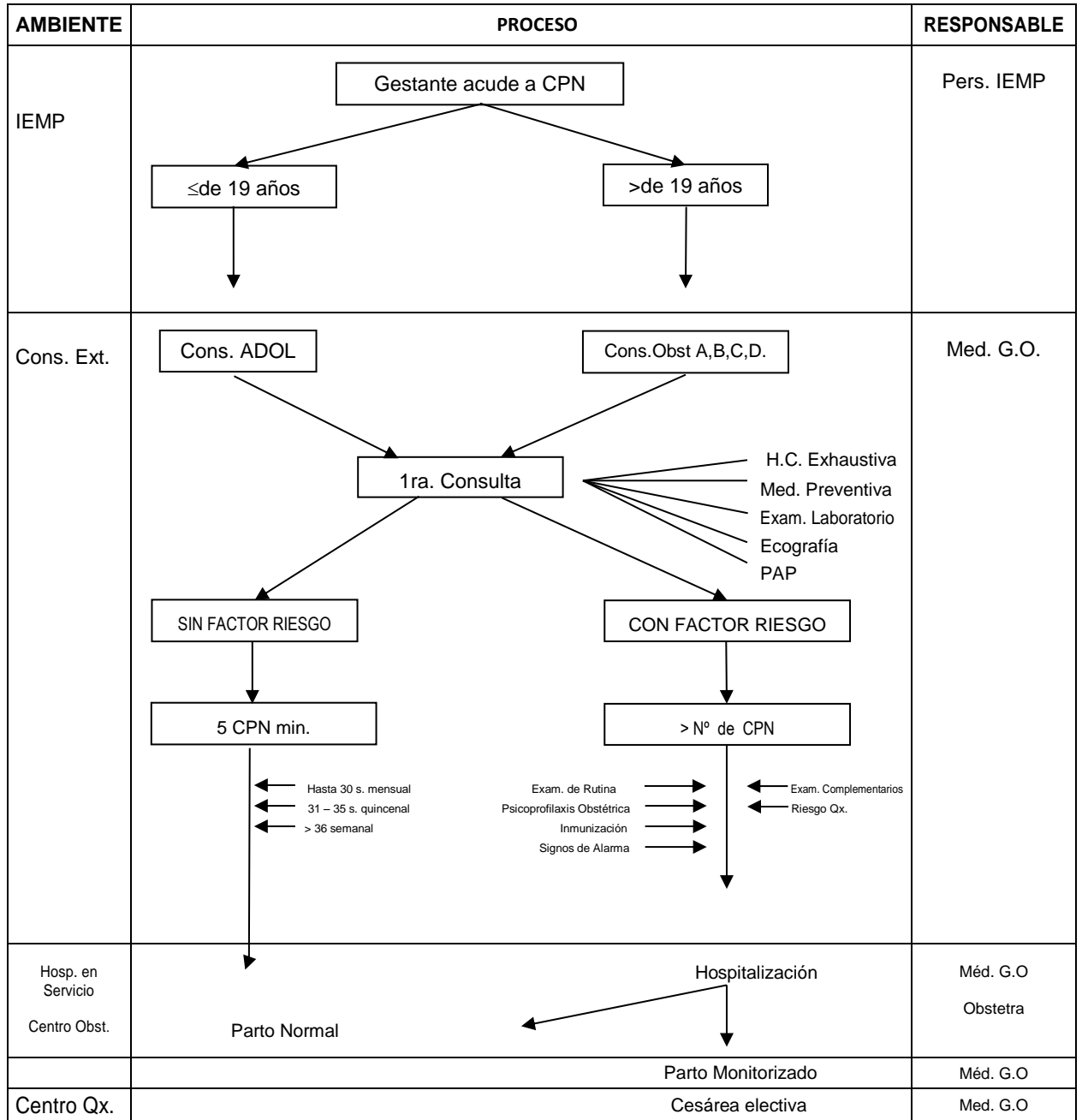
## ANEXO 2

### Actividades que se realizan durante las atenciones prenatales.<sup>24</sup>

ACTIVIDAD	1ra. APN < 14 sem	2d a. APN 14-21 sem	3ra. APN 22-24 sem	4ta. APN 25.32 sem	Sta. APN 33-36 sem	6ta. APN 37-40 sem
Confirmación del embarazo	<u>±</u>					
Orientación/consejería y evaluación nutricional	<u>±</u>					
Anamnesis	<u>±</u>					
Detección de signos de alarma	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>
Medición de la tata	<u>±</u>					
Control del peso	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>
Determinación de la presión arterial, pulso y temperatura	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>
Examen Gineco-Obstétrico	<u>±</u>					
Evaluación clínica de la pelvis	<u>±</u>				<u>±</u>	
Estimación de edad gestacional	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>
Diagnóstico del número de fetos (Ecografía y/o palpación)	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>
Medir altura uterina		<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>
Auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler)		<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>
Evaluación clínica del volumen de líquido amniótico			<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>
Diagnóstico presentación, situación fetal				<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>
Determinar grupo sanguíneo y Rh	<u>±</u>					
Determinación de Hb o Hto	<u>±</u>				<u>±</u>	
Urocultivo o examen de orina completo	<u>±</u>				<u>±</u>	
Detección diabetes gestacional	<u>±</u>			<u>±</u>		
Pruebas de Tamizaje para VIH/SIFILIS (Prueba rápida /ELISA/RPR) previa consejería	<u>±</u>				<u>±</u>	
Proteína en orina (Con tira reactiva o Ac. Sulfosalicílico)	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>
Vacuna antitetánica	<u>±</u>	<u>±</u>				
Toma de PAP(*)	<u>±</u>					
Evaluación odontostomatológico		<u>±</u>	<u>±</u>			
Evaluación con Ecografía	<u>±</u>		<u>±</u>			
Administración ácido fólico	<u>±</u>					
Bienestar fetal. Test no estresante					<u>±</u>	<u>±</u>
Administración de hierro + ácido fólico		<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>
Administración de calcio			<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>
