



**UNIVERSIDAD “ALAS PERUANAS” – FILIAL ICA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TÍTULO**

**COMPLICACIONES MATERNAS RELACIONADAS A LA ATENCION PRENATAL  
HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2017**

**PARA OBTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**BACHILLER: VALENTIN LEGUA, EDA VICTORIA**

**ICA – PERÚ**

**2017**

**A Dios** por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

**A mi Hija**, que trajo sentido a mi vida, una vez más ella fue la causante de mi anhelo de salir adelante, fue mi motivación, por cada esfuerzo que realice en la construcción de esta tesis

**A mis padres** quienes me dieron vida, educación, apoyo, consejos y gracias a su esfuerzo estoy logrando mis mayores sueños

## **AGRADEZCO A:**

**A Dios**, por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

**A mis Padres**, por el apoyo incondicional, por haberme guiado por el camino correcto y corregido mis faltas y celebrado mis grandes triunfos.

**A mis educadores** por el tiempo que dedica a esta hermosa profesión, en el cual por su dedicación, por sus esfuerzos, por su paciencia y compromiso, es mi base fundamental de mi desarrollo como persona, con el cual por sus consejos, enseñanza y sabiduría sé cómo afrontar de la mejor manera los problemas y obstáculos que a diario me voy a enfrentar.

**RESUMEN**  
**COMPLICACIONES MATERNAS RELACIONADAS A LA ATENCION**  
**PRENATAL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2017**

Se realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar las Complicaciones maternas relacionadas a la atención prenatal en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ica Enero – Julio 2017.

Material logístico de instrumento fue la revisión de historias clínicas y ficha de recolección de datos, consta de 4 ítems: uno sobre datos Maternos, dos datos sobre Control Prenatal, tres complicaciones maternas y cuatro Eficacia del control prenatal. El diseño de estudio es descriptivo correlacional prospectivo por que trata de interpretar los datos numéricos y los datos estadísticos. El análisis es analítico e inductivo de las variables en forma independiente se tomará una conclusión general y de enfoque cuantitativo.

Teniendo una muestra de 192 gestantes según criterios de inclusión y objetivos de estudio.

Los resultados obtenidos fueron: Encontramos que la anemia es una complicación materna dentro del control prenatal con un 88.5% donde existe una alta probabilidad de hacer complicación materna.

Encontramos que las infecciones del tracto urinario es una complicación materna con el 60,4% Y la hipertensión arterial es una complicación materna frecuente en las gestantes con control prenatal con el 35,4%. Dentro de los factores epidemiológicos (edad) encontramos que la edad de 20-25 años presentó una complicación materna en el control prenatal con el 29,7% de las gestantes atendidas.

Otro factor es paridad existe mayor incidencia 49,0% de gestantes que tuvieron 1-2 partos tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones maternas. Factor grado de instrucción existe mayor incidencia 55,2% de gestantes que tienen nivel

secundario es decir que el grado de instrucción no es un factor para hacer una complicación materna

**PALABRAS CLAVES: COMPLICACIONES MATERNAS, CONTROL PRENATAL**

## **ABSTRACT**

### **MATERNAL COMPLICATIONS RELATED TO THE PRENATAL CARE REGIONAL HOSPITAL OF ICA 2017**

An investigation was carried out whose objective was to determine the maternal Complications related to the prenatal care in patients attended in the Regional Hospital of Ica January - July 2017.

Instrument logistics material was the review of medical records and data collection form, consisting of 4 items: one on Maternal data, two data on Prenatal Control, three maternal complications and four Efficacy of prenatal control. The study design is prospective correlational descriptive because it tries to interpret the numerical data and the statistical data. The analysis is analytical and inductive of the variables independently, a general conclusion and a quantitative approach will be taken.

Having a sample of 192 pregnant women according to inclusion criteria and study objectives.

The results obtained were: We found that anemia is a maternal complication within prenatal control with 88.5% where there is a high probability of maternal complications.

We found that urinary tract infections are a maternal complication with 60.4% and hypertension is a frequent maternal complication in prenatal pregnant women with 35.4%. Among the epidemiological factors (age) we found that the age of 20-25 years presented a maternal complication in prenatal control with 29.7% of the pregnant women attended.

Another factor is parity; there is a higher incidence, 49.0% of pregnant women who had 1-2 deliveries have a higher risk of presenting maternal complications. Factor

degree of instruction there is a higher incidence 55.2% of pregnant women who have secondary level is to say that the degree of instruction is not a factor to make a maternal complication.

**KEYWORDS: MATERNAL COMPLICATIONS, PRENATAL CONTROL**

## ÍNDICE

<b>CARÁTULA</b>	<b>i</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>ii</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>iii</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vi</b>

### **CAPITULO I**

#### **PLANTEAMIENTO METODOLOGICO**

<b>1.1.</b> Descripción de la Realidad problemática	<b>12</b>
<b>1.2.</b> Delimitación de la investigación	<b>14</b>
<b>1.3.</b> Formulación del Problema	<b>14</b>
<b>1.3.1.</b> Problema principal	
<b>1.3.2.</b> Problema secundario	
<b>1.4.</b> Objetivos de la Investigación	<b>15</b>
<b>1.4.1.</b> Objetivo General	
<b>1.4.2.</b> Objetivos Específicos	
<b>1.5.</b> Hipótesis de la Investigación	<b>16</b>
<b>1.5.1.</b> Variables	<b>16</b>
<b>1.5.2.</b> Operacionalización de variables	<b>17</b>
<b>1.6.</b> Diseño de la investigación	<b>18</b>
<b>1.6.1.</b> Tipo de investigación	
<b>1.6.2.</b> Nivel de investigación	
<b>1.7.</b> Población y muestra de la investigación	<b>18</b>
<b>1.7.1.</b> Población	
<b>1.7.2.</b> Muestra	
<b>1.8.</b> Técnica e instrumento de recolección de datos	<b>19</b>



1.8.1. Técnica	
1.8.2. Instrumentos	
1.9. Justificación e Importancia de la investigación	19

**CAPITULO II  
MARCO TEORICO**

2.1. Antecedentes de la Investigación	22
Bases Teóricas	30
2.2. Marco Conceptual	48

**CAPITULO III**

**PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS**

DISCUSION	64
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES	69
ANEXOS	
1. Fuentes de información	71
2. Matriz de consistencia	75
3. Ficha de recolección de datos	77

## INTRODUCCION

El Control Prenatal consiste en actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.

Por ende un inadecuado control prenatal o la falta del mismo conllevan a la madre y a su futuro hijo a una serie de complicaciones, así como el riesgo de morbi-mortalidad durante el embarazo o incluso una muerte fetal después del nacimiento.

Actualmente en el Hospital Regional de Ica se puede evidenciar el incumplimiento de los controles prenatales por parte de las gestantes no conocer la importancia del control prenatal y por parte de la institución de no cumplir con la norma técnica de control prenatal enfocado a pesar que es un centro referencial; seguimiento y control, tamizajes. Es así que este problema ha llegado a convertirse en un fenómeno preponderante debido a que dentro de sus responsabilidades se encuentra la planeación, ejecución y control de programas de prevención de la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal. El incumplimiento de los controles prenatales se ha convertido en un problema para las personas que laboran en las diferentes al igual que afecta directamente la salud integral de la embarazada y al feto que está en desarrollo y por ende al nuevo ser que viene en camino, debido a que el control periódico y permanente evitará complicaciones posteriores, proveerá y aumentará la esperanza de vida, de la madre y del neonato.

El control prenatal evalúa la progresión normal del embarazo y permite detectar precozmente a través de la clínica, el laboratorio y la ecografía la aparición de problemas maternos y/o fetales que podrían deteriorar la salud materno-fetal. El control prenatal es considerado como una de las medidas más importantes para preservar la salud del binomio madre e hijo y se ha podido demostrar que contribuyen a descender la mortalidad materna y perinatal debido a que acudir en

forma temprana a los controles prenatales ayuda a detectar signos de alarma y factores de riesgo oportunamente.

La asistencia de las gestantes al programa de detección temprana de alteraciones del embarazo es una de las medidas más importantes para preservar la salud materna fetal a nivel nacional e internacional. Mejorar la cobertura y calidad de la atención en las gestantes, implementar mecanismos que permitan su captación temprana, identificar y tratar riesgos biológicos y psicosociales e implementar mecanismos para facilitar el acceso a los servicios de salud de las gestantes son estrategias en salud que nos permiten disminuir la mortalidad materna.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO METODOLOGICO**

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

A nivel mundial, se considera a la APN como todas las acciones y procedimientos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, mediante la vigilancia y evaluación integral del binomio madre - hijo que realiza el profesional de salud, con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre.

Los programas de salud dirigidos a la maternidad saludable, deben sustentarse por políticas definidas, proveedores de salud capacitados y sistemas logísticos que faciliten la provisión de atención de dichos programas. Una vez que los programas maternos y neonatales estén implementados, deben asegurar el acceso a todas las mujeres de todas las edades a una vasta gama de servicios en forma equitativa.

El Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) en 1983 publicó la Historia Clínica Perinatal (HCP) con la intención de tener un registro uniformizado y de calidad de la atención de las mujeres embarazadas (durante el control prenatal, parto y puerperio) y de los recién nacidos (desde el nacimiento hasta el momento del alta).

Algunas causas registradas de morbilidad y mortalidad perinatal y materna pueden prevenirse si el programa de control prenatal funcionan adecuadamente. Unos de los aspecto del control prenatal a ser evaluados es el buen llenado de la Historia Clínica Perinatal Simplificada que refleja en gran medida la calidad de la atención a la mujer embarazada y el funcionamiento adecuado del mismo siendo el sistema de registros de la información el instrumento más apropiado para supervisar el cumplimiento de las normas y brindar los datos indispensables para su evaluación posterior.

Las estimaciones de la ENDES Continua 2015 revelan una consolidación de la proporción de mujeres gestantes que en su último hijo nacido vivo recibieron su primer control prenatal en el primer trimestre de embarazo, tanto en el área urbana (96,2%) como en el área rural (72,6%). A nivel nacional, dicha proporción muestra un desbalance respecto a la ENDES 2014 (de 96,8% a 69,8%).

Entre los años de 1990-2000, el Ministerio de Salud (MINSA) ha tratado de mejorar la calidad de atención en varios servicios, haciendo énfasis en los de salud sexual y reproductiva por medio del plan de mejoramiento continuo de la calidad para lo cual recomendó en sus lineamientos de 1995-2000 "...llevar a cabo una reestructuración sectorial que promueva la mayor eficacia y eficiencia de los servicios de salud..." así como "...reubicar al usuario como centro de actividades del sector, facilitándole el acceso a la información necesaria..."

Las alteraciones durante la gestación pueden ser detectadas mediante las actividades realizadas en el control prenatal. Dichas actividades están establecidas en la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo; actualmente el Hospital Regional de Ica es un centro referencial de pacientes derivadas del primer nivel de la red de salud de

Ica y de las provincias de la región de Ica, ellas son derivadas muchas veces en forma tardía en el último trimestre la mayoría provenientes de zona rural y que muchas veces no cumplen con el control prenatal renfocado. En el Hospital Regional las complicaciones más frecuentes atendidas en gestantes son Anemia, Infecciones del tracto urinario e Hipertensión inducida por el embarazo.

## **1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:**

**1.2.1. Delimitación conceptual:** Complicaciones maternas relacionadas a la atención prenatal en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ica Enero – Julio 2017

**1.2.2 Delimitación Social:** gestantes atendidas con control prenatal y tengan alguna complicación materna como infección del tracto urinario, anemia e hipertensión en el embrazo

**1.2.3. Delimitación espacial:** se da la investigación en el Hospital Regional de Ica.

**1.2.4. Delimitación temporal:** El estudio abarca de enero a julio del 2017

## **1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

### **1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL**

¿Cuáles son las Complicaciones maternas relacionadas a la atención prenatal en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ica enero - Julio 2017?

### **1.3.2. Problemas secundarios:**

- ¿La anemia es una complicación materna relacionada con la atención prenatal en pacientes atendidas en el Hospital Regional De Ica enero – Julio del 2017?
- ¿La hipertensión arterial es una complicación materna relacionada con la atención prenatal en pacientes atendidas en el Hospital Regional De Ica de Enero-Julio del 2017?

- ¿La infección urinaria es una complicación materna relacionada con la atención prenatal en pacientes atendidas en el Hospital Regional De Ica enero-julio 2017?
- ¿Los factores epidemiológicos se relacionan con las complicaciones maternas en la atención prenatal en pacientes atendidas en el Hospital Regional De Ica enero-julio 2017?
- ¿Qué frecuencia de gestantes reciben atención prenatal adecuada en el Hospital Regional De Ica enero-julio 2017?

#### **1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:**

##### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL:**

Determinar las Complicaciones maternas relacionadas a la atención prenatal en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ica Enero – Julio 2017.

##### **1.4.2. Objetivos específicos:**

- Identificar si la anemia es una complicación materna relacionada con la atención prenatal en pacientes atendidas en el Hospital Regional De Ica enero – Julio del 2017.
- Identificar si la hipertensión arterial es una complicación materna relacionada con la atención prenatal en pacientes atendidas en el Hospital Regional De Ica de Enero-Julio del 2017.
- Identificar si la infección urinaria es una complicación materna relacionada con la atención prenatal en pacientes atendidas en el Hospital Regional De Ica enero-julio 2017.
- Determinar si los factores epidemiológicos se relacionan con las complicaciones maternas relacionadas en la atención prenatal en pacientes atendidas en el Hospital Regional De Ica enero-julio 2017.
- Determinar si el control prenatal inadecuado es una complicación materna en gestantes atendidas en el Hospital Regional De Ica enero-julio 2017

## **1.5. HIPOTESIS:**

### **Hipótesis General:**

Ha\_ Existen complicaciones maternas relacionadas a la atención prenatal en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ica Enero-Julio 2017

Ho\_ No existen complicaciones maternas relacionadas a la atención prenatal en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ica Enero-julio 2017

### **1.5.1. VARIABLES:**

#### **1.5.1.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:**

- control prenatal

#### **1.5.1.2 VARIABLE DEPENDIENTE:**

- anemia

- Hipertensión arterial

- Infección urinaria

#### **1.5.1.3. VARIABLES INTERVINIENTE:**

-Factores epidemiológicos



### 1.5.2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	ESCALA	VALOR FINAL	INSTRUMENTO	FUENTE
Variable Independiente Control Prenatal	CPN	Si No	Completo Incompleto	Ficha de recolección datos	Encuesta HCL
Variable Dependiente Complicaciones maternas	HTA <sup>o</sup>	Si	21-30 ss 31-37 ss	Ficha de recolección datos	Encuesta HCL
	ANEMIA	No	Leve Moderada Severa		
	ITU	Muestra de Orina	Normal patológico		
Variable Interviniente	Factores epidemiológicos	Edad Paridad Grado de instrucción	POSITIVO NEGATIVO	Ficha de recolección datos	Encuesta HCL

## **1.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El diseño de la investigación es un trabajo no experimental prospectivo

### **1.6.1. TIPO DE INVESTIGACION**

Tipo descriptivo de corte Longitudinal

### **1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

El nivel de investigación es Descriptivo

Descriptivo porque comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de los fenómenos. El análisis se hará a través de la relación de las variables de estudio.

