

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



### **“FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD “MARITZA CAMPOS DÍAZ” ZAMÁCOLA, AREQUIPA MAYO-JUNIO 2017”**

**Tesis presentada por:**

**Bachiller: Chavez Pacse, Shirley**

**Para optar el Título Profesional de  
Licenciada en Obstetricia**

**Asesor: Dr. Alberto Cáceres Huambo**

**AREQUIPA-PERÚ**

**2017**

## DEDICATORIA

Primero agradecer a Dios por permitirme llegar hasta este momento especial de mi formación profesional y guiarme por el buen camino. Dedico este trabajo al esfuerzo de mis padres por su amor, paciencia y apoyo para culminar mi carrera profesional. A mi hijo por ser la motivación para concluir este proyecto de tesis, a mi familia en general y amistades por su apoyo incondicional.

Agradecer a mis docentes por su tiempo, enseñanzas, y consejos. Al Dr. Alberto Cáceres por su asesoramiento y guía para la realización de la tesis.



“Cuida tus pensamientos, porque se convertirán en tus palabras. Cuida tus palabras, porque se convertirán en tus actos. Cuida tus actos, porque se convertirán en tus hábitos. Cuida tus hábitos, porque se convertirán en tu destino.”

Mahatma Gandhi

## ÍNDICE GENERAL

<b>RESUMEN.....</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>9</b>
<b>CAPITULO I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO .....</b>	<b>10</b>
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	11
1.1 Enunciado .....	11
1.2 Descripción .....	11
1.3 Justificación .....	12
2. OBJETIVOS .....	13
3. MARCO TEÓRICO.....	14
3.1. MARCO CONCEPTUAL .....	14
3.1.1 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS .....	14
3.1.2 CONTROL PRENATAL.....	14
3.1.2.1 Objetivos del control prenatal.....	15
3.1.2.2 Importancia del Control Prenatal.....	15
3.1.2.3 Frecuencia del Control Prenatal.....	16
3.1.2.4 Metodología del Control Prenatal .....	17
3.1.2.5 Signos y Síntomas de alarma.....	24
3.1.2.6 Nutrición y Suplementos Vitamínicos.....	25
3.1.2.7 Conductas de Riesgo identificadas en el embarazo .....	26
3.1.2.8 Cuidados prenatales en el embarazo.....	29
3.2 ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	31
3.2.1 A nivel Local .....	31
3.2.2 A Nivel Nacional .....	32
3.2.3 A Nivel Internacional.....	33
4. HIPÓTESIS.....	34
<b>CAPITULO II . PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....</b>	<b>35</b>
1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	36

1.1 Técnica:.....	36
1.2 Instrumento: .....	36
1.3 Material de verificación: .....	36
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:.....	37
2.1 UBICACIÓN ESPACIAL: .....	37
2.2 UBICACIÓN TEMPORAL:.....	37
2.3 UNIDADES DE ESTUDIO:.....	37
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:.....	38
3.1 Organización:.....	38
3.2 Recursos:.....	38
3.3 Validación del instrumento:.....	38
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS .....	39
<b>CAPITULO III. RESULTADOS .....</b>	<b>40</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>60</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>63</b>
<b>RECOMENDACIONES: .....</b>	<b>64</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>65</b>
Bibliografía:.....	65
Hemerografía:.....	67
Informatografía.....	68
<b>ANEXOS .....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO N° 1:CONSENTIMIENTO INFORMADO .....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO N° 2: CROQUIS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ- ZAMACOLA.....</b>	<b>71</b>

