



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

**“CONTROLES PRENATALES TARDÍOS COMO FACTOR DE RIESGO PARA
COMPLICACIONES MATERNAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO ENERO - JUNIO 2016”**

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

**AUTORA:
ARONES QUISPE ANA MAYUMI**

**ASESORA:
LIC. ESTHER SUAREZ ALVITES**

PISCO – PERU

2016

DEDICADO A:

Dios por brindarme la vida, guiando siempre mi camino para seguir adelante y no desfallecer.

De la misma forma a mis padres por ofrecerme los estudios y haber estado conmigo en todo momento.

AGRADEZCO A:

Mis padres por darme su apoyo incondicional, guiar mis pasos en un camino correcto.

Mi asesora Lic. Esther Suarez altivez por el apoyo incondicional y por el cariño que me ha brindado en este tiempo para culminar el presente estudio.

Todo el recurso humano de estadística del Hospital San Juan de Dios – Pisco quienes fueron parte fundamental en los aspectos metodológicos de este presente trabajo y a todos aquellos que de manera directa o indirecta intervinieron para que esta obra pudiese cristalizarse , muchísimas gracias que dios los bendiga.

ÍNDICE

	Pàg
DEDICATORIA _____	ii
AGRADECIMIENTO _____	iii
INDICE _____	vi
RESUMEN _____	v
ABSTRACT _____	vi
INTRODUCCIÓN _____	vii

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema _____	9
1.2. Formulación del Problema _____	11
1.2.1. Problema Principal _____	11
1.2.2. Problemas Secundarios _____	11
1.3. Objetivos de la Investigación _____	12
1.3.1. Objetivo General _____	12
1.3.2. Objetivos Específicos _____	12
1.4. Justificación de la Investigación _____	13
1.5. Limitaciones de la Investigación _____	14

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación _____	15
2.2. Bases Teóricas _____	21
2.3. Definición de Términos Básicos _____	48
2.4. Hipótesis _____	50
2.5. Variables _____	50

2.5.1 Definición Conceptual de la Variable_____	51
2.5.2 Definición Operacional de la Variable_____	51
2.5.3 Operacionalización de la Variable_____	52

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y nivel de la investigación _____	53
3.1.1. Tipo de Investigación _____	53
3.1.2. Nivel de Investigación _____	53
3.1.3. Método _____	53
3.2. Descripción del Ambito de la Investigación _____	54
3.3. Población y Muestra _____	54
3.3.1. Población _____	54
3.3.2. Muestra _____	54
3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos_____	55
3.4.1. Técnicas_____	55
3.4.2. Instrumentos _____	55
3.5. Validez y Confiabilidad del Instrumento_____	55
3.6. Plan de Recolección y Procesamiento de Datos _____	55

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. RESULTADOS _____	56
-----------------------	----

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

5.1. DISCUSIÓN_____	64
CONCLUSIONES_____	66
RECOMENDACIONES _____	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS_____	68
ANEXOS _____	71

RESUMEN

TITULO. - El control prenatal es 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. Por lo que el control prenatal tardío no necesariamente lleva a no asistencia del parto institucional, pero si interrumpe las actividades preventivas y de promoción de la salud que se realizan en los controles prenatales, y, limita los contactos entre el profesional de la salud y pacientes.

OBJETIVO: Identificar las complicaciones maternas que se relacionan con los controles prenatales tardíos en las gestantes atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco enero a junio del 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, retrospectiva y analítica. Sobre 108 gestantes de una población de 480 gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco de enero a junio del 2016.

RESULTADOS: La prevalencia de controles prenatales tardíos en las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco de enero a junio del 2016 es del 10%

El Control Prenatal tardío es un factor de riesgo que se asocia a complicaciones maternas: Hemorragias durante el trabajo del parto con CPN tardíos 29.2% en comparación con las que tuvieron CPN completos y adecuados cuyo porcentaje es de 13.3%. Infecciones durante el trabajo del parto con CPN tardíos 47.9% en comparación con las que tuvieron CPN completos y adecuados cuyo porcentaje es de 16.7%. Hipertensión Arterial durante la gestación con CPN tardíos 16.7% en comparación con las que tuvieron CPN completos y adecuados cuyo porcentaje es de 5%.

PALABRAS CLAVE: Control prenatal, complicaciones maternas perinatales

ABSTRACT

TITLE. - Prenatal care is the initial axis for proper maternal care, together with institutional delivery and monitoring of the newborn is a good strategy for reducing maternal mortality. So prenatal care late does not necessarily lead to non-attendance of institutional delivery, but if you stop preventive and health promotion performed in prenatal care activities, and limited contacts between the health professional and patient .

Objective: To identify maternal complications related to prenatal visits late in pregnant women treated at the San Juan de Dios Hospital in Pisco January to June 2016.

Methods: Observational, transversal, retrospective and analytical. About 108 pregnant women in a population of 480 pregnant women at the San Juan de Dios Hospital in Pisco from January to June 2016.

Results: The prevalence of prenatal visits late in pregnant women treated at the San Juan de Dios Hospital in Pisco from January to June 2016 is 10%. Late prenatal care is a risk factor that is associated as maternal complications: bleeding during childbirth work with late CPN 29.2% compared with those who had CPN complete and appropriate whose percentage is 13.3%. Infections during childbirth work with 47.9% CPN late compared with those who had CPN complete and appropriate whose percentage is 16.7%. Hypertension during pregnancy with 16.7% CPN late compared to those who had CPN complete and appropriate whose percentage is 5%.

KEYWORDS: Prenatal control, perinatal maternal complications

INTRODUCCIÓN

El control prenatal es una herramienta de prevención de la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal, pero sigue teniendo problemas en cuanto a su cobertura y calidad de atención. Según los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2014) para el año 2012 indica que el 94,2% de las gestantes acudió a 4 o más controles prenatales, la cifra fue similar para el año 2013 (94,4%), esta información no es comparable con lo estipulado con el Ministerio de Salud 2013, que coloca como mínimo 6 o más atenciones prenatales.⁽¹⁾

Una buena estrategia para el control de la morbilidad y mortalidad materno perinatal es el control prenatal precoz así mismo un parto institucional y el seguimiento del recién nacido. Además el control prenatal tardío no necesariamente no será parto institucional, pero si interrumpe las actividades preventivas y de promoción de la salud que se realizan en los controles prenatales, y, limita los contactos entre el profesional de la salud y pacientes. Se estima que por cada muerte materna ocurren 10 muertes perinatales, las cuales están vinculadas, a factores de salud materna y a la inadecuada atención prenatal, del parto y del recién nacido, teniendo como resultado casos de bajo peso al nacer, prematuros y asfixia neonatal.

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esta manera se podrá identificar y controlar enfermedades emergentes en el embarazo de forma oportuna o de prevenirlos si la intervención así lo permite como es el caso de las inmunizaciones.

El control prenatal debe ser precoz periódico e integral. Esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor.⁽²⁾

Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. El equipamiento

básico consiste en un lugar físico con iluminación y climatización adecuada, camilla o mesa ginecológica, esfigomanómetro, balanza con cartabón, huinchas de medir flexibles, estetoscopio de Pinard, guantes de examen ginecológico, espéculos vaginales, sistema de registro clínico (carné prenatal) y equipo humano de salud.

Conociendo la importancia de tener controles prenatales en número y calidad adecuadas es que se evaluó las consecuencias de presentar estos controles tardíamente en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, toda vez que en este nosocomio se atienden gestantes de diferentes idiosincrasias y diferentes condiciones económicas que favorecen que las gestantes acudan al hospital para su control prenatal en forma tardía.

LA AUTORA

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al año 2012, en el Perú (96,0%) de las mujeres embarazadas recibieron algún control prenatal de salud (médico, obstetras o enfermera).

Por área de residencia, casi la totalidad de las mujeres embarazadas del área urbana (98,9%) recibieron atención prenatal, en el área rural si bien es elevada la proporción (90,0%), es inferior a lo observado en el área urbana.

En las regiones, la menor cobertura se observa en la Selva (88,5%).

En el país, el 75,0% de las embarazadas realizaron su primer control de embarazo a menos de 4 meses de gestación, el 17,0% entre los 4 y 5 meses y el 5,6% entre los 6 y 7 meses. ⁽³⁾

La atención prenatal se incrementó entre los años 2009 y 2014 de 94,3% a 96,9%, respectivamente, mostrando un incremento importante en la zona

rural de 87,1% a 91,9%, según cifras de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

De acuerdo con esa misma encuesta, el parto institucional también se incrementó de 81.3% en 2009 a 89.2% en el 2014, y notoriamente en la zona rural de 57,6% a 72% en el mismo periodo. Se considera que los controles prenatales deben ser: Del primero al sexto mes: 1 control mensual. Del séptimo al octavo mes: 1 control cada 15 días. Al noveno mes: 1 control cada 7 días. ⁽⁴⁾

Con relación a la estructura de mortalidad materna aparecen como primeras causas, sin modificaciones en los últimos años, las siguientes: la hipertensión inducida por la gestación; las hemorragias de la gestación, parto y postparto; el aborto y otras complicaciones del trabajo de parto, parto y puerperio; situaciones que por sus características son susceptibles de reducción mediante la intervención oportuna a través de un control prenatal precoz, oportuno y de calidad, Durante los últimos años se han realizado en el país esfuerzos importantes para proveer servicios básicos de salud a través de la estrategia de atención primaria en las áreas marginales urbanas y rurales, particularmente orientadas a mejorar la atención de la madre y del niño, sin embargo, hay un gran volumen de población que no recibe asistencia en salud y otro que solo acude ante la evidencia de enfermedad es entonces que el beneficio potencial de la detección de estados iniciales de complicaciones durante la gestación, se minimiza por la asistencia tardía de la gestante al control prenatal y por la baja calidad en la atención, con deficiencias en tecnología y sistemas de remisión e información, En cada control prenatal se debe evaluar el riesgo empleando tiempo para dar educación a la madre, prepararla física y psicológicamente sobre su estado y los cuidados que éste implica; creando mayor acercamiento y confianza hacia los servicios de salud a la cual se le facilitará una mejor disposición de la madre para su autocuidado y la

detección oportuna de problemas que le puedan complicar su gestación y para buscar ayuda prontamente a las instancias pertinentes. Tomando en cuenta que el control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, manejando el enfoque de riesgo tiene un enorme potencial de contribución a la salud materna y perinatal y es un claro ejemplo de la medicina preventiva , por consiguiente Con el objetivo de evaluar los efectos de la consulta dirigida a gestantes en la calidad del control prenatal, en términos de asistencia y cumplimiento del mismo o inicio tardío con resultados del embarazo relacionados con parto pretérmino y peso al nacer. Se realizará un estudio retrospectivo, en pacientes gestantes que se les atendió su parto en el Hospital San Juan de Dios de Pisco entre enero y junio del 2016.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuáles son las complicaciones maternas que se relacionan con los controles prenatales tardíos en las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, enero - junio del 2016?

1.2.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

P.S.1: ¿Cuál es la prevalencia de controles prenatales tardíos en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco de enero-junio, 2016?