## **1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.7.1. POBLACIÓN**

Gestantes atendidas en el hospital regional de Ica durante los meses de enero a julio del 2017. Con una población de 606 y que presentaron las complicaciones descritas.

### **1.7.2. MUESTRA:**

Toda gestante atendida en dicha institución con control prenatal y que presente alguna complicación materna.

## CONSIDERANDO EL UNIVERSO FINITO

### FORMULA DE CALCULO

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{e^2 * (N-1) + (Z^2 * p * q)}$$

Donde:

Z =	nivel de confianza (correspondiente con tabla de valores de Z)
p =	Porcentaje de la población que tiene el atributo deseado
q =	Porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado = 1-p
	Nota: cuando no hay indicación de la población que posee o nó el atributo, se asume 50% para p y 50% para q
N =	Tamaño del universo (Se conoce puesto que es finito)
e =	Error de estimación máximo aceptado
n =	Tamaño de la muestra

## 1.8. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 1.8.1. TÉCNICA:

Este trabajo de investigación utilizará la siguiente técnica: Analítica-Documental

### 1.8.2. INSTRUMENTOS:

El instrumento que se utilizara es una ficha de recolección de datos elaborado de acuerdo a los objetivos de la investigación. En el programa SPSS versión 22 para la contrastación de la hipótesis estudiada.

## 1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN:

"La vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud, con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre". Así define el MINSA a la atención prenatal. La cual, en otras palabras, es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto con acciones sistemáticas y periódicas, destinadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. Es por eso que constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, tanto en el Perú como

en todo el mundo. La 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. (4)

La atención prenatal permite disminuir las molestias y síntomas propias del embarazo, vigilar el crecimiento y vitalidad fetal; además identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo, incluso es un momento óptimo para la preparación física y mental de la madre para el nacimiento de su hijo y al fin de cuentas, todo contribuye en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. “Las madres que tardíamente reciben o no asisten al cuidado prenatal son más propensas a tener niños con problemas de salud, las que no reciben control prenatal tienen tres veces más riesgo de tener hijos de bajo peso y sus neonatos tienen cinco veces más posibilidades de morir”

Se sabe que en Perú, las gestantes que acuden a la APN y además tienen su parto en un establecimiento de salud con capacidad resolutoria, tienen un riesgo 4.5 veces menor de morir, que aquellas que no se controlan y tienen parto domiciliario. Es por eso que la APN constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, tanto en el Perú como en todo el mundo, ya que la adecuada aplicación de estos conceptos y el conocimiento de los factores asociados a ellos, permiten reducir las tasas de morbimortalidad materna y perinatal.

Las causas médicas de las muertes maternas se han clasificado en causas obstétricas directas e indirectas. Las primeras se refieren a las complicaciones del embarazo o el parto, estudios realizados han permitido comprobar que en los países subdesarrollados las causas más frecuentes son: hemorragia, infección, toxemia, parto obstruido y aborto inducido, siendo este último el que presenta mayor sub registro y posiblemente está más expuesto a sufrir complicaciones. En cuanto al segundo grupo se refiere a enfermedades que se agravan con el embarazo y la falta de atención especializada.

En nuestro país las principales causas de mortalidad materna se encuentran identificadas siendo las hemorragias (45%), la hipertensión inducida por el embarazo (30%), aborto (9%), infección (6%) y otros (10%). Entre las adolescentes de 15 a 19 años las principales causas directas son la hipertensión inducida por el embarazo (43%), y las hemorragias (38%).

Estas muertes maternas se dieron principalmente entre el parto y las primeras horas del puerperio. Muchas de estas muertes se dieron principalmente en mujeres entre 30 y 34 años de edad y en mujeres que estaban a menos de una hora de un establecimiento de salud.

El control prenatal es importante porque es la principal estrategia que los organismos de la salud ofrecen a las madres para garantizarles una gestación supervisada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, a su vez los objetivos de la atención prenatal están orientados hacia la disminución de la mortalidad materna y la morbimortalidad perinatal. Para lograrlo es necesario efectuar un control prenatal eficiente. Sin embargo, no todas las embarazadas logran acceder al control prenatal por diferentes razones, la mayoría ajenas a su voluntad. Quienes no controlan su embarazo tienen cinco veces más posibilidades de tener complicaciones; sin embargo al ser detectadas a tiempo, pueden ser tratadas oportunamente.

## **CAPITULO II MARCO TEORICO**

### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION**

#### **2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:**

1. Lema Inga Betsabe **“CONTROL PRENATAL Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO NUTRICIONAL EN LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE GUANO DURANTE EL PERIODO ENERO A JUNIO 2011- ECUADOR”**

Los resultados de la investigación indican que el 66% de mujeres que acuden al CSG no saben lo que es control prenatal, frente a un 34% de mujeres que si conocen, lo que se considera de gran importancia dar a conocer a todas las mujeres sobre el control prenatal, también se conoce que el 59% de mujeres tiene menor a 5 controles, quienes se encuentran entre la clasificación deficiente, seguido de 37% tienen de 5 a 11 controles dentro de la clasificación mínima y tan solo el 4% de mujeres poseen un nivel óptimo, durante estos controles solo el 23% de mujeres gestantes

reciben educación sobre temas de nutrición, lo que está relacionado con la existencia de alteración nutricional del 56% entre el bajo peso, sobrepeso y obesidad esto se evidencia con la valoración por medio del carné perinatal, y con la medición por medio del Índice de Masa Corporal (IMC) podemos observar que en un total de 53% presentan alteración en la nutrición, notando una mínima diferencia en los resultados, entre las dos valoraciones.(6)

2. Malagón Díaz Sofia **“FACTORES ASOCIADOS A LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES DEL MUNICIPIO DE YOPAL CASANARE, COLOMBIA – 2011”**

Resultados: La adherencia al control prenatal fue del 15% y los factores que mostraron asociación estadísticamente significativa con adherencia al control prenatal fueron: régimen de salud; semana de gestación; trimestre del embarazo, antecedentes de abortos, apoyo económico; embarazo planeado, soporte familiar, satisfacción de compartir tiempo y espacio con el cónyuge; convivencia con familia materna, razón de verosimilitud, y se identificaron barreras como inoportunidad de citas e insatisfacción por los servicios, donde el 98,9% de gestantes que no las encontraron tuvieron adherencia al control prenatal. Conclusión: Es necesario fortalecer programas de promoción de salud materna, control prenatal, prevención del embarazo adolescente y derechos de la mujer; reforzando acciones de vigilancia para disminuir las barreras de aseguramiento y calidad de los servicios. (7)

3. Aguilar Pereira María **“FACTORES ASOCIADOS A LA ASISTENCIA DEL CONTROL PRENATAL EN LAS MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD TENIENTE HUGO ORTIZ DE LA CIUDAD DE SANTA ROSA EN EL TERCER TRIMESTRE DEL 2013- ECUADOR”**

Siendo las variables a medir las siguientes: prevalencia del control prenatal, características individuales, características socioculturales y conocimiento

de las gestantes, utilizando un tipo de estudio descriptivo, bibliográfico de corte transversal desarrollándolo en tres fases la primera que fue la fase de investigación donde se aplicó un cuestionario obteniendo la información de fuente directa de las historias clínicas, la segunda fase donde se ejecutó un programa educativo dirigido a las mujeres gestantes sobre la importancia a la asistencia del control prenatal, siendo la tercera fase la que evaluó la intervención mediante el proceso, producto e impacto obteniendo que el 100% de las gestantes estuvieron satisfechas con el plan educativo aumentando su conocimiento en un 92%. (10)

4. **Álvarez Bayona Yonn “ANÁLISIS DE LA CAPTACION TARDIA DE LAS GESTANTES AL PRIMER CONTROL PRENATAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL NOROCCIDETAL, IPS ABREGO EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2014” COLOMBIA**

Conclusiones: En la categorización del estudio de la población se observan gestantes de edad 19- 24 años con un 35%, resaltando como alarmante el porcentaje de 18% a las mujeres menores de 18 años; así mismo el de las mujeres añosas entre los 36-40 años con 3%, además un 6% en la población de mayores de 41 años; mostrando una cifras alarmantes en relación a que son mujeres en edad fértil que presentan una captación tardía a los controles; produciendo un incremento en el riesgo de presentar el problema de salud pública, como es la muerte materna o perinatal; además de ello estas gestantes en su gran mayoría presentan una cultura de un estado civil de Unión Libre con el 56,1%; dedicadas a las actividades en el hogar con un 97,7%, resaltando que ninguna de ellas está laborando actualmente, lo cual se puede concluir que la actividad de trabajo y/o empleo lo realiza su pareja. (11)



5. Vásquez Jiménez Fernando **“FACTORES RELACIONADOS CON LA FALTA DE CONTROL PRENATAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA-LOJA, EN EL AÑO 2015- ECUADOR”**

Los principales resultados obtenidos demuestran que la mayoría de las gestantes, en un 27% son adolescentes entre 14-17 años, el 43% se encuentran en unión libre, un 41% solo han cursado estudios primarios, el 59% viven en zonas rurales, el 36% son primigestas, 26% segundigestas, el 83% no planificaron su embarazo, un 46% tienen de 0 a 2 controles, el 24 y 21% no acude a los controles por falta de interés y por ocultar el embarazo de la sociedad respectivamente. Conclusión: Los principales factores relacionados con la falta de control prenatal son: el lugar de residencia en áreas rurales, embarazos no deseados, embarazo a temprana edad, bajo nivel de instrucción, y como factor personal predomina la falta de interés. (14)

6. Pablo Pérez Juan **“EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL CONTROL PRENATAL EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE VILLA GOBERNADOR GÁLVEZ, SANTA FE, ARGENTINA, EN EL PERÍODO 2008-2011”**

La valoración clínica del CPN no es completa, los exámenes complementarios son realizados en un 78.7%, las actividades de profilaxis se realizan en la mayoría, no así las actividades educativas. La morbimortalidad perinatal sigue siendo más alta que en la provincia y el país.

Los hallazgos de este trabajo revelan que los diferentes patrones de utilización no pueden ser entendidos si no se tiene en cuenta el papel fundamental de las desigualdades sociales en el territorio. (20)

7. Acero Guallpa Alexandra **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INCUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD “CARLOS ELIZALDE”. CUENCA, 2015 ECUADOR”**

RESULTADOS: el 83% de adolescentes embarazadas se encuentra en la adolescencia tardía, de las mismas el 32% inicia su actividad sexual en la adolescencia media, el 42% se encuentra en unión libre, el 32% trabajan, un 18% sigue cursando sus estudios. El 80% no hablan sobre sexualidad en sus hogares, 47 adolescentes conocen sobre planificación familiar. El 47% son aceptadas por su familia y cuentan con su apoyo. El 58% acuden al control en su primer trimestre de embarazo. (24)

8. Cuello Salcedo Angélica **“EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE MAHATES DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2012” COLOMBIA**

Conclusiones: 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 esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna, por ello un municipio como Mahates Bolívar con un gran área rural dispersa; Por ello; Recomendamos que este programa sea bandera para contribuir a la disminución de su mortalidad perinatal y materna, cifras que no son excelentes para el Departamento de Bolívar, constituyéndose aún en un importante problema de salud pública para la región caribe. (28)

9. Cobos Martínez Lisbeth **“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ATENCIÓN PRENATAL EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DEL SUBCENTRO DE SALUD ZAPOTAL - SANTA ELENA 2012-2013- ECUADOR”**

Se obtuvo como resultado, que el 70% de las gestantes se encuentran entre la edades de 15 a 17 años, el 77% de las gestantes adolescentes no ha recibido charlas por el personal de salud dentro de la institución, y el 40% desconoce sobre los riesgos que ocasionan al no asistir a las consultas prenatales periódicamente, el 60% no sabe la importancia de un control prenatal oportuno, y el 54% no acude a la institución por la distancia, lo económico y el tiempo que genera al llegar a la institución y le impide llevar un control por la distancia y el tiempo que se requiere llegar al Subcentro de salud. Para lo cual se plantea la propuesta de elaborar un programa continuo para madres adolescentes gestantes.(29)

**2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES:**

1. Arispe Claudia **“FRECUENCIA DE CONTROL PRENATAL INADECUADO Y DE FACTORES ASOCIADOS A SU OCURRENCIA- 2011 LIMA”**

Resultados: Se incluyeron 384 puérperas, 66,05% recibieron 6 ó más controles prenatales y sólo 7,36% tuvo CPN adecuado. Ciento cuarenta y cinco puérperas tuvieron su primer CPN antes de las 12 semanas. Los factores que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de CPN inadecuado fueron paridad mayor a 2 ( $p=0,02$ ) y no planificación de la gestación ( $p=0,003$ ). Conclusiones: El porcentaje de CPN inadecuado fue elevado. El CPN inadecuado se asoció con paridad mayor a 2 y gestación no planificada. (15)

2. Saavedra Pérez Rosario **“FACTORES ASOCIADOS A PATOLOGÍAS MATERNAS Y PERINATALES EN AUSENCIA DE ATENCIÓN PRENATAL. HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. IQUITOS-PERÚ. ENERO-JUNIO 2014”**

Conclusiones: Se determinó que el perfil más frecuente de gestantes que presentaron ausencia de atención prenatal: gestante procedente de zona rural, que no cuenta con SIS, menor de 35 años, analfabeta o con grado de instrucción primaria, que sea ama de casa o tenga alguna ocupación que no le permita desarrollar autonomía, ser soltera o conviviente, multigesta y sin complicaciones en embarazos previos. Se determinó que el perfil más frecuente de gestantes que presentaron adecuada atención prenatal: gestante procedente de zona urbana, que cuenta con SIS, cuya edad oscila entre 20 a 35 años, con grado de instrucción secundario o superior, que sea estudiante o tenga una ocupación que le permita desarrollar autonomía, ser conviviente o casada, primigesta y en caso de ser multigesta, con algún antecedente patológico. Los antecedentes maternos más frecuentes fueron: aborto, cesareada anterior, enfermedad infecciosa no especificada, pre-eclampsia, HTA, alergia a medicamentos y TBC, en ese orden. La ausencia de APN tuvo asociación estadísticamente significativa a la presencia de complicaciones durante el embarazo, dentro de las cuales las más frecuentes fueron: anemia, ITU, RPM, pre-eclampsia oligohidramnios, SFV y amenaza de parto pre-término, en ese orden. (16)

3. Prato de la Fuente Lucía **“CONTROL PRENATAL INCOMPLETO COMO FACTOR DE RIESGO DE ANEMIA EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO- LIMA 2016”**

RESULTADOS: En el presente trabajo se encontró que el control prenatal incompleto, definido como menor de 6 controles, es un factor de riesgo para anemia en el embarazo con 21 veces más probabilidad de tener dicha enfermedad (OR= 21.3750) Resultado significativo (95% CI), muestra asociación. (26)

**4. Navarro Vera Mirella “FACTORES DE RIESGO PARA EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD “LEONOR SAAVEDRA” - ENERO A MARZO DEL 2015.” LIMA**

RESULTADOS: La mayoría de gestantes (53.8%) evaluadas en el estudio inicia tempranamente su atención prenatal en el centro de salud Leonor Saavedra. Al evaluar los factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal, se observan que los factores socioeconómicos no fueron considerados de riesgo para el inicio tardío del control prenatal. Sin embargo en cuanto a los factores personales como: el ser víctima de violencia, que la familia muestre poco interés por la salud de la gestante, presentar problemas durante el embarazo, tener problemas de dinero para costear la atención prenatal, tener dificultades de acudir al CPN por su trabajo, el antecedente de experiencias negativas durante las consultas en un establecimientos de salud y considerar poco importante la atención prenatal, tuvieron frecuencias significativamente diferentes; por tanto, se consideran factores de riesgo asociados al inicio tardío de la atención prenatal. Al respecto de los factores de riesgo obstétricos de las gestantes con inicio tardío y temprano de la atención prenatal, se evidencia que el ser multigesta, I Temprano 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.