**ANEXO N° 3: AUTORIZACIÓN DE LA RED AREQUIPA- CAYLLOMA72**

**ANEXO N° 4: ENTREVISTA PERSONAL .....73**

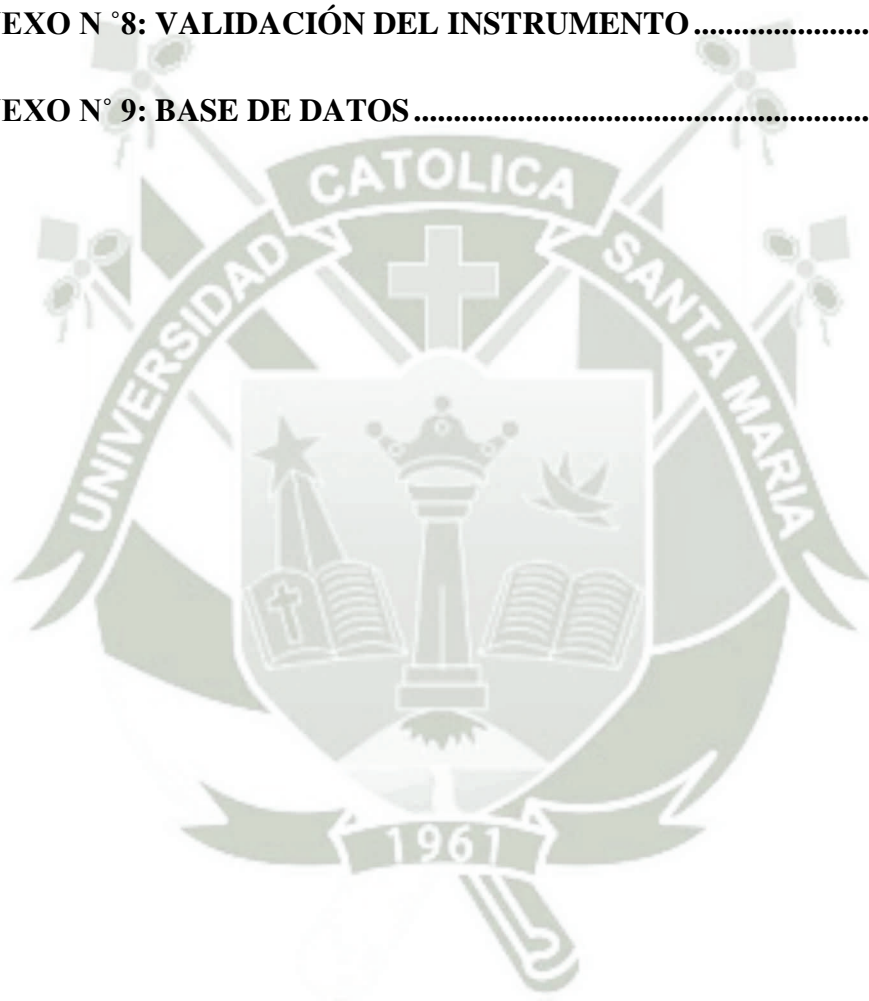
**ANEXO N° 5: CÉDULA DE PREGUNTAS .....74**

**ANEXO N° 6: PARÁMETROS DE MEDICIÓN .....78**

**ANEXO N° 7: CUADRO DE ASISTENCIA POR TRIMESTRES .....79**

**ANEXO N° 8: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO .....82**

**ANEXO N° 9: BASE DE DATOS .....84**



## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los factores maternos de las gestantes que asisten al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz. Conocer la frecuencia de la asistencia al control prenatal en gestantes que asisten al Centro de Salud Maritza Campos Díaz. Relacionar los factores maternos con la asistencia al control prenatal en gestantes que asisten al Centro de Salud Maritza Campos Díaz. Mayo- Junio 2017

**Material y métodos:** El estudio se realizó en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz y consistió en la aplicación del instrumento en 100 gestantes con el fin de evaluar los factores maternos asociados a la asistencia del control prenatal.

**Resultados:** Los factores socioeconómicos que caracterizan a las gestantes que asisten al control prenatal al Centro de Salud Maritza Campos Díaz con el mayor porcentaje son: el 53.0% tienen entre 17-25 años, el 70.0% de las mujeres tienen instrucción secundaria, el 60.0% tienen más de un hijo, el 86.0% son convivientes, el 86.0% son amas de casa, el 99.0% provienen de lugar urbano, el 56.0% son de nivel socioeconómico medio, el 56.0% tienen un buen nivel de conocimiento sobre el control prenatal. La frecuencia de la asistencia al control prenatal fue del 57.0% de las mujeres con 5 a 8 controles prenatales en su embarazo. En cuanto a su relación el 32.0% de las mujeres que asistieron a 5-8 controles prenatales tienen entre 17-25 años, el 39.0% de las mujeres que asistieron a 5-8 controles prenatales tienen instrucción secundaria, el 36.0% de las mujeres que asistieron a 5-8 controles prenatales tienen más de un hijo, el 51.0% de las mujeres que asistieron a 5-8 controles prenatales son convivientes, el 48.0% de las mujeres que asistieron a 5-8 controles prenatales son amas de casa, el 57.0% de las mujeres que asistieron a 5-8 controles prenatales provienen de zonas urbanas, el 32.0% de las mujeres que asistieron a 5-8 controles prenatales son de nivel socioeconómico medio, el 32.0% de las mujeres que asistieron a 5-8 controles prenatales tienen buen nivel de conocimiento sobre controles prenatales.