P.S.2: ¿Cuáles son las complicaciones maternas relacionadas a controles prenatales tardíos en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco de enero - junio, 2016?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar las complicaciones maternas relacionadas con los controles prenatales tardíos en las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco enero - junio del 2016.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O.E.1: Definir la prevalencia de controles prenatales tardíos en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco enero-junio, 2016.

O.E.2: Determinar las complicaciones maternas relacionadas a controles prenatales tardíos en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco enero-junio, 2016.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El control prenatal se compone de múltiples actividades e intervenciones que han demostrado disminución de la morbi-mortalidad materno-perinatal, debido a la identificación oportuna, prevención y manejo de los factores de riesgo.

El control prenatal (CPN) es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza. 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. Sin embargo, no todas las mujeres acceden al CPN y algunas no logran la adherencia a las recomendaciones, ni cumplir con la periodicidad de asistencia al mismo. Según la hipótesis, existen barreras ajenas a las gestantes que les impiden acceder y adherirse al CPN.

Es por ello que la investigación cobra importancia en la medida que determinará la realidad de la cobertura del control prenatal adecuado y oportuno en este nosocomio, así como las repercusiones en la gestación por presentar controles prenatales tardíos, así como en la morbilidad del recién nacido. Con lo que se puede concientizar sobre la realidad y poder tomar las medidas de mejora correspondiente en repercusión de la mejora de la atención de la gestante.

La investigación se realiza en el marco de fomentar la medicina basada en evidencias con lo que se precisará de fuentes locales la prevalencia de los controles prenatales tardíos y su repercusión en las complicaciones maternas.

Con la investigación se obtendrá datos fidedignos locales que al comparar con datos nacionales nos brindará un diagnóstico de la realidad de los controles prenatales en el Hospital San Juan de Dios de Pisco y poder intervenir en ellos mejorando la calidad de la atención de las gestantes. La intervención sobre la cobertura de los controles prenatales oportunas determinará menos gastos a las gestantes pues serán mejor controladas con menor riesgo de contraer enfermedades durante su gestación con la repercusión en la economía familiar.

Con la investigación se beneficiará directamente la gestante y en forma indirecta su familia pues al presentar una gestación saludable repercute en la economía del hogar. Los resultados de la investigación servirá como parámetros de referencias para otras investigaciones futuras, a fin de conocer si existen mejoras o no.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Las historias clínicas incompletas limitaron el estudio por lo que se tuvieron que reemplazar por aquellas historias con datos que el estudio exige.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Pelaez, LA. (2008) Ingreso tardío de gestantes al programa de control prenatal en la E.S.E hospital Tobias Puerta de Uramita – 2008 Medellín Colombia. Resultados: El ingreso oportuno al programa de control prenatal es vital para la gestante y su hijo, pues le permitirá un monitoreo constante e identificar oportunamente algún tipo de complicaciones. Las gestantes que ingresan tardíamente a los controles se le clasifica como alto riesgo, además porque no se puede determinar la fecha de última regla y por lo tanto no se tendrá claro la fecha probable de parto. La desinformación y la falta de interés principalmente por las multíparas, ha sido una de las causas por las cuales las gestantes ingresan tardíamente o no ingresan al programa. La falta de sistemas de información y registros incompletos en las historias clínicas, dificulta obtener una estadística más completa, y llevar control sobre

la situación en la que se encuentra la gestante y las inasistentes al programa. La satisfacción está determinada principalmente por la oportunidad de la atención, la información suministrada y la confianza que brindan los profesionales a las gestantes. La alta rotación del personal asistencial, dificulta la continuidad de los programas, además no se evidencia el sentido de pertenencia con la institución, y la responsabilidad que se debe asumir para que funcione correctamente todos los programas de Prevención y Promoción de la Salud.⁽⁶⁾

Cáceres, F. (2009). El control prenatal: una reflexión urgente. Bogotá Colombia. El CPN es la estrategia respaldada por los organismos internacionales para brindar atención adecuada a la gestante y disminuir la morbilidad y la mortalidad de madres y niños. Sus objetivos y atributos están claramente planteados, pero poco se ha profundizado en el conocimiento de cómo estos esfuerzos se materializan en acciones en el escenario real de la atención. Ahora bien, a pesar de que el CPN es una prioridad en todos los planes y programas de salud, no todas las mujeres asisten, y quienes lo hacen, muestran insatisfacción con el servicio. Esto se debe a ciertos factores individuales y barreras de acceso a los servicios, los cuales han sido poco estudiados, e incluyen barreras estructurales evidenciadas por la diferencia de acceso según el estrato socioeconómico. De igual manera, dada la complejidad del CPN, es difícil evaluar todos sus atributos a la vez. Por esto, la propuesta es iniciar la investigación desde la percepción de las embarazadas, sus necesidades y expectativas con respecto al CPN; preferiblemente, realizar estudios poblacionales que permitan evaluar estrategias eficaces para mejorar la adherencia al CPN, con énfasis en la prevención y que involucren la participación de la comunidad. Esto daría algunas pistas para diseñar y evaluar programas exitosos a nivel comunitario; y también permitiría evaluar la adherencia de los trabajadores de la salud, las instituciones que prestan los servicios y la participación de la

comunidad. Además, se debe tener en cuenta que el CPN por sí solo no es suficiente para reducir la morbilidad y la mortalidad, ya que no siempre se pueden predecir ciertas complicaciones del parto y puerperio, por lo cual es necesario que los servicios de salud estén preparados para brindar cuidados obstétricos de emergencia de alta calidad. Finalmente, esperamos que ésta sea una invitación a una reflexión profunda, fundamentada y ética sobre el papel de los profesionales, los servicios de salud y la comunidad en la adherencia y evaluación del CPN, con miras a fortalecer la toma de decisiones con la mejor evidencia posible en bien de las gestantes y nuestros niños. ⁽⁷⁾

Prada A. (2012). Adherencia al control prenatal en la clínica de gestantes adolescentes del hospital de Engativa de Bogotá. Resultados: El número de controles prenatales fue significativamente mayor (más de 4 consultas) en el grupo de pacientes que asistieron a la clínica de gestantes adolescentes, (RR 1.87 IC 95% 1.26 – 2.76 P < 0.001). Se evaluaron el cumplimiento de algunas recomendaciones del control prenatal y dos desenlaces obstétricos (bajo peso al nacer y parto pretérmino), entre los grupos sin encontrar diferencia significativa. Conclusiones: Se encontró en este estudio que una consulta especial y dedicada al control de la gestante adolescente mejora significativamente la asistencia al control prenatal en comparación a un control convencional. ⁽⁸⁾

ANTECEDENTES NACIONALES

Navarro, JM. (2015). 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. 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.

Metodología: 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) en el consultorio de obstetricia del Centro de Salud “Leonor Saavedra” durante los meses de enero a marzo del 2015. 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 ($p=0.013$) ($OR=0.013$), que la familia muestre poco interés por la salud de la gestante ($p=0.003$) ($OR=0.003$), presentar problemas durante el embarazo ($p=0.006$) ($OR=0.006$), tener problemas de dinero para costear la atención prenatal ($p=0.014$) ($OR=0.014$), tener dificultades de acudir al CPN por su trabajo ($p=0.001$) ($OR=8.11$), el antecedente de experiencias negativas durante las consultas en un establecimientos de salud ($p=0.001$) ($OR=2.536$) y considerar poco importante la atención prenatal ($p=0.027$) ($OR=2.303$), tuvieron frecuencias significativamente diferentes; por tanto, se consideran factores de riesgo asociados al inicio tardío de la atención prenatal. Al respecto de los factores de riesgo obstétricos de las gestantes con inicio tardío y temprano de la atención prenatal, se evidencia que el ser multigesta (I. tardío=67.6%, I. Temprano=0%) ($p=0.000$) presenta frecuencias diferentes en ambos grupos, por tanto se considera como factor de riesgo de inicio tardío de la atención prenatal ($OR=4.58$). Respecto a los factores institucionales, se encontró frecuencias similares entre el grupo de gestantes de inicio temprano y tardío de la atención prenatal, no encontrándose asociación no riesgo para el inicio

tardío de la atención prenatal. Conclusión: Los principales factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Centro de Salud “Leonor Saavedra” son: la condición de multigesta, tener problemas de dinero, tener dificultad para acudir al CPN por su trabajo y el antecedente de experiencias negativas en alguna consulta. ⁽⁹⁾

Munares, O. (2013). Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. Objetivo: Analizar factores asociados al abandono al control prenatal. Métodos: Estudio de casos y controles en 328 gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, divididas en 164 con abandono al control prenatal (casos) y 164 sin abandono (controles), pareadas según fecha de parto y sexo del recién nacido, se indagó datos generales y factores de abandono: personales, institucionales y médicos. Se aplicó estadísticas descriptivas e inferenciales a un nivel de significación estadístico $p < 0,05$; OR IC95% y regresión logística binaria. Resultados: Existen factores personales como el residir en barrio marginal (ORa: 3,7 IC95% 1,4-9,7), que aumentan el riesgo, el control prenatal adecuado (ORa: 0,5 IC95% 0,3-0,8), tener permisos en el trabajo (ORa: 0,3 IC95% 0,1-0,7), no tener dificultades por quehaceres domésticos (ORa: 0,4 IC95% 0,2-0,9) reducen la probabilidad de abandono. Entre los factores institucionales el recibir servicios completos (ORa: 0,1 IC95% 0,0-0,4), coordinar entre los servicios (ORa: 0,4 IC95% 0,2-0,8) y programar citas de seguimiento (ORa: 0,3 IC95% 0,1-0,8) reducen la probabilidad de abandono, finalmente entre los factores médicos, el tener calidad adecuada del control prenatal (ORa: 0,5 IC95% 0,3-0,8) reduce la probabilidad de abandono. Conclusiones: El residir en barrio marginal, aumenta el riesgo de abandono, el considerar el control prenatal importante, tener permisos en el trabajo, no tener dificultades por quehaceres domésticos, recibir los servicios completos, coordinar entre los servicios, programar citas y tener calidad adecuada del control prenatal reducen la probabilidad de abandono. ⁽¹⁰⁾

Huanco, D. (2008). Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Objetivo: Conocer frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes en 23 hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Métodos: Estudio de casos y controles que compara el riesgo materno-perinatal entre adolescentes (10 a 19 años) y adultas (20 a 29 años). Se analizaron las variables desde la base de datos del Sistema Informático Perinatal. Resultados: Las adolescentes representan 19,2% de los partos, con diferencias significativas entre regiones naturales (17,6% sierra, 18,1% costa y 29% selva). Se asoció al embarazo adolescente una menor escolaridad, alta dependencia económica, situación conyugal inestable, región selva y mal estado nutricional. Las repercusiones maternas negativas fueron: control prenatal Inadecuado (OR=1,2) y tardío (OR=1,56), morbilidad materna (OR=1,18), anemia (OR=1,24), infección del tracto urinario (OR=1,3), enfermedad hipertensiva del embarazo (OR=1,3) e infección puerperal (OR=1,44). Las repercusiones perinatales negativas fueron: bajo peso al nacer (OR=1,36), prematuridad (OR=1,29), desnutrición fetal (OR=1,34), depresión a minuto de nacer (OR=1,17), morbilidad neonatal (OR=1,1), traumatismos al nacer (OR=1,36) y mortalidad neonatal (OR=1,49). Conclusión: Las adolescentes tienen condiciones socio demográficas desfavorables, mal estado nutricional, alto riesgo de morbilidad materna y morbi mortalidad neonatal comparadas con embarazadas adultas.