### **2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES:**

#### **1. Gutiérrez Huamani, Karina “ATENCIÓN PRENATAL Y COMPLICACIONES MATERNAS EN GESTANTES ADOLESCENTE ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, AÑO 2010”**

RESULTADOS: Las edades de las gestantes adolescentes estuvieron comprendidas entre 16 y 19 años en 84.3%, según grado de instrucción de nivel secundario el 85.2%, la atención prenatal fue de inicio tardío 92.6%, la prioridad de la atención prenatal en forma inadecuada 81% hasta el 6to mes; 78.5% durante el 7° y 8° mes, y 53.7% durante el 9° mes de gestación y con atención prenatal completa fue de forma inadecuada en su mayoría, La frecuencia de las complicaciones maternas más relevantes fueron en las complicaciones menores; la infección urinaria (34.7%), amenaza de aborto (18.2%) y anemia (13.2%); en las complicaciones mayores relevantes encontramos; amenaza de parto prematuro (17.4%) , rotura prematura de membranas (16.5%), infección vaginal (15.7%) y Síndrome de hipertensión inducida en el Embarazo (14.0%). (31)

#### **BASES TEÓRICAS:**

El Control prenatal: Actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. (8)

El control prenatal (CPN) es una oportunidad de comunicación directa con la gestante y su pareja o acompañante para ofrecerle la información y orientación que promueva la construcción Conjunta de conocimientos, la aceptación y practica de conductas saludables y la toma de decisiones responsables y oportunas en el proceso del embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido.(13)

En el control prenatal es importante brindar información sobre los beneficios del parto institucional y dar orientaciones que permitan la identificación oportuna de

complicaciones obstétricas, para así disminuir el riesgo para la salud y vida de la gestante, puérpera y recién nacido. Por ello, es recomendable contar en el CPN con la presencia de la pareja o acompañante de la gestante. (14)

#### Esquema De Los Controles Prenatales En Un Embarazo Normal

- Optimo: 12 controles.
- Nivel mínimo eficiente: 6 controles.
- Una mensual hasta las 32 semanas gestacionales.
- Una cada 2 semanas hasta las 36 semanas gestacionales.
- Una cada semana hasta el momento del parto.

#### **OBJETIVOS DEL CONTROL PRENATAL**

- a) Promover hábitos de vida saludable, factores protectores a las gestantes y sus familias.
- b) Vigilar el proceso de la gestación para prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo biológicos psicológicos y sociales.
- c) Detectar tempranamente las complicaciones del embarazo y orientar el tratamiento adecuado de los mismos.
- d) Ofrecer educación a la pareja que permita una interrelación adecuada entre los padres e hijos mucho antes de que nazcan éstos.
- e) Preparar a la embarazada física y psíquicamente para el momento del nacimiento de su bebe. (18)

#### **CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRENATAL**

-Precoz: se realiza la primera visita en el primer trimestre, lo que posibilita la ejecución oportuna de acciones de promoción, protección, y recuperación de la salud, permitiendo además la detección temprana de embarazos de riesgo.

- Periódico: La frecuencia dependerá del nivel de riesgo: para la población de bajo riesgo se requieren un mínimo de cinco controles.

-Integral: Este garantizara las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada.

-Con enfoque de riesgo: sus necesidades se podrán resolver con una atención continua evitando complicaciones durante todo el periodo del embarazo. (22)

## **PROPOSITOS DEL CONTROL PRENATAL**

-Identificar factores de riesgo

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.

Desde el punto de vista perinatal, los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbimortalidad del nuevo ser son: la prematurez, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados.

Los problemas que se asocian a morbimortalidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas prestacionales.

Se han diseñado múltiples listados con factores de riesgo a los cuales se les asigna un puntaje, los que sumados, indicarían la necesidad de que esa gestación se controle en el nivel primario, secundario o terciario de atención prenatal.

-Diagnosticar la edad gestacional

Muchas mujeres acuden a la primera cita prenatal una vez que una prueba de embarazo de las que pueden realizarse en el hogar o en alguna farmacia haya resultado positiva. El registro preciso de la fecha última de menstruación las fechas de relaciones sexuales y la temperatura basal es de gran valor para



diagnosticar con precisión el embarazo. No obstante puede ser necesario examinar a las dos o cuatro semanas para verificación del diagnóstico.

### **-EXAMEN CLÍNICO GENERAL:**

Realice la exploración general como cualquier otro examen de rutina. Para tratar de descubrir enfermedades como: tuberculosis, anemia, tumores mamarios. Es necesario prestar particular atención a lo siguiente:

-Examen general: Tomar la presión arterial en cada consulta prenatal. La elevación significativa de la presión arterial, junto con edema generalizado y proteinuria, indica la aparición de toxemia. Notar la constitución y el estado nutricional. Palpar mamas y axilas, examinar los pezones, auscultar el corazón y los pulmones.

1. Piel y Cabello: Las alteraciones metabólicas frecuentemente se manifiestan al principio por cambios cutáneos.

2. Boca: Valore la higiene bucal.

3. Abdomen: Se estudiara especialmente:

Tamaño, forma y consistencia del útero.

Hernias.

Masas.

4. Extremidades: Se explorará el desarrollo, las deformaciones y la restricción de movimientos de brazos, piernas y columna.

-Examen pélvico: Una exploración pélvica minuciosa y ordenada puede hacerse en cualquier ocasión antes de término y es más importante para cada nueva paciente obstétrica. Se prestará particular atención a lo siguiente:

- Cérvix y útero.

## **EXAMENES AUXILIARES:**

**GRUPO SANGUÍNEO:** Detecta el grupo sanguíneo y la existencia del factor Rh en la sangre de la madre. En caso de que el resultado sea Rh positivo, es necesario confirmarlo con otros estudios específicos. Debe realizarse apenas se diagnostique el embarazo y se hace sólo una vez. Es una prueba que debe hacerse tanto en la madre como en el padre del bebé en formación, de esta manera, será más fácil predecir y actuar frente a una posible incompatibilidad de Rh entre la madre y el hijo, la cual en el segundo embarazo de la madre podría ser muy peligrosa para el bebé.

**VDRL:** Es un estudio que se realiza en sangre y detecta enfermedades venéreas, principalmente sífilis. No es muy concreto, por eso en caso de un resultado positivo, es necesario confirmarlo con otros estudios específicos. Se hace una sola vez apenas se diagnostique el embarazo. Orienta al médico sobre cómo manejar a la paciente y sobre el tipo de parto más conveniente.

**PRUEBA PARA DETECTAR VIH:** Es un virus que ataca a ciertas células del sistema inmunitario del organismo y produce el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Esta prueba se realiza en la sangre.

## **EN ORINA**

**Examen general de orina.** De preferencia se toma la primera orina de la mañana y solamente requiere de un aseo de los genitales externos, la orina se deposita en el envase que te brinde el laboratorio.

Este análisis detecta los niveles de azúcar y proteína. Los niveles elevados de azúcar pueden ser un indicio de diabetes. La presencia de proteína en la orina puede indicar que hay una infección de las vías urinarias o una enfermedad de los riñones. La presencia de proteínas en la orina en el último trimestre del embarazo puede ser un indicador de preeclampsia (enfermedad hipertensiva del embarazo.)

## **Urocultivo:**

El urocultivo, se realiza cuando el médico tiene la sospecha de una infección de vías urinarias, sirve para determinar la cantidad de gérmenes y el tipo de bacteria contenida en ella. De esta manera el médico sabrá qué tipo de antibiótico debe

prescribir y por cuánto tiempo. Esta muestra deberá ser tomada por el técnico de laboratorio ya que requiere de una técnica estéril (uso de guantes estériles, aseo de genitales con solución antiséptica y un recipiente estéril para coleccionar la orina).

**ULTRASONIDO BÁSICO:** Es una técnica que utiliza ondas sonoras para ver imágenes del bebé en una pantalla. Puede ser vaginal o sobre el abdomen. Es de gran ayuda para determinar la edad del feto, distinguir un embarazo múltiple, controlar el crecimiento y tamaño fetal, e identificar los principales defectos o malformaciones. También sirve para descubrir el porqué de ciertas complicaciones del embarazo, como hemorragias vaginales. Revela cierta información precisa, pero también puede sugerir alteraciones que necesitarían confirmarse con otros estudios. Se recomienda realizarlo una vez por trimestre: entre las semanas 8 y 12 para calcular la edad del feto (edad gestacional).

**PAPANICOLAOU:** Esta prueba tiene como fin estudiar los cambios anormales de las células del cuello de la matriz, algunos de ellos pueden ser causados por el virus de papiloma humano, y pueden indicar un riesgo de cáncer o un cáncer ya existente. La detección temprana de células anormales en el cuello de la matriz, seguido del tratamiento adecuado y a tiempo, ofrecen una forma de prevenir el progreso de cualquier problema que afecte potencialmente el pronóstico de tu futuro embarazo y el de tu bebé.

#### **-INDICACIÓN DE HIERRO Y ÁCIDO FÓLICO:**

Hierro.- las necesidades de hierro en el feto son muy importantes, tanto para la formación de sus hematíes como para la creación de reservas útiles que empleara durante los primeros meses de vida extrauterina. Si no se cubren estas necesidades aparecerá anemia tanto para la madre como para el feto. La cantidad de hierro para la gestación en su totalidad es de aproximadamente 1000mg gran parte de la cual se pierde por vía fecal quedando retenido el resto esta cantidad se cubrirá con una cantidad consumida de 3mg día.

Ácido fólico.- durante el embarazo las necesidades de ácido fólico se multiplican por dos. Los folatos intervienen de manera decisiva en el crecimiento celular. Su déficit se ha relacionado de manera directa con la alteración de cierre de tubo neural,

Así como con malformaciones fetales, labios leporinos, esta necesidad elevada de fosfato se produce principalmente en el comienzo del embarazo durante las primeras 4 semanas gestacionales, por ello es de gran importancia el consumo de ácido fólico en la época preconcepciones, durante el primer trimestre se recomienda una dosis suplementaria de 400ug además debe consumir cereales, hígado, espinacas acelga etc. (16)

#### **-INDICACIÓN DE TOXOIDE TETÁNICO.**

La inmunización antitetánica es el método más eficaz para prevenir el tétanos neonatal. Durante el embarazo pasa el anticuerpo a través del cordón umbilical y confiere inmunidad pasiva contra el TNN. Se deberá colocar a la gestante dos dosis con un intervalo de un mes entre ellas, en los primeros siete meses de embarazo. Si ya ha sido vacunada dentro de los últimos cinco años, se le administrará una sola dosis de refuerzo. Además, se debe educar a la gestante para que complete su esquema de vacunación en el postparto. (17)

#### **EDUCACIÓN MATERNA DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES**

El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal.

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales:

#### **-Signos y síntomas de alarma**

La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia

obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio de salud donde atenderá su parto.

### **-Nutrición materna**

Un adecuado aporte y metabolismo de los nutrientes son imprescindibles para el desarrollo correcto del nuevo ser que está en el útero materno. Los efectos de una inadecuada alimentación durante el embarazo puedan dar lugar con mayor incidencia en nacimiento de neonatos de bajo peso o pequeños para la edad gestacional y prematuros así como un mayor número de abortos.

Por otro lado puede presentarse obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedades coronarias, o hipercolesterolemia, es fundamental informar a la gestante sobre la ganancia de peso recomendado durante el embarazo y mantener un peso adecuado (18).

### **-Lactancia y cuidados del recién nacido**

Es la mejor alimentación para el recién nacido (RN) y el niño en su primer año. Debe ser exclusiva en los 6 primeros meses y ser parte importante de la alimentación durante el primer año. La OMS recomienda lactancia hasta los dos años. (19)

### **-La actividad física**

El ejercicio físico es beneficioso para la embarazada y para el desarrollo del feto, siempre que se realice moderadamente. Es preferible su práctica regular tres o cuatro días a la semana se deberá evitar ejercicio en posición supina. (20)

### **-Orientación sexual**

No existen limitaciones en la actividad sexual en los embarazos normales, sin embargo las relaciones sexuales coitales durante la gestación está contraindicada en las siguientes situaciones: metrorragia, insuficiencia placentaria, placenta previa, ruptura de membranas, amenaza de aborto. (21)

Amenaza de parto pre término antecedentes de abortos habituales malformaciones congénitas uterinas y enfermedades de transmisión sexual.

Durante el puerperio se recomienda evitar las relaciones sexuales coitales hasta que cese la emisión de los loquios y cicatrice la episiotomía, teniendo siempre presente el deseo y la sensación de bienestar de la pareja.