**Conclusiones:** Entre los factores maternos estudiados que se asocia con la asistencia al control prenatal en gestantes que asisten al Centro de Salud Maritza Campos Díaz es el nivel socioeconómico porque presentó relación estadística significativa ( $P < 0.05$ ) según la prueba de chi cuadrado ( $X^2 = 23.77$ ).

**PALABRAS CLAVES:** Factores maternos, Asistencia, Control Prenatal.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine maternal facts of pregnant women attending prenatal care at the Maritza Campos Díaz health center. To know the frequency of prenatal care assistance in pregnant women attending the Maritza Campos Díaz health center. To relate maternal facts associated with prenatal care assistance in pregnant women attending the Maritza Campos Díaz health center. May- June 2017

**Material and methods:** The study was carried out at the Maritza Campos Díaz health center and consisted in the application of the instrument in 100 pregnant women in order to evaluate maternal facts associated with prenatal care assistance.

**Results:** The socioeconomic factors of pregnant women attending prenatal care at the Maritza Campos Díaz health center with the highest percentage are: 53.0% are between 17-25 years old, 70.0% of the women have secondary education, 60.0% have More than one child, 86.0% are living together, 86.0% are housewives, 99.0% come from urban areas, 56.0% are from the middle socioeconomic level, 56.0% have a good level of knowledge about prenatal care. The frequency of antenatal care assistance was 57.0% of the women with 5 to 8 prenatal controls in their pregnancy. Regarding their relationship, 32.0% of the women attending 5-8 prenatal checkups have between 17-25 years, 39.0% of the women attending 5-8 prenatal checkups have secondary education, 36.0% of the women Who attended 5-8 prenatal checkups have more than one child, 51.0% of the women attending 5-8 prenatal checkups are cohabiting, 48.0% of the women attending 5-8 prenatal checkups are housewives, 57.0% of women attending 5-8 prenatal checkups come from urban areas, 32.0% of women attending 5-8 prenatal checkups are of medium socioeconomic status, 32.0% of women attending 5- 8 prenatal controls have a good level of knowledge about prenatal controls.

**Conclusions:** Among the maternal factors studied that are associated with the assistance to prenatal control in pregnant women attending the Maritza Campos Díaz Health Center is the socioeconomic level because it presented a statistically significant relationship ( $P < 0.05$ ) according to the chi square test ( $X^2 = 23.77$ ).

**KEYWORDS:** Maternal factors, Attendance, Prenatal Control.

## INTRODUCCIÓN

El control prenatal se considera un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud brinda a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del binomio madre-hijo, fundamentándose en una asistencia periódica y continua al control prenatal destinada a brindar información, orientación y práctica de conductas saludables en el embarazo, parto, puerperio. (1)

La mayor frecuencia de controles prenatales está asociada con una menor probabilidad de muerte fetal intrauterina para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia de la atención de la mujer. El MINSA considera una gestante controlada si tiene al menos seis controles prenatales, distribuidos de la siguiente manera: dos antes de las 22 semanas, el tercero entre la 22 y 24, el cuarto entre la 27 a 29, el quinto entre la 33 y 35 y el sexto entre la 37 y la última semana de gestación. No solo el cumplimiento de estos controles garantizaría el adecuado seguimiento del embarazo sino además se requiere una atención integral en cada visita, poder establecer una relación cordial, confianza y un agradable clima en la gestante, pareja y familia para propiciar la continuidad del control prenatal y la atención del parto en un Centro de Salud. La asistencia al control prenatal tiene un enorme potencial de contribución a la salud materna y perinatal, es un claro ejemplo de la medicina preventiva. En cuanto a cantidad, calidad, contenidos y oportunidad del control prenatal manejando el enfoque de riesgo, posibilita una captación precoz de la gestante y una adecuada planificación de las acciones a realizar, durante todo el periodo gestacional. (2)