(11)

ANTECEDENTES LOCALES

En la costa sur del Perú, específicamente en la provincia de pisco, no se realizaron investigaciones referidas al presente estudio.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. DEFINICIÓN

CONTROL PRENATAL

Se entiende por control prenatal, a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza en los establecimientos de salud.

Historia

La atención profesional del parto comienza en el siglo XX, antes de lo cual esta práctica estaba en manos de las comadronas, se profesionaliza primero la atención del parto con un pobre o nulo control prenatal, ya que al inicio se realizaban solo un control prenatal con el objetivo de determinar la fecha probable de parto y el segundo encuentro en la atención del parto y rara vez asistiendo a complicaciones del embarazo. (Díaz O, Girart; 2010)

En 1911 William Loel Putnam, en Boston fundó una clínica ambulatoria la misma que realizaba un control prenatal empírico, John William Ballantine en 1913, propuso un control prenatal regular en Inglaterra y después de publicar importantes trabajos acerca de las enfermedades y deformidades del feto, sugiere crear un “hotel pro-maternidad”, con el fin de estudiar la fisiología y calidad del embarazo. (William Herring, 2009)

Posteriormente el doctor J. Whitridge Williams, con la asistencia de Putnam, establece un programa de cuidados prenatales en el Hospital Johns Hopkins, en 1914, en dicho hospital se realizó un estudio en el cual se afirmaba que los cuidados prenatales organizados podrían haber disminuido 40% la mortalidad fetal y en 1915 fue creada la primera clínica para control prenatal en Edimburgo por Haig

Ferguson, la misma que sirvió de modelo para todas las demás clínicas de control prenatal en el Reino Unido. (W. Herring, 2009) ⁽¹¹⁾

Características

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

Precoz

La primera visita debe efectuarse tempranamente, en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además, torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.

Periódico

La frecuencia de los controles prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada. Para la población de bajo riesgo se requieren 5 controles.

Completo

Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Amplia cobertura

En la medida que el porcentaje de la población controlada es más alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal.

Objetivos

- Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la crianza.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.

- Vigilar el crecimiento y vitalidad del feto.
- Detectar y tratar enfermedades maternas clínicas y subclínicas.
- Aliviar molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparar a la embarazada física y psíquicamente para el nacimiento.

En general, para realizar un control prenatal efectivo no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni un laboratorio sofisticado; pero sí requiere el uso sistemático de una Historia Clínica que recoja y documente la información pertinente y el empleo criterioso de tecnologías sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor al esperado.

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos, oportunidad y diferenciado acorde al riesgo contribuye positivamente a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva. ⁽¹²⁾

Diez Principios para el cuidado prenatal emitidos por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud

1. Ser no-medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto a partir de la utilización de un conjunto mínimo de intervenciones y aplicando el menor nivel posible de tecnología.
2. Estar basado en el uso de tecnología apropiada. Esto se define como un conjunto de acciones que incluyen métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico y tendiente a reducir el uso de tecnología compleja o sofisticada, cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o mejores.
3. Estar basado en las evidencias, lo que significa ser avalado por la mejor evidencia científica disponible.
4. Estar regionalizado, basado en un sistema eficiente de referencia desde centros del primer nivel de atención hasta niveles de tercer nivel de atención.

5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como Obstétricas, Obstetras, Neonatólogos, Enfermeras, Educadores, Trabajadores Sociales, etc.
6. Ser integral; es decir, que tenga en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y sus familias, y no solamente un cuidado biológico.
7. Centrado en la familia, dirigido a las necesidades de la mujer, su pareja y su hijo.
8. Ser apropiado, es decir, que tenga en cuenta las diferentes pautas culturales.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Estos Principios deben aplicarse tanto en el cuidado del embarazo, como en la atención de todos los nacimientos.

Enfoque de riesgo perinatal

Para implementar las actividades de normatización del control prenatal dirigido a las mujeres con embarazos de bajo riesgo, es necesario un instrumento que permita identificarlas. Este objetivo se logra al constatar la presencia o ausencia de factores de riesgo.

El enfoque de riesgo se fundamenta en el hecho de que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que para algunos, dicha probabilidad es mayor que para otros.

Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidados que va desde un mínimo para las mujeres con bajo riesgo –o baja probabilidad– de presentar un daño, hasta un máximo, sólo necesario para aquéllas con alta probabilidad de sufrir problemas vinculados al proceso reproductivo.

La evaluación del riesgo no es una tarea sencilla. El concepto de riesgo es fundamentalmente probabilístico y la cadena que asocia un factor de riesgo con un daño no siempre está definida.

En algunos, por ej.: el daño muerte fetal, deriva claramente de un factor; en otros, la relación es mucho más difícil de establecer por desconocimiento del factor o factores intervinientes o por dificultad en establecer el peso individual de cada uno de ellos, cuando el problema es multifactorial.

Los primeros sistemas de evaluación de riesgo fueron elaborados sobre la base de la observación y la experiencia de sus autores, y sólo recientemente han sido sometidos a evaluaciones, persistiendo dudas sobre su eficacia como discriminador del mismo. Los sistemas basados en puntajes adolecen todavía de exactitud respecto del valor asignado a cada factor y a las asociaciones de ellos, y hay grandes variaciones de acuerdo a su aplicación a individuos o poblaciones.

Deberían elaborarse en cada lugar, luego de conocer el real peso que tienen localmente los factores.

El uso simple de listados, permite separar a las embarazadas en dos grupos. Existen características cuya presencia en la embarazada la califican de alto riesgo y la excluyen del control prenatal de bajo riesgo. Esto es imprescindible para la toma de decisiones sobre estudios ulteriores, la frecuencia de los controles y la derivación oportuna al nivel de complejidad correspondiente.

Debemos asegurar que todas las instituciones donde se producen nacimientos sean capaces de resolver las emergencias que pueden ocurrir. En más de la mitad de los nacimientos en los que se presenta alguna complicación, no existen factores de riesgo previamente establecidos, por lo que deben asegurarse las Condiciones Obstétricas

y Neonatales Esenciales (CONE) propuestas por la Organización Mundial de la Salud.

Identificación de factores de riesgo

Listado de Factores de Riesgo que deben ser evaluados en todas las embarazadas:

Condiciones socio-demográficas

- Edad < de 17 años o > de 35 años.
- Desocupación personal y/o familiar.
- Analfabetismo.
- Desnutrición.
- Obesidad.
- Dependencia de alcohol, drogas ilícitas y abuso de fármacos en general.
- Tabaquismo.
- Violencia Doméstica

Antecedentes obstétricos

- Muerte perinatal en gestación anterior.
- Antecedente de recién nacido con malformaciones del tubo neural.
- Amenaza de parto prematuro en gestas anteriores.
- Recién nacido con peso al nacer < de 2500 g, igual > a 4000 g.
- Aborto habitual o provocado.
- Cirugía uterina anterior.
- Hipertensión.
- DBT gestacional en embarazos anteriores.
- Nuliparidad o multiparidad.
- Intervalo intergenésico < de 2 años

Patologías del embarazo actual

- Desviaciones en el crecimiento fetal.
- Embarazo múltiple.

- Oligoamnios/ polihidramnios.
- Ganancia de peso inadecuada.
- Amenaza de parto pretérmino o gestación prolongada.
- Preeclampsia.
- Hemorragias durante la gestación.
- Ruptura prematura de membranas ovulares.
- Placenta previa.
- Diabetes gestacional.
- Hepatopatías del embarazo
- Malformaciones fetales.
- Madre con factor RH negativo con o sin sensibilización.
- Óbito fetal.
- Enfermedades Infecciosas: TBC, Sífilis, HIV; Rubéola; Citomegalovirus, Parvovirus B19; Varicela, Herpes Genital, HPV, Hepatitis A, B y C, Chagas, Toxoplasmosis Aguda. ⁽¹³⁾

Patologías maternas previas al embarazo

- Cardiopatías.
- Neuropatías.
- Endocrinopatías.
- Hemopatías.
- Hipertensión arterial.
- Epilepsia.
- Enfermedades Infecciosas. ⁽¹⁴⁾

2.2.2. PERIODICIDAD DEL CONTROL PRENATAL

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera.

En embarazos sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control.

Característicamente, los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre (desde las 28 semanas), los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación. El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia con feto viable (retardo del crecimiento fetal, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto prematuro, malformaciones congénitas, etc).

En el Servicio de Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica, la secuencia establecida es mensualmente hasta las 28 semanas de amenorrea, cada tres semanas hasta las 34 semanas de amenorrea, cada dos semanas hasta las 36 semanas de amenorrea, y posteriormente, cada siete días hasta las 41 semanas de amenorrea. Esto significa que, si una paciente ingresa a las 8 semanas y resuelve su parto a las 40 semanas, contabilizará trece controles prenatales que pueden ser considerado un exceso, a no ser que al menos tres de ellos sean destinados exclusivamente a educación materna.

Si los recursos humanos son escasos se puede realizar un adecuado control prenatal concentrando las atenciones en el tercer trimestre (ejemplo: antes de las 20 semanas, 28, 34, 36, 38 y 40 semanas), pero con una importante educación materna (individual o grupal), especialmente en lo relevante a síntomas y signos de alarma.

2.2.3. ATRIBUTOS DEL CPN

Idealmente, la atención prenatal debe cumplir con cinco atributos básicos: precocidad, periodicidad, completitud, cobertura y gratuidad. Para cumplir con ello, existe un modelo estándar de CPN, el cual debe consultar la embarazada tan pronto tenga la primera amenorrea y continuar consultando una vez al mes durante los primeros seis meses del embarazo, cada dos semanas en los dos meses siguientes y una vez por semana, durante el último mes, hasta el parto. En 2003, la OMS adoptó un modelo básico de CPN para embarazo de bajo riesgo con menor número de consultas. Aunque el modelo no demostró tener mejores resultados que el esquema convencional, el hecho de no haberse presentado aumento de complicaciones permite considerar que lo ideal es programar cada consulta con objetivos particulares en lugar de la práctica habitual.

Ahora bien, en varias oportunidades se ha intentado medir estos atributos a través de los estudios de evaluación de la calidad del CPN pero el concepto de calidad no está estandarizado y, además, el CPN tiene diferentes variables y momentos en los cuales puede ser evaluado.

En un primer estudio, se calificó la percepción de la calidad del CPN como buena en 68% de los casos y, por su parte, tanto el número de las consultas como el momento de las mismas fueron calificados como adecuados en 50% de los casos. Otra encuesta reportó que la cobertura de atención prenatal por parte del médico fue de 87%, por parte de la obstetra 7% y sin atención 6%. Asimismo, sólo 64% de las embarazadas dijeron haber recibido información sobre complicaciones en el embarazo, y sólo a 35% les ordenaron prueba de tamizaje para Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

De acuerdo con los resultados de un análisis, los expertos concluyeron que las mejoras en la calidad del CPN reducirían en 80% las muertes evitables. En contraste, un estudio de morbilidad materna severa en pacientes hospitalizadas, afiliadas al régimen contributivo, con CPN adecuado y atención oportuna, mostró una incidencia de complicaciones extremas menor a 1,1% mientras que la morbilidad perinatal fue de 15% en embarazadas que no cuentan con adecuados servicios de salud.

