

Universidad Católica de Santa María

Facultad Obstetricia y Puericultura



**“FACTORES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DEL CONTROL
PRENATAL DE GESTANTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO
EXTERNO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO
ROSELLÓ VIZCARDO AZÁNGARO PUNO, JUNIO A AGOSTO DEL 2016”**

Tesis presentada por la Bachiller:

Choquehuanca Mamani, Julia Angelica

para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Obstetricia

Asesora: Escobedo Vargas, Jannet

Arequipa – Perú

2017

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi fortaleza, a mis padres Antonio y Martina (+) por darme la vida y su apoyo incondicional, a mi querida hija Grethel Xiomara por el empuje y motivación que me dio para la culminar el trabajo de investigación, a la doctora Jannet Escobedo Vargas por ser mi guía. Al personal de salud del servicio de obstetricia del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo y a todas las gestantes que participaron brindándome las facilidades del caso para realizar el presente trabajo de investigación.

*“Un cuerpo pequeño de espíritu determinado
encendido por una inquebrantable fe en su misión,
puede alterar el curso de la historia”*

Gandhi



ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	i
RESUMEN.....	iii
SUMMARY	v
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACION	1
2. OBJETIVOS	4
3. MARCO TEORICO.....	5
4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	18
5. HIPÓTESIS.....	24
CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	25
1. TÉCNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	25
2. CAMPO DE VERIFICACION	26
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS.....	29
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	30
CAPITULO IV: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	48
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52
RECOMENDACIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	58
Anexo 1:Entrevista a las gestantes que acudieron a su primer control prenatal.	59
Anexo 2: Ubicación geográficadel Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo	61
Anexo 3:Solicitud al director del Hospital Carlos Cornejo Rosselló Vizcardo	62
Anexo 4_Consentimiento informado	63
Anexo 5:Matriz de Sistematización realizado en el SPSS v.21	64
Anexo 6:Evidencias del trabajo de investigación	69

INTRODUCCIÓN

El control prenatal es un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico (1).

De esta forma, se podría controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el periodo perinatal y una de las principales causas de muerte de la mujer joven (2). En la actualidad, es muy preocupante las estadísticas elevadas de morbimortalidad materno perinatal en los países en vías de desarrollo, específicamente en nuestro país y objetivamente en la región Puno, considerándose aún al control prenatal o atención prenatal como uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Según ENDES (Encuesta Demográfica y Salud Familiar) se produjo un incremento del 94.5% (ENDES 2009) al 98.4% (ENDES 2013), en la asistencia de las gestantes a algún control prenatal, asimismo cabe resaltar que no se han estimado cifras exactas de gestantes que acudan de manera precoz a su control prenatal, por el contrario, se observa el incremento de gestantes que acuden tardíamente a su primer control prenatal. Considerando que en una consulta prenatal precoz se pueden detectar diferentes problemas de salud materno fetal y enfermedades asociadas al embarazo como la hipertensión y diabetes gestacional, hemorragia, infecciones y otros que pueden ser prevenidos, detectados y tratados oportunamente. El presente estudio de investigación se realizó para poder reconocer los factores asociados al inicio tardío del control prenatal y lograr que, las autoridades competentes, los profesionales de la salud (Obstetras) y todos los involucrados en el bienestar de la salud materna y del niño por

nacer puedan implementar medidas correctivas y fomentar el inicio precoz del primer control prenatal en las gestantes en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo de Azángaro- Puno



RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores socioculturales, obstétricos e institucionales asociados al inicio tardío del control prenatal de gestantes que acuden al consultorio externo de obstetricia del hospital “Carlos Cornejo Roselló Vizcardo” Azángaro Puno, Junio a Agosto del 2016.

Material y métodos: Fue un estudio de campo, descriptivo-relacional, prospectivo y de corte transversal. Muestra 110 gestantes de sexo femenino, que acudieron a su primer control prenatal. Se diseñó tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas y prueba estadística de chi cuadrado con un nivel de significancia de 5%.

Resultados: La mayoría de gestantes, el 70.9% tuvieron un inicio tardío en su primer control prenatal. En los factores socioculturales el 73.64% de gestantes su edad oscilaba entre 20-35 años, un 85.45% son convivientes, el 59.09% tienen instrucción secundaria, un 60.91% son amas de casa, 83.64% proceden de la zona urbana, el 69.09% reciben apoyo afectivo de su pareja, 64,55% de gestantes afirmaron que si tienen apoyo de su familia, un 82.73% consideran importante al control prenatal; el 34.62% de gestantes manifestaron que no acudieron a su primer control prenatal en el primer trimestre de su embarazo por miedo y/o vergüenza y el 79.09% no sufren de violencia familiar. Dentro de los factores obstétricos un 49.09% de gestantes son multíparas, 70.91% no tuvieron ningún aborto, el 76.36% no planificaron su embarazo y el 60.9% de gestantes tuvieron un periodo inter genésico menor de 2 años. En cuanto a los factores institucionales el 93.64% cuentan con seguro integral de salud, el 62.73% de gestantes recibieron una regular atención en el consultorio de obstetricia y el 90.91% no están de acuerdo con el tiempo de espera.

Conclusión: Los factores que se asocian con el inicio tardío del primer control prenatal de las gestantes que fueron atendidas en el hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo

fueron: la edad, apoyo afectivo de la pareja, dar importancia al control prenatal, miedo y/o vergüenza, la no violencia familiar, la multiparidad, no tener ningún aborto, no planificar el embarazo, contar con seguro de salud y la regular atención de las gestantes por el profesional de salud en el consultorio de obstetricia.

Palabras Claves: Control prenatal, Factores asociados, gestantes, inicio tardío control.



SUMMARY

Objective: To identify the sociocultural, obstetrical and institutional factors associated with the late onset of prenatal control of pregnant women attending the outpatient obstetrical clinic of the “Carlos Cornejo Roselló Hospital Vizcardo” Azángaro Puno June to August, 2016.

Material and methods: It was a field study, descriptive-relational, prospective and cross-sectional. It shows 110 pregnant women, during the months of June to August of 2016 at the Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo. Absolute and relative frequency distribution tables and statistical chi-square test were designed. **Results:** 70.9% of the woman late onset in their first prenatal control. The sociocultural factors of 73.64% of women are between 20-35 years of age, 85.45% are cohabiting, 59.09% have secondary education, 60.91% are housewives, 83.64% come from urban areas, 69.09% receive affective support from their partners, 64.55% of women said that if they support their relatives, and 82.73% consider prenatal control important; 34.62% of women did not go to the first prenatal check for fear or shame; 79.09% do not suffer from family violence. Similarly, in obstetric factors, 49.09% were multiparous, 70.91% had no abortion, and 76.36% did not plan their pregnancy, 60.9% of women had to wait less than two years to become pregnant. According to institutional factors, 93.64% had their health insurance, 62.73% received regular care in the obstetrics office; 90.91% of pregnant women state that they did not agree with the waiting time in the health establishment.

Conclusion: Socio-cultural factors, age indicators, affective support of the couple, importance to prenatal control, motive that comes late to 1st prenatal control is fear or Shame, family violence, obstetric factors in multiparity indicators, no abortion, no pregnancy planning. In the institutional factors in the indicators have comprehensive health insurance, regular care for the pregnant woman in the obstetrical office, all these

indicators are associated with the late start of the first prenatal care at the Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo.

Key Words: Associated factors, pregnant women, early onset, late, prenatal control.



CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Enunciado:

“Factores asociados al inicio tardío del control prenatal de gestantes que acuden al consultorio externo de Obstetricia del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo Azángaro, Puno Junio a Agosto del 2016”.

1.2. Descripción del Problema

a) Área de Conocimiento

General : Ciencias de la Salud

Específica : Salud Materna

Especialidad : Obstetricia

Línea : Control prenatal.

b) Análisis u Operacionalización de Variables:

Variables	Indicadores	Sub-indicadores	Ítems
Variable Independiente: Factores asociados:	1. Socio - Culturales	1.1. Edad Materna	- Menor de 20 años - 20-35 años - Mayor de 35 años
		1.2. Estado civil	- Casada - Conviviente - Soltera - Otro
		1.3. Grado de instrucción	- Sin instrucción - Primaria - Secundaria - Superior
		1.4. Ocupación	- Ama de casa - Comerciante - Productora - Otros
		1.5. Procedencia	- Urbano - Rural
		1.6. Apoyo afectivo de la pareja	- Si - No
		1.7. Apoyo de la familia	- Si - No
		1.8. Importancia hacia el control prenatal	- Nada importante - Importante

			-
		1.9. Motivo de no acudir a la consulta prenatal	- Distancia - Experiencia negativa anterior. - Labores de hogar y cuidado de hijos menores. - Miedo y/o vergüenza - Trabajo
		1.10. Violencia familiar	- Si - No
	2.Obstétricos	2.1.Paridad	- Nulípara - Primípara - Multípara
		2.2. Número de abortos	- Ningún aborto - Un aborto - Mayor a un aborto
		2.3. Planificación de embarazo	- Planificado - No planificado
		2.4. Periodo inter genésico	- Menor de 2 años - De 2 a 4 años - Mayor de 5 años
	3.Institucional	3.1. Seguro de salud	- Si - No
		3.2. Trato del personal de salud	- Bueno - Regular - Malo
		3.3. Está de acuerdo con el Tiempo de espera.	- Si - No
Variable dependiente Inicio tardío del Control prenatal	Atención prenatal	Primer control prenatal.	- Igual o Mayor a 14 semanas

c) Interrogantes Básicas

- ¿Cuál es el número de gestantes que acudieron tardíamente a su control prenatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo de Azángaro Puno, Junio a Agosto del 2016?
- ¿Cuáles son los factores socioculturales de las gestantes que se asocian al inicio tardío del primer control prenatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo de Azángaro Puno, Junio a Agosto del 2016?
- ¿Cuáles son los factores Obstétricos de las gestantes que se asocian al inicio tardío del primer control prenatal en el Hospital Carlos

Cornejo Roselló Vizcardo de Azángaro Puno, Junio a Agosto del 2016?

- ¿Cuáles son los factores Institucionales de las gestantes que se asocian al inicio tardío del primer control prenatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo de Azángaro Puno, Junio a Agosto del 2016?

d) Tipo de Investigación

- Es de campo

e) Nivel de Investigación

- Descriptivo - Relacional

1.3. Justificación del problema.

ORIGINALIDAD: Existe diversos trabajos publicados con enfoques similares a mi proyecto de investigación a nivel internacional y nacional pero este estudio de investigación se considera autentico, ya que es la primera vez que se realiza este tipo de investigación en la localidad de Azángaro-Puno.

INTERÉS PERSONAL: Este trabajo de investigación es muy importante para mí; ya que como promotora de la salud me interesa saber el motivo o razón de la asistencia tardía de las gestantes a su primer control prenatal, además de la importancia del bienestar de la mujer gestante y el feto, que se encuentra condicionado en gran medida por su entorno sociocultural, obstétrico e institucional.

En este trabajo de investigación se obtuvo resultados reales que serán de gran aporte para el programa de Salud Materna y Reproductiva; y nos compromete a tomar decisiones y acciones para poder prevenir el inicio tardío del primer control prenatal, dando énfasis a la promoción de la

salud y concientizar a todas las mujeres en edad fértil sobre la importancia del control prenatal.

FACTIBILIDAD: Facilidades para el recojo de muestra de las unidades de estudio, previa autorización del director del Hospital C.C.R.V y el consentimiento informado de las gestantes que acudieron al consultorio externo de obstetricia.

CONTRIBUCIÓN ACADÉMICA: Se logró una importante contribución académica para nuestra facultad y para las ciencias de la salud de averiguar y reconocer los factores que se asocian al inicio tardío del primer control prenatal de gestantes, en la localidad de Azángaro – Puno.

APORTE: Al final este trabajo de investigación se dará a conocer las recomendaciones para poder disminuir el porcentaje elevado de gestantes que acuden tardíamente a su control prenatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo.

2. OBJETIVOS

- Conocer el porcentaje de gestantes que acuden tardíamente a su control prenatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo de Azángaro Puno, Junio a Agosto del 2016.
- Identificar los factores socioculturales que presentan las gestantes que acuden al primer control prenatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo de Azángaro Puno, Junio a Agosto del 2016.