### **-Planificación familiar**

La aparición de la menstruación tras el parto depende del mantenimiento o no de la lactancia materna. En las mujeres que no dan de lactar suele presentarse hacia los 45 días posparto por lo que es importante indicar a breve rasgos sobre la elección de los métodos anticonceptivos esta depende del mantenimiento o no de la lactancia y la consideración del método como temporal o definitivo para este periodo. Todos los anticonceptivos utilizados durante la lactancia tienen una eficacia mayor que la que presentan fuera de este periodo.

### **IMPORTANCIA DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO NUTRICIONAL**

Luego de varias décadas de estudio, se conoce que el estado nutricional deficiente de la madre afecta el desarrollo general y neurológico del feto, y que particularmente, la desnutrición materna es un factor esencial a tener en cuenta, por sus consecuencias desfavorables para el binomio madre-hijo. Al respecto, algunos autores estiman que es vital atender rigurosamente a las gestantes mal nutridas por defecto, dada su gran influencia sobre el bajo peso al nacer en los niños.

### **COMPLICACIONES:**

#### **LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Se considera hipertensión arterial en la embarazada, una cifra tensional que alcance o sobrepase los 90mmhg para la presión diastólica o los 140mmhg para sistólica. No obstante también se considera hipertensa una embarazada que durante sus controles prenatales presente en aumento de 30mmhg para la presión

sistólica y de 15mmhg para la diastólica. Para decir que una embarazada es hipertensa se requiere de una presión arterial elevada por lo menos dos controles separados por un periodo mínimo de 6 horas, habiendo permanecido durante ese periodo en reposo absoluto.

## **FISIOPATOLOGIA DE LA PREECLAMPSIA**

Se desconoce el agente causal de la preeclampsia-eclampsia. A lo largo del tiempo se han propuesto diversas hipótesis, como la de la existencia de una endotoxina con poder vasopresor, hecho que dio lugar al nombre con el que se le conoció por mucho tiempo (toxemia). Más tarde se propusieron como agentes causales los factores genéticos, la resistencia a la insulina, la deficiencia de calcio, el desequilibrio en la producción de prostaglandinas, las alteraciones de la coagulación, etc. Algunas observaciones epidemiológicas e histopatológicas de los últimos años han hecho suponer un trastorno inmunológico que provoca mala respuesta inmunitaria materna al embarazo, lo que lleva a la invasión trofoblástica deficiente de las arterias espirales del útero (sólo 30 al 50% del extremo proximal a la decidua). Lo anterior provoca isquemia placentaria y se ha propuesto que ello, a su vez, desencadena la liberación de sustancias inflamatorias que producen lesión endotelial sistémica. El endotelio vascular tiene importantes funciones que incluyen: liberación de sustancias vasoactivas que regulan el tono vascular y sustancias que modulan la adhesividad plaquetaria, la fibrinólisis y la coagulación. Se ha detectado un número creciente de marcadores de lesión y disfunción endotelial en las mujeres preeclámpticas (homocisteína, fibronectina, molécula de adhesión intercelular, selectina E, etc.), así como de alteraciones de sustancias vasoactivas y de reguladores de la coagulación. El desencadenamiento de la cascada fisiopatológica puede provocar trastornos en distintos órganos, aparatos y sistemas de la mujer embarazada. El desequilibrio en la producción de las sustancias vasoactivas lleva al vasoespasmo y, consecuentemente, a la hipertensión arterial sistémica que, a su vez, ocasiona un impacto adicional en el organismo de la mujer y en su embarazo. La preeclampsia es muy grave y mortal para la madre y su hijo. Puede producir manifestaciones en distintas áreas del organismo de la mujer (encefalopatía, hipovolemia, alteraciones hematológicas,

hepáticas, cardiopulmonares, etc.) e, incluso, puede cursar con cuadros fulminantes y multisistémicos que evolucionan de manera rápida y con manifestaciones de daño a diversos aparatos y sistemas. Sin embargo, por razones aún no esclarecidas, su grado de progresión es variable y, por fortuna, la mayor parte de las veces el trastorno es leve y sólo incluye hipertensión arterial y lesión glomerular con albuminuria moderada. La hipertensión gestacional es un trastorno que suele observarse en una etapa más avanzada del embarazo, a diferencia de la preeclampsia. Se manifiesta sólo por hipertensión arterial y aunque algunas veces esta última puede comportarse en forma grave y arrojar elevadas tasas de resultados perinatales adversos y superiores a los que produce la preeclampsia leve, lo usual es que la evolución sea benigna y que el resultado perinatal no se vea afectado comparado con controles sin hipertensión. Su expresión clínica se limita a la gravedad de la hipertensión y no tiene repercusiones de otra naturaleza, incluso la volemia no se encuentra disminuida. Hasta este punto podría considerarse que dado el pronóstico potencialmente grave de la preeclampsia y virtualmente benigno de la hipertensión gestacional, así como por algunos hechos fisiopatológicos durante la primera y ausentes en la segunda se trate de dos enfermedades distintas. Sin embargo, también puede plantearse la posibilidad de que ambos padecimientos representan estadios evolutivos distintos de la misma enfermedad. El estudio de las mujeres con hipertensión gestacional ha sido menos intensivo. No obstante, en los últimos años se han publicado diversos ensayos en ese grupo de pacientes para contrastar similitudes y diferencias, hasta donde sea posible, entre las hipertensas y las preeclámpticas.

## **DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN GESTACIONAL**

El mismo se realiza cuando las cifras tensionales alcanzan o superan los 140/90 mm Hg. de presión sistólica y diastólica respectivamente. La paciente debe permanecer sentada por al menos cinco minutos antes de medir la tensión arterial. Si la misma es anormal, se debe repetir la medición tres veces más, separadas por intervalos de un minuto. Si estos valores se presentan antes de la semana 20,



estaremos presuntamente en presencia de una paciente con hipertensión previa. Si ocurren luego de la semana 20, deberemos recurrir a los estudios complementarios y al análisis de los factores de riesgo para poder diferenciar una hipertensión crónica de una inducida por el embarazo.

### **Estudios complementarios**

#### 1.-Control de la enfermedad materna

- Exámenes de laboratorio. Quincenalmente en hipertensión leve o según necesidad.
- Función renal: uricemia, creatinemia y clearance de creatinina.
- Proteinuria en orina de 24 horas. La uricemia es el único parámetro bioquímico que ha demostrado ser más predictivo del deterioro producido por la enfermedad; valores superiores a 6 mg% están relacionados con preeclampsia severa y riesgo fetal.
- Hematológicos: hemograma (especialmente hematocrito), recuento de plaquetas, LDH, coagulograma con fibrinógeno.
- Función hepática: TGO, TGP.
- Urocultivo. A fin de descartar proteinuria de otro origen, si esta fuera positiva.
- Examen cardiológico. Electrocardiograma con evaluación cardiológica, en una sola oportunidad.
- Diagnóstico por imágenes: Ecografía hepática, TAC (según necesidad)
- Fondo de ojos. En una sola oportunidad

#### 2.- Control de la vitalidad fetal

- Cartilla de movimientos fetales, en forma diaria.
- Ecografía obstétrica para curva de crecimiento y valoración del líquido amniótico, cada tres semanas.
- Velocimetría de flujo de vasos umbilicales y arteria cerebral media fetales, y arterias uterinas maternas, a partir del diagnóstico de HTA gestacional (con o sin proteinuria), o de la semana 18-20 en la HTA crónica, mensualmente o según necesidad. Ante la presencia de proteinuria, realizaremos el diagnóstico de preeclampsia. En nuestra experiencia, la preeclampsia debe ser diagnosticada

cuando la proteinuria es mayor de 300 mg/L en una muestra de orina de 24 horas. En todos los casos de hipertensión gestacional, se deberá solicitar proteinuria de 24 horas, ya que su detección afectará tanto el pronóstico como el tratamiento de la enfermedad. En cuanto a la presencia de edemas, los mismos son comunes en los embarazos normales y menos específicos para el diagnóstico de la preeclampsia. Sin embargo, un aumento en el peso materno por encima de los 500 g. por semana, especialmente si la misma se sostiene en el tiempo, puede ser un claro indicador de edemas en ausencia de otros hallazgos.

#### **PREVENCION:**

Podemos actuar tratando de modificar el curso de la enfermedad ya instaurada, o vigilando estrictamente a las pacientes con factores de riesgo. Las modificaciones en el estilo de vida, incluyendo el reposo y la disminución del stress, la restricción de la ingesta diaria de sodio en las pacientes con HTA crónica, y la indicación de ácido acetilsalicílico, son intervenciones que han demostrado ser eficaces. La indicación de suplementos con calcio con el fin de disminuir el riesgo de preclamsia

#### **INFECCION URINARIA:**

El término infección de las vías urinarias (ITU), involucra un amplio rango de entidades clínicas cada una con fisiopatología propia y con características propias en su forma de tratamiento. Las vías urinarias pueden ser afectadas por bacterias, hongos, parásitos, etc. El tracto urinario está compuesto por los riñones, el uréter, la vejiga y la uretra. Los riñones filtran la sangre para deshacerse de los líquidos que no sirven y producir orina (pis) que fluye de los riñones a la vejiga, y luego sale por la uretra. La mayoría de las ITU están causadas por bacteria (gérmenes) que ingresan en el tracto urinario a través de la uretra.

Las mujeres embarazadas tienen mayor riesgo de IU. Iniciándose en la semana 6, y con pico entre las semanas 22 y 24, cerca del 90% de las embarazadas presentan dilatación ureteral que permanece hasta el parto (hidronefrosis del embarazo).

## **FISIOPATOLOGIA:**

Los cambios fisiológicos del tracto urinario se inician alrededor de la semana 20, facilitando el desarrollo de la ITU, su recurrencia, persistencia y, a menudo, su evolución a formas sintomáticas, que no se produce en la mujer no gestante, en la que la ITU tiene menos impacto y no suele ser persistente. La resolución de estas modificaciones se produce lentamente después del parto, hasta completarse tras 6-8 semanas (un tercio a la semana, un tercio al mes y el tercio restante a los 2 meses).

**FACTORES MECÁNICOS:** El crecimiento uterino ocasiona, de forma progresiva, que el uréter se elongue, se desplace lateralmente y se vuelva tortuoso. Por otra parte, a medida que el útero aumenta su volumen también comprime la vejiga, favoreciendo la aparición de residuo posmiccional.

- La dilatación comienza en la pelvis renal y continúa de forma progresiva por el uréter, es menor en el tercio inferior y puede albergar hasta 200ml de orina, lo que facilita la persistencia de la ITU.

**FACTORES HORMONALES:** La progesterona disminuye el tono y la contractilidad de las fibras musculares lisas del esfínter ureterovesical y del uréter, favoreciendo el reflujo vesicoureteral, estancamiento de la orina y migración bacteriana. Éste se ha observado en el 3,5% de las gestantes, siendo más frecuente al final de la gestación.

**FACTORES FUNCIONALES:** Aumento del volumen plasmático y del gasto cardiaco, que producen un incremento del flujo plasmático renal y de la filtración glomerular de alrededor del 40%. También aumenta la reabsorción tubular. El índice de filtración glomerular aumenta progresivamente desde la 15 -36ª semana.

- La disminución de la capacidad de reabsorción tubular de la glucosa causa glucosuria, que se considera fisiológica siempre y cuando la glucemia sea normal, aunque no debe de eliminarse la posibilidad de una diabetes.

- Disminución de la concentración de creatinina y urea en plasma.

- La actividad peristáltica de la vía urinaria está disminuida en el 80-90% de los casos por la dilatación de la misma.

## OTROS FACTORES SON:

- Aumento de la longitud renal en 1 cm.
- Cambio en la posición de la vejiga (más abdominal que pélvica).
- Aumento del pH de la orina por el incremento de la excreción de bicarbonato y la mayor concentración urinaria de azúcares, estrógenos y aminoácidos, favoreciendo así el crecimiento bacteriano.

## ANEMIA:

Es el descenso de la masa eritrocitaria habitual de una persona, siendo insuficiente para aportar el oxígeno necesario a las células sin que actúen mecanismos compensadores. En la práctica se define como la disminución de los valores normales de la concentración de Hb<sup>10</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define anemia durante el embarazo como la disminución de la hemoglobina por debajo de 11g/dl en el primer y tercer trimestre y bajo 10,5 g/dl en el segundo trimestre. Asimismo de acuerdo a su gravedad se clasifica de la siguiente manera:

- a) Anemia leve: Hemoglobina 10.1 a 10.9 g/dl, Hematocrito 33 – 27%
- b) Anemia moderada: Hemoglobina 7.1 a 10g/ dl. Hematocrito 26 – 21%
- c) Anemia severa: Hemoglobina < 7g/dl, Hematocrito < 21%

Durante el embarazo, hay un aumento del 40–50% en el volumen plasmático, el cual alcanza su máximo en la semana 32 de la gestación. Esto se acompaña de un aumento similar en el gasto cardíaco. También se produce un aumento en el suministro de oxígeno al útero, aumentan la capacidad excretora de los riñones, ayudan a disipar el calor producido por el índice metabólico elevado durante el embarazo, protegen al feto frente a una mala perfusión placentaria, debido a una compresión Aorto-Cava por el útero grávido. La masa de glóbulos rojos de la madre aumenta en un 18–25% durante el embarazo. Esto ocurre más lentamente que el aumento en el volumen plasmático. La discrepancia entre la tasa de aumento del volumen plasmático y la masa de glóbulos rojos resulta en una reducción fisiológica de la concentración de hemoglobina durante el embarazo.

Los requerimientos de hierro de la madre están aumentados durante los dos últimos trimestres del embarazo debido a las demandas del feto y el aumento de la masa de glóbulos rojos materna. Hasta un 80% del requerimiento aumentado se produce en el último trimestre. El requerimiento total de hierro durante todo el embarazo es aproximadamente 1300 mg, distribuido por 300 mg para el feto, 50 mg para la placenta, 450 mg para el aumento de la masa de glóbulos rojos materna, 250 mg para las pérdidas de hierro basales de la madre, 250 mg para pérdida de sangre durante un parto vaginal normal (500 ml). Aunque la absorción intestinal de hierro aumenta durante el embarazo, la ingesta de hierro de la dieta es incapaz de satisfacer los requerimientos de hierro aumentados. Por consiguiente, estas se satisfacen con las reservas de hierro del cuerpo. Si estas son inadecuadas, la madre desarrollará anemia si no se administran suplementos de hierro.