Por tanto, dada la dificultad para evaluar todos los atributos del CPN y las múltiples interacciones entre las necesidades de las madres y los niños, hay quienes proponen que los programas deben comprender un continuum en la atención de la mujer embarazada y su producto.

Por otro lado, aunque la mayoría de modelos de CPN no han sido sometidos a una evaluación científica rigurosa, algunos estudios consideran que éstos han sido deficientes, con consultas irregulares, larga espera y mala respuesta en el cuidado de las mujeres. A partir de los hallazgos sobre asociación entre mortalidad evitable en la infancia y calidad del CPN, se recomienda revisar la calidad de la atención en las instituciones que prestan servicios de salud a población materno-infantil. Sin embargo, la falta de evidencia no ha permitido identificar estrategias exitosas, lo cual podría considerarse una oportunidad para realizar investigación al respecto.

Se han elaborado recomendaciones para la práctica del cuidado de la salud de la mujer en su etapa preconcepcional, unificando criterios y acciones para la promoción, prevención, diagnóstico y referencia oportuna de la paciente al nivel de atención correspondiente.

El objetivo de realizar una consulta en la etapa preconcepcional es lograr el mejor estado de salud posible de los futuros padres, a fin de alcanzar el embarazo en las mejores condiciones. Se deberán prevenir,

diagnosticar y tratar las afecciones que puedan afectar a la futura gestación, evitándolas o disminuyendo su impacto, en la medida de lo posible.

La comunicación y el flujo de información entre el profesional a los pacientes es clave.

El bienestar de la mujer antes, durante y después de los embarazos, está condicionado en gran medida por su entorno y tiene impacto directo sobre sus hijos. El bienestar con la pareja, con el entorno familiar y social resultan fundamentales para alcanzar los mejores resultados perinatales.

En este contexto, se jerarquiza la etapa reproductiva de la vida de la mujer, tanto para ella misma como para su familia y la sociedad en su conjunto.

Los programas regionales de salud perinatal regionales deben proponerse, entre sus objetivos, mejorar la información y difusión acerca del tema, aumentando la cobertura de controles de mujeres con deseos de embarazo.

La elección del mejor momento para iniciar un embarazo, teniendo en cuenta la importancia del intervalo intergenésico, requieren del intercambio de información que es propio de la consulta preconcepcional.

Es sabida la importancia de las primeras semanas del embarazo. Se trata del período de embriogénesis, del desarrollo de los órganos que sustentarán futuras funciones, del cierre del tubo neural, entre muchas otras adquisiciones. Resulta, pues, fundamental anticipar acciones para transitar esta etapa en las mejores condiciones posibles.

Pese a lo expuesto, la primera consulta no suele ser tan temprana. Lo más frecuente es que los controles se inicien a mediados del 1º trimestre, cuando ya transcurrió la casi totalidad del desarrollo

embrionario, perdiéndose así la oportunidad de realizar intervenciones cuya eficacia está sustentada en la mejor evidencia científica disponible.⁽¹⁵⁾

Los adolescentes constituyen también un grupo etéreo especial que obtendría significativos beneficios con esta modalidad asistencial, ya que el 20% de los embarazos en Argentina ocurre dentro de este grupo.⁽¹⁶⁾

2.2.4. ADHERENCIA AL CPN

En este punto, se debe tener en cuenta la adherencia de la embarazada, las instituciones de salud y los profesionales que prestan la atención prenatal. La adherencia de la embarazada al CPN comprende tanto la asistencia al control, como el cumplimiento de las recomendaciones dadas.

La OMS considera que sólo 63% de las embarazadas en África, 65% en Asia y 73% en Latinoamérica asisten al menos a una consulta de CPN. Otros estudios han reportado prevalencias de 69% y 38,8%, y una mediana de 4 consultas por gestante. Entre los factores asociados a la baja adherencia al CPN se encuentran: la edad, los bajos ingresos, la multiparidad, el bajo nivel educativo, la baja condición socioeconómica, la falta de pareja estable, las barreras financieras, no tener seguro de salud y el maltrato físico. La asistencia a CPN, por ejemplo, varía y tiene distribución desigual por estratos socioeconómicos. Un estudio encontró que las gestantes de clase alta realizan mejor CPN, algunas incluso con excesiva medicalización. En una posterior evaluación, se evidenció que mujeres de clase baja asisten a menos de 6 CPN, con inicio tardío, y tienen menor probabilidad de realizarse exámenes, tomar ácido fólico y planificar el embarazo mientras que las de clase alta acuden a más de 12 controles y se realizan más de tres ecografías, en promedio.

Ahora bien, un punto muy importante en el logro de la adherencia a los programas, es la participación de la comunidad. Esta estrategia se vio reflejada en los resultados de un estudio que mejoró la asistencia de las gestantes al hospital. En una revisión sobre el uso de servicios de salud materna, se encontró una amplia variación parcialmente relacionada con la financiación y la organización de la atención. De ahí la necesidad de evaluar las características de cada contexto.

De otro lado, la adherencia del personal de salud a los protocolos se ve afectada por el número de pacientes, la falta de medicamentos, insumos y equipos, el poco tiempo para atender a cada paciente, la actitud institucional, la falta de estímulo, la escasa satisfacción profesional, la insuficiente capacitación técnico-científica, la situación económica de las pacientes y la accesibilidad a los servicios de salud.¹⁵ Igualmente, algunas gestantes se quejan de la falta de trato considerado por parte del personal. Éste es, por consiguiente, un tema de investigación necesario si se quiere intervenir el CPN. ⁽¹⁷⁾

2.2.5. EL ASESORAMIENTO PRECONCEPCIONAL

El equipo de salud con responsabilidad en la atención de la mujer durante esta etapa, debe tener en cuenta los siguientes objetivos y enfocarse en ellos:

- Brindar a cada pareja información sobre Salud Reproductiva de manera clara, para que puedan tomar decisiones adecuadas: Consejería en Anticoncepción para planificar el momento, la cantidad de embarazos y el tiempo transcurrido entre éstos, evitando así los intervalos intergenésicos menores a 24 meses
- Informar acerca de los cuidados que requieren tanto el embarazo como su etapa previa.

- Identificar los factores de riesgo de cada embarazo, incluyendo los antecedentes personales y familiares, así como las conductas poco saludables y los factores ambientales.
- Ayudar a la paciente a reconocer su propio estado de salud previo al embarazo, a realizar cambios en las conductas de riesgo y a llevar a cabo los tratamientos necesarios para lograr un embarazo saludable.
- Identificar a las parejas con riesgo genético aumentado y brindarles información adecuada para que realicen las consultas específicas y tomen decisiones reproductivas adecuadas.

Esta consejería tiene por objetivo lograr la comunicación y la reflexión necesarias para asumir la responsabilidad de llevar adelante un embarazo y el proyecto de familia esperado. La decisión final será de la pareja adecuadamente informada.

Los cuidados preconceptionales también incluyen componentes basados en los principios de las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, a saber:

- Respetar la diversidad y las experiencias de las personas.
- Respetar y transmitir los derechos sexuales y reproductivos.
- Tener en cuenta los aspectos: físicos, psicológicos, familiares y socio-económicos. ⁽¹⁸⁾

2.2.6. EL CONTROL PRENATAL Y LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES

VIH/SIDA

Es importante conocer el estado serológico de ambos miembros de la pareja, detectar conductas de riesgo e informar sobre el riesgo de la transmisión vertical. Las mujeres portadoras de VIH tienen necesidades específicas que deben ser tenidas en cuenta.

Muchas conocen su situación serológica antes de quedar embarazadas. Esto ofrece una oportunidad para abordar situaciones

que tienen impacto sobre la futura gestación. Se recomiendan los siguientes temas de asesoramiento preconcepcional en las mujeres VIH positivas:

- Elegir métodos anticonceptivos apropiados y efectivos que prevengan la transmisión del VIH a sus parejas sexuales (en caso de parejas sero-discordantes, o sea un miembro seropositivo y otro negativo), protejan a las mujeres de adquirir enfermedades de transmisión sexual e incluso de la posibilidad de adquirir cepas de VIH más virulentas o resistentes (cuando ambos miembros de la pareja sean seropositivos).
- Transmitir información sobre factores de riesgo para la transmisión perinatal del VIH, estrategias para disminuir riesgos, potenciales efectos del VIH y su tratamiento sobre el curso y el resultado del embarazo (hiperglucemia, anemia, toxicidad hepática, necesidad de inhibición de la lactancia, entre otras).
- Brindar información sobre interacción medicamentosa entre drogas antirretrovirales y anticonceptivos hormonales, que podrían disminuir la eficacia del anticonceptivo o del tratamiento antirretroviral.
- Aconsejar sobre opciones reproductivas posibles tales como la inseminación intrauterina o la intravaginal, para prevenir la exposición de una pareja no infectada.
- En pacientes seropositivas informar sobre la importancia de reducir la carga viral para disminuir el riesgo de transmisión vertical y de no discontinuar (o iniciar lo antes posible) el tratamiento antiretroviral manteniendo contactos con el equipo de infectología. ⁽¹⁹⁾

Hepatitis B (HB)

Los factores de riesgo para Hepatitis B son similares a los de VIH/SIDA. El riesgo de transmisión perinatal es alto, principalmente en el momento del parto. Aproximadamente entre el 70% al 80% de los neonatos infectados son portadores crónicos de antígenos HB.

Además, la infección fetal se asocia con prematuridad y niños pequeños para su edad gestacional.

Estas razones avalan la importancia de que toda la población, y prioritariamente las mujeres en edad fértil, sean vacunadas contra la Hepatitis B, con 3 dosis de vacuna. Se debe identificar a las mujeres no vacunadas, en especial aquéllas con factores de riesgo, e inmunizarlas aún en el embarazo ya que el tipo de vacuna no lo contraindica.

Rubéola

Alrededor del 15% de todas las mujeres en edad fértil no tienen inmunidad para la rubéola. El ideal es determinar los anticuerpos (IgG específica; niveles ELISA iguales o mayores a 15 UI/ml. se consideran positivos y protectores) en todas las mujeres y vacunar antes de embarazarse a aquéllas susceptibles. En caso de no poder realizar la determinación y no contar con certificado de vacuna, se aconseja vacunar y esperar 30 días para iniciar el embarazo.

A pesar de tratarse de una virosis benigna para la madre, su pasaje transplacentario produce en el feto diferentes formas de embriopatías (presentes en una proporción de los casos que va del 20% al 35%).

Es una infección de alta prevalencia en la edad adulta (entre el 60% y el 80%). Por ello, en la mayoría de las embarazadas en las que se realicen controles serológicos de rutina, las pruebas darán resultado positivo (IgG positivo), reflejo de una afección preexistente al embarazo. No obstante, durante un embarazo, es difícil interpretar los resultados serológicos para diferenciar primoinfección de infección preexistente.

Por ello resulta relevante conocer la situación serológica de la mujer antes del embarazo, destacando así el valor del control preconcepcional.