- Determinar los factores Obstétricos de las gestantes que se asocian al inicio tardío del primer control prenatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo de Azángaro Puno, Junio a Agosto del 2016.
- Identificar los factores Institucionales de las gestantes que se asocian al inicio tardío del primer control prenatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo de Azángaro Puno, Junio a Agosto del 2016.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 MARCO CONCEPTUAL

3.1.1 Control Prenatal

Control prenatal se define como el “conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional” (3).

Según la Estrategia Sanitaria Nacional Salud Sexual y reproductiva, se define como “la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre, considerando que, todo embarazo es potencialmente de riesgo” (4).

Asimismo se define como una “serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido” (5).

También se le define como “El conjunto de acciones que involucra una serie de encuentros entre la gestante y los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar Precoz mente enfermedades, prevenir

complicaciones y acompañar en la preparación para el parto” (6). El control prenatal tuvo una evolución importante en los últimos cuarenta años y ha demostrado ser altamente efectivo y de bajo costo en el cuidado de la mujer embarazada contribuyendo a evitar muertes, lesiones maternas y del recién nacido.

Es importante que la primera visita de control prenatal se realice antes de las 14 semanas para poder detectar situaciones que podrían llevar a mayor riesgo durante periodos posteriores del embarazo y en el parto. El 77,4% de las mujeres tuvieron su primera atención antes de cumplir los cuatro meses de embarazo. Los porcentajes difieren si se trata de mujeres que residen en el área urbana (80,4%) y el área rural (70,3%) (7).

La organización Mundial de Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal (8).

3.1.1.1. Componentes del Control Prenatal

- Educativo, consejería.
- Evaluación clínica.
- Preventivo y tratamiento (9)

3.1.1.2. Objetivos del control prenatal

- Identificar factores de riesgo materno fetal. Se encuentra bajo el marco de “prevención” la finalidad es hallar gestantes que tendrán mayor probabilidad de presentar un evento adverso. Desde la primera visita hasta la culminación de la gestación en el parto.
- Precisar con mayor exactitud la edad gestacional. La adecuada determinación de la edad gestacional nos permite identificar el periodo correcto del embarazo.

- Diagnosticar la condición fetal y vigilar su desarrollo. Podríamos enmarcarlo en medidas antropométricas como la medición de la altura uterina y los movimientos fetales que nos permiten indicar el crecimiento fetal, el peso materno nos permite saber si el producto y sus anexos están en crecimiento.
- Diagnosticar la condición materna. Las gestantes identifican los aspectos relativos a su morbilidad y la necesidad de recibir atención médica han sido menos explorados.
- Educar a la pareja. Actualmente durante los controles prenatales de la gestante, es muy importante que la pareja acuda para poder recibir instrucciones de cómo debe actuar, asimismo durante las sesiones de Psicoprofilaxis y estimulación prenatal, donde se alienta a la pareja vivencie los procesos que seguirá durante la maternidad, el parto y el cuidado del recién nacido.
- Disponer en un solo documento toda la información mínima necesaria. La historia clínica materno perinatal (HCMP), es un documento de fácil registro y su manejo se realiza en el control prenatal. (10).

3.1.1.3. Características del Control Prenatal

Idealmente el control prenatal debe cumplir con cinco atributos: precocidad, periodicidad, integral, de amplia cobertura y gratuidad.

- a. **Precocidad.** Debe iniciarse lo más pronto posible antes de las 14 semanas.
- b. **Periodicidad o repetitivo.** En un embarazo de bajo riesgo los controles deben ser mensuales hasta las 28 semanas, quincenales desde las 29 semanas hasta las 36 semanas y semanales a partir de las 37 semanas hasta el parto.

En un embarazo de alto riesgo los controles tienen un intervalo menor en cada control. La frecuencia de atenciones prenatales mínima es de 6, distribuidas en dos antes de las 22 semanas, el tercero entre las 22 a 24 semanas, el cuarto entre las 27 a 29 semanas,

el quinto entre las 33 a 35 semanas y el sexto control entre las 37 a 40 semanas, se recomienda que la primera atención debe durar no menos de 30 minutos.

Las mujeres gestantes que perciben su morbilidad y en particular si es de riesgo, tienden a incrementar significadamente el número de consultas prenatales recibidas.

c. **Integral.** Para nuestra realidad, un control prenatal completo, es aquel en la cual se ha cumplido con los objetivos planteados por el Ministerio de Salud, en el momento y tiempos previstos, tomando en cuenta la salud integral de la gestante.

d. **Amplia Cobertura.** Se indica que el control prenatal debe llegar a todas las embarazadas, afortunadamente las coberturas en el Perú, según ENDES 2012 superan el 95%.

e. **Gratuidad.** En el Perú, las consultas prenatales son totalmente gratuitas tanto para el Ministerio de Salud a través del Seguro Integral de Salud y últimamente por el Aseguramiento Universal de Salud. Asimismo en Es Salud las consultas prenatales son gratuitas (11).

Según la **Norma Técnica de salud** para la atención de la salud materna, el esquema básico de atención prenatal incluye: (12).

Primera atención prenatal (< 14 semanas): Confirmación del embarazo, detección de signos de alarma, medición de la talla, control de peso, determinación de la presión arterial, pulso y temperatura, examen gineco-obstétrico, evaluación clínica de la pelvis, estimación de edad gestacional, diagnóstico de número de fetos, determinar el grupo sanguíneo y Rh, determinación de la hemoglobina, hematocrito, examen de orina, detección de diabetes gestacional VIH/RPR, proteína en orina, toma de PAP, evaluación con ecografía, administración de ácido fólico, información sobre salud sexual reproductiva, orientación, consejería y evaluación nutricional. (12)

Segunda atención prenatal (14-21semanas): Detección de signos de alarma, control de peso, determinación de la presión arterial, pulso, temperatura, estimación de edad gestacional, diagnóstico de número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler), proteína en orina, vacunación antitetánica, evaluación estomatológica, administración de hierro + ácido fólico, información sobre salud sexual y reproductiva, planificación familiar, Psicoprofilaxis o estimulación prenatal.(12)

Tercera atención prenatal (22-24 semanas): Detección de signos de alarma, control del peso, determinación de la presión arterial, pulso y temperatura, estimación de edad gestacional, diagnóstico del número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler), evaluación clínica del volumen de líquido amniótico, proteína en orina, vacunación antitetánica, evaluación estomatológica, administración de hierro + ácido fólico, administración de calcio, información sobre salud sexual reproductiva, planificación familiar y Psicoprofilaxis o estimulación prenatal.(12)

Cuarta atención prenatal (25-32 semanas): Detección de signos de alarma, control de peso, determinación de la presión arterial, pulso y temperatura, estimación de edad gestacional, diagnóstico del número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler), evaluación clínica del volumen del líquido amniótico, diagnóstico presentación y situación fetal, detección de diabetes gestacional, proteína en orina, administración de hierro + ácido fólico, administración de calcio, información sobre salud sexual y reproductiva, planificación familiar y Psicoprofilaxis o estimulación prenatal.(12)

Quinta atención prenatal (33-36 semanas): Detección de signos de alarma, control de peso, determinación de la presión arterial, pulso y temperatura, evaluación clínica de la pelvis, estimación de la edad gestacional, diagnóstico del número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler), evaluación clínica del

volumen de líquido amniótico, diagnóstico, presentación y situación fetal, VIH/RPR, proteína en orina, bienestar fetal, test no estresante, administración de hierro + ácido fólico, administración de calcio, información sobre salud sexual y reproductiva, planificación familiar y Psicoprofilaxis o estimulación prenatal.(12)

Sexta atención prenatal (37-40 semanas): Detección de signos de alarma, control de peso, determinación de la presión arterial, pulso y temperatura, estimación de la edad gestacional, diagnóstico del número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler), evaluación clínica del volumen del líquido amniótico, diagnóstico, presentación y situación fetal, proteína en orina, bienestar fetal, test o estresante, administración de hierro + ácido fólico, administración de calcio, información sobre salud sexual y reproductiva, planificación familiar, y Psicoprofilaxis o estimulación prenatal, mecanismo de trabajo de parto y cuidados del recién nacido.(12)

Inicio Tardío del Control Prenatal. Según el Ministerio de salud se define como aquella primera atención prenatal o control prenatal que se produce a partir de las 14 semanas o después (13).

Se han realizado diferentes estudios de investigación a nivel nacional e internacional para poder identificar los factores que puedan estar asociados al inicio tardío del control prenatal, tales como socioculturales, obstétricos, institucionales y otros, los cuales son determinantes por los cuales las gestantes no acuden antes de las 14 semanas de gestación a su primer control prenatal, poniendo en riesgo su embarazo.

3.1.2. Factores asociados

Los factores son características o circunstancias detectables de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido (14).

En determinadas situaciones existen gestantes que, por desconocimiento o por opinión personal, no acuden a los servicios de asistencia prenatal. Pudiendo ocasionar un mayor riesgo materno-fetal.

Dentro de los factores asociados al inicio tardío del primer control prenatal de las gestantes mencionaremos los siguientes:

3.1.2.1. Factores Socioculturales

El mayor riesgo del embarazo no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino aquellas situaciones propias y relacionadas a su entorno, manifestadas por la gestante, que pueden influenciar en la decisión de iniciar su control prenatal o puedan dificultarlo (15).

El factor cultural según el Diccionario de la Real Academia Española, es "el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo científico, en una época de un grupo social". También se puede definir como el conjunto de conocimientos que permite a alguien desarrollar su juicio crítico, como el grado de instrucción de las personas.

Dentro de los factores socioculturales a estudiar se considera a:

3.1.2.1.1. Edad materna.

La edad es el tiempo que una persona vive o ha vivido desde su nacimiento, comprendido en años.

Actualmente dentro de nuestra sociedad, está en aumento los embarazos tardíos, debido a que la mujer necesita superarse por la competitividad profesional y laboral a la cual está sometida, lo que conlleva al aumento de la incidencia de gestantes de edad avanzada y a su vez, posibles complicaciones en su salud y del recién nacido (16).

Asimismo se debe considerar que en el Perú, según las estadísticas existe una alta incidencia de embarazos en adolescentes debido a la iniciación sexual Precoz y el bajo

rendimiento escolar, según la (OPS) mayores tasas de natalidad expone al adolescente al riesgo de quedar embarazadas. Según ENDES adolescentes de 15-19 años alcanzan una tasa de 362 por 100,000 nacimientos vivos. Su abordaje tiene un gran auge y se debe considerar como un grupo poblacional de gran vulnerabilidad (17).

3.1.2.1.2. Estado civil.

Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto. Hay diferentes tipos de estado civil que varían de acuerdo al tipo de relaciones que una persona mantenga con otras. Entre los más comunes encontramos el de soltera, casada, divorciada y viudas (18).

3.1.2.1.3. Grado de instrucción.

Es la capacidad que tiene el individuo de adquirir nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permite un mejor desenvolvimiento en el ámbito individual y colectivo. Clasificándose en: sin instrucción o analfabeta, primaria, secundaria y superior.

3.1.2.1.4. Ocupación.

La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o completo, lo que le resta tiempo para cumplir otras responsabilidades. Actualmente los cambios económicos, sociales y culturales en la sociedad peruana han condicionado que la mujer tenga que trabajar también fuera del hogar, situación que, aparte de constituir una sobrecarga de actividades y que las obligaciones que demanda la marcha del hogar no pueden descuidarse, influyen en la propia salud de la mujer. Sin embargo, algunas ocupaciones que realizan no son

percibidas como trabajo y no las reportan, especialmente cuando se trata de trabajos agrícolas, negocios familiares o en el sector informal.

Las mayores proporciones de mujeres que se dedican a ocupaciones agrícolas se presentaron entre las mujeres que residen en el área rural (67,4%) y en el departamento de Puno está representado por el 47,4%, Huánuco (44,5%), Pasco (40,5%), San Martín (40,1%) y Ayacucho (38,7%). Según área de residencia, los mayores porcentajes de mujeres que trabajan en ocupaciones de ventas y servicios fueron en el área urbano (37,8%) y en el área rural (16,8%) (19).