En el transcurso del último trimestre del embarazo, el aumento en el volumen plasmático llega a una meseta, pero los glóbulos rojos continúan aumentando, lo que mejora el balance y aumenta ligeramente el resultado del hematocrito. Desafortunadamente, la mayoría de las mujeres inician el embarazo sin tener los suficientes depósitos de hierro que puedan cubrir el aumento en la demanda, principalmente en el segundo y tercer trimestre. Si la embarazada no cuenta con una reserva natural de hierro, puede desarrollar anemia por deficiencia de hierro o anemia ferropénica que es la más común de las anemias que se presentan durante el embarazo.

### **INFLUENCIA DE LAS ANEMIAS DURANTE EL EMBARAZO**

Debemos considerar de alto riesgo a toda embarazada cuando:

- Las concentraciones de hemoglobina son inferiores a 11 g/dl.
- El hematocrito se halla por debajo del 33 %.

Ambos hechos pueden producir patologías tanto sobre la madre como sobre el feto.

Sobre la madre:

- Incidencia de preeclampsia.

- Mayor riesgo de infecciones puerperales.
- Alto riesgo de desprendimiento prematuro de placenta.
- Agudización de afecciones cardiovasculares previas maternas.

Sobre el feto:

- Hipoxia fetal.
- Retardo del crecimiento intrauterino y sufrimiento fetal agudo.
- Alta prevalencia de mortalidad fetal.
- Parto prematuro.

## DIAGNOSTICO DE LA ANEMIA

La anemia generalmente se descubre durante la atención prenatal mediante un análisis de sangre de rutina indicado para verificar los niveles de hemoglobina o hematocrito. Los procedimientos para el diagnóstico de la anemia incluyen el interrogatorio antecedentes familiares de anemia, trastornos hemorrágicos, examen físico completo en busca de palidez, control de TA, y el análisis de sangre por laboratorio.

## TRATAMIENTO DE ANEMIA EN GESTANTES

Suplementación preventiva de anemia con hierro y ácido fólico, según La Reunión Técnica Nacional: “Plan Nacional para la reducción de la anemia” – Ministerio De Salud, 2016.

- Gestantes

Micronutrientes	Cantidad	Producto utilizar	a Tiempo
500 ug. de Ácido fólico	1 tableta diaria	Ácido fólico	Durante las primeras 13 semanas de gestación.
60 mg de hierro elemental + 400 ug. de Ácido fólico	1 tableta diaria	Sulfato ferroso/ Ácido fólico ó Hierro polimaltosado/ Ácido fólico	A partir de la semana 14 de gestación.

120 mg de hierro elemental + 800 ug. de Ácido fólico	2 tabletas diarias	Sulfato ferroso/ Ácido fólico ó Hierro polimaltosado/ Ácido fólico	Gestantes que inician su atención prenatal después de la semana 32.
--	--------------------	---	---

## NIVELES DE HEMOGLOBINA Y SU VARIACION DURANTE LA GESTACION:

- **GESTACION:** durante el periodo del embarazo. Se considera anemia cuando la Hb es < 11 g % en el primer y tercer trimestre y < 10.5 g. % en el segundo trimestre. Durante el embarazo, el volumen plasmático se expande un 40 a 50%, al igual que la masa celular y los factores pro coagulantes, lo cual protege de algún modo a la madre de las consecuencias de la hemorragia esperada durante la atención de un parto normal. La anemia es el trastorno más común durante la gestación y está asociada a parto pre termino, niños con bajo peso al nacer, baja ganancia de peso materno y un incremento en la mortalidad perinatal y materna. Desde el punto de vista fisiológico, mientras el volumen plasmático y la masa eritrocitaria aumentan en 150% y 125%, respectivamente, existe una disminución inicial de la eritropoyetina y la ferritina entre las semanas 12 a 25 de la gestación. se observa la caída franca de la Hb en la semana 8, alcanza su mínimo nivel en la semana 20 y luego se empieza a recuperar hacia la semana 32.

## HEMOGLOBINA

La hemoglobina es una proteína de la sangre que se encuentra en el interior de los eritrocitos y posee un color rojo característico.

Su función es el transporte de oxígeno desde los pulmones hasta los tejidos donde recoge el dióxido de carbono que lo devuelve a los pulmones, donde será exhalado al aire.

Al interactuar con el oxígeno toma un color rojo escarlata, que es el color que posee la sangre arterial y al ceder el oxígeno va tomando un color rojo más oscuro que es el que caracteriza a la sangre venosa.

La hemoglobina está compuesta por el grupo hemo y el grupo globina. Las globinas son la parte proteica y cada hemoglobina se encuentra formada por cuatro cadenas polipeptídicas de globina a cada una de las cuales se le une un grupo hemo, cuyo átomo de hierro se puede unir reversiblemente con una molécula de oxígeno. Se trata de una proteína que contiene hierro.

## **2.2. MARCO CONCEPTUAL:**

**Control prenatal:** Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar

**Centro de salud:** se refieren al edificio donde se atiende a la población en un primer nivel asistencial sanitario. El personal y actividad asistencial del mismo puede variar de un país a otro y de un centro a otro.

**Control precoz:** Debe iniciarse desde el primer trimestre de la gestación.

**Control periódico:** son la que se repiten con una frecuencia y oportunidad que varían según el grado de riesgo del embarazo.

**Control integral:** Este es la que garantiza las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada.

**Anemia:** La anemia se define como una disminución en el número de glóbulos rojos (o hematíes) en la sangre o en los niveles de hemoglobina respecto a los valores normales.



La principal función de los glóbulos rojos es el transporte de oxígeno en la sangre y su liberación en los distintos tejidos. El oxígeno se transporta en el interior del hematíe unido a la hemoglobina.

**Hipertensión gestacional:** Es un tipo de alta **presión arterial** que sólo tienen las embarazadas. Este problema comienza después de las 20 semanas de embarazo y desaparece después de que nace el bebé.

**Infección urinaria:** La infección urinaria (IU) es la existencia de gérmenes e infecciones patógenos en la orina por infección de la uretra, la vejiga, el riñón o la próstata. Los síntomas que acompañan a una infección de orina son los que componen el síndrome miccional, teniendo en cuenta que las infecciones de orina también pueden ser asintomáticas.

### CAPITULO III

#### PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

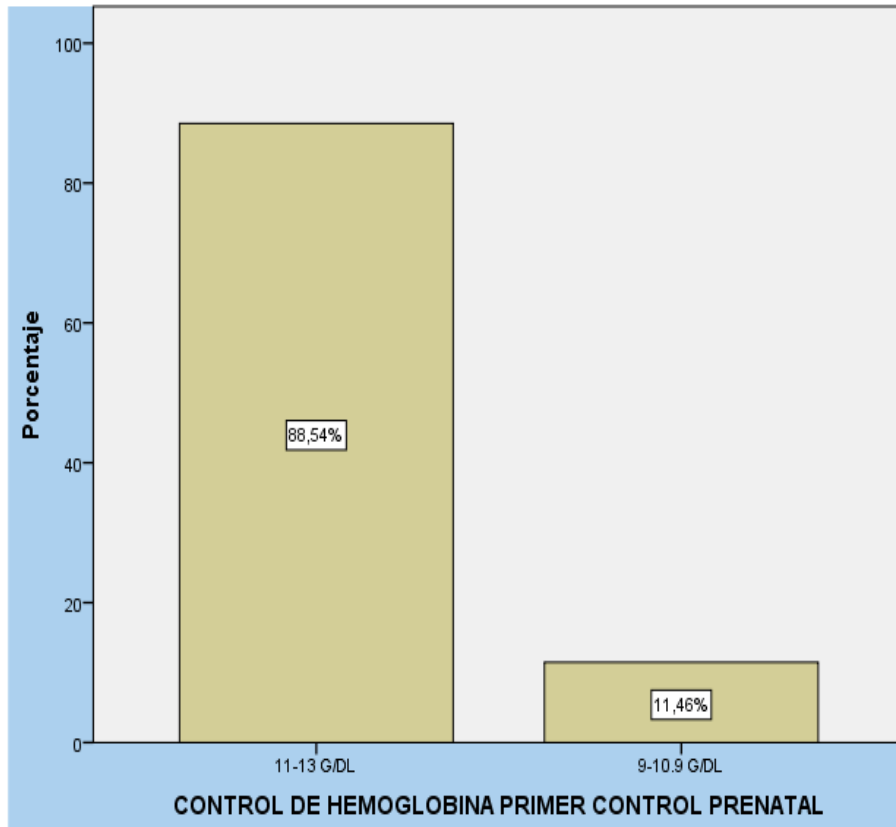
#### Complicaciones Maternas Relacionadas A La Atención Prenatal En Pacientes Atendidas En El Hospital Regional De 2017

TABLA 1

#### ANEMIA (VALOR DE HEMOGLOBINA EN EL CONTROL PRENATAL)

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
>7->9 G/DL	170	88,5	88,5	88,5
9-10.9 G/DL	22	11,5	11,5	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Tabla 1: Dentro del CPN en la primera consulta el 88,5% de las gestantes atendidas en el HRI tuvieron anemia moderada.

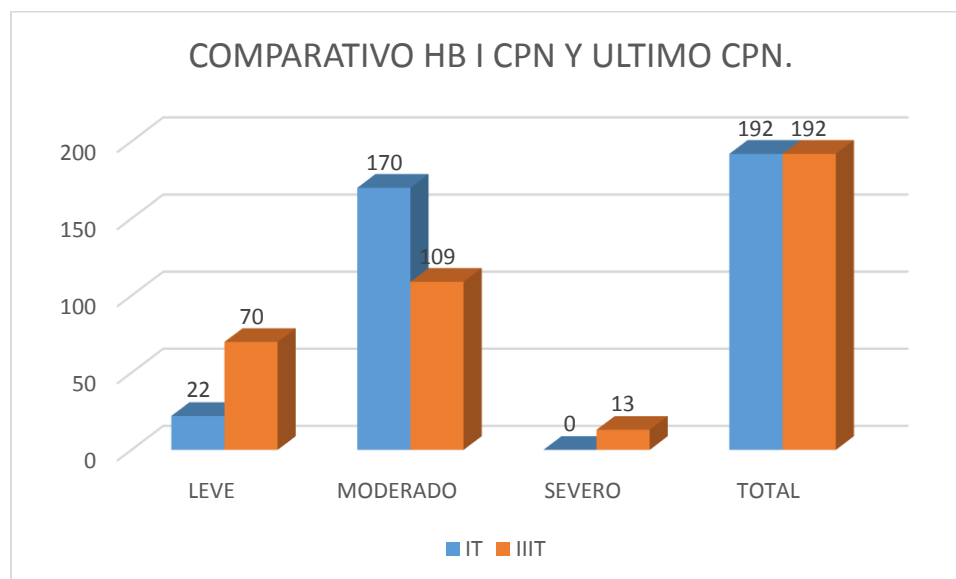


**COMPLICACIONES MATERNAS RELACIONADAS A LA ATENCIÓN  
PRENATAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE  
2017**

**TABLA 2  
COMPARACION HBI CPN Y HB EN EL ÚLTIMO CPN.**

VALOR HEMOGLOBINA DE	HEMOGLOBINA			
	LEVE 9-10.9	MODERADO	SEVERO	TOTAL
<b>HB I CPN BASE</b>	22	170	0	192
<b>%</b>	11.4%	88.5%	0%	100.0%
<b>HEMOGLOBINA ULTIMO CPN</b>	70	109	13	192
<b>%</b>	35.8%	55.8%	6.7%	100.0%

TABLA 2: Se identifica que la anemia es una complicación dentro del control prenatal encontrando el 88.5% en el primer control y 55,8% en el último control prenatal.



## PRUEBA DE ANALISIS DE CHI CUADRADO

VALOR DE HB EN III TRIMESTRE		Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Probabilidad en el punto
11-14	Chi-cuadrado de Pearson	. <sup>e</sup>			
	N de casos válidos	70			
9-10.9	Chi-cuadrado de Pearson	3,724 <sup>f</sup>	1	,054	
					,034
	N de casos válidos	109			
7-8.9	Chi-cuadrado de Pearson	13,000 <sup>h</sup>	1	,000	
					,001
	N de casos válidos	13			
Total	Chi-cuadrado de Pearson	2,111 <sup>a</sup>	1	,146	
					,065
	N de casos válidos	192			

### ANALISIS E INTERPRETACION:

Se evidencia dentro de la estadística inferencial que si existen relación anemia y control prenatal renfocado con chi cuadrado de 2,111 con una  $p=0.065$  es decir es significativo el estudio aceptando la  $H_a$ ; donde existen complicaciones maternas relacionadas con la anemia dentro del control prenatal en gestantes atendidas en el HRI 2017.

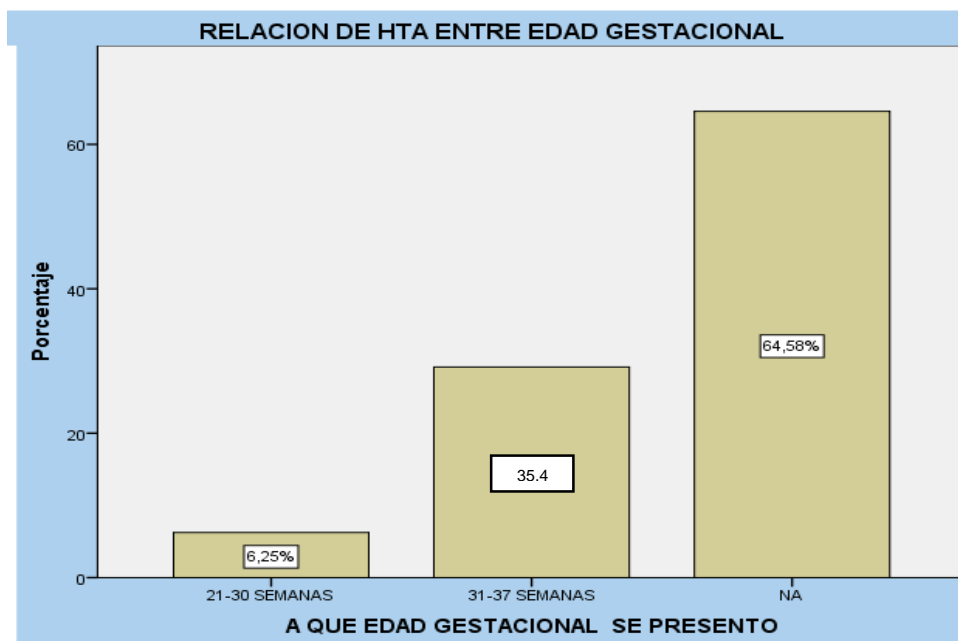
**COMPLICACIONES MATERNAS RELACIONADAS A LA ATENCIÓN  
PRENATAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE  
2017**

**TABLA 3**

**HIPERTENSIÓN ARTERIAL ES UNA COMPLICACIÓN EN EL CPN**

SEMANAS DE GESTACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
21-30 SEMANAS	12	6,3	6,3	6,3
31-37 SEMANAS	56	29,2	29,2	35,4
N.A	124	64,6	64,6	100,0
Total	192	100,0	100,0	

**Tabla 3:** Observamos que la hipertensión arterial es una complicación materna relacionada con el control prenatal con 35,4% presentándose en pacientes que acuden al Hospital Regional de Ica. Donde el 64.6 no presenta ninguna complicación.