Información sobre salud sexual y Reproductiva y Planificación Familiar.	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>
Psicoprofilaxis/ Estimulación Prenatal		<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>	<u>±</u>

### ANEXO 3

### FLUXOGRAMA DE LA ATENCIÓN PRENATAL.



## ANEXO 4



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

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste con absoluta sinceridad, la información que usted proporcione, será de gran ayuda para el objetivo del estudio.

**INSTRUCCIONES:** Marcar con una ‘x’ la respuesta según su situación o especificar las alternativas y responder los espacios en blanco.

### • DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

<p><b>1) Edad</b></p> <p>a) &lt; 12 años b) 12 a 19 años c) 20 a 27 años d) 28 a 35 años e) 36 a 40 años f) 45 a más años.</p>	<p><b>2) Lugar de procedencia.</b></p> <p>a. Yarinacocha b. Manantay c. Calleria d. Otros Especificar:.....</p>
<p><b>3) Grado de instrucción.</b></p> <p>a) iletrada b) Primaria incompleta c) Primaria completa d) Secundaria incompleta e) Secundaria completa f) Superior no universitario incompleto g) Superior no universitario completo h) Superior universitario incompleto i) Superior universitario completo.</p>	<p><b>4) Estado civil</b></p> <p>a) Viuda b) Soltera c) Divorciad d) Separada e) Conviviente f) Casada</p>
<p><b>5) Ocupación</b></p> <p>a) Trabajador independiente b) Ama de casa c) Empleada del hogar d) Otros Especificar.....</p>	<p><b>6) Ingreso económico promedio en el hogar.</b></p> <p>a) menor o igual a S/. 750 b) De S/. 750 a S/. 1000 c) De S/. 1000 a S/. 2000 d) más de S/. 2000</p>
<p><b>7) ¿cuenta usted con el apoyo de su familia en su embarazo actual?</b></p> <p>a) Si                              b) no</p>	<p><b>8) ¿Ha sido maltratada física o verbalmente en este embarazo?</b></p> <p>a) No                              b) Si Si su respuesta es sí ¿Quién fue? .....</p>
<p><b>9) ¿Por qué cree que el control prenatal es importante?</b></p> <p>a. Conocer las semanas de embarazo. b. Identificar e intervenir oportunamente las complicaciones del embarazo. c. Saber si el feto está en buena posición. d. Deducir la fecha probable de parto. e. no sabe.</p>	