3.1.2.1.5 Procedencia.

Es el área geográfica en el cual la persona vive o ha vivido puede ser: **Urbano** (si procede de las zonas pertenecientes al perímetro de la ciudad) y **Rural** (ubicados fuera del perímetro de la ciudad pueden ser de comunidades, caseríos u otros. Su característica es no contar con los servicios básicos (20)

3.1.2.1.6. Apoyo afectivo de la pareja.

La ausencia de pareja o la falta de apoyo de parte de éste, es un predictor de síntomas depresivos durante la etapa de gestación. Son esperables algunas modificaciones en la relación de pareja, tales como cierto distanciamiento en el plano sexual, sensación de falta de apoyo o soledad aun cuando la pareja está presente y disponible. La relación de pareja puede constituir fuente de apoyo afectivo, pero también de tensión y dolor emocional cuando este no está presente (21)

3.1.2.1.7 Apoyo familiar.

El embarazo en una integrante de la familia, obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, ya que se crean nuevas necesidades en torno a este binomio, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de homeostasis familiar. Durante esta etapa muy importante en la vida de la mujer, es una recomendación de primera línea brindar el apoyo integral a la gestante,

permitiendo intervenir precozmente sobre factores negativos que dañen la salud de la madre y el feto (22).

3.1.2.1.8. Importancia hacia el control prenatal.

El embarazo es una experiencia maravillosa y única que debe ser disfrutada al máximo por los futuros padres, pero a su vez conlleva a una gran responsabilidad de los mismos, pues de los cuidados que se tenga desde el inicio del mismo dependerá el crecimiento y desarrollo del feto. Toda mujer en estado de gestación debe asistir a los controles prenatales pues son de suma importancia para el bienestar de la mujer y el buen desarrollo psicosomático de su hijo.

La falta de interés por el control prenatal, son el resultado de una experiencia directa en embarazos previos que tuvo o la observación de este hecho en otras mujeres, con las que interactúa. Cuando es evidente una falta de motivación de la gestante, habría que cuestionarse si es realmente propia de la mujer, derivada de la percepción del embarazo, o es efecto de la conducta de los servicios de salud.

3.1.2.1.9. Motivo de no acudir a la consulta.

El temor o vergüenza a realizar visitas al consultorio obstétrico para acudir al primer control prenatal, es identificado como una barrera. Dándose el caso especialmente en gestantes adolescentes, solteras, primigestas añosas, asimismo cuando el embarazo es resultado de violencia sexual, se agrava la situación por el silenciamiento, la culpabilidad y la falta de apoyo especialmente en niñas menores de 15 años de edad tal como se demostró en algunos estudios de investigación (23).

3.1.2.1.10. Violencia familiar.

Es un concepto que designa a aquellos actos violentos recurrentes que uno o más integrantes de una familia ejerce contra uno o varios de sus miembros. En tanto, esa violencia puede ser física, psicológica, sexual y económica.

Normalmente una familia está compuesta por padre, madre e hijos, entonces alguno de estos actores es, quien ejerce la violencia sobre algunos de sus integrantes. Generalmente uno de los dos progenitores quienes haciendo uso y abuso de su autoridad ejecuta actos violentos contra sus hijos, asimismo es muy recurrente la violencia de un cónyuge para con el otro (24).

3.1.2.2. Factores Obstétricos:

Muchas veces las gestantes multíparas, por su experiencia, manifiestan que no hay necesidad de acudir a la consulta prenatal. Del mismo modo cuando el embarazo no ha sido deseado, ellas se niegan a aceptar su gestación mientras no se manifiesta por el crecimiento del útero, los movimientos fetales o por alguna incomodidad en la salud de la madre. Dentro de ellos se menciona los siguientes:

Paridad, número de abortos, periodo intergenésico y planificación del embarazo (25).

3.1.2.2.1 Paridad.

Se refiere al número de embarazos que una mujer gestante ha dado a luz con más de 500 gramos de peso o más de 20 semanas de gestación, se puede clasificar en. Nulípara: Mujer que nunca tuvo un parto, pudo embarazarse en varias oportunidades, terminando estos en abortos, si la paciente tuvo solamente cesáreas también se considera como nulípara. Primípara: es la mujer que tuvo un parto vía vaginal. Multípara: con dos o más partos que alcanzan la viabilidad. La paridad no necesariamente se refiere al número de fetos que lleguen a tener viabilidad como es el caso de embarazos múltiples como: gemelares, trillizos a los cuales se les considera solo como un parto.

3.1.2.2.2 Número de abortos.

Son las veces que una mujer embarazada interrumpe su embarazo, cuando el feto aun no es viable fuera del vientre materno es decir antes de las 22 semanas de gestación, puede ser; aborto espontaneo, aborto inducido o aborto terapéutico.

3.1.2.2.3 Planificación del embarazo.

El embarazo no deseado y no planificado es muy frecuente en adolescentes, solteras y mujeres mayores de 40 años; sin embargo, también se dan en otros grupos de edad. Su frecuencia parece ser mayor entre las mujeres de escasos recursos económicos y bajo nivel educativo, aunque se puede considerar que afecta a todas las clases sociales.

La continuación de los embarazos no deseados, también tiene consecuencias sobre la salud de la madre y del niño por nacer, ya que, estos ocurren con mayor frecuencia en mujeres de extremos de la edad reproductiva, períodos durante los cuales los riesgos son mayores. Finalmente, los embarazos no deseados tienen consecuencias que van más allá del individuo y afectan a toda la sociedad, porque las gestantes no cuidan de su salud y no asisten oportunamente al control prenatal (26).

Los embarazos deseados y planificados, permiten a los padres prepararse, económica y emocionalmente para la etapa de gestación y la llegada del niño. Si bien son incontables las parejas que han tenido hijos no planeados a los que aman, las posibilidades de disfrutar un embarazo feliz y saludable son mejores cuando el embarazo es intencional.

3.1.2.2.4 Periodo inter genésico.

Se refiere al tiempo que transcurre entre embarazo y otro embarazo. Puede considerarse menor de 2 años, de 2-4 años o mayor de 5 años.

3.1.2.3. Factores Institucionales

Conformadas por todos aquellos indicadores propios del establecimiento de salud o del sistema de salud que pudieran influir en el inicio del control prenatal. En este sentido se debería analizar la distancia demográfica y psicológica de los profesionales de salud con respecto a la población que demanda atención. Pender en el año 2012 menciona que “Las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto puede facilitar o impedir la conducta promotora de salud en las personas”. Por tal motivo si una gestante observa que la institución o profesional de salud no brindan un servicio con calidad y calidez, demostrando confianza, comprensión e interés por una maternidad segura, será más difícil que ellas acudan a tiempo para sus controles prenatales (27). Existen otros factores como el costo de servicios adicionales, no saber a dónde acudir, ausencia de privacidad, maltrato del personal de salud y barreras administrativas. Dentro de los principales indicadores tenemos:

3.1.2.3.1. Seguro de Salud.

Se ha identificado que persisten barreras económicas que limitan el acceso a las gestantes más vulnerables a los servicios de salud. Pues a pesar de contar con el Seguro Integral de Salud, deben realizar algunos pagos adicionales por la falta de coordinación con otros servicios. Actualmente el gobierno ha determinado la existencia del Seguro Universal en Salud a nivel de todos los establecimientos de salud en nuestro país, siendo este una opción para que la salud materna y perinatal sea priorizado en la atención en todos los paquetes (28).

3.1.2.3.2. Trato del personal de salud.

Es fundamental asegurar que toda mujer tenga acceso a servicios prenatales con calidad, calidez, recibir atención por personal profesional calificado y a no sufrir discriminación por razones de género, edad, raza, condición económica o religión. Promover que el marco legal permita que un embarazo transcurra con toda normalidad

y con un feliz término tanto para la madre como para el producto de la concepción (29).

3.1.2.3.3 Tiempo de espera.

Promedio de minutos que transcurren entre el momento en que el usuario ingresa al establecimiento de salud, solicitando la atención en los consultorios externos y el inicio de esta, por el profesional de salud (30).

4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A Nivel Internacional.

TITULO: “FACTORES ASOCIADOS A LA INASISTENCIA AL PRIMER TRIMESTRE DEL CONTROL PRENATAL EN MUJERES GESTANTES DEL ESE SAN SEBASTIAN DE LA PLATA HUILA 2009”

AUTOR: CÓRDOVA R, ESCOBAR L, LUCERO L.

FUENTE: Revista Facultad de Salud-RFS-Enero-Junio 2012; 4-1:39-41.

Objetivo: fue determinar los factores asociados con la inasistencia al control prenatal durante el primer trimestre. Se estudiaron 139 casos de gestantes con inicio tardío de los controles prenatales y 149 controles. **Método:** Analítico de casos y controles basado en la revisión de historias clínicas de gestantes que acudieron en el periodo de setiembre a diciembre del 2009, se realizó el análisis univariado y bivariado mediante el paquete estadístico SPSS versión 19. Para estimar el riesgo de inicio tardío de los controles prenatales asociado con los factores de riesgo se calculó el Odds Ratio (OR), y se calcularon intervalos de confianza (IC) al 95%. **Resultados:** Las edades de las 288 gestantes que acudieron al control prenatal oscilaron entre los 14 y 45 años. El 77,1% pertenecían al Régimen subsidiado, nivel educativo superior a primaria es un factor protector, estadísticamente significativamente para quienes lograron terminar la secundaria (OR=1,85, IC 95%=1,5-3,14 p=0,015). El riesgo de inicio tardío del control

prenatal se incrementó en la medida que lo hacia el número de embarazos, siendo estadísticamente significativo el antecedente de 4 a 6 gestaciones (I.C 95%: 1,15-5,52; p-valor: 0,011). **Conclusiones:** Los principales factores asociados con el inicio del control prenatal después del primer trimestre son embarazo en adolescente, bajo nivel educativo; mujeres con 4 a 6 embarazos previos

TITULO: “ANALISIS DE LA CAPTACION TARDIA 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”

AUTOR: ÁLVAREZ Y, ASCANIO A, BAYONA F, PÁEZ

FUENTE: Tesis de grado para Título de especialista en administración de Salud.

Objetivo: Fue determinar las causas de la captación tardía a los controles prenatales en la Empresa Social del Estado Hospital Regional Noroccidental para el primer semestre del año 2014, **Método:** El diseño es de tipo cuantitativo descriptivo de cohorte transversal; se aplicó una encuesta semi-estructurada. **Resultados:** fueron Obtenidos de las 89 encuestas a las gestantes que ingresaron tardíamente al programa de control prenatal se pudo observar y realizar los siguientes datos con respecto a las distintas variables evaluadas en el presente estudio. El rango de edad de 19-24 años con un 35%, resaltando como alarmante mujeres menores de 18 años de edad y mujeres añosas entre 36 y 41 años, el mayor porcentaje en estado civil con el 56,1% unión libre, seguidamente casadas con el 43.8%; se puede concluir que en esta población no hay madres solteras ni viudas, en el nivel de escolaridad el 81% corresponde a gestantes de educación primaria y el 13% superior , el promedio habitual de actividades en el hogar, con un 97%, sin embargo el 2,2% se encuentra realizando estudios correspondientes respecto a la convivencia de pareja el 96% de gestantes

convive con su pareja, el 42% ha recibido el apoyo de su familia en cada momento, seguidamente el 29% en algunas veces y casi siempre el 21%; resaltando en que no reciben el 1%, el tiempo de distancia el 39% de la población se demora 6 horas en llegar al centro de salud más cercano, el 8% 4 horas y el 7% 2 horas en. En cuanto a la importancia del inicio del control prenatal se encuentra en el 52.8% solo algunas veces lo cree importante, el 16,8% de que es casi siempre importante el inicio Precoz de los controles, además de ello el 6,7% no lo consideran importante. Dentro de las causas de incumplimiento a los controles prenatales las barreras socioculturales con un 49%; 7% barreras económicas: 35%; disponibilidad de los servicios de salud: 5%; barreras en la afiliación a los servicios: 4%. Se llegó la conclusión Cuando se indago a las gestantes sobre la adherencia al protocolo de atención por parte del personal asistencial; estas nos respondieron en un 56,1% como una adecuada atención en sus controles por el personal de salud, seguida con un porcentaje muy relevante e importante del 26,9% manifestando recibir una atención con calidad por parte de estos funcionarios; Con respecto al supuesto teórico planteado en la captación tardía de las gestantes al primer control prenatal en la ESE Hospital Regional Noroccidental IPS ABREGO, en el primer semestre del año 2014, se debe, a las barreras de acceso al control: las barreras demográficas con un 49%; barreras socioculturales: 7%; barreras económicas: 35%; disponibilidad de los servicios de salud: 5%; barreras en la afiliación a los servicios: 4%.