## CONTRASTACION DE HIPOTESIS DE HTA

RECIBIO CONSEJERIA PARA HTA		Valor	Gl	Sig.
SI	Chi-cuadrado de Pearson	20,104 <sup>d</sup>	8	,011
	N de casos válidos	166		
NO	Chi-cuadrado de Pearson	. <sup>f</sup>		
	N de casos válidos	19		
NA	Chi-cuadrado de Pearson	. <sup>f</sup>		
	N de casos válidos	7		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	21,946 <sup>a</sup>	8	,006
	N de casos válidos	192		

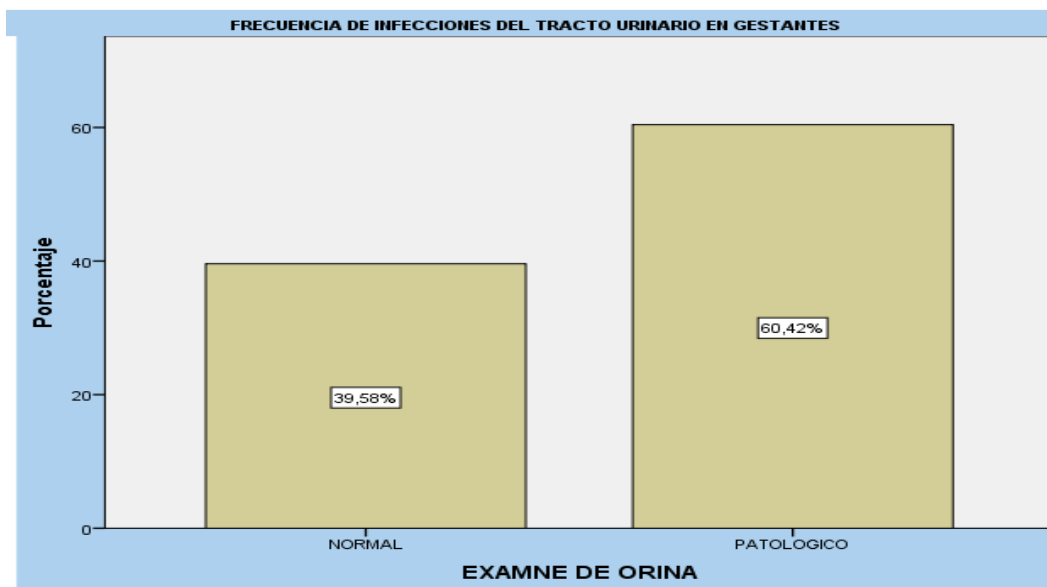
**ANALISIS E INTERPRETACION:** Se evidencia dentro de la estadística inferencial que si existen relación hipertensión arterial con el embarazo y el control prenatal renfocado con chi cuadrado de 20,104 con una  $p=0.006$ ; es decir es significativo el estudio aceptando la  $H_a$ ; donde existen complicaciones maternas relacionadas al control prenatal renfocado en gestantes atendidas en el HRI 2017.

**COMPLICACIONES MATERNAS RELACIONADAS A LA ATENCIÓN  
PRENATAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE  
2017**

**TABLA 4  
SEGÚN INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO**

Muestra de Orina	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NORMAL	76	39,6	39,6	39,6
PATOLOGICO	116	60,4	60,4	100,0
Total	192	100,0	100,0	

**Tabla 4:** Identificamos que la infección urinaria es una complicación materna relacionada en el control prenatal porque se encuentra presente en el 60,4% de las gestantes atendidas.



## CONTRASTACION DE CHI-CUADRADO DE PEARSON

MUESTRA DE ORINA			Sig.	
SI	Chi-cuadrado de Pearson	8,896 <sup>d</sup>	4	0,019
	N de casos válidos	147		
NO	Chi-cuadrado de Pearson	13,594 <sup>f</sup>	3	,001
	N de casos válidos	45		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	19,855 <sup>a</sup>	4	0,002
	N de casos válidos	192		

### ANALISIS E INTERPRETACION:

Se evidencia dentro de la estadística inferencial que si existen relación infección del tracto urinario y control prenatal reforzado con chi cuadrado de 8,896 con una  $p=0.002$ ; es decir es significativo el estudio aceptando la  $H_a$ ; donde existen complicaciones maternas relacionadas al control prenatal reforzado en gestantes atendidas en el HRI 2017.

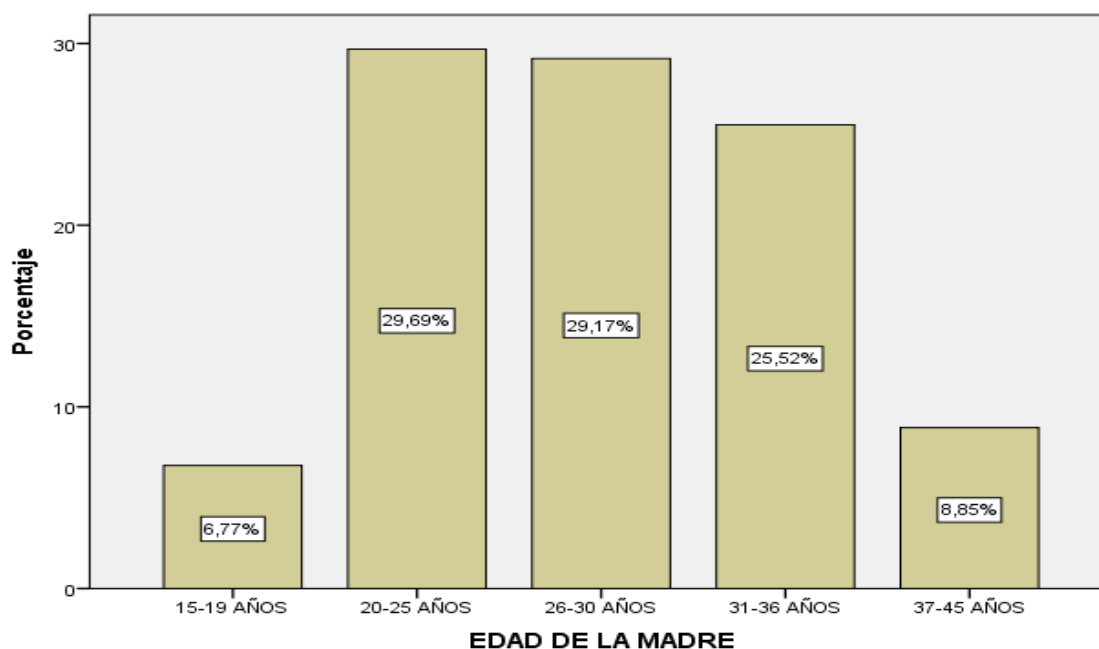


**COMPLICACIONES MATERNAS RELACIONADO A LA ATENCIÓN PRENATAL  
EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE 2017**

**TABLA 5  
SEGÚN FACTORES EPIDEMIOLOGICOS EDAD DE LA MADRE**

EDAD DE LA MADRE		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	15-19 AÑOS	13	6,8	6,8	6,8
	20-25 AÑOS	57	29,7	29,7	36,5
	26-30 AÑOS	56	29,2	29,2	65,6
	31-36 AÑOS	49	25,5	25,5	91,1
	37-45 AÑOS	17	8,9	8,9	100,0
	Total	192	100,0	100,0	

**TABLA 5:** Dentro de los factores epidemiológicos (edad) existe mayor frecuencia con 29,7% de gestantes entre las edades de 20-25 años que presentan complicaciones maternas en el control prenatal recibido en el Hospital Regional de Ica.

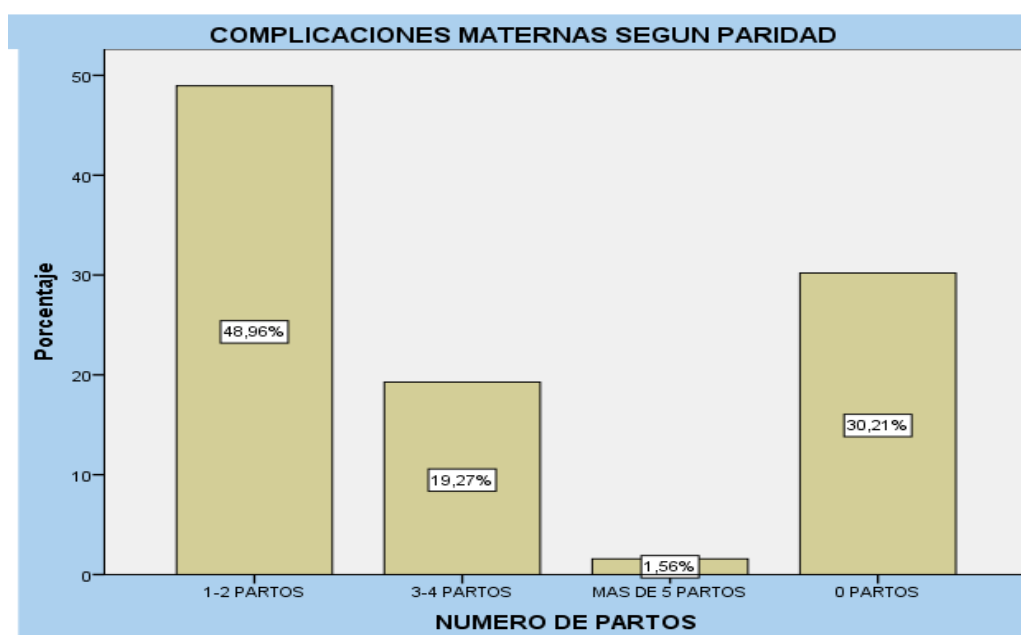


**COMPLICACIONES MATERNAS RELACIONADAS A LA ATENCIÓN  
PRENATAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE  
2017**

**TABLA 6  
SEGÚN FACTORES EPIDEMIOLOGICOS PARIDAD**

PARIDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1-2 PARTOS	94	49,0	49,0	49,0
3-4 PARTOS	37	19,3	19,3	68,2
MAS DE 5 PARTOS	3	1,6	1,6	69,8
0 PARTOS	58	30,2	30,2	100,0
Total	192	100,0	100,0	

**TABLA 6:** Dentro de los factores epidemiológicos (paridad) existe mayor frecuencia 49,0% entre paridad de 1-2 partos de gestantes que tuvieron complicaciones maternas dentro del control prenatal atendidas en el Hospital Regional de Ica.



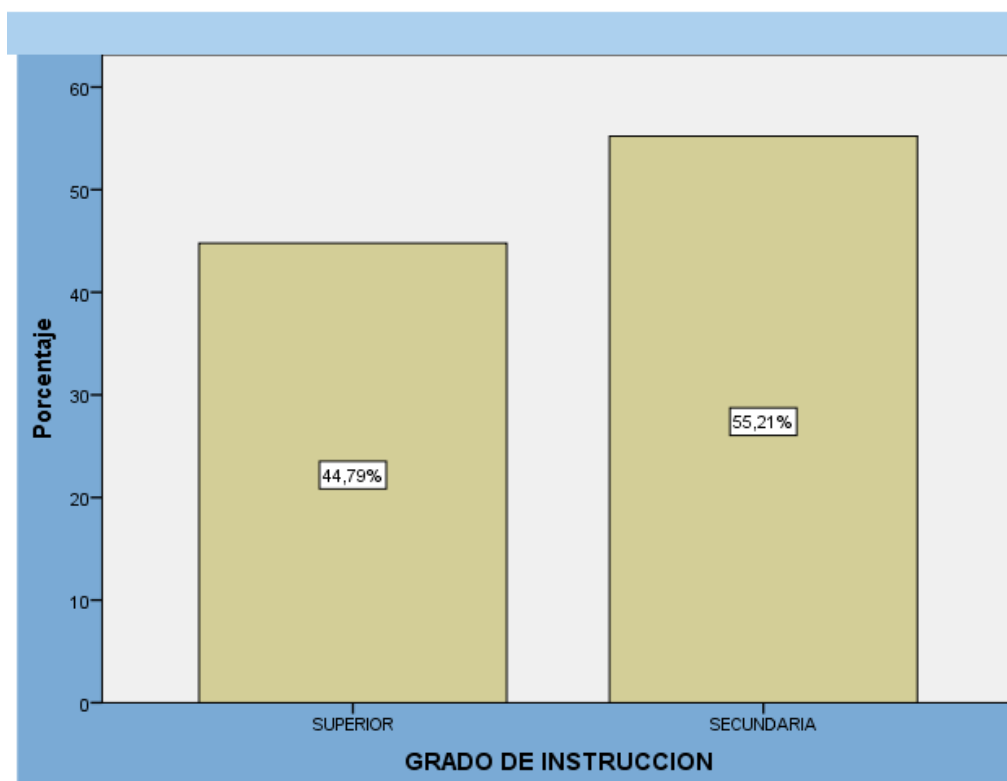
**COMPLICACIONES MATERNAS RELACIONADAS A LA ATENCIÓN  
PRENATAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE  
2017**

**TABLA 7**

**SEGÚN FACTORES EPIDEMIOLOGICOS GRADO DE INSTRUCCIÓN**

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SUPERIOR	86	44,8	44,8	44,8
SECUNDARIA	106	55,2	55,2	100,0
Total	192	100,0	100,0	

**Tabla 7:** Dentro de los factores epidemiológicos (grado de instrucción) existe mayor incidencia 55,2% de gestantes que tienen nivel secundario tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones maternas relacionadas al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica año 2017.