Se ha comprobado mayor probabilidad de infección en mujeres que están en contacto con niños que usan pañales. La vía de contagio son las manos, al manipular los pañales con orina. Una prevención eficaz es el lavado de manos cada vez que se cambian pañales.

Esta recomendación tiene especial pertinencia para aquellas mujeres que deseen embarazarse y trabajen en guarderías, salas de neonatología o tengan niños pequeños.

Toxoplasmosis

La importancia de conocer el estado serológico de la mujer frente a la Toxoplasmosis antes del embarazo es fundamental, y constituye una de las principales acciones en esta patología. Se debe solicitar dosaje de IgG por técnica de Inmunofluorescencia o ELISA. Una prueba positiva indica inmunidad. Dicho resultado deberá registrarse en la Historia Clínica, informando a la paciente que no será necesario repetir esta prueba en sus futuros embarazos.

En caso de una prueba negativa, se considera susceptible. Entonces deberán explicarse las recomendaciones para evitar el contagio durante el período de búsqueda de embarazo y durante el mismo.

Estas son:

- Comer carne bien cocida.
- Evitar comer huevos crudos y leche no pasteurizada
- Lavar bien los vegetales y comer las frutas sin cáscara.
- Evitar el contacto de la piel en forma directa con carne cruda, tierra y hortalizas.
- Utilizar guantes para manipular dichos elementos.
- Evitar el contacto con excreciones de gatos y lavar su lugar de defecación con agua hirviendo.

Sífilis

Como toda enfermedad de transmisión sexual, debe solicitársele la prueba de tamizaje (VDRL) a ella y al compañero sexual.

Otras ETS: Se debe investigar al compañero sexual, igual que en caso de la Sífilis.

Enfermedad de Chagas-Mazza

Conocer su estado serológico, para realizar eventuales controles y tratamiento adecuado.

Hepatitis C

La mujer infectada con el virus de la Hepatitis C frecuentemente estará asintomática, a menos que el progreso de la enfermedad haya afectado la función hepática. Puede sospecharse este problema al detectar elevación de transaminasas. Sin embargo, el examen de elección para el diagnóstico es la determinación de anticuerpos Anti-Hepatitis C. Esta es una prueba altamente sensible y su negatividad descarta la enfermedad.

El consejo reproductivo para la mujer infectada que desee embarazarse deberá incluir:

- De qué manera el embarazo puede afectar el curso de la enfermedad. Los estudios preliminares indican que el embarazo no afecta la evolución de la hepatitis C, excepto en mujeres con enfermedad hepática avanzada (mayor riesgo de coagulopatía, trombocitopenia o hipertensión portal).
- De qué manera esta infección afectará el curso del embarazo. Se incrementa el riesgo de padecer colestasis del embarazo (complicación frecuentemente benigna, que desaparece de manera rápida y espontánea después del parto).
- Cómo pueden infectar a su compañero sexual. La transmisión sexual de la Hepatitis C es poco frecuente en las parejas monógamas.

Aunque se ha detectado la presencia de virus en los fluidos genitales femeninos, es rara la transmisión de la mujer a su pareja sexual.

•Cómo puede reducirse el riesgo de transmisión vertical. El riesgo de transmisión de la madre al recién nacido se estima en el 6%. Está directamente relacionado con la carga viral materna. El efecto de las variables obstétricas sobre el riesgo de transmisión vertical sigue en estudio, ya que la cesárea no se relaciona con el aumento o la disminución en la transmisión madre-hijo. La Hepatitis C no afecta la decisión para el tipo de parto o vía nacimiento. La lactancia materna tampoco se asocia con la transmisión del VHC; por lo tanto, no debe evitarse.

Infecciones bucodentales

Debe recomendarse realizar un control bucodental previo al embarazo. Si existieran caries u otros procesos infecciosos, debe aconsejarse resolverlos preferentemente antes del embarazo, aunque su resolución durante el mismo no está contraindicada.

Análisis Bioquímicos

Conocer algunos parámetros de laboratorio resulta de suma importancia para diagnosticar o prevenir patologías: la evaluación del metabolismo del Hierro, de los Hidratos de Carbono, el funcionamiento renal y hepático, el grupo y factor sanguíneos.

Rutina de laboratorio

Hemograma, Glucemia, Uremia, Creatininemia, Uricemia, Hepatograma, Orina completa.

Vacunación

- Refuerzo de Tétanos y Difteria (Doble Adultos): cada 10 años.
- Rubéola y Paperas (Doble Viral): única dosis, previo estudio serológico negativo. Esperar 30 días antes de buscar un embarazo.

- Hepatitis B: Deberá administrarse a los 11 años de edad, o si presenta factores de riesgo.
- Antigripal: si presenta factores de riesgo.

Reducción de defectos congénitos

Los defectos congénitos diagnosticados al nacer muestran una incidencia que oscila entre el 1% al 2%. Si se incluyen malformaciones leves y otras diagnosticadas a lo largo de la vida, esta incidencia aumenta de un 5% a 10%. Este amplio rango depende de la profundidad de los diagnósticos.

Se ha demostrado que las siguientes intervenciones son eficaces para reducir la incidencia de malformaciones:

- Administración de Ácido fólico desde antes de la concepción, hasta la semana 12 de amenorrea.
- Vacunación de todas las mujeres en edad fértil y puérperas que no tengan anticuerpos contra la rubéola, disminuyendo el Síndrome de Rubéola Congénita.
- Asesoramiento e incorporación de programas activos para evitar beber alcohol y consumir drogas, lícitas o ilícitas.
- Información de la edad materna avanzada como principal factor de riesgo demográfico para defectos congénitos. En Argentina, los nacimientos de madres mayores de 40 años representan el 2% del total de nacimientos y dan origen a un tercio de los casos de Síndrome de Down.
- Llevar a toda paciente diabética a niveles de normo glucemia tres meses antes de la concepción.
- Información adecuada a pacientes que reciban drogas con riesgo teratogénico (ácido retinoico, talidomida, anticonvulsivantes, citostáticos –tanto en enfermedades reumáticas como cáncer– entre otros).

Enfermedades crónicas

Aproximadamente entre el 15% y el 20% de las madres tienen problemas médicos antes del embarazo que deben ser corregidos o controlados.

•**Hipertensión crónica:** Es una de las complicaciones más frecuentes. Cuando se planea el embarazo, es el momento de modificar el tratamiento para evitar los efectos teratogénicos de algunas drogas (ejemplo Enalapril, Losartan).

•**Diabetes mellitus:** La prevalencia estimada es entre 0,5% a 1,5%. Una forma de reducir la incidencia de los defectos congénitos es con un control de los niveles de glucosa antes de la concepción y durante el primer trimestre del embarazo. Para conocer el nivel metabólico es útil determinar el nivel de Hemoglobina glicosilada, ya que, si éste es elevado, indica pobre control metabólico y alto riesgo de malformaciones congénitas.

•**Anemia:** La prevalencia de anemia (Hb < 12 g/dl) en mujeres en edad fértil, para el área del Gran Buenos Aires es de 26% y para Tierra del Fuego es de 10%. (MINSAL/1998). Se recomienda realizar el tratamiento acorde al diagnóstico etiológico tanto por deficiencia de hierro como por falta de Ácido fólico (ver asesoramiento genético).

•**Patología uterina:** la pesquisa sistemática del carcinoma cervical se hará por el método de Papanicolaou. Las miomatosis importantes, malformaciones uterinas y tumores de ovario deben ser evaluados y eventualmente tratados.

•**Carcinoma de mama:** Se debe realizar un examen clínico de las mamas y enseñar el auto examen mamario, el cual es más difícil de aprender durante el embarazo por las modificaciones que se producen en la glándula. La mamografía como tamizaje no es recomendada antes de los 50 años.

•**Epilepsia:** la medicación anticonvulsivante presenta riesgo teratogénico. Por este motivo, lo conveniente es la evaluación por un médico neurólogo a fin de evaluar la necesidad y tipo de medicamento que la paciente requiera. Debe tenerse en cuenta que este tipo de medicación es empleada frecuentemente también en enfermedades psiquiátricas, por lo cual corresponde igual recomendación.

•**Enfermedades tiroideas:** tanto el hipotiroidismo como el hipertiroidismo deben ser adecuadamente controlados antes del embarazo, dado que pueden afectar su evolución (descompensación de la enfermedad materna, afectación fetal).

•**Otras enfermedades crónicas:** patologías tales como el Lupus eritematoso sistémico, la Dermatomiositis o la Miastenia gravis pueden también modificar su evolución durante el embarazo, así como comprometer gravemente la salud fetal. En estas situaciones es necesario el trabajo interdisciplinario e informar a la futura gestante sobre los cuidados y posibles riesgos asociados.

Examen físico

Debe realizarse una evaluación clínica completa que incluye: Examen clínico, tensión arterial, peso, talla y examen genito-mamario.⁽⁴⁾

2.2.7. CARNÉ PERINATAL

El carné perinatal (CP) es un instrumento que permite integrar las acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, el parto y el puerperio. Tiende a evitar la falta de datos que puede producirse en algún momento de estas etapas del proceso reproductivo y con ello contribuye a mejorar la calidad de la atención. Debe estar SIEMPRE en poder de la embarazada, quien lo utilizará para toda acción médica que solicite en su estado grávido-puerperal.

En 1983, el CLAP/SMR publicó el Sistema Informático Perinatal (SIP) y desde entonces muchos han sido los establecimientos de salud que lo han utilizado, tanto en Latinoamérica como en el Caribe. El SIP está constituido por un grupo de instrumentos originalmente diseñados para el uso en los servicios de Obstetricia y Neonatología de instituciones que atienden mujeres y recién nacidos sanos o con complicaciones menores. Consta de un programa de computación para recoger y analizar la información clínica que se integra al proceso de atención de la salud en los diferentes niveles de complejidad; está constituido por la Historia Clínica Perinatal (HCP), el carné perinatal (CP), el partograma y los programas para las computadoras PC.

Los objetivos del SIP son:

- servir de base para planificar la atención;
- verificar y seguir la implantación de prácticas basadas en evidencias;
- unificar la recolección de datos adoptando normas;
- facilitar la comunicación entre los diferentes niveles;
- obtener localmente estadísticas confiables;
- favorecer el cumplimiento de normas;
- facilitar la capacitación del personal de salud;
- registrar datos de interés legal;
- facilitar la auditoría;
- caracterizar a la población asistida;
- evaluar la calidad de la atención;
- categorizar problemas;
- realizar investigaciones epidemiológicas. ⁽³⁾

El SIP permite que, en la misma maternidad, los datos de la HC puedan ser ingresados a una base de datos y así producir informes locales. A nivel nacional o regional, las bases de datos pueden ser consolidadas y analizadas para describir la situación de diversos

indicadores en el tiempo, por áreas geográficas, u otras características poblacionales específicas. En el nivel central, se convierte en un instrumento útil para la vigilancia de eventos materno-neonatales y para la evaluación de programas nacionales y regionales. ⁽²⁰⁾

2.2.8. RECOMENDACIONES GENERALES DE CONTROL PRENATAL

Se recomienda que los cuidados prenatales en las gestaciones sin complicaciones sean proporcionados por profesionales capacitados, con la participación del equipo de salud y el apoyo del especialista gineco-obstetra para consultas o dudas que pudieran presentarse.