TITULO: “CONTROL PRENATAL TARDIO ¿BARRERAS EN EL SISTEMA DE SALUD? HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMON SARDA – ARGENTINA”

AUTOR: PÉCORA, ALICIA; SAN MARTIN, MARÍA EMILIA; CANTERO, ANDREA; FURFARO KARINA; JANKOVIC, M. PAULA; LLOMPART, VANESA.

FUENTE: Rev. Hosp. MAT INF. RAMON SARDA 2008; 27 (3): 114 -119.

Objetivo: fue determinar los factores por los cuales las embarazadas no concurren de manera precoz al control prenatal. El material y **Método:** Se utilizo es de diseño observacional, transversal; se realizó una encuesta de 401 embarazadas que asistieron a su primera consulta prenatal en el consultorio de admisión del hospital Materno Infantil “Ramón Sarda” durante los meses de setiembre-octubre 2007. Las variables en estudio fueron: nacionalidad, estado civil, escolaridad, domicilio, tiempo para llegar al hospital, paridad, edad gestacional en primera consulta, (económicas, no conseguiría turno, laborales, atención a otro hijos, asistencia previa a un centro de salud u otra institución, desconocimiento, distancia). **Resultados:** Se obtuvieron que en el 84 % de gestantes la edad oscilaba entre 18 y 45 años; el 48% eran argentinas, el 68% tenían unión estable, el 39% tenían solo estudios primarios, el 61% provenía de la provincia de Buenos Aires, en un 51% tardaba en llegar al hospital entre 2 a 4 horas, el 43% eran nulíparas y el 76% no concurreó de manera precoz al control prenatal. Los factores principales fueron: 33% no consiguió turno, 19% realizo algún control previo en un centro de salud u otro establecimiento, 13% por razones laborales, 11% por atención a otros hijos, 9% por la distancia, otro 9% por desconocimiento y solo 6% por razones económicas. Las conclusiones fueron que Las principales causas por las cuales las pacientes no concurren precozmente al control prenatal son por barreras en el sistema de salud.

A Nivel Nacional.

TÍTULO: “ASOCIACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE ABANDONO AL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARINO MOLINA –ES SALUD – 2011”.

AUTOR: CAMARENA RODRIGUEZ, PAOLA.

FUENTE: <http://Cibertesis - UNMSM. Edu.pe/handle/Cibertesis/2954> realizado en el año 2012.

Objetivo: fue determinar la asociación entre los factores personales, médicos e institucionales y el abandono al control prenatal. Métodos: Estudio de casos y controles donde se asignaron a 334 gestantes atendidas en el Hospital Marino Molina Scippa, Red Asistencia Sabogal – Es Salud; divididas en 167 gestantes con abandono al control prenatal (casos) y 167 sin abandono al control prenatal (control), apareadas según fecha de atención del parto y sexo del recién nacido.

Métodos: Se aplicó el instrumento de recolección de datos que indagó datos generales y los factores del abandono al control prenatal: personales, institucionales y médicos. Posteriormente toda la información fue procesada en una base de datos en Microsoft Excel y analizada a través del programa estadístico SPSS, vía OR IC 95% y regresión logística. **Resultados:** Fueron relevantes en los factores personales: la dificultad en el permiso en el trabajo (OR: 2), dificultad para el cuidado de los hijos (OR: 2,4) y olvido de citas (OR: 2), no hubo factores institucionales significativos, y con factores médicos hubo relación con consulta de baja calidad (OR: 3,3) y percepción de la calidad de la atención (OR: 4,1). **Conclusiones:** Los factores personales: dificultad en permisos en el trabajo, dificultad para el cuidado de los hijos, olvido de citas y los factores médicos consulta de baja calidad y percepción de la calidad de la atención se asocian al abandono al control prenatal.

TITULO: “FACTORES DE RIESGO PARA EL INICIO TARDIO DE LA ATENCION PRENATAL EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE OBSTETRICIA DEL CENTRO DE SALUD “LEONOR SAAVEDRA” Enero – Marzo 2015”

AUTOR: NAVARRO VERA JANET

FUENTE: Cybertesis.unmsm.edu.pe/bistraen/4194/navarro_vj.pdf.

Objetivo: Determinar los principales factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de obstetricia del Centro de Salud “Leonor Saavedra” durante los meses de enero a marzo del 2015. **Método:** Tipo observacional con diseño analítico de casos y controles, prospectivo, transversal. En el estudio participaron un total de 80 gestantes las cuales fueron divididas en dos grupos: 37 gestantes que inician tardíamente su atención prenatal (grupo caso) y 43 gestantes que inician tempranamente su atención prenatal (grupo control). **Resultados:** En este estudio reflejan que, la mayoría de gestantes (53.8%) evaluadas en el estudio inicia tempranamente su atención prenatal en el centro de salud Leonor Saavedra. Al evaluar los factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal, se observan que los factores socioeconómicos no fueron considerados de riesgo para el inicio tardío del control prenatal. Sin embargo en cuanto a los factores personales como: el ser víctima de violencia ($p=0.013$) ($OR=0.013$), que la familia muestre poco interés por la salud de la gestante ($p=0.003$) ($OR=0.003$), presentar problemas durante el embarazo ($p=0.006$) ($OR=0.006$), tener problemas de dinero para costear la atención prenatal ($p=0.014$) ($OR=0.014$), tener dificultades de acudir al CPN por su trabajo ($p=0.001$) ($OR=8.11$), el antecedente de experiencias negativas durante las consultas en un establecimientos de salud ($p=0.0019$) ($OR=2.536$) y considerar poco importante la atención prenatal ($p=0.027$) ($OR=2.303$), tuvieron frecuencias significativamente diferentes. Al respecto de los factores de riesgo obstétricos de las

gestantes con inicio tardío y Precoz de la atención prenatal, se evidencia que el ser multigesta (Inicio Tardío=67.6%, Inicio. Precoz =0%) ($p=0.000$), presenta frecuencias diferentes en ambos grupos, por tanto se considera como factor de riesgo de inicio tardío de la atención prenatal (OR=4.58). Respecto a los factores institucionales, se encontró frecuencias similares entre el grupo de gestantes de inicio Precoz y tardío de la atención prenatal, no encontrándose asociación de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal. **Conclusión:** Los principales factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes atendidas en el Centro de Salud “Leonor Saavedra” son: la condición de multigesta, tener problemas de dinero, tener dificultad para acudir al CPN por su trabajo y el antecedente de experiencias negativas en alguna consulta.

5. HIPÓTESIS.

Dado que, el inicio tardío del control prenatal después del primer trimestre no permitirá la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo y la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud.

“Es probable que existan factores que puedan asociarse e influir en el inicio tardío del control prenatal de gestantes que acuden al consultorio externo de obstetricia del hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo Azángaro Puno, junio a agosto del 2016”.

CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

En el presente trabajo de investigación se aplicó la técnica de la entrevista con 17 preguntas cerradas, que consistió en la toma directa de datos a las gestantes que acudieron al consultorio externo de Obstetricia en el Hospital Carlos Cornejo Rosselló Vizcardo Azángaro, Puno.

1.2. Instrumento.

El instrumento utilizado fue la Entrevista estructurada (Anexo 1).

Variables	Indicadores	Técnica	Instrumento
Variable Independiente Factores asociados:	1. Socio - Culturales	Entrevista	Entrevista estructurada (Anexo 1)
	1. Obstétricos		
	2. Institucionales		
Variable dependiente Inicio tardío del Control prenatal	Atención prenatal	Entrevista	Entrevista estructurada

Confiabilidad del instrumento

Los instrumentos confeccionados para el presente trabajo de investigación, fueron en Si, aplicados previamente en una tesis realizada en el centro de salud Leonor Saavedra Lima, cuyo título es: “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”, Autora: NAVARRO VERA, JANETH MIRELLA. Lima-Perú, y tuvo una confiabilidad de 0.60 según el índice de confiabilidad de Kuder -Richardson.

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD MEDIANTE EL PAQUETE ESTADÍSTICO DEL ALFA DE CROMBACH

Alfa de Crombach	Alfa de Crombach basada en los elementos tipificados	N de elementos
0,600	0,603	17

INTERPRETACIÓN

Una vez sometido el presente cuestionario a análisis del alfa de Cronbach nos da el siguiente resultado.

CRITERIOS DE CONFIABILIDAD DE VALORES

- No es confiable si sale -1 a 0
- Baja confiabilidad 0.01 a 0.49
- Moderada confiabilidad de 0.5 a 0.75
- Fuerte confiabilidad 0.76 a 0.89
- Alta confiabilidad 0.9 a 1

La escala confiabilidad de satisfacción muestra una moderada confiabilidad, con un valor de 0.603.

2. CAMPO DE VERIFICACION

2.1. Ubicación Espacial:

2.1.1 Precisión del Lugar: El presente estudio se realizó en la región de Puno, la provincia Azángaro, en el distrito de Azángaro y en el Hospital Carlos Cornejo Rosselló Vizcardo en el consultorio externo del servicio de Obstetricia ubicado en el Jr. Francisco Bolognesi N° 556.

2.1.2. Caracterización del Lugar. El ámbito institucional del hospital Carlos Cornejo Rosselló Vizcardo, tiene categoría II-1, con internamiento.

2.1.3. Delimitación Grafica: Ver Anexo 2.

2.2. Ubicación Temporal:

2.2.1. Cronología: El estudio se realizó en el periodo junio a agosto año 2016.

2.2.2. Visión Temporal: Prospectiva

2.2.3. Corte Temporal: Transversal

2.3. Unidades del Estudio:

2.3.1 Universo:

2.3.1.1 Población: Constituida por gestantes mayor o igual a 14 semanas que inician su control prenatal en el consultorio externo de Obstetricia del Hospital Carlos Cornejo Rosselló Vizcardo.

Se tomara el total del universo (110 casos) en referencia a los años 2014 y 2015 últimos trimestres.

2.3.1.2 Cualitativo:

❖ Criterios de inclusión.

- ▮ Gestantes con edad gestacional de 14 semanas o más que inician con su primer control prenatal
- ▮ Gestantes que firmen en el consentimiento informado.

❖ Criterios de exclusión.

- ▮ Gestantes que acuden a su primer control prenatal pero que hayan recibido alguna atención en otro establecimiento de salud del MINSA.
- ▮ Gestantes con retardo mental.
- ▮ Gestantes que no concluyan en responder a las preguntas.

2.3.1.3 Cuantitativo:

El universo de esta investigación es una proyección de 110 mujeres en estado gestacional.

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización:

3.1.1. Autorización:

Se presentó una solicitud al Señor Director del hospital Carlos Cornejo Rosselló Vizcardo de la localidad de Azángaro para su respectiva autorización, dando su aprobación correspondiente para realizar el presente estudio de investigación en el consultorio externo de obstetricia de dicho establecimiento de salud antes mencionado. (Anexo 3)

3.1.2. Recursos:

3.1.2.1. Humanos:

- Autora: Bach. Julia Angélica Choquehuanca Mamani
- Asesora: Obst. Amelia Venero Franco

3.1.2.2. Físicos:

Computadora, impresora, fotocopidora, scanner, útiles de escritorio, entrevistas estructuradas para la recolección de datos, equipo de software, Carnet Perinatal.

3.1.2.3. Económicos:

Auto financiado

3.1.2.4. Institucionales:

Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo Azángaro – Puno.

3.1.3. Consideraciones éticas:

La investigación se realizó con toda la rigurosidad y autenticidad durante todo el proceso que transcurrió durante los meses junio a agosto.

Se entregó el consentimiento informado a las gestantes que aceptaron participar del estudio. (Anexo 4).

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS.

4.1 Nivel de Sistematización de Datos:

4.1.1. Tipo de Sistematización

Electrónico

4.1.2. Plan de Operación:

4.1.2.1. Clasificación:

Matriz de sistematización o sabana de datos realizados en el SPSS

V.21

4.1.2.2. Codificación:

La codificación se realizó a través de la escala numérica del SPSS

V.21.

4.1.2.3. Análisis:

Se realizó la entrevista estructurada a las gestantes, se tabulo los datos en el SPSS V.21, se elaboraron tablas y gráficos, se realizó la prueba estadística chi cuadrado con un nivel de significancia del 5% (27).