**CORRELACION DE FACTORES DE RIESGO EPIDEMIOLOGICOS EN RELACION A LAS COMPLICACIONES MATERNAS QUE RECIBEN CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA**

		EDAD DE LA MADRE	NUMERO DE PARTOS	GRADO DE INSTRUCCION
EDAD DE LA MADRE	Correlación de Pearson	1	-,568**	,019
	Sig. (bilateral)		,000	,790
	Suma de cuadrados y productos vectoriales	226,000	-154,000	2,000
	Covarianza	1,183	-,806	,010
	N	192	192	192
NUMERO DE PARTOS	Correlación de Pearson	-,568**	1	-,256**
	Sig. (bilateral)	,000		,000
	Suma de cuadrados y productos vectoriales	-154,000	325,745	-31,802
	Covarianza	-,806	1,705	-,167
	N	192	192	192
GRADO DE INSTRUCCION	Correlación de Pearson	,019	-,256**	1
	Sig. (bilateral)	,790	,000	
	Suma de cuadrados y productos vectoriales	2,000	-31,802	47,479
	Covarianza	,010	-,167	,249
	N	192	192	192

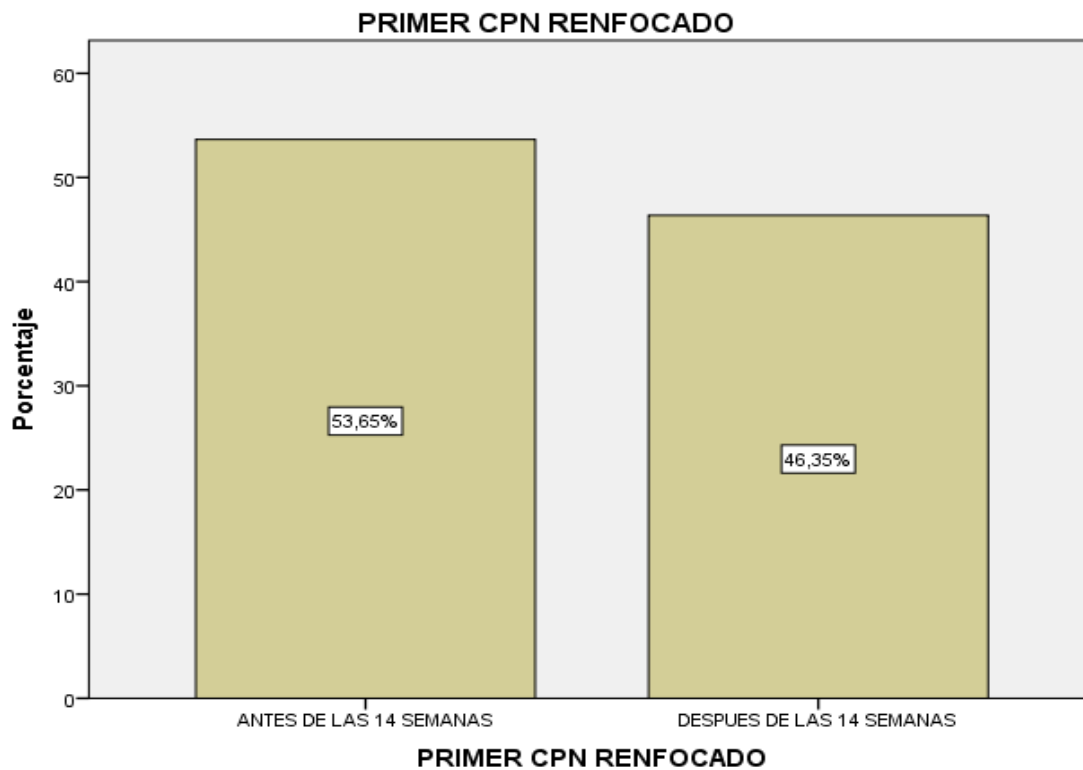
Solo existe correlación dentro de los factores epidemiológicos con el número de partos es significativo 0,000 y no existiendo correlación entre edad y grado de instrucción.

**COMPLICACIONES MATERNAS RELACIONADAS A LA ATENCIÓN  
PRENATAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE  
2017**

**TABLA 8**

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
ANTES DE LAS 14 SEMANAS	103	53,6	53,6	53,6
DESPUES DE LAS 14 SEMANAS	89	46,4	46,4	100,0
Total	192	100,0	100,0	

**Tabla 8:** El 53,6% recibieron un control prenatal reforzado precoz antes de las 14 semanas cumpliendo con las normas técnicas del programa.

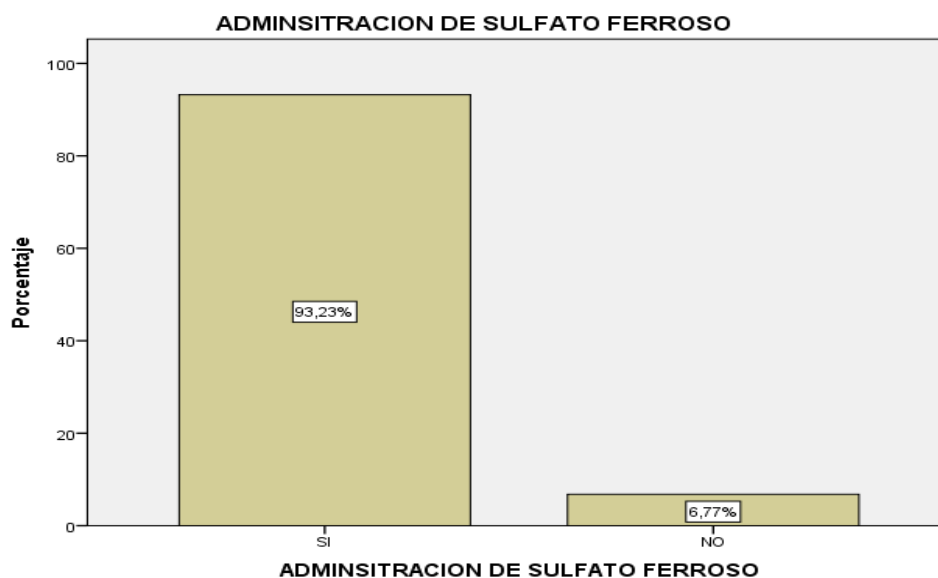


**COMPLICACIONES MATERNAS RELACIONADAS A LA ATENCIÓN  
PRENATAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE  
2017**

**TABLA 9**

ADMINSITRACION DE SULFATO FERROSO		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	179	93,2	93,2	93,2
	NO	13	6,8	6,8	100,0
	Total	192	100,0	100,0	

**Tabla 9:** El 93.2% tuvieron la administración de sulfato ferroso durante su control prenatal lo que significa que falta un seguimiento por parte del profesional porque no mejoran los niveles de hemoglobina en relación al primer control prenatal donde es incumplimiento en la toma diaria y falta sensibilización de la importancia de la administración del sulfato ferroso.

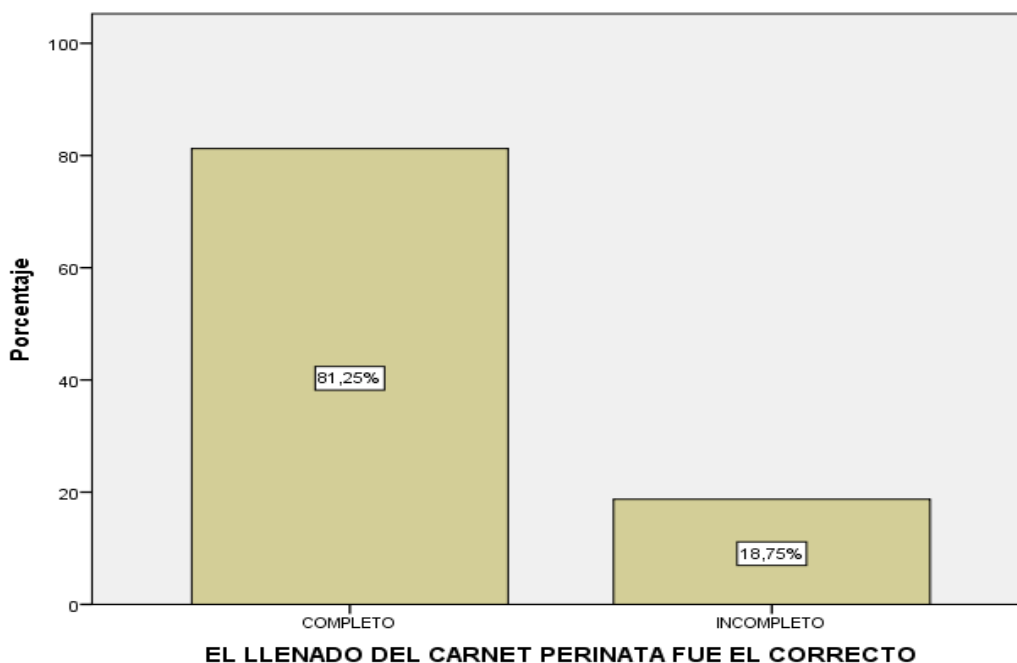


**COMPLICACIONES MATERNAS RELACIONADAS A LA ATENCIÓN  
PRENATAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE  
2017**

**TABLA 10  
EN RELACION AL LLENADO COMPLETO DEL CARNET PERINATAL.**

EL LLENADO DEL CARNET PERINATA FUE EL CORRECTO		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	COMPLETO	156	81,3	81,3	81,3
	INCOMPLETO	36	18,8	18,8	100,0
	Total	192	100,0	100,0	

**Tabla 9:** El 81.3% tuvieron un llenado de carnet perinatal completo lo que hace una falta de sensibilización del profesional en la importancia del llenado del carnet perinatal en las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Ica.



## DISCUSIÓN

En el presente trabajo titulado “COMPLICACIONES MATERNAS RELACIONADAS A LA ATENCION PRENATAL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2017” encontramos lo siguiente:

1. Encontramos que la anemia es una complicación materna dentro del control prenatal presentándose la mayor incidencia la anemia moderada con 88,5% en el control prenatal. En relación al último control encontramos el 55,8% con anemia moderada es decir se mejoró la prevalencia de anemia dentro del control prenatal.

Con una  $p=0.065$  es decir es significativo donde existe una alta probabilidad de hacer complicación materna. Nuestros resultados reinciden **Prato de la Fuente Lucia 2016 LIMA**. Donde las gestantes a término del hospital nacional dos de mayo tienen 21 veces más posibilidades de padecer anemia ( $or= 21.3750$ ) resultado significativo (95% ci).

2. Encontramos que las infecciones del tracto urinario con el 60,4%; Y su  $p=0.002$ ; es decir es significativo el estudio aceptando la  $H_a$ ; donde existen complicaciones maternas relacionadas al control prenatal refocado en gestantes atendidas en el HRI 2017. nuestros resultados son diferentes a los obtenidos por **Saavedra Rosario 2014 LORETO**. Nos comenta las complicaciones más relevantes son ITU en se dio en gestantes (24.4%).

3. Encontramos que la hipertensión arterial es una complicación materna frecuente con el 35,4% y una  $p=0.006$ ; es decir es significativo el estudio aceptando la  $H_a$ ; donde existen complicaciones maternas relacionadas al control prenatal refocado en gestantes atendidas en el HRI 2017.nuestros resultados difieren por Saavedra **Rosario 2014 LORETO**. Donde presento la probabilidad de pre-eclampsia en (3.7%); donde se encontró ausencia de APN, y que favoreció en 2.1 veces la aparición de preclamsia en las gestantes del estudio.



4. Dentro de los factores epidemiológicos (edad) encontramos que la edad de 20-25 años presentaron una complicación materna en el control prenatal con el 29,7% de las gestantes atendidas resultados difieren con **SAAVEDRA PÉREZ ROSARIO 2014 LORETO**; Que predominó el grupo etáreo de gestantes que tenían entre 20-35 años de edad con un 65.50% y que tuvieron ausencia y control prenatal inadecuado.

Otro factor es paridad existe mayor incidencia 49,0% de gestantes que tuvieron 1-2 partos tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones maternas; nuestros resultados coinciden con **Arispe Claudia. 2011 LIMA** donde el porcentaje de CPN inadecuado fue elevado. La paridad mayor a 2 se asoció a CPN inadecuado ( $p=0,02$ ), mientras que el ser primigesta a mayor frecuencia de CPN adecuado. Factor grado de instrucción existe mayor incidencia 55,2% de gestantes que tienen nivel secundario tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones maternas. En relación a una investigación de **Rojas, Pamela 2014 Huancavelica** se observa que casi la mitad (48%) de gestantes tienen nivel secundario, esto indica que las gestantes que recibe su atención prenatal tienen un alto nivel de estudio y pueden llevar un buen control. Se concluye que el grado de instrucción no es un factor para hacer una complicación materna.

5. Las gestantes que ingresan a la institución vienen con un llenado completo del carnet del control prenatal con un 81.3%. El 53,6% recibieron un control prenatal reforzado precoz antes de las 14 semanas cumpliendo con las normas técnicas del programa; En la investigación de **Gutiérrez, Karina 2010 ICA**-difiere porque comenta que la atención prenatal fue de inicio tardío 92.6%, la prioridad de la atención prenatal en forma inadecuada 81% hasta el 6to mes; 78.5% durante el 7° y 8° mes, y 53.7% durante el 9° mes de gestación y con atención prenatal completa fue de forma inadecuada en su mayoría.

El 93.2% tuvieron la administración de sulfato ferroso durante su control prenatal lo que significa que falta un seguimiento por parte del profesional porque no mejoran los niveles de hemoglobina en relación al primer control prenatal donde es el

incumplimiento en la toma diaria y falta sensibilización de la importancia de la administración del sulfato ferroso.

## CONCLUSIONES

1. Se compara la HB en el primer CPN en relación a la HB en el último CPN, donde se encuentra que cursa con anemia moderada y con anemia severa. Es decir que si existen relación anemia y control prenatal que reciben las gestantes atendidas con chi cuadrado de 2,111 con una  $p=0.065$  es decir es significativo el estudio aceptando la  $H_a$ .
2. Se evidencia que del total de gestantes atendidas con complicaciones maternas tienen infecciones del tracto urinario; dentro de la estadística inferencial que si existen relación infección del tracto urinario y control prenatal refocado con CHI cuadrado de 8,896 con una  $p=0.002$ ; es decir es significativo el estudio aceptando la  $H_a$ ; donde existen complicaciones maternas.
3. Se evidencia que un cierto porcentaje se evidencia que hay pacientes tienen HTA con el embarazo, siendo entre las semanas 31-37 la que presenta mayor incidencia y dentro de la estadística inferencial si existen relación hipertensión arterial con el embarazo y el control prenatal refocado con CHI cuadrado de 20,104 con una  $p=0.006$ ; es decir es significativo el estudio aceptando la  $H_a$ .
4. La edad de 20-25 existe mayor incidencia de gestantes de presentar complicaciones maternas relacionadas al inadecuado control prenatal. Otro factor es la paridad existe mayor incidencia de gestantes que tuvieron 1-2 partos tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones maternas. Y por último el grado de instrucción existe mayor incidencia de gestantes que tienen nivel secundario tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones maternas relacionadas al inadecuado control prenatal en gestantes.