La atención prenatal debe ser de fácil acceso para todas las embarazadas, de manera individualizada y en relación a su entorno comunitario.

En la atención prenatal debe haber continuidad y debe ser realizada por el profesional de la salud con quien la embarazada se sienta comfortable., el lugar en donde se realizan los controles prenatales debe brindar confianza a la embarazada para discutir temas sensibles como violencia doméstica, abuso sexual, enfermedades psiquiátricas, el uso de drogas ilícitas, etc.

La embarazada debe tener su propio carné prenatal. Esto propicia un sentimiento de control durante su embarazo y puede facilitar la comunicación entre la embarazada y el personal de salud involucrado en su atención., entre las prioridades de los controles prenatales se debe capacitar a las mujeres para que puedan tomar decisiones informadas acerca de sus cuidados: ¿en dónde será atendida, quién llevará a cabo sus cuidados, a qué exámenes será sometida y en dónde se atenderá el parto?. La decisión de la embarazada debe ser reconocida y agregarse al proceso de toma de decisiones.

A la embarazada se le debe informar oportunamente sobre la participación en sesiones de educación prenatal y gimnasia obstétrica, y otorgar la información por escrito acerca de los cuidados prenatales, asesoría de lactancia y planificación familiar.

La comunicación y la información a la embarazada deben otorgarse en una forma respetuosa, accesible, clara y consistente de acuerdo a sus necesidades, tomando en cuenta las discapacidades físicas, sensoriales o de aprendizaje. La información también puede explicarse con material educativo y debe ser apoyada con información escrita. Se debe dar toda la oportunidad a la embarazada para discutir sus problemas y resolver dudas.

Desde el primer control prenatal se deberá dar información acerca de los cuidados del embarazo, servicios y opciones de parto disponibles, consideraciones al estilo de vida incluyendo información sobre la dieta y, pruebas de laboratorio.

La embarazada debe ser informada sobre la finalidad de las pruebas de laboratorio antes de que éstas se realicen, teniendo como derecho la aceptación o rechazo de las mismas.

Las intervenciones que se realicen en el periodo prenatal deben ser efectivas y probadas, adicionalmente tienen que ser aceptadas por la paciente. ⁽²¹⁾

Con la atención prenatal se persigue:

- La detección de enfermedades maternas subclínicas
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo
- La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal
- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo
- La preparación psicofísica para el nacimiento

- La administración de contenidos educativos para la salud, la familia y el recién nacido
- La información a las mujeres embarazadas sobre los signos de alarma durante el embarazo y conducta a seguir

Las actuaciones de la red de atención Especializada ambulatoria y hospitalaria son las siguientes:

Atención Primaria

- Captación de la mujer embarazada
- Atención del embarazo normal
- Detección del riesgo gestacional y derivación a atención Especializada, si procede
- Educación sanitaria y maternal
- Asistencia al puerperio extrahospitalario ⁽²²⁾

Atención Especializada

- Valoración y seguimiento del embarazo de riesgo
- Hospitalización del embarazo de riesgo
- Interconsultas ante situaciones de duda diagnóstica o evolutiva
- Controles ecográficos
- Técnicas de diagnóstico prenatal invasivas
- Control del embarazo que supere las 40 semanas
- Asistencia al parto y puerperio inmediato ⁽²³⁾

Educación individual a la madre, compañero y familia

- Fomento de factores protectores para la salud de la gestante y de su hijo, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y atención institucional del parto ⁽¹¹⁾
- Importancia de la estimulación del feto.
- Preparación para la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años.
- Fortalecimiento de los vínculos afectivos, la autoestima y el

- autocuidado como factores protectores.
- Prevención de la automedicación y del consumo de Tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas durante la gestación.
 - Seguimiento a toda gestante para verificar asistencia integral al control prenatal. ⁽²⁴⁾

Actividades durante el control prenatal

- a. Administración de ácido fólico en el período preconcepcional y en el primer trimestre del embarazo.
- b. Categorizar a la embarazada según el riesgo, examen físico y llenado de la HCP.
- c. Evaluación en cada consulta de factores de riesgo.
- d. Fijar cronograma de controles prenatales.
- e. Determinar el grupo sanguíneo y el factor Rh.
- f. Evaluar el estado nutricional materno.
- g. Preparar a la mujer para la maternidad.
- h. Detectar tabaquismo y otras adicciones.
- i. Control riguroso de la presión arterial.
- j. Determinar Hb.
- k. Suplementación con hierro.
- l. Diagnóstico de: sífilis, chagas, hepatitis B, toxoplasmosis y HIV.
- m. Urocultivo.
- n. Vacunación antitetánica.
- o. Detectar presentación pelviana al término.
- p. Instrucción de situaciones de riesgo.
- q. Informar sobre métodos anticonceptivos.
- r. Papanicolau y Colposcopia.
- t. Examen mamario de rutina. ⁽²⁵⁾

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Accesibilidad. - Disponibilidad de los recursos y definición de los procedimientos, que garantizan que los usuarios obtengan los servicios de promoción de la salud que requieran dentro del marco de las responsabilidades legales de cada entidad.

Control prenatal.- Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. Para que la atención prenatal sea exitosa, ésta debe ser oportuna, periódica y completa.

Complicaciones. - Es una dificultad añadida que surge en el proceso de consecución de una meta determinada. Una complicación muestra una complejidad que requiere de una atención especial para poder ser resuelta.

Complicaciones maternas. - Se refiere a una mujer que estuvo enferma o cerca de la muerte, pero que sobrevivió a una complicación durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días posteriores a la finalización del embarazo.

Embarazo de bajo riesgo.- Embarazo en el cual no se ha identificado ningún factor de riesgo.

Evaluación Unidad Feto Placentaria.- Conjunto de acciones y procedimientos diagnósticos, destinados a la evaluación del intercambio gaseoso, desarrollo y crecimiento del feto durante el embarazo. Constituye uno de los objetivos más importantes del control prenatal. La detección oportuna de factores de riesgo que pueden influir negativamente sobre el feto, permiten poner en marcha acciones preventivas y terapéuticas, destinadas a que el niño pueda expresar en su vida extrauterina, la totalidad de su potencial genético y neurológico.

Embarazo de alto riesgo.- Embarazo en el que existe un aumento en la probabilidad de sufrir daño, lesión o muerte fetal, materna o neonatal a

consecuencia de un evento reproductivo. Toda mujer calificada con embarazo de alto riesgo debe referirse a un servicio de atención especializada, aun cuando no existan signos de alarma.

Factor de riesgo.- Toda característica o circunstancia observada en una persona, asociada con una alta probabilidad de experimentar un daño a su salud.

Factor de riesgo obstétrico.- Característica biológica, ambiental o social que cuando está presente, se asocia con aumento en la posibilidad de sufrir daño la madre, el feto o ambos.

Riesgo.- Contingencia o proximidad de un daño. Es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud. El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad.

Riesgo preconcepcional.- Son las condiciones o factores preexistentes que incrementan la probabilidad de complicación o daño cuando la mujer se va a embarazar. Toda paciente que tiene riesgo preconcepcional debe ser derivada al nivel secundario de atención.

Riesgo obstétrico.- Toda característica presente en la mujer o en su entorno que puede complicar la evolución del embarazo, el desarrollo del parto y el puerperio, que pueda alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto. La valoración de riesgo obstétrico indica la probabilidad de aparición de daños a la salud para la madre, el feto o el recién nacido. El riesgo obstétrico exige vigilancia prenatal bien planeada para orientar adecuadamente a la embarazada y detectar oportunamente las complicaciones. La detección o complementación diagnóstica de riesgo continúa durante toda la gestación, el trabajo de parto y el parto e inclusive durante el puerperio.

Vigilancia.- Debe iniciarse en cuanto se confirme el embarazo y riesgo obstétrico, en el nivel secundario de atención con la finalidad de tener control y vigilancia cuidadosa del bienestar materno-fetal. La frecuencia de la consulta debe modificarse de acuerdo con las complicaciones y los factores de riesgo presentes en cada caso en particular.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

- Los controles prenatales tardíos son un factor de riesgo para Complicaciones maternas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco
- Los controles prenatales tardíos son un factor de riesgo para hemorragias durante la gestación.
- Los controles prenatales tardíos son un factor de riesgo para infecciones durante la gestación.
- Los controles prenatales tardíos son un factor de riesgo para la hipertensión durante la gestación.

2.5. VARIABLES

Variable Dependiente

Complicaciones maternas

Variable Independiente

Controles prenatales

2.5.1. Definición conceptual de las variables

Complicaciones maternas. - Son las principales complicaciones que presenta la gestante durante la gestación

Controles prenatales.- Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. Para que la atención prenatal sea exitosa, ésta debe ser oportuna, periódica y completa.

2.5.2. Definición operacional de las variables

Complicaciones maternas. – Variable categórica que se midió en escala nominal, consta de Hemorragia, Infecciones e Hipertensión arterial.

Controles prenatales.- Variable categórica que se midió en escala nominal y consta de controles prenatales tardíos y controles pre natales tempranos.

2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo	Indicadores	Escala	Valor final
Control prenatal	Independiente	Primer control prenatal después de los 5 meses de gestación.	Dicotómica	Tardía Temprana
Complicaciones maternas	dependiente	Hemorragia Infecciones Hipertensión arterial	Dicotómica	Presente Ausente

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

No experimental pues solo se obtuvieron los datos sin modificarlos, explicativa pues analiza y determina la relación entre los fenómenos, sincrónica pues se medirá la variable en un solo tiempo, descriptiva.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Correlacional pues se relacionó los controles prenatales tardíos con las complicaciones maternas.

3.2.3. MÉTODO

Inductivo pues el análisis empieza por las complicaciones específicas y se determina una conclusión general.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se desarrolló en el Hospital San Juan de Dios de Pisco. Ubicado en Mz B Lt 5 Ex Fundo Alto la Luna, frente a la entrada del Molino

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. POBLACIÓN

Todas las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco que tiene una cobertura de 480 gestantes entre enero y junio del 2016.

3.3.2. MUESTRA

Se aplicó la fórmula de una proporción con población conocida

$$n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N-1) + z^2 * P * q}$$

$$N = 480$$

$$p = 0.1 \text{ proporción de CPN tardíos}$$

$$q = 1 - 0.1 = 0.9$$

$$Z = 1.96$$

$$d = 5\% = 0.05$$

$$n = \frac{480 (1.96)^2 (0.1) (0.9)}{(0.05)^2 (480 - 1) + (1.96)^2 (0.1) (0.9)}$$

$$n = 108$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Historias clínicas con información completa legibles y que cuenten con los datos que se requiere para la investigación

Historias clínicas de gestantes que fueron atendidas entre enero y junio del 2016.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Historias clínicas con información incompleta.

Historias clínicas de gestantes que no fueron atendidas entre enero y junio del 2016.

Gestantes que no tuvieron ningún control prenatal.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.3.1. TÉCNICAS

Documental, pues se revisó documentos estadísticos de donde se obtuvieron los datos del estudio. Y en casos necesarios se acudió al domicilio de la paciente.