4.2. Plan de Recuento:

4.2.1. Tipo de Recuento

Manual.

4.2.2 Prototipo de esquema(s) matricial(es) de conteo:

Los datos fueron tabulados en esquemas matriciales para su posterior tabulación de datos y mostrados en tablas de doble entrada con frecuencias absolutas (fi) y relativas (%) respectivamente.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

Tabla N° 1

INICIO DEL CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO AZÁNGARO, PUNO.

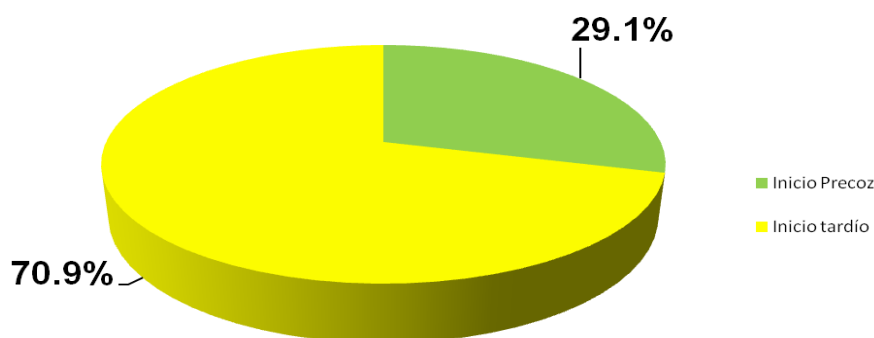
INICIO DEL CONTROL PRENATAL	N°.	%
Inicio Precoz	32	29.1
Inicio tardío	78	70.9
TOTAL	110	100

Fuente: Matriz de datos.

La tabla N°. 1, muestra que el 70.9% de gestantes que acuden al consultorio externo de obstetricia del Hospital Carlos Cornejo Roselló tuvieron un inicio tardío de su primer control prenatal (después del I trimestre de gestación), mientras que solo el 29.1% tuvieron un inicio del control prenatal Precoz (I trimestre de gestación).

Grafico 1

INICIO DEL CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO.



Fuente: elaboración propia

Tabla N° 2

**RELACIÓN ENTRE EL MOTIVO POR QUE NO ACUDEN A LA
CONSULTA PRENATAL Y EL INICIO TARDIO DEL CONTROL
PRENATAL DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS
CORNEJO ROSELLO VIZCARDO AZÁNGARO, PUNO.**

Motivo por que no acude al CPN 1er trimestre	Inicio de Control prenatal	
	fi	%
Distancia	13	16.67%
Experiencia negativa anterior	9	11.54%
Labores de hogar y cuidado de hijos menores	15	19.23%
Miedo y/o vergüenza	27	34.62%
Trabajo	14	17.95%
TOTAL	78	100.00%

Fuente: Matriz de datos.

$$X_c^2 = 11.74 > X_t^2 = 9.48 \text{ GL} = 4 \text{ p} = 0.000$$

La tabla N° 2, muestra que, el 34.62% de las gestantes que acuden tardíamente al control prenatal, no asistieron a su primer control prenatal por miedo y/o vergüenza a ser regañadas o al que dirá el profesional de salud; el 19.23% por labores del hogar o cuidado de hijos menores, el 17.95% consideran que fue por trabajo, el 16.67% atribuyeron a la distancia siendo difícil el acceso por provenir de comunidades campesinas alejadas y el 11.54% no fueron por tener una experiencia negativa en anteriores embarazos.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2 = 11.74$) la relación que existe entre el control prenatal tardío y el motivo porque las mujeres embarazadas no acuden a su primer control prenatal en el primer trimestre presenta relación estadística significativa.

($P = 0.000 < 0.05$).

Tabla N° 3

**RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL INICIO TARDIO DEL CONTROL
PRENATAL DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS
CORNEJO ROSELLO VIZCARDO AZÁNGARO, PUNO.**

Edad	Inicio Tardío	
	N°	%
< 20 años	22	28,21
20-35 años	50	64,10
> 35 años	6	7,69
TOTAL	78	100,00

Fuente: Matriz de datos.

$$X_c^2 = 12.59 > X_t^2 = 5.99 \text{ GL}=2 \text{ p}=0.002.$$

La tabla N° 3, muestra que la edad de las gestantes que acuden tardíamente al control prenatal oscilan entre 20-35 años en un 64.10%, el 28.21% son menores de 20 años y el 7.69% son mayores de 35 años.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2 = 12.59$) la edad y el control prenatal tardío presentó relación estadística significativa ($P = 0.002 < 0.05$).

Tabla N° 4

**RELACIÓN DE ESTADO CIVIL E INICIO TARDIO DEL CONTROL
PRENATAL DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS
CORNEJO ROSELLO VIZCARDO AZÁNGARO, PUNO.**

Estado civil	Inicio Tardío	
	N°.	%
Casada	5	6,41
Conviviente	64	82,05
Soltera	9	11,54
TOTAL	78	100,00

Fuente: Matriz de datos.

$$X_c^2 = 3.049 < X_t^2 = 5.99 \text{ GL} = 2 \quad p = 0.218.$$

La tabla N° 4, muestra que el 82.05% de gestantes que tuvieron un inicio de control prenatal tardío son convivientes, el 11.54% son solteras o asumen de una forma unitaria su maternidad y el 6.41% son casadas.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2 = 3.04$) muestra que el estado civil y el control prenatal tardío no presentó relación estadística significativa ($P = 0.218 > 0.05$).

Tabla N° 5

**RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL INICIO
TARDIO DEL CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO
AZÁNGARO, PUNO.**

Grado de instrucción	Inicio Tardío	
	N°	%
Sin Instrucción	1	1,28
Primaria	14	17,95
Secundaria	49	62,82
Superior	14	17,95
TOTAL	78	100,00

Fuente: Matriz de datos.

$$X_c^2 = 6.87 < X_t^2 = 7.815 \text{ GL}=3 \text{ p}=0.076.$$

La **tabla N° 5**, muestran que el 62.82% de gestantes que iniciaron tardíamente su control prenatal tienen el grado de instrucción de nivel secundario, el 17.95% tienen un nivel de instrucción primaria y superior. Se evidencia que el 1.28% son analfabetas o sin ninguna instrucción.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=6.87$) el grado de instrucción y el control prenatal tardío no presentó relación estadística significativa ($P = 0.076 > 0.05$).

Tabla N° 6

**RELACIÓN ENTRE OCUPACIÓN Y EL INICIO TARDIO DEL CONTROL
PRENATAL DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS
CORNEJO ROSELLO VIZCARDO AZÁNGARO, PUNO.**

Ocupación	Inicio Tardío	
	N°	%
Ama de casa	45	57,69
Comerciante	14	17,95
Productora	8	10,26
Otros	11	14,10
TOTAL	78	100,00

Fuente: Matriz de datos.

$$X_c^2 = 1.972 < X_t^2 = 7.815 \text{ GL}=3 \text{ p}=0.578.$$

La tabla N° 6, muestra que el 57.69% de gestantes que iniciaron tardíamente su control prenatal tienen por ocupación ser ama de casa, el 17.95% son comerciantes y entre las otras ocupaciones (cosmetóloga, mozas, pastora de ganado) representa el 14.10% y finalmente el 10.26% son productoras.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2 = 1.97$) la ocupación y el control prenatal tardío no presentó relación estadística significativa ($P = 0.578 > 0.05$).

Tabla N° 7

**RELACIÓN ENTRE LA PROCEDENCIA Y EL INICIO TARDÍO DEL
CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL
HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDÓ AZÁNGARO,
PUNO.**

Procedencia	Inicio Tardío	
	fi	%
Urbano	64	82,05
Rural	14	17,95
TOTAL	78	100,00

Fuente: Matriz de datos.

$$X_c^2 = 0.492 < X_t^2 = 3.841 \text{ GL}=1 \text{ p}=0.483$$

La tabla N° 7, muestran que el 82.05% de gestantes que tuvieron su primer control prenatal tardío proceden de la zona urbana y el 17.95% vienen de la zona rural.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2 = 0.49$) la procedencia y el control prenatal tardío no presentó relación estadística significativa ($P = 0.483 > 0.05$).

Tabla N° 8

**RELACIÓN ENTRE APOYO AFECTIVO DE LA PAREJA Y EL INICIO
TARDIO DEL CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO
AZÁNGARO, PUNO.**

Apoyo afectivo de la pareja	Inicio Tardío	
	fi	%
SI	48	61,54
NO	30	38,46
TOTAL	78	100,00

Fuente: Matriz de datos.

$$X_c^2 = 7.162 > X_t^2 = 3.841 \text{ GL}=1 \text{ p}=0.007$$

La tabla N° 8, muestra que el 61.54% de gestantes que tuvieron su primer control prenatal tardío recibieron apoyo afectivo de su pareja y que el 38.46% de gestantes no tuvieron apoyo afectivo de su pareja.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2 = 7.62$) el apoyo afectivo de la pareja y el control prenatal tardío presentó relación estadística significativa ($P = 0.007 < 0.05$).

Tabla N° 9

**RELACIÓN ENTRE EL APOYO DE LA FAMILIA Y EL INICIO TARDIO
DEL CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL
HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO AZÁNGARO,
PUNO.**

Apoyo de la familia a la gestante	Inicio Tardío	
	fi	%
SI	50	64,10
NO	28	35,90
TOTAL	78	100,00

Fuente: Matriz de datos.

$$X_c^2 = 0.023 < X_t^2 = 3.841 \text{ GL} = 1 \quad p = 0.880$$

La tabla N° 9, muestra que el 64.10% de gestantes que tuvieron control prenatal tardío, reciben el apoyo de parte de su familia y el 35.90% de gestantes no cuentan con el apoyo familiar correspondiente.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2 = 0.02$) el apoyo de la familia a la gestante y el control prenatal tardío no presenta relación estadística significativa ($P = 0.88 > 0.05$).

Tabla N° 10

**RELACIÓN ENTRE LA IMPORTANCIA HACIA EL CONTROL
PRENATAL Y EL INICIO TARDIO DEL CONTROL PRENATAL DE LAS
GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS CORNEJO
ROSELLO VIZCARDO AZÁNGARO, PUNO.**

Importancia de control prenatal	Inicio Tardío	
	fi	%
Nada importante	19	24,36
Importante	59	75,64
TOTAL	78	100,00

Fuente: Matriz de datos.

$$X_c^2 = 9.422 > X_t^2 = 3.841 \text{ GL} = 1 \text{ p} = 0.002$$

La tabla N°10, muestra que el 75.64% de gestantes que tuvieron control prenatal tardío, consideran importante el control prenatal y el 24.36% manifiestan que no es importante.

Según la prueba del chi cuadrado ($X^2 = 9.42$) la importancia del control prenatal y control prenatal tardío presentó relación estadística significativa ($P = 0.002 < 0.05$).

Tabla N° 11

**RELACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y EL INICIO TARDIO
DEL CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL
HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDÓ AZÁNGARO,
PUNO.**

Violencia familiar	Inicio Tardío	
	N°.	%
SI	21	26,92
NO	57	73,08
TOTAL	78	100,00

Fuente: Matriz de datos.

$$X_c^2 = 5.86 > X_t^2 = 3.84 \text{ GL}=1 \quad p=0.015$$

En la tabla N° 11, muestra que las gestantes con inicio tardío de control prenatal, en un 73.08% afirman no ser víctima de violencia familiar y el 26.92% de gestantes manifestaron ser víctimas de violencia familiar.

Según la prueba del chi cuadrado ($X^2 = 5.86$) la relación que existe entre la violencia familiar y el control prenatal tardío si presenta relación estadística significativa ($P = 0.015 < 0.05$).

Tabla N° 12

**RELACIÓN ENTRE LA PARIDAD Y EL INICIO TARDIO DEL CONTROL
PRENATAL DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS
CORNEJO ROSELLO VIZCARDO AZÁNGARO, PUNO.**

Tipo de Paridad	Inicio Tardío	
	N°.	%
Nulípara	29	37,18
Primípara	3	3,85
Multípara	46	58,97
TOTAL	78	100,00

Fuente: Matriz de datos.

$$X_c^2 = 14.828 > X_t^2 = 5.99 \text{ GL} = 2 \text{ p} = 0.001$$

La tabla N° 12, muestra en cuanto a la paridad que las que las gestantes con inicio tardío de control prenatal un 58.97% son multíparas, el 37.18% de gestantes son nulíparas, y el 3.85% de gestantes son primíparas.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2 = 14.82$) la paridad y el control prenatal tardío presentó relación estadística significativa ($P = 0.001 < 0.05$).