5. Las gestantes que acuden a la institución vienen con llenado completo del carnet prenatal con 81,3%. El 53,6% recibieron un control prenatal refocado antes de las 14 semanas de gestación y el 93.2% tuvieron administración de sulfato ferroso pero se observó la falta de seguimiento y educación a la paciente porque se encuentran diferencias significativas en relación a las usuarias entre el primer control prenatal y el ultimo control prenatal.

## RECOMENDACIONES

1. La constante capacitación del personal médico a cargo de atención prenatal es imprescindible para un constante reenfoque de la importancia del correcto registro de los datos y con ellos cumplir con las metas fijadas en la disminución de la morbilidad materna perinatal.
2. Implementar más programas (o impulsar los que ya existen) que ayuden a fomentar una alimentación de calidad de la gestante, con macro y micronutrientes que favorezcan la salud materna y fetal y promover la toma de sulfato ferroso a partir de las 14 semanas para evitar la anemia en gestantes.
3. Llevar a cabo un monitoreo de la calidad APN, mediante informes semanales o mensuales, donde se pueda monitorizar a las gestantes según criterios de riesgo clínico y social (con especial énfasis en las gestantes con factores de riesgo como son anemia, ITU, Hipertensión arterial en el embarazo).
4. Orientar enseñar a nuestras gestantes sobre los cuidados que deben tener durante todo su embarazo. hacer énfasis en los signos de alarma y enseñarle sobre cuidado preventivo e higiene personal y el consumo de líquido que favorecerá prevenir complicaciones y para poder culminar con un embarazo sin riesgo.
5. Los profesional de salud, deberán realizar una atención prenatal adecuada priorizando los controles antes del primer trimestre para el diagnóstico oportuno y saber sus factores de riesgo para la referencia oportuna.
6. Mejorar la capacitación a los profesionales que están inmerso en la atención prenatal para dar un control prenatal de calidad y en forma adecuada.

- 7.** Realizar campañas en Centros de Salud donde se conozca las funciones que ofrece el servicio de obstetricia , para que así la comunidad interactúe directamente con el personal y cada vez más disminuir la brecha que existe entre la gestante y obstetra o lograr una confianza entre ellos.
  
- 8.** Es esencial el fortalecimiento de los programas de promoción de la salud en aspectos claves como educar sobre la importancia del CPN, la prevención del embarazo precozmente y la difusión de complicaciones que pueden surgir a partir de un control prenatal inadecuado.
  
- 9.** Impulsar los comités especiales de estudio de morbi-mortalidad materna y perinatal para identificar deficiencias y amenazas, de modo que puedan ser corregidas o prevenidas a tiempo.
  
- 10.** Realizar investigaciones en donde se tenga en cuenta las intervenciones de los profesionales de la salud en el control prenatal y como estos impactan de forma directa la percepción y continuación del programa para la modificación e identificación de alteraciones propias del embarazo.

## ANEXOS

### FUENTES DE INFORMACION

1. Gutiérrez F “Calidad De Información Registrada En El Carnet De Control Prenatal En Puérperas Hospitalizadas En El Servicio De Ginecoobstetricia Del Hospital Vitarte Agosto- Octubre 2015” -Lima
2. Mogollón R. “Nivel De Satisfacción Sobre La Atención Prenatal En Gestantes Atendidas En Los Consultorios De Obstetricia Del Instituto Nacional Materno Perinatal Enero - Febrero 2016 “ - Lima
3. Molina C , Pizanan A “Factores Socioculturales Y Los Controles Prenatales En Mujeres Embarazadas Que Pertenecen A La Población Asignada Al Centro De Salud “Abdón Calderón”, De La Provincia De Sucumbíos, Cantón Lago Agrio 2015” - Ecuador
4. Mayorga P “Percepción Sobre El Control Prenatal De Las Gestantes Adolescentes En La E.S.E San Cristóbal, Bogotá 2012” - Colombia
5. Camarena R “Asociación Entre Los Factores De Abandono Al Control Prenatal En Gestantes Atendidas En El Hospital Marino Molina – Essalud – 2011” Lima
6. Lema I “Control Prenatal Y Su Influencia En El Estado Nutricional En Las Mujeres Embarazadas Que Acuden Al Centro De Salud De Guano Durante El Periodo Enero A Junio 2011” Lima
7. Malagón D “Factores Asociados A La Asistencia Al Control Prenatal En Gestantes Del Municipio De Yopal Casanare – 2011” Colombia
8. González G “Incrementar Las Coberturas De Atención De Los Controles Prenatales De Las Mujeres Embarazadas Que Asisten A Las Unidades Operativas Del Área De Salud No. 1 Azogues, Año 2011 - 2012” Cuenca
9. Espinoza Q, “Factores Asociados Al Inicio Tardío De La Atención Prenatal En Gestantes Atendidas En El Puesto De Salud "San Carlos" Distrito De Comas, Periodo Mayo - Julio, 20152 – Lima

10. Aguilar P “Factores Asociados A La Asistencia Del Control Prenatal En Las Mujeres Que Acuden Al Subcentro De Salud Teniente Hugo Ortiz De La Ciudad De Santa Rosa En El Tercer Trimestre Del 2013” - Ecuador
11. Alvarez B, Ascanio S ,Bayona A ,Paez P. “Análisis De La Captación Tardía De Las Gestantes Al Primer Control Prenatal De La Empresa Social Del Estado Hospital Regional Noroccidental, Ips Abrego En El Primer Semestre Del Año 2014” - Colombia
12. Alvares O, Camargo P, Herazo M, Arevalo A “Evaluación Del Autocuidado En Las Gestantes Adolescentes Que Asisten Al Control Prenatal Basados En El Modelo De Dorothea Orem- 2014” – Cartagena De Indias - Colombia
13. Chambe Vr “Percepción De La Calidad De Atención Del Control Prenatal Por La Usaria Externa En El Centro De Salud Jorge Chavez Y Centro De Salud Nuevo Milenio De Puerto Maldonado, En El Año 2012” - Tacna
14. Vásquez J “Factores Relacionados Con La Falta De Control Prenatal En Pacientes Atendidas En El Departamento De Gineco-Obstetricia Del Hospital Isidro Ayora-Loja, En El Año 2015.”- Ecuador
15. Arispe C, Salgado M “Frecuencia De Control Prenatal Inadecuado Y De Factores Asociados A Su Ocurrencia en El Hospital Nacional Cayetano Heredia - 2010-2011” -Lima
16. Saavedra A “Factores Asociados A Patologías Maternas Y Perinatales En Ausencia De Atención Prenatal. Hospital Regional De Loreto. Enero-Junio 2014” - Iquitos-Perú.
17. Miñano R “Control Prenatal Inadecuado Como Factor Asociado A Parto Pretérmino En Pacientes Del Hospital Regional Docente De Trujillo 2016” – La Libertad
18. Maza S, Mejía L “Intervención Del Profesional De Enfermería En La Educación De Madres Adolescentes En El Control Prenatal, Para La Prevención De Nacimientos De Niños Prematuros, En La Consulta Externa De La Maternidad Sotomayor 2014” Guayaquil



19. Avalos M. "Nivel De Satisfacción De La Atención Prenatal Y Su Relación Con La Condición De Aseguramiento De Las Gestantes. Hospital Regional Docente De Trujillo. 2012" – La Libertad
20. Perez P "Evaluación De La Utilización Del Control Prenatal En El Sistema De Salud Pública De La Ciudad De Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina, En El Período 2008-2011" - Universidad Nacional De Lanús. Departamento De Salud Comunitaria
21. Chipantiza M "Mecanismo De Evaluación Para El Cumplimiento Del Programa De Atención Prenatal En El Hospital Iess Ambato, Periodo Noviembre 2014- Abril 2015" - Ecuador
22. Clavijo V, López F , Ramírez G. "Percepción Del Control Prenatal De Un Grupo De Púerperas Preeclámpticas Hospitalizadas En El Servicio De Ginecobstetricia De Una Institución De Cuarto Nivel De Atención En Bogotá - 2014"
23. Ángeles-Á "Percepción De La Embarazada Sobre La Atención Brindada En El Control Prenatal 2012" - México
24. Acero G, Andrade N, Chalco V "Factores De Riesgo Asociados Al Incumplimiento Del Control Prenatal En Gestantes Adolescentes Que Acuden Al Centro De Salud "Carlos Elizalde". Cuenca, 2015" -Ecuador
25. Noel V "Factores Asociados Al Abandono Del Control Prenatal En El Centro De Salud Los Libertadores, Distrito De San Martín De Porres. Marzo A Mayo 2016" - Lima
26. Prato V "Control Prenatal Incompleto Como Factor De Riesgo De Anemia En Gestantes Adolescentes Del Hospital Nacional Dos De Mayo 2016" Lima
27. Rojas R. "Satisfacción Ante La Atención Prenatal En Gestantes Atendidas En El Centro De Salud Santa Ana 2014" Huancavelica
28. Cuello S, Zabaleta E "Evaluación Del Programa De Control Prenatal En La Empresa Social Del Estado Hospital Local De Mahates Durante El Segundo Semestre Del Año 2012" – Cartagena De Indias

29. Cobos M “Factores Que Influyen En La Atención Prenatal En Adolescentes Que Acuden A La Consulta Del Subcentro De Salud Zapotal - Santa Elena 2012-2013” - Ecuador
30. Navarro V “Factores De Riesgo Para El Inicio Tardío De La Atención Prenatal En Gestantes Que Acuden Al Consultorio De Obstetricia Del Centro De Salud “Leonor Saavedra” - Enero A Marzo Del 2015.” - Lima
31. Gutiérrez H “Atención Prenatal Y Complicaciones Maternas En Gestantes Adolescente Atendidas En El Hospital Santa María Del Socorro De Ica , Año 2010” – Ica
32. Pinheiro P “ Infección urinaria” - actualizado 12 de mayo 2017 – México

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO	FUENTE
<p><b>GENERAL:</b></p> <p>¿Cuáles son las Complicaciones maternas relacionado a la atención prenatal renfocado en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ica enero - Julio 2017?</p> <p><b>SECUNDARIOS:</b></p> <p>1. ¿La anemia está relacionado con la atención prenatal renfocado en pacientes atendidas en el Hospital Regional De Ica enero – Julio del 2017?</p> <p>2. ¿La hipertensión arterial está relacionado con la atención prenatal renfocado en pacientes</p>	<p>Determinar las Complicaciones maternas relacionado a la atención prenatal renfocado en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Ica febrero – abril 2017.</p>	<p>-Identificar si la anemia está relacionada con la atención prenatal renfocada en pacientes atendidas en el Hospital Regional De Ica enero – Julio del 2017.</p> <p>- Identificar si la hipertensión arterial está relacionada con la atención prenatal renfocada en pacientes atendidas en el Hospital Regional De Ica de Enero-Julio del 2017.</p> <p>-Identificar si la infección urinaria está relacionada con la atención prenatal renfocada en pacientes atendidas en el Hospital Regional De Ica enero-julio 2017.</p> <p>-Determinar los factores epidemiológicos se relacionan con la</p>	<p><b>Variable Dependiente</b></p> <p>Control prenatal renfocado</p>	<p>1. Leve</p> <p>2. Moderado</p> <p>3.severo</p>	Ficha de recolección de datos	HC
			<p><b>Variables independientes</b></p>			
			<p>anemia</p>	<p>-Leve</p> <p>-Moderada</p> <p>-severa</p>	Ficha de recolección de datos	HC

<p>atendidas en el Hospital Regional De Ica de Enero-Julio del 2017?</p> <p>3. ¿La infección urinaria está relacionado con la atención prenatal refocada en pacientes atendidas en el Hospital Regional De Ica enero-julio 2017?</p> <p>4.¿Los factores epidemiológicos se relacionan con la atención prenatal refocada en pacientes atendidas en el Hospital Regional De Ica enero-julio 2017?</p> <p>5. ¿Qué frecuencia de gestantes reciben atención prenatal adecuada en el Hospital Regional De Ica enero-julio 2017?</p>		<p>atención prenatal refocada en pacientes atendidas en el Hospital Regional De Ica enero-julio 2017.</p> <p>- Determinar si el control prenatal inadecuado es una complicación materna en gestantes atendidas en el Hospital Regional De Ica enero-julio 2017</p>	Hipertensión arterial	-21- 30 ss -31-37ss	Ficha de recolección de datos	HC
			Infección urinaria	-Normal -patológico	Ficha de recolección de datos	HC

## MODELO DE FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### INSTRUMENTO

Número de Ficha: \_\_\_\_\_

Número de Historia Clínica: \_\_\_\_\_

#### 1.- DATOS MATERNOS:

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Paridad: \_\_\_\_\_

3. Grado de Instrucción:

Superior ( )

Secundaria ( )

Primaria ( )

#### 2. DATOS DEL CONTROL PRENATAL:

4. Paciente referido: A. SI ( ) B. NO ( )

-----

Semana de gestación \_\_\_\_\_

5. Administración de sulfato ferroso: A. SI ( ) B. NO ( )

- Que otro antianemico utiliza:-----

- Tuvo tratamiento completo:

- recibió consejería en nutrición: SI ( ) NO ( )

6. Hemoglobina basal I CPN : \_\_\_\_\_ EDAD GESTACIONAL:-----

7. HB III.T :----- EDAD GESTACIONAL:-----

8. Examen de orina : \_\_\_\_\_

Si ( ) no ( ) patológico ( ) tratamiento: \_\_\_\_\_

Tuvo reincidencia en ITU:

A. SI ( ) B. NO ( )

Recibió consejería para prevención de ITU

A. SI ( ) B. NO ( )

Que medicamento utilizo: \_\_\_\_\_

Se solicitó urocultivo: a. si ( ) b. No ( )

SE CURO: SI ( ) NO ( )

9. Tuvo batería de análisis de pre eclampsia:

A. SI ( ) B. NO ( )

10. recibió tratamiento para HTA: a. si ( ) b. no ( )

Tuvo prevención de calcio: a si ( ) b. No ( )

Tuvo tratamiento especializado: a. Si ( ) b. No ( )

### 3. COMPLICACION MATERNA:

4. Anemia                      b) Hipertensión arterial                      c) Infección Urinaria

### 4. EFICACIA DEL CPN

-Llenado correcto de la H.CL.P:

SI ( ) NO ( )

-Batería completa para la morbilidad

SI ( ) NO ( )

- N° de controles prenatales: -----

-Quien le controló el embarazo: -----

-El personal le explico acerca de su enfermedad:

SI ( ) NO ( )