4.3.2. INSTRUMENTOS

Ficha de recolección de datos elaborado para tal fin. (ver anexos), cuyos datos fueron obtenidas de las historias clínicas

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento fue validado por una prueba piloto, que consistió en la aplicación del instrumento en el 5% de la muestra es decir en 10 historias clínicas a fin de detectar errores que fueron corregidos en su debido tiempo. La confiabilidad consistió en repetir el instrumento por otro investigador arrojando resultados similares.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos obtenidos fueron tabulados en el programa SPSS v23 de donde se obtuvo el chi cuadrado para luego de ser analizados son presentados en forma de tablas y gráficos

CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

TABLA N° 01
PREVALENCIA DE CONTROLES PRENATALES TARDÍOS

Controles prenatales	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Porcentaje
CPN TARDÍO	48	0.1	10.0%
CPN ADECUADO	432	0.9	90.0%
Total	408	1	100.0%

Fuente: Hospital SJD Pisco

La investigación reveló que el porcentaje de controles prenatales tardíos es de 10%, tuvieron controles prenatales completos y adecuados el 90%.

GRÁFICO N° 01



Fuente: Hospital SJD Pisco

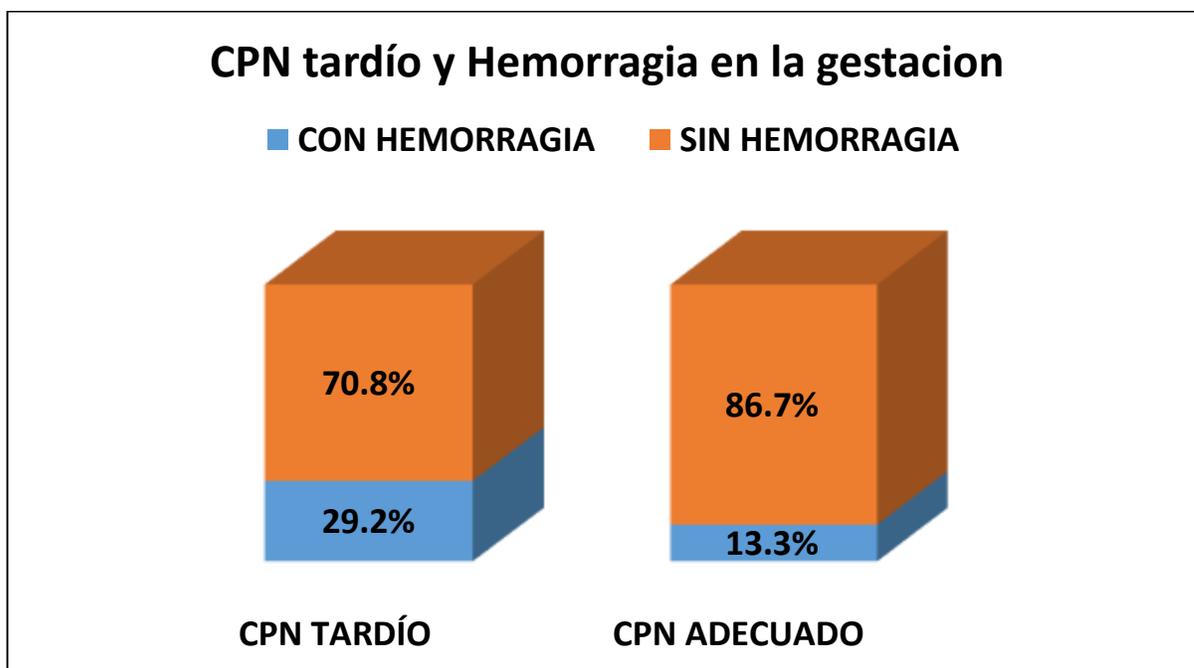
TABLA N° 02
CPN TARDIO Y HEMORRAGIA EN LA GESTACIÓN

HEMORRAGIA	CPN TARDÍO				TOTAL	
	SI		NO			
	N	%	N	%	N	%
SI	14	29.2%	8	13.3%	22	20.4%
NO	34	70.8%	52	86.7%	86	79.6%
TOTAL	48	100.0%	60	100.0%	108	100.0%

Fuente: Hospital SJD Pisco

La investigación reveló que el porcentaje de hemorragias durante la gestación es más frecuente en los grupos de gestantes que tuvieron CPN tardíos 29.2% en comparación con las que tuvieron CPN completos y adecuados cuyo porcentaje es de 13.3%

GRÁFICO N° 02



Fuente: Hospital SJD Pisco

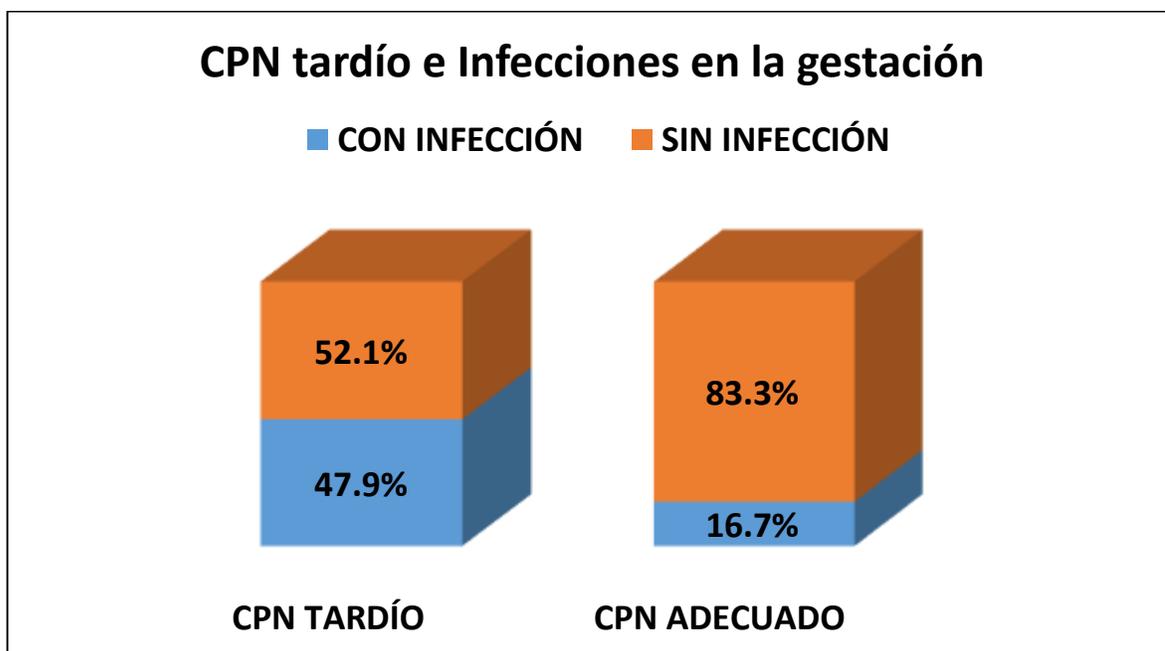
TABLA N° 03
CPN TARDIO E INFECCIONES EN LA GESTACION

INFECCIONES	CPN TARDÍO				TOTAL	
	SI		NO			
	N	%	N	%	N	%
SI	23	47.9%	10	16.7%	33	30.6%
NO	25	52.1%	50	83.3%	75	69.4%
TOTAL	48	100.0%	60	100.0%	108	100.0%

Fuente: Hospital SJD Pisco

La investigación reveló que el porcentaje de infecciones durante la gestación es más frecuente en los grupos de gestantes que tuvieron CPN tardíos 47.9% en comparación con las que tuvieron CPN completos y adecuados cuyo porcentaje es de 16.7%

GRÁFICO N° 03



Fuente: Hospital SJD Pisco

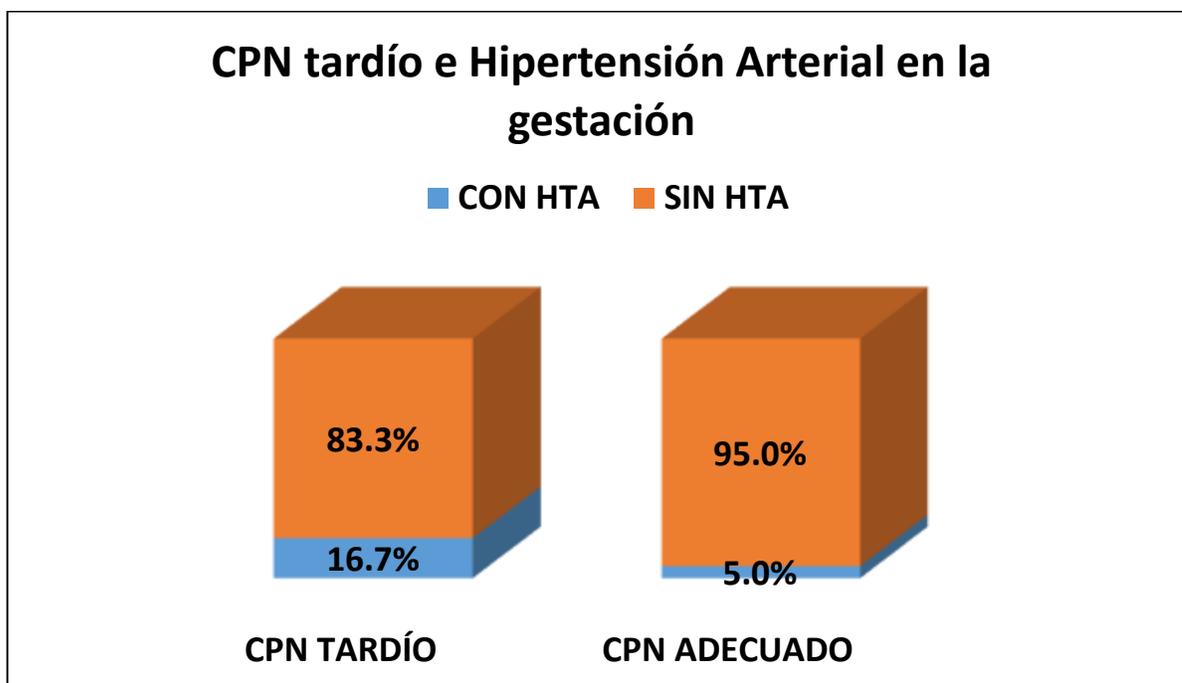
TABLA N° 04
CPN TARDIO E HIPERTENCION ARTERIAL EN LA GESTACION

HTA	CPN TARDÍO				TOTAL	
	SI		NO			
	N	%	N	%	N	%
SI	8	16.7%	3	5.0%	11	10.2%
NO	40	83.3%	57	95.0%	97	89.8%
TOTAL	48	100.0%	60	100.0%	108	100.0%

Fuente: Hospital SJD Pisco

La investigación reveló que el porcentaje de hipertensión arterial durante la gestación es más frecuente en los grupos de gestantes que tuvieron CPN tardíos 16.7%, en comparación con las que tuvieron CPN completos y adecuados cuyo porcentaje es de 5.0%

GRÁFICO N° 04



Fuente: Hospital SJD

PRUEBA DE HIPÓTESIS PRIMERA HIPÓTESIS

1.- Hipótesis:

Ha: Los controles prenatales tardíos son un factor de riesgo para hemorragias durante ella gestación.