Tabla N° 13

**RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE ABORTOS Y EL INICIO TARDIO
DEL CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL
HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDÓ AZÁNGARO,
PUNO.**

Número de abortos	Inicio Tardío	
	N°.	%
Ningún aborto	60	76,92
Un aborto	17	21,79
Mayor a un aborto	1	1,28
TOTAL	78	100,00

Fuente: Matriz de datos.

$$X_c^2 = 6.865 > X_t^2 = 5.99 \text{ GL}=2 \text{ p}=0.032$$

La tabla N° 13, muestra que el 76.92% de gestantes con inicio tardío de control prenatal afirman no haber tenido ningún aborto, el 21.79% de gestantes afirman haber tenido 1 aborto y el 1.28% de gestantes que tuvieron más de un aborto.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2 = 6.86$) el número de abortos y el control prenatal tardío presentó relación estadística significativa ($P = 0.032 < 0.05$).

Tabla N° 14

**RELACIÓN ENTRE LA PLANIFICACIÓN DE EMBARAZO Y EL INICIO
TARDIO DEL CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO
AZÁNGARO, PUNO.**

Planificación del embarazo	Inicio Tardío	
	N°.	%
Planificado	7	8,97
No planificado	71	91,03
TOTAL	78	100,00

Fuente: Matriz de datos.

$$X_c^2 = 31.934 > X_t^2 = 3.84 \text{ GL} = 1 \text{ p} = 0.000$$

La tabla N° 14, muestra que el 91.03% de gestantes con inicio tardío del control prenatal no planificaron su embarazo y solo el 8.97% de las gestantes lo hicieron. Según la prueba de chi cuadrado ($X^2 = 31.93$) la planificación del embarazo y el inicio tardío del control prenatal presentó relación estadística significativa ($P = 0.000 < 0.05$).

Tabla N° 15

**RELACIÓN ENTRE EL PERIODO INTERGENÉSICO Y EL INICIO
TARDIO DEL CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO
AZÁNGARO, PUNO.**

Periodo intergenésico	Inicio Tardío	
	fi	%
Menor de 2 años	50	64,10
De 2 a 4 años	12	15,38
Mayor de 5 años	16	20,51
TOTAL	78	100,00

Fuente: Matriz de datos.

$$X_c^2 = 1.557 < X_t^2 = 5.99 \text{ GL}=2 \quad p=0.459$$

La **tabla N° 15**, muestra que el 64.10% de gestantes con inicio tardío del control prenatal tuvieron un periodo inter genésico menor de 2 años; un 20,51% mayor a 5 años y de 2 a 4 años el 15.38%.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2 = 1.55$) el periodo inter genésico y el control prenatal tardío no presentó relación estadística significativa ($P = 0.459 > 0.05$).

Tabla N° 16

**RELACIÓN ENTRE EL SEGURO DE SALUD Y EL INICIO TARDIO DEL
CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES QUE ACUDEN AL
HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDÓ AZÁNGARO,
PUNO.**

Seguro integral de salud	Inicio Tardío	
	N°.	%
SI	75	96,15
NO	3	3,85
TOTAL	78	100,00

Fuente: Matriz de datos.

$$X_c^2 = 6.709 > X_t^2 = 3.84 \text{ GL} = 1 \text{ p} = 0.01$$

La tabla N° 16, muestra que el 96.15% de gestantes con inicio tardío del control prenatal afirman contar con el seguro integral de salud y el 3.85% no lo tienen para cubrir los gastos en su periodo de gestación.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2 = 6.70$), el seguro de salud de la gestante y el control prenatal tardío presentó relación estadística significativa ($P = 0.01 < 0.05$).

Tabla N° 17

**RELACIÓN ENTRE EL TRATO DEL PERSONAL DE SALUD Y EL INICIO
TARDIO DEL CONTROL PRENATAL HACIA LAS GESTANTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO
AZÁNGARO, PUNO.**

Atención del personal de salud	Inicio Tardío	
	fi	%
Buena	7	8,97
Regular	53	67,95
Mala	18	23,08
TOTAL	78	100,00

Fuente: Matriz de datos.

$$X_c^2 = 19.073 > X_t^2 = 5.99 \quad GL=2 \quad p=0.000$$

La **tabla N° 17**, muestra que el 67.95% de gestantes con inicio tardío del control prenatal manifiestan haber recibido un trato regular en el consultorio externo de obstetricia, el 23.08% de las gestantes consideran que tuvieron una mala atención por parte del profesional de salud y el 8.97% manifestaron que la atención fue buena.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2 = 19.07$) la atención del personal de salud (Obstetra) a la gestante tiene relación estadística significativa con el inicio tardío del control prenatal ($P = 0.000 < 0.05$).

Tabla N° 18

**RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE ESPERA Y EL INICIO TARDIO DEL
CONTROL PRENATAL PARA LA ATENCIÓN DE LAS GESTANTES QUE
ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO
AZÁNGARO, PUNO.**

Tiempo de espera para la atención	Inicio Tardío	
	fi	%
NO	61	78,21
SI	17	21,79
TOTAL	78	100,00

Fuente: Matriz de datos.

$$X_c^2 = 0.50 < X_t^2 = 5.99 \quad GL = 1 \quad p = 0.478$$

La tabla N° 18, muestra que el 78.21% de gestantes con inicio tardío del control prenatal no están de acuerdo con el tiempo de espera dentro del establecimiento de salud y el 21.79% si se encuentran de acuerdo, para ser atendida en su primer control prenatal.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2 = 0.50$) el tiempo de espera desde el ingreso al hospital hasta la atención en el consultorio externo de obstetricia no tiene relación estadística significativa con el inicio tardío del control prenatal ($P = 0.478 > 0.05$).

CAPITULO IV: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El porcentaje de gestantes que acudieron tardíamente a su primer control prenatal en el hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo de Azángaro Puno, fue en un 70.9% de un total de 110 unidades de estudio y solo el 29.1% asistieron oportunamente es decir antes de las 14 semanas. Asimismo se trató de identificar los factores socioculturales, obstétricos e institucionales que se asocian al inicio tardío del control prenatal. El motivo del porqué, no acudieron a su primer control prenatal durante el I trimestre fue por miedo y/o vergüenza ante el profesional de salud de ser criticada, juzgada o regañada por su embarazo, con un porcentaje de 34.62%; otros factores fueron: la edad en donde la mayoría de gestantes tenían entre 20 a 35 años con un 64.10%; contar con el apoyo afectivo de su pareja, con un 61.54%; dar importancia al control prenatal con el 75.64%; no sufrir violencia familiar en sus hogares con un 73.08%. Asimismo se observó en cuanto a los factores obstétricos: la multiparidad con más de 2 a 3 partos con un 58.97% adujeron que, ya tenían experiencia en llevar un embarazo sin complicación alguna y en cuanto a la no planificación del embarazo, las gestantes refirieron no tener conocimiento sobre planificación familiar o en algunos casos la no aceptación por parte de sus parejas. Asimismo dieron a conocer sobre el trato del personal profesional de salud, dentro del consultorio calificándolo como regular 67,95% y malo con el 23.08% lo cual es muy preocupante, el cual definitivamente merece ser subsanado. Todos estos factores tuvieron una significancia estadística en el presente estudio de investigación e influyeron en la asistencia tardía a su primer control prenatal. Considerando que, con un control prenatal precoz, se busca vigilar y evaluar la salud materna fetal y poder prevenir, diagnosticar, brindando un tratamiento oportuno, eficaz, si se presentara alguna alteración durante el embarazo y evitar

complicaciones posteriores que podría ser perjudicial para la gestante y el niño por nacer.

Según, los resultados mencionados en los antecedentes de estudio se observó que: Córdova R, Escobar L, Lucero L. (18), “factores asociados a la inasistencia al primer trimestre” con un estudio de casos y controles, acudieron al control prenatal durante el I trimestre fueron 149 gestantes y 139 lo hicieron tardíamente; en cuanto a la edad oscila entre 14 a 45 años; pertenecían al régimen subsidiado el 77,1% de gestantes, el riesgo de inicio tardío del control prenatal se incrementó en la medida que lo hacía el número de embarazos, siendo estadísticamente significativo el antecedente de 4 a 6 gestaciones.

En el presente trabajo de investigación, realizado en el hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo se pudo constatar que un alto porcentaje de gestantes (70.9%), tuvieron un inicio tardío del primer control prenatal. En la investigación realizada por Córdova L. los factores que influyeron en el inicio tardío fueron: el embarazo en adolescentes y el grado de instrucción (primaria), mujeres con 2 a 4 gestaciones previos.

Álvarez Y, Ascanio A, Bayona F, Páez (19) Fueron obtenidos de las 89 encuestas que hicieron a gestantes que ingresaron tardíamente al control prenatal Teniendo como resultados, edades extremas mujeres menores de 18-24 años y mujeres añosas de 36 a 41 años de edad, estado civil libre con el 56.1%, actividades del hogar con un 97%, convivencia de pareja con el 96%, el 42% recibe el apoyo de su familia, en cuanto a la importancia del inicio del control prenatal en un 52.8% solo algunas veces lo cree importante y un 56,1% de gestantes respondieron que recibieron una adecuada atención en sus controles prenatales.

Analizando el presente estudio según la entrevista que se hizo a las 78 gestantes que iniciaron tardíamente su primer control prenatal existen similitudes con respecto al estado civil con un 82.05%; la ocupación que tienen la mayoría de gestantes como ama de casa 57,69%; el recibir apoyo de la familia 64,10% y la importancia del control prenatal 75,64%. De esta manera podemos corroborar que existen factores similares entre ambos estudios que influyen en el inicio tardío del primer control prenatal de las gestantes a pesar de la ubicación geográfica de los lugares de estudio.

Pécora, Alicia; San Martín, María Emilia et al. (20), obtuvieron que en el 84 % de gestantes, la edad oscilaba entre 18 y 45 años; 13% no asistieron por razones laborales, 11% por atención a otros hijos y el 9% de gestantes por la distancia. Las principales causas por las cuales las pacientes no concurren precozmente al control prenatal son por barreras en el sistema de salud.

En comparación con el presente estudio de investigación, no existe coincidencias a excepción de la atención de hijos menores (19.23%) y el trato regular de la gestantes por parte del profesional de salud (62.73%).

Camarena, Paola (21). La investigadora en mención según el estudio de casos y controles de abandono del control prenatal de parte de las gestantes que hizo, da a conocer que los factores personales como la dificultad en el permiso en el trabajo dificultad para el cuidado de los hijos y dentro de los factores médicos con consulta de baja calidad (OR: 3,3) y la percepción de la calidad de la atención (OR: 4,1), llegó a la conclusión que los factores personales: dificultad en permisos en el trabajo, dificultad para el cuidado de los hijos, olvido de citas y los factores médicos como la consulta de baja calidad y percepción de la calidad de la atención, se asocian al abandono del control prenatal.

Analizando el presente estudio de investigación haciendo comparación con no existen coincidencias a excepción de, el cuidado de hijos menores y el trato de regular calidad que brinda a la gestante dentro del consultorio obstétrico el personal profesional de salud con un 67.95%.

Navarro, Janet M. C.S. Leonor Saavedra (22). Concluye que, la mayoría de gestantes (53.8%), evaluadas en el estudio iniciaron su atención prenatal precozmente. Dentro de los principales factores de riesgo detectados para el inicio tardío de la atención prenatal de las gestantes que acudieron al consultorio de obstetricia del Centro de Salud “Leonor Saavedra” fueron: la condición de multigesta, tener problemas de dinero, trabajo y el antecedente de experiencias negativas en alguna consulta.

Analizando los resultados obtenidos en el presente estudio, no hubo coincidencias con la investigadora Navarro, Janet.