• **DATOS GINECO-OBSTETRICOS**

<b>1) PARIDAD</b>		
<p><b>- Número de embarazo actual</b> (incluya todos los embarazos, es decir, todos aquellos que dieron como resultado, niños vivos, niños muertos, abortos o bebés perdidos).</p> <p>a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 a 5 e) 6 a mas</p>	<p><b>- Número de Abortos:</b></p> <p>a) ninguno b) 1 c) 2 d) 3 e) más de 4</p>	<p><b>- Número de hijos vivos:</b></p> <p>a) ninguno b) 1 c) 2 d) 3 e) más de 4</p>
<p><b>2) Su actual embarazo es:</b></p> <p>a) Esperado b) No Planificado c) Falla de método d) violentado</p>	<p><b>3) ¿qué tiempo de gestación tenía cuando se enteró que estaba embarazada?</b></p> <p>.....</p>	
<p><b>4) ¿Semanas o meses de embarazo en que está iniciando actualmente su control prenatal? (consultar carnet perinatal o ecografía actual)</b></p> <p>.....</p>	<p><b>5).Luego de cuantos años o meses está embarazada nuevamente. Por favor incluya nacidos vivos, nacido muerto, abortos, embarazo molar, etc.</b></p> <p>a) 1 año b) 2 años c) De 3 a 6 años d) Más de 6 años e) Meses n° de meses:.....</p>	
<p><b>6) ¿Tuvo alguna complicación durante sus embarazos anteriores?</b></p> <p>a) Si      b) NO</p> <p><b>Si su respuesta es "sí" marque una o varias alternativas</b></p> <p>a) Sangrado antes o después del parto. b) fuente de agua rotas c) Presión alta d) Diabetes gestacional e) El feto no creció bien f) Su hijo nació con problemas g) aborto h) Otros</p> <p>Especificar:.....</p>		

• **DATOS DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD**

<p><b>1) ¿A Cuánto tiempo demora en llegar al centro de salud en donde hace o iniciara su control del embarazo?</b></p> <p>a) Menos de 20 min  b) 30 min  c) 45 min  d) Más de 1 hora.</p>	<p><b>2) ¿Qué medio de transporte utiliza para llegar al centro de salud?</b></p> <p>a) caminando  b) mototaxi  c) colectivo  d) movilidad propia  e) otros.  Especificar.....</p>
<p><b>3) ¿Qué tipo de seguro contaba en su primera atención prenatal?</b></p> <p>a) SIS  b) ES SALUD  c) Fuerzas armadas  d) Particular  e) Ninguno.</p>	<p><b>4) ¿Está usted satisfecha con la atención brindada por el personal de salud durante su atención prenatal?</b></p> <p>a) Si                      b) No</p> <p>Porque.....</p>
<p><b>5) ¿Considera que el consultorio de Obstetricia tiene un ambiente y elementos adecuados para el seguimiento de su embarazo?</b></p> <p>a) Si                      b) No</p>	

## ANEXO 5

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es dirigida por Fasabi Tello Graciani Alan, Bachiller en Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas. El objetivo de este estudio es Determinar cuáles son los factores que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Húsares del Perú durante el mes de julio del año 2016.