Ho: Los controles prenatales tardíos no son un factor de riesgo para hemorragias durante la gestación.

2.- Nivel de significancia: 0.05= 5% de error

3.- Estadístico de prueba: Chi cuadrado

	Valor	gl	p valor
Chi-cuadrado de Pearson	4,121	1	0.042

4.- p valor: 0.042

5.- Decisión: Rechazar Ho y aceptar Ha.

6.- Conclusión: Los controles prenatales tardíos son un factor de riesgo para hemorragias durante la gestación.

SEGUNDA HIPÓTESIS

1.- Hipótesis:

Ha: Los controles prenatales tardíos son un factor de riesgo para infecciones durante la gestación.

Ho: Los controles prenatales tardíos no son un factor de riesgo para infecciones durante la gestación.

2.- Nivel de significancia: 0.05= 5% de error

3.- Estadístico de prueba: Chi cuadrado

	Valor	gl	p valor
Chi-cuadrado de Pearson	12.273	1	0.000

4.- p valor: 0.000

5.- Decisión: Rechazar Ho y aceptar Ha.

6.- Conclusión: Los controles prenatales tardíos son un factor de riesgo para infecciones durante la gestación.

TERCERA HIPÓTESIS

1.- Hipótesis:

Ha: Los controles prenatales tardíos son un factor de riesgo para la hipertensión durante la gestación.

Ho: Los controles prenatales tardíos no son un factor de riesgo para la hipertensión durante la gestación.

2.- Nivel de significancia: 0.05= 5% de error

3.- Estadístico de prueba: Chi cuadrado

	Valor	gl	p valor
Chi-cuadrado de Pearson	3,968	1	0.046

4.- p valor: 0.046

5.- Decisión: Rechazar Ho y aceptar Ha.

6.- Conclusión: Los controles prenatales tardíos son un factor de riesgo para la hipertensión durante la gestación.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En el estudio desarrollado sobre los controles prenatales y su influencia en las complicaciones maternas, se encontró que una gran proporción de gestantes presentan controles prenatales tardíos que por ser tardío no ayuda a prevenir enfermedades que podrían presentarse en el transcurso de la gestación, así encontramos que presentaron controles prenatales tardíos el 10%, mientras que el 90% de las gestantes presentó controles prenatales completas y oportunas, aclarando que en el trabajo se excluyó a las gestantes que no presentaron ningún control prenatal., Al comparar con estudios realizados por otros investigadores encontramos que Pelaez, LA. (2008) en su estudio Ingreso tardío de gestantes al programa de control prenatal en la E.S.E hospital Tobias Puerta de Uramita – 2008 Medellín Colombia, encontró que el ingreso oportuno al programa de control prenatal es vital para la gestante y su hijo, pues le permite un monitoreo constante e identificar oportunamente algún tipo de complicaciones. Las gestantes que ingresan tardíamente a los controles se le clasifica como alto riesgo. Así mismo Cáceres, F. (2009), en Colombia determina que los controles prenatales

inadecuados se deben a ciertos factores individuales y barreras de acceso a los servicios en este País. También Navarro, JM. (2015), encontró en su estudio que los principales factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Centro de Salud “Leonor Saavedra” son: la condición de multigesta, tener problemas de dinero, tener dificultad para acudir al CPN por su trabajo y el antecedente de experiencias negativas en alguna consulta. Y Munares, O. (2013), en el Perú indica que el residir en barrio marginal, aumenta el riesgo de abandono, mientras que 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 reducen la probabilidad de abandono. Al evaluar las principales complicaciones maternas responsables de efectos sobre la salud materna, por lo que evaluamos las hemorragias de diferentes causas entre ellas las de desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, desgarro cervicales, entre otras, encontrándose que dicha complicación se presenta con mayor frecuencia en el grupo de gestantes que presentaron controles prenatales en formas tardía (29.2%) mientras que estas complicaciones en el grupo de las que tuvieron controles prenatales oportunas y completas solo presentaron el 13.3% de gestantes. Lo que demuestra la gran importancia de este procedimiento en las gestantes pues ayudan a prevenir o detectar complicaciones futuras y tratarlas tiempo., Seguidamente estudiamos a las infecciones durante la gestación sobre todo los producidos por vaginitis bacteriana, o por infecciones urinarias, y se encontró que las infecciones se presentan con mayor frecuencia en el grupo de gestantes que tuvieron controles prenatales tardías (47.9%) mientras que esta complicación solo se presentó en el 16.7% de gestantes con controles completos y oportunos, lo que demuestra la protección de los controles prenatales en las infecciones maternas durante la gestación., También se evaluó la presencia de hipertensión en la gestante, durante el trabajo de parto se ve influenciada a los controles prenatales tardíos (16.7%) de gestantes por otro lado las gestantes con

controles prenatales tempranos son solo en el 5%. esto se explicaría por un tratamiento oportuno y constante de la hipertensión en las gestantes que presentan esta patología en su embarazo.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de controles prenatales tardíos en las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco de enero a junio del 2016 es del 10%
2. El control prenatal tardío es un factor de riesgo que se asocia a hemorragias durante el trabajo del parto con CPN tardíos 29.2% en comparación con las que tuvieron CPN completos y adecuados cuyo porcentaje es de 13.3%.
3. El control prenatal tardío es un factor de riesgo que se asocia a infecciones durante el trabajo del parto con CPN tardíos 47.9% en comparación con las que tuvieron CPN completos y adecuados cuyo porcentaje es de 16.7%.
4. El control prenatal tardío es un factor de riesgo que se asocia a hipertensión arterial durante la gestación con CPN tardíos 16.7% en comparación con las que tuvieron CPN completos y adecuados cuyo porcentaje es de 5%.

RECOMENDACIONES

1.- A fin de contribuir con la política de salud pública se recomienda que las instituciones de salud incrementen su cobertura de controles prenatales tanto en zona urbana, marginal y rural por ser poblaciones vulnerables en temas de salud

2.- El personal de las instituciones de salud juegan un rol muy relevante en cuanto a la captación de las gestantes por lo que se recomienda que este personal pueda estar constantemente capacitado y sensibilizado en aspecto sociocultural y su entorno.

3.- Implementar el seguimiento permanente de gestantes a fin de detectar precozmente un embarazo, para iniciar un control prenatal oportuno, eficaz, periódico, integral y de calidad.

4.- Realizar visitas domiciliarias a las gestantes a fin de facilitarles el control prenatal oportuno, pues muchas de ellas no pueden acudir al Hospital por falta de medios económicos, o por falta de disponibilidad de tiempo, ampliando la cobertura de controles prenatales haciendo una atención más operativa que evite colas o retrasos en la atención.

5.- concientizar a las gestantes sobre la importancia de los controles prenatales a fin de detectar oportunamente las complicaciones como hemorragias, infecciones e hipertensión de tal manera que se pueda reducir las tasa de morbilidad y mortalidad materna.

6.- Difundir masivamente por medios de comunicación la importancia del control prenatal a fin de que dicha información pueda generar cambios de conducta tanto en la gestante como en su familia, valorando al nuevo ser.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Munares, O. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. Revista Peruana de Epidemiología 2013. ISSN 1609-7211
- 2.- Dirección general de salud de las personas estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva documento técnico: Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015 Disponible en:
www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/PlanEstrate09.pdf
- 3.- Ministerio de Salud. Mejorar la Salud Materna Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú: Evolución de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2012
- 4.- Ministerio de Salud, sala de prensa 2015 Disponible en:
www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16498)
- 5.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2014.
- 6.- Pelaez, LA. Ingreso tardío de gestantes al programa de control prenatal en la E.S.E hospital Tobias Puerta de Uramita – 2008 Medellin Colombia.
- 7.- Cáceres, F. El control prenatal: una reflexión urgente. Bogotá Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol vol.60 no.2 Bogotá Apr./June 2009
- 8.- Prada A. 2012. Adherencia al control prenatal en la clínica de gestantes adolescentes del hospital de Engativa de Bogota.
- 9.- Navarro, JM. 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. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

- 10.- Munares, O. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú.
- 11.- Huanco, D. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.77 no.2 Santiago 2012. Revista chilena 2012 - SciELO Chile
- 12.- Chipantiza Medina M. Mecanismo de evaluación para el cumplimiento del programa de atención prenatal en el hospital IESS Ambato, periodo noviembre 2014-abril 2015. Ecuador 2015. Arizpe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y factores asociados a su ocurrencia. Rev Med Hered. 2011;22:169-175.
- 13.- Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2010.
- 14.- Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. [Acceso el 03 de marzo del 2015]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- 15.- Hospital San José. Guías de Práctica Clínica de Obstetricia. Lima: Hospital San José; 2013.
- 16.- Arispe C, Salgado M, Tang G, Rojas J. Frecuencia de Control Prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Revista Médica Herediana 2011;22 (4): 169-175.
- 17.- Parra M. Capítulo 5: El control prenatal. Año 2009. [Acceso el 13 de enero del 2015]. Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/1563/28/Cap_5.pdf
- 18.- Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud materna. Lima: MINSA; 2013.

19.- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Dirección General de Salud Poblacional. Manual de Procedimiento para la Atención Integral en Salud Reproductiva. Tomo III. Marzo 2013.

20.- Santisteban S. Capítulo 8: Atención Prenatal. [Acceso el 03 de marzo del 2015]. Disponible en:

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/atencion_prenatal.pdf

21. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Control Prenatal Guía de Práctica Clínica (GPC) 2015.

22.- OMS/PAHO Atención prenatal en atención primaria de la salud Protocolo 2011.

Disponible en: www.paho.org/par/index.php?option=com_docman...1...prenatal...

23.- Munares García O. 2010. Calidad del control prenatal en establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima

24.- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog). Guía de control prenatal y factores de riesgo. Disponible en:

www.saludcapital.gov.co/.../GUIA%201.%20%20CONTROL%20PRENATAL%20Y

25.- Casini J. Guía de control prenatal. Embarazo normal. División Obstetricia, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2002.

ANEXOS

- **MATRIZ DE CONSISTENCIA**
- **MODELO DE FICHA DE ENCUESTA**

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO	FUENTE
¿Cuáles son las complicaciones maternas que se relacionan con los controles prenatales tardíos en las gestantes atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco enero a junio del 2016?	Identificar las complicaciones maternas que se relacionan con los controles prenatales tardíos en las gestantes atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco enero a junio del 2016	Indicar la prevalencia de controles prenatales tardíos en gestantes atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco Determinar las complicaciones maternas relacionadas a controles prenatales tardíos en gestantes atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Pisco.	Los controles prenatales tardíos son un factor de riesgo para complicaciones maternas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco	Variable Independiente Controles prenatales Variable Dependiente Complicaciones maternas	-Primer control prenatal después del 5° mes de gestación -Hemorragia -Infecciones -Hipertensión arterial	Ficha de datos	HC



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.- N° de Ficha _____

2.- N° de HC _____

3.- Edad _____

4.- Fecha de primer control prenatal durante la gestación _____

5.- Número de controles prenatales _____

6.- Complicaciones maternas:

a.-Hemorragia ()

b.-Infecciones ()

c.-Hipertensión arterial ()

d.- Otros ()