Otros resultados obtenidos en el presente estudio de investigación realizado en el hospital C.C.R.V., muestran que, la mayoría de las gestantes refirieron ser convivientes, amas de casa, tener estudios secundarios, proceder de la zona urbana, apoyo de sus familiares, tener un periodo intergenesico menor de 2 años y no estar de acuerdo con el tiempo de espera.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

Primera.- El porcentaje de mujeres gestantes que inicia tardíamente su primer control prenatal en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo Azángaro-Puno, durante el periodo junio-agosto del 2016 fue el 70.9%.

Segunda.- Los factores socio-culturales que se asocian al inicio tardío del primer control prenatal de las gestantes que acudieron al Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro –Puno, fueron: la edad de 25-35 años, con un chi cuadrado de $X^2 = 0.492$; el apoyo afectivo de la pareja, con un chi cuadrado de $X^2 = 7.16$; la importancia que le dan al control prenatal, con un chi cuadrado de $X^2 = 9.42$; el miedo y/o vergüenza, con un chi cuadrado de $X^2 = 11.74$ y la no existencia de violencia familiar en sus hogares, con un chi cuadrado de $X^2 = 5.86$.

Tercera.- Los factores obstétricos que se asocian al inicio tardío del control prenatal de gestantes que acudieron al consultorio externo del hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro - Puno fueron: La multiparidad con un chi cuadrado de $X^2 = 14.82$; no haber tenido aborto alguno, con un chi cuadrado de $X^2 = 6.86$; y la no planificación del embarazo con un chi cuadrado de $X^2 = 31.93$.

Cuarta.- Dentro de los factores Institucionales que se asocian al inicio tardío del primer control prenatal de gestantes que acudieron al consultorio externo de Obstetricia del hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo perteneciente a Azángaro - Puno fueron: Encontrarse aseguradas en seguro integral de salud, con un chi cuadrado de $X = 6.70$ y la regular atención recibida en el

consultorio de obstetricia por el profesional de salud con un chi cuadrado
de $X^2 = 19.07$.



RECOMENDACIONES

1. Al Director del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo se recomienda coordinar eficazmente con la responsable del área de Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, servicios, paquetes, que son de competencia, con el objetivo de disminuir el porcentaje elevado de gestantes que acuden tardíamente a su primer control prenatal.
2. Coordinar con los profesionales en salud (Obstetras) y el área de comunicaciones para organizar campañas de sensibilización a todas las mujeres en edad fértil de la localidad, mediante charlas educativas (adolescentes, clubes de madres, programas sociales) mediante, programas radiales, spots, afiches y otros; dando a conocer la importancia del primer control prenatal durante el primer trimestre.
3. A través de las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, educar a las gestantes, con la finalidad de poder reconocer los factores de riesgo que pueden aumentar las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, con lo cual las gestantes podrían diferenciar lo fisiológico con lo patológico.
4. Se recomendará al Director del hospital C.C.R.V tener más diálogo con el personal de salud, con la finalidad de ofrecer una atención humanizada, con calidad y calidez sin diferencias de raza, condición económica, religión a todas las gestantes que acuden al establecimiento de salud desde su ingreso hasta culminar de su atención.
5. Otra recomendación para el Director del hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo es realizar una reingeniería dentro del establecimiento de salud con todos los trabajadores para mejorar la atención a los pacientes que acuden cotidianamente, priorizando a las gestantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Votta RA. 4° Ed. Buenos Aires: López Libreros editores, 1998.
2. OMS. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal. Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal 1997.
3. Herrera JA. Resultado aplicación de un modelo psicosocial para la reducción de morbimortalidad materna y perinatal 2° ed. MINSA Universidad del Valle 2000.
4. Ministerio de Salud, Manual de registro y codificación de la atención en la consulta externa Estrategia Sanitaria de Salud Reproductiva 2012.
5. Hiram M. D.M.S. Médico Familiar. Residente – Universidad Panamá. 2013
6. Schwarcz R, Diaz AG, Fescina R, Belitzky R. Reproductiva Materna Perinatal, Atención prenatal del parto de bajo riesgo obstétrico y puerperio 2da. Edición Santa fe. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano.
7. INEI. Salud Materna. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Perú 2013.
8. Organización Mundial de Salud (OMS), 2009.
9. Gonzales Enrique A. MINSA, Guías Clínicas de la Atención de la mujer en periodo pre concepsional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido.
10. Pécora San Martin M., Cantero A, Furfaro K. Control prenatal tardío Control prenatal tardío ¿Barreras en el sistema de salud? Hospital Materno Infantil Ramón Sarda- Argentina.2008.
11. Munares O. Factores asociados al abandono del control prenatal, Instituto Nacional Materno Perinatal 2011, Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Tesis de [Tesis Post Grado], Lima 2014.
12. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la atención integral de salud materna. Lima: MINSA; 2013.
13. Ministerio de Salud, Norma Técnica para la atención integral de salud materna. Lima: MINSA; 2013

14. Pita Fernández S., Vila Alonso MT. Unidad epidemiológica clínica y bioestadística Hospital JC. 2002.
15. Navarro V. Janeth M. Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de Obstetricia del C.S. Leonor Saavedra Enero-Marzo 2015 [Tesis de grado] UNMSM. Lima, Facultad Obstetricia; 2015.
16. Paredes N. Maternidad postergada, Horiz Med. 2013.
17. Tamariz B. Ana M. M.R. Incidencia y complicaciones maternas, fetales y neonatales más frecuentes en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Enero 2010-Enero 2011, Lima.
18. INEI. Características generales de las mujeres. Encuesta Demográfica y de salud Familiar 2012.
19. INEI. Características generales de las mujeres. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012. Huancavelica Perú 2013.
20. Poffald L., Hirmas M, Aguilera X, Vega J, Gonzales M, Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes, resultados de un estudio cualitativo en Chile, Salud pública de México 2013.
21. Navarro V. M. Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de Obstetricia del C.S. “Leonor Saavedra”. UNMSM. 2015.
22. Langer A. El embarazo no deseado impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe 2012.
23. OPS/OMS. Políticas y Estrategias regionales para la garantía de calidad de la atención sanitaria, incluyendo seguridad del paciente. Washington D.C.EVA:OPS/OMS. 2007.
24. Quelopana A. Predictores del inicio del control prenatal en mujeres del Área Metropolitana de Monterrey [Tesis]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería 2006.
25. Hidalgo M. Padrino E, Romero B. Opinión de las gestantes acerca de la participación de Enfermería en la consulta prenatal. 2012.

26. Secretaria de Salud. Lineamiento General de la Elaboración de planes de cuidado de enfermería. México 2011.
27. Supo C. José Antonio. estadístico, Metodología de la Investigación Científica 2014.

HEMEROGRAFIA

28. Camarena Paola. “Asociación entre los factores de abandono al control prenatal en gestantes atendidas en el hospital Marino Molina – ESSALUD – 2011”. [Tesis de pregrado] 2011.
29. Pécora, Alicia; San Martín, María Emilia; Cantero, Andrea; Furfaro Karina; Jankovic, M. Paula; Llompert, Vanesa.
30. Álvarez Y, Ascanio A, Bayona F, Páez E. “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.” [Tesis de pregrado], 2014.
31. Córdova R, Escobar L, Lucero L. “Factores Asociados a La Inasistencia Al Primer Trimestre Del Control Prenatal en Mujeres Gestantes del Eje San Sebastián De la Plata, Huila 2009” [Tesis de pregrado] 2009.
32. Navarro V. Mirella J. Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de Obstetricia del C.S. “Leonor Saavedra”. UNMSM. 2015.

ANEXOS



Anexo 1:**Entrevista a las gestantes que acudieron a su primer control prenatal.****INSTRUCCIONES:**

El contenido de esta cédula de preguntas es confidencial y será manejado solamente por la Bachiller en Obstetricia Julia Angélica Choquehuanca Mamani (responsable del estudio). Se le ruega a usted responder con absoluta sinceridad a las preguntas que se le realice en esta entrevista, la información que usted proporcione, será de gran ayuda para mejorar la atención en consultorios externos del servicio de Obstetricia en el Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo de nuestra localidad.

DATOS SOBRE FACTORES SOCIOCULTURALES OBSTÉTRICOS E INSTITUCIONALES:**1. Edad materna.....años****2. Estado civil**

a) Casada () b) Conviviente () c) Soltera () d) Otro ()

3. ¿Cuál es su grado de instrucción?a) Sin instrucción () b) Primaria () c) Secundaria ()
d) Superior ()**4. ¿Cuál es su ocupación actual?**a) Ama de casa () b) Comerciante () c) Productora ()
d) Otros.....**5. ¿Cuál es su procedencia?**

a) Urbano () b) Rural ()

6. ¿Recibe usted apoyo afectivo de su pareja?

a) Si () b) No ()

7. ¿Recibe usted apoyo de su familia en su actual embarazo?

a) Si () b) No ()

8. Considera usted que el primer control prenatal es:

a) Importante () b) Nada importante ()

9. ¿Por qué motivo usted no acudió a su primer control prenatal durante el primer trimestre?

- a) Distancia
- b) Experiencia negativa anterior
- c) Labores de hogar y cuidado de hijos menores
- d) Miedo y/o vergüenza
- e) Trabajo

10. ¿Es usted víctima de algún tipo de violencia familiar dentro de su hogar?

- a) Si
- b) No

11. ¿El tipo de paridad que tienes es?

- a) Nulípara
- b) Primípara
- c) Multípara

12. ¿Cuál es el número de abortos?

- a) Ningún aborto
- b) Un aborto
- c) Mayor a 1 aborto

13. ¿Su actual embarazo fue:

- a) Planificado
- b) No planificado

14. ¿Cómo fue tu periodo intergenésico?

- a) Menor de 2 años
- b) De 2 a 4 años
- c) Mayor de 5 años

15. ¿Usted cuenta con un Seguro de Salud?

- a) Si
- b) No

16. ¿Cómo considera usted la atención que ofrece el personal profesional dentro del consultorio de Obstetricia?

- a) Bueno
- b) Regular
- c) Malo

17. ¿Está usted de acuerdo con el tiempo de espera para la atención de su primer control prenatal?

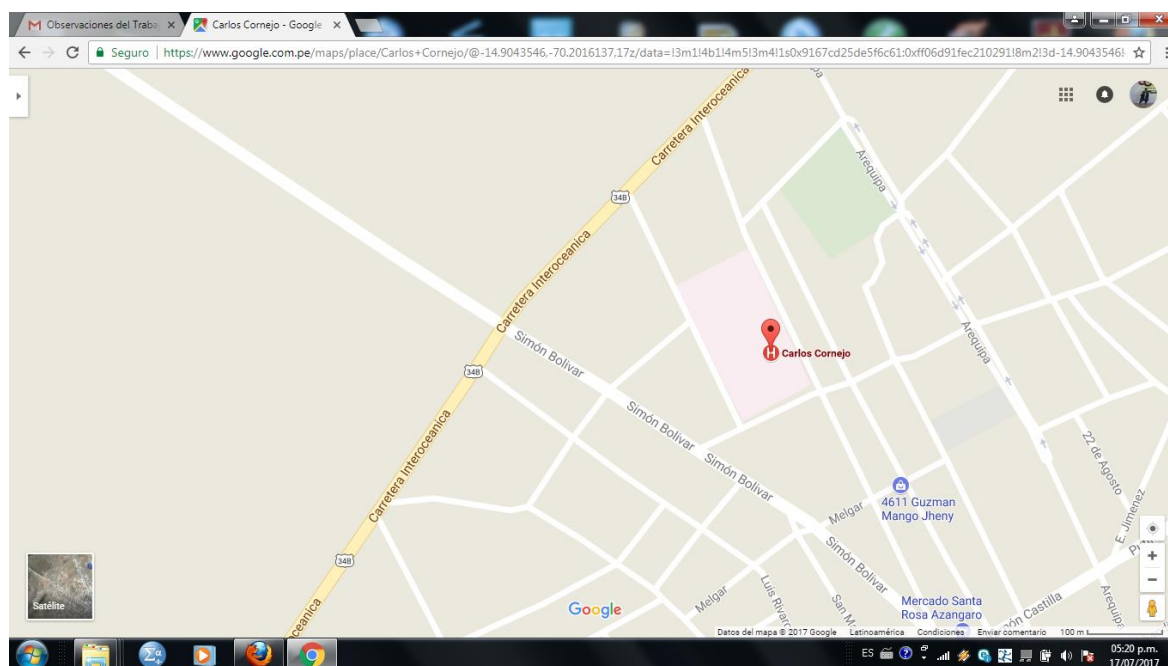
- a) Si
- b) No

2. INICIO DEL CONTROL PRENATAL:

TRIMESTRE: I II III

Anexo 2:

Ubicación geográfica del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo



Anexo 3:

Solicitud al director del Hospital Carlos Cornejo Rosselló Vizcardo

“Año de la Consolidación del Mar de Grau”

**SOLICITO: PERMISO
PARA REALIZAR TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN**

SEÑOR:

DIRECTOR DE LA REDESS AZÁNGARO- REGIÓN DE SALUD PUNO

Yo, **JULIA ANGÉLICA CHOQUEHUANCA MAMANI**,
identificada con **DNI 29466085**, con domicilio en el
Jr. Mariscal Castilla N° 210. Ante Ud. con el debido
respeto me presento y digo:

Que teniendo la necesidad de realizar mi trabajo de investigación
en la institución que usted muy acertadamente dirige, es que solicito a su dirección, se
me otorgue el permiso correspondiente para poder realizar dicho estudio sobre:
**“FACTORES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DEL CONTROL
PRENATAL DE GESTANTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO
EXTERNO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO
ROSELLO VIZCARDO AZÁNGARO, PUNO JUNIO – AGOSTO 2016”.**

POR LO EXPUESTO:

Solicito acceder a mi petición, no dudando de su gentil aceptación.