La participación en este estudio es voluntaria y la información que se recoja será confidencial y sólo serán usados por el investigador para cumplir los objetivos de la presente investigación. Sus respuestas al cuestionario serán anónimas. Si está de acuerdo con lo antes informado sírvase firmar para dar fe de su consentimiento de su participación.

Yo.....de.....años de edad,  
DNI N°:.....

Manifiesto haber sido informado y acepto participar de forma voluntaria y anónima en el estudio.

---

FIRMA

**ANEXO 6**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**FACTORES QUE INFLUYEN AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCION PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD HUSARES DEL PERU DURANTE EL MES DE JUNIO DEL AÑO 2016**

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN		MÉTODO DE INVESTIGACIÓN
			VARIABLES	INDICADORES	
<p><b>Problema General:</b></p> <p>¿Cuáles son los factores que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Húsares del Perú, julio 2016?</p>	<p><b>Objetivo general:</b></p> <p>Determinar cuáles son los factores que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Húsares del Perú, julio 2016.</p>	<p><b>Hipótesis General:</b></p> <p>El presente estudio de investigación no planteará hipótesis por ser un estudio descriptivo exploratorio que solo describirá hechos.</p>	<p><b>Variable Independiente:</b></p> <p><b>Factores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Factores Sociodemográficos</b></li>   <li>• <b>Factores Gineco obstétricos</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Edad</li> <li>-Procedencia</li> <li>-Grado de instrucción</li> <li>-Estado civil</li> <li>-Ocupación</li> <li>-Ingreso económico.</li> <li>-Apoyo familiar</li> <li>-Violencia familiar</li> <li>-Importancia de la APN.</li>   <li>-Paridad.</li> <li>-Tipo de embarazo.</li> <li>-Edad gestacional de diagnóstico del embarazo.</li> <li>-Edad gestacional de inicio de atención prenatal.</li> <li>-Periodo intergenésico</li> <li>-Antecedente patológico gestacional.</li> </ul>	<p>El presente estudio de investigación tendrá un enfoque inductivo que mediante el cual partirá de hechos singulares o particulares para obtener conclusiones generales que reflejará lo que hay de común en los fenómenos individuales.</p>

<p><b>Problema secundarios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los factores sociodemográficos que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el C.S Húsares del Perú, julio 2016?</li> <li>• ¿Qué factores Gineco obstétricos influyen en el inicio tardío de la atención prenatal, en gestantes atendidas en el C.S Húsares del Perú, julio 2016?</li> <li>• ¿Qué factores accesibilidad a los servicios de salud influyen en el inicio tardío de la atención prenatal, en gestantes atendidas en el C.S Húsares del Perú, julio 2016?</li> </ul>	<p><b>Objetivos secundarios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar cuáles son los factores sociodemográficos que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el C.S Húsares del Perú, julio 2016.</li> <li>• Establecer que factores Gineco obstétricos influyen en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el C.S Húsares del Perú, julio 2016.</li> <li>• Establecer que factores de accesibilidad a los servicios de salud influyen en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el C.S Húsares del Perú, julio 2016.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Factores de accesibilidad a los servicios de salud.</b></li> </ul> <p><b>Variable Dependiente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Inicio tardío de la atención prenatal</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tiempo para llegar al establecimiento de salud.</li> <li>-Medio de transporte</li> <li>-Tipo de seguro</li> <li>-Satisfacción de la usuaria.</li> <li>-Disponibilidad de infraestructura y equipos de salud.</li> </ul> <p>Edad gestacional de inicio tardío de la atención prenatal.</p>	
--	---	--	---	---	--



## ANEXO 7

### FOTOS



Gestante desarrollando la encuesta en la sala de espera del CS Húsares del Perú



Entrada principal al CS Húsares del Perú



**Gestante desarrollando la encuesta en la sala de espera**



**Gestantes en la sala de espera para su APN**