Azángaro, 01 de Mayo del 2016

.....
Julia Angélica Choquehuanca Mamani
DNI: 29466085

Anexo 4

Consentimiento informado

A usted, se le invita a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender lo siguiente. La presente investigación es conducida por la Bachiller en Obstetricia, Julia Angélica Choquehuanca Mamani que está llevando a cabo un estudio sobre los “Factores Asociados al inicio tardío del control prenatal en gestantes que acuden al Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo Azángaro, Puno 2016”, El propósito de esta investigación es identificar factores que influyen en el inicio tardío del control prenatal, ya sean factores Socioculturales, Obstétricos e Institucionales. Se entrevistarán a todas las gestantes que inician su primer control prenatal y tendrá una duración aproximada de 10 a 15 minutos.

Si usted desea participar, responda a las preguntas de la encuesta; su participación es completamente voluntaria. La información que se recogerá será confidencial y anónima. Si alguna pregunta durante la encuesta le parece incómoda, tiene derecho a hacerlo saber al investigador o a no responderla.

Participante

Investigadora: Julia Angélica
Choquehuanca Mamani
DNI: 29466085

Anexo 5:

Matriz de Sistematización realizado en el SPSS v.21

N°	Edad	Estado civil	Grado de instrucción	Ocupación	Procedencia	Apoyo afectivo de pareja	Apoyo familiar a gestación	Importancia control prenatal	Motivo porque no acude al CPN 1er trimestre	Violencia familiar	Paridad	Número de abortos	Planificación de embarazo	Periodo intergestivo	Seguro De salud	Atención gestante consultorio	Tiempo espera EESS	Control Prenatal
1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	1	0	1	1	2	1	2
2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	1	0	1	1	2	1	2
3	2	1	2	2	1	2	1	1	5	2	3	1	0	3	1	2	1	2
4	2	1	2	2	1	2	1	1	3	2	3	0	0	3	1	3	1	2
5	1	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	0	0	1	1	1	1	2
6	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	3	1	0	1	1	2	1	2
7	2	1	2	1	1	2	2	1	4	2	2	0	0	2	1	2	1	2
8	2	2	1	2	1	1	2	1	3	2	3	0	0	1	1	2	2	2
9	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	3	0	1	1	1	1	1	2
10	2	1	3	2	1	1	1	1	3	1	3	0	0	1	1	2	1	2
11	2	3	3	3	1	2	2	1	3	2	3	0	1	2	1	2	1	2
12	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	3	0	1	3	1	1	1	2
13	1	2	2	2	1	1	2	1	3	2	3	1	0	1	1	2	1	2
14	3	1	2	2	1	1	2	2	3	1	3	0	0	3	1	2	1	2
15	2	1	2	1	1	2	2	2	5	2	3	1	0	1	1	2	1	2
16	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	3	0	0	1	1	2	1	2
17	3	1	2	1	2	1	1	2	2	1	3	0	0	2	1	1	1	2
18	1	1	1	3	2	1	1	2	2	2	2	0	0	1	1	2	1	2

19	2	1	2	1	1	2	1	1	2	2	3	0	0	3	1	2	1	2
20	1	1	2	3	1	2	2	1	2	2	3	1	0	1	1	2	2	2
21	1	1	2	3	1	2	2	1	3	2	2	0	0	1	1	1	1	2
22	2	1	3	2	1	2	1	1	2	2	3	0	0	1	1	2	1	2
23	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2	3	0	0	2	1	2	1	2
24	2	1	2	1	1	2	1	1	5	2	3	0	0	2	1	2	1	2
25	2	1	2	1	1	2	2	1	5	2	3	1	0	3	1	2	2	2
26	2	1	3	1	1	2	2	1	4	2	2	0	1	2	1	2	1	2
27	3	1	1	1	2	1	1	1	2	1	3	0	0	1	1	2	1	2
28	2	3	3	2	1	2	1	1	5	2	3	0	0	3	1	2	1	2
29	1	2	2	4	1	1	2	2	2	2	2	0	0	1	1	2	1	2
30	2	1	3	3	1	2	2	1	5	2	3	0	0	1	1	2	1	2
31	2	1	3	1	1	2	2	1	1	2	3	0	0	1	1	2	2	2
32	3	1	2	1	1	2	1	1	2	2	3	0	0	3	1	2	1	2
33	2	1	3	4	1	2	2	1	3	2	3	0	0	1	1	2	1	2
34	2	1	2	1	1	2	2	1	4	2	2	0	0	1	1	2	1	2
35	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	3	0	0	1	1	1	1	2
36	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	3	2	0	1	1	2	1	2
37	2	1	2	2	1	2	1	2	3	2	3	1	0	2	1	1	1	2
38	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	3	0	0	3	1	2	2	2
39	1	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	0	0	1	1	1	1	2
40	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	0	0	3	1	2	1	2
41	2	1	3	1	1	2	2	1	4	2	3	0	0	2	1	1	1	2
42	2	3	1	1	1	1	2	2	4	1	3	0	0	3	1	1	1	2
43	1	1	2	1	1	2	2	1	2	2	3	0	0	1	1	2	1	2
44	1	1	2	3	1	1	2	1	2	2	3	0	0	1	1	2	1	2
45	2	1	3	1	1	2	2	1	1	2	2	0	0	2	1	2	1	2
46	2	1	2	1	2	1	2	1	4	1	3	0	0	1	1	2	1	2

47	1	2	3	3	1	1	2	1	5	2	2	0	0	1	1	1	1	2
48	2	1	2	1	1	2	2	1	4	2	2	0	0	1	1	2	2	2
49	2	3	2	4	2	1	2	1	4	2	3	1	0	2	1	2	1	2
50	2	1	1	1	2	2	1	1	4	2	2	0	0	3	1	1	1	2
51	2	1	2	1	1	2	1	1	5	2	2	1	0	3	1	1	1	2
52	1	2	4	3	2	1	2	2	2	1	4	0	0	1	1	2	1	2
53	3	1	2	2	1	1	1	2	3	1	3	1	0	2	1	2	1	2
54	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	3	0	0	2	1	2	1	2
55	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	0	0	1	1	1	1	2
56	2	3	2	2	1	2	1	1	3	2	3	0	0	3	1	2	1	2
57	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	3	1	0	1	1	3	2	2
58	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	3	0	1	1	1	2	1	2
59	1	1	2	1	1	2	2	1	2	2	3	0	0	1	1	1	2	2
60	3	2	2	4	2	1	1	2	2	2	3	1	0	3	1	2	1	2
61	2	1	2	4	2	2	2	1	3	2	3	0	0	1	1	2	1	2
62	1	2	2	4	2	1	2	1	2	2	2	0	0	1	1	2	2	2
63	2	1	3	1	1	2	2	1	4	2	2	1	0	1	1	2	2	2
64	2	1	2	1	1	2	2	1	4	2	2	0	0	1	1	2	2	2
65	1	1	2	1	1	2	2	1	2	2	3	0	0	1	1	1	1	2
66	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1	0	1	2	2	2	2
67	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	0	0	1	1	3	1	2
68	2	1	2	2	1	2	1	1	3	2	4	1	0	3	1	2	2	2
69	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	0	0	1	1	1	1	2
70	2	1	2	1	1	1	2	1	5	1	2	0	0	1	1	2	1	2
71	2	1	1	4	2	1	1	1	4	1	2	0	0	1	2	3	2	2
72	2	1	3	2	1	2	2	1	3	2	2	0	0	1	1	2	1	2
73	1	1	2	1	1	2	2	1	4	1	2	0	1	1	2	3	1	2
74	1	1	2	3	1	2	1	1	2	1	2	0	0	1	1	3	2	2

75	1	1	2	3	1	1	2	2	2	1	2	0	0	1	1	1	1	2
76	1	2	1	3	2	1	2	2	2	1	4	0	0	1	1	2	1	2
77	2	1	1	4	2	2	2	2	1	2	2	0	1	1	1	2	2	2
78	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	0	0	1	1	3	2	2
79	2	1	2	1	1	2	2	1		2	3	1	0	3	2	3	1	1
80	2	1	2	1	1	2	1	1		2	2	0	1	3	1	2	1	1
81	2	1	2	1	1	2	1	1		2	2	0	0	3	1	2	1	1
82	2	1	2	1	2	2	2	1		2	2	1	1	1	1	3	2	1
83	2	2	2	2	1	1	2	1		2	4	0	0	1	1	2	1	1
84	2	1	2	1	1	2	2	1		2	2	0	0	3	1	2	2	1
85	2	1	1	4	2	2	2	1		2	2	1	0	1	1	3	1	1
86	2	1	3	3	1	2	2	1		2	2	0	0	1	2	3	1	1
87	2	1	2	1	1	2	1	1		2	4	0	0	1	1	2	1	1
88	2	1	3	1	1	2	2	1		2	2	0	1	3	1	3	1	1
89	1	1	2	1	1	2	2	1		2	4	0	1	1	1	3	2	1
90	2	1	1	1	1	2	2	1		2	3	0	1	3	1	2	2	1
91	2	1	3	1	1	2	2	1		2	2	1	1	2	1	3	1	1
92	2	1	3	1	1	2	2	1		2	2	0	1	1	1	3	2	1
93	2	1	1	4	2	2	1	1		2	3	0	0	1	1	2	1	1
94	2	1	3	1	1	2	1	1		2	2	1	1	3	2	3	1	1
95	2	1	3	3	1	2	2	1		2	2	0	1	1	1	2	1	1
96	2	1	2	1	1	1	2	1		1	3	1	0	3	1	3	1	1
97	2	2	3	3	1	1	1	1		2	2	0	0	1	1	1	1	1
98	2	1	2	1	1	2	2	1		2	4	0	0	1	1	3	2	1
99	2	1	3	3	1	2	2	1		2	2	2	1	2	1	2	1	1
100	2	1	2	1	1	2	2	1		2	3	1	1	3	1	3	2	1
101	2	1	2	1	1	2	1	1		2	4	1	1	3	1	2	1	1
102	2	1	3	1	1	2	2	1		2	2	0	1	1	1	1	1	1

103	2	1	2	1	2	2	2	1		2	4	1	1	2	2	2	1	1
104	2	1	3	3	1	2	1	1		2	2	2	1	1	1	3	1	1
105	2	1	2	1	1	2	1	1		2	2	0	0	1	1	2	1	1
106	2	1	3	2	1	2	2	1		2	3	2	1	1	1	2	1	1
107	2	1	2	2	1	2	2	1		2	2	1	1	2	1	2	2	1
108	2	1	3	1	1	2	2	1		2	4	0	1	1	2	2	1	1
109	2	1	3	1	1	2	1	1		2	3	1	1	1	1	3	1	1
110	2	1	2	1	1	1	1	1		1	3	0	0	2	2	2	2	1



Anexo 6:

Evidencias del trabajo de investigación

Foto N° 1 del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo



Foto N° 2

Entrevista a las gestantes después de su Primer Control Prenatal en el consultorio externo de Obstetricia del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo.