Por ello mediante este trabajo podemos conocer los factores socioeconómicos y el nivel de conocimiento sobre el control prenatal que podrían asociarse a la asistencia y la frecuencia al control prenatal después de estudios realizados y las medidas pertinentes por los profesionales de salud.



**CAPITULO I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

## 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1 Enunciado

“FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD “MARITZA CAMPOS DÍAZ” ZAMÁCOLA, AREQUIPA MAYO-JUNIO 2017”

### 1.2 Descripción

#### a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la salud
- Área específica: Obstetricia
- Línea: Control Prenatal.

#### b) Análisis u operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES
Variable independiente:  Factores Maternos	Factores socioeconómicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Edad</li> <li>○ Grado de instrucción</li> <li>○ N° Hijos</li> <li>○ Estado civil</li> <li>○ Ocupación</li> <li>○ Procedencia</li> <li>○ Nivel económico</li> </ul>
	Nivel de conocimiento sobre control prenatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bueno</li> <li>○ Regular</li> <li>○ Malo</li> </ul>
Variable dependiente: Asistencia al control prenatal	Número de controles:	<p>Frecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 0-4</li> <li>○ 5-8</li> <li>○ &gt;=9</li> </ul>

**c) Interrogantes básicas**

- ¿Cuáles son los factores maternos en gestantes del Centro de Salud Maritza Campos Díaz?
- ¿Cuál es la frecuencia de la asistencia del control prenatal en gestantes del Centro de Salud Maritza Campos Díaz?
- ¿Cuáles son los factores maternos asociados a la asistencia al control prenatal en gestantes del Centro de Salud Maritza Campos Díaz?

**d) Tipo de investigación:**

- De campo

**e) Nivel de investigación:**

- Relacional

**1.3 Justificación**

- a) Relevancia social:** Este estudio es de interés social ya que se puede precisar los factores socioeconómicos que influyen en la asistencia al control prenatal y el nivel de conocimiento del mismo; así poder descender la mortalidad materna y perinatal concientizando a la población sobre la importancia del control prenatal; acudir en forma temprana a los controles prenatales ayudaría a detectar signos de alarma y factores de riesgo oportunamente.
- b) Factibilidad:** El estudio es factible económicamente y accesible en el Centro de Salud para realizar las encuestas a las gestantes y tener acceso carnet de controles prenatales para realizarlas.
- c) Contemporáneo:** La asistencia del control prenatal es de importancia en la actualidad ya que su asistencia adecuada es primordial.
- d) Interés personal:** En el transcurso de haber realizado prácticas pre profesionales en centros de salud, observamos el incumplimiento de la asistencia del control prenatal y la inoportuna atención. (3)
- e) Académica:** este estudio contribuiría a mejorar la atención del control prenatal siendo el Centro de Salud Maritza Campos Díaz parte de la formación profesional. La captación temprana de gestantes y la atención adecuada permitiría resultados positivos.

## 2. OBJETIVOS

- 2.1 Determinar los factores maternos en gestantes que asisten al Centro de Salud Maritza Campos Díaz
- 2.2 Conocer la frecuencia de la asistencia al control prenatal en gestantes que asisten al Centro de Salud Maritza Campos Díaz.
- 2.3 Conocer los factores maternos asociados a la asistencia al control prenatal en gestantes que asisten al Centro de Salud Maritza Campos Díaz.



### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1. MARCO CONCEPTUAL**

##### **3.1.1 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS (4)**

- a) Edad: Tiempo que ha vivido una persona.
- b) Grado de instrucción: El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. Como primarios, secundarios y superiores.
- c) N° hijos: Habitualmente, se designa con el número total de embarazos de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación.(5)
- d) Estado civil: Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.
- e) Ocupación: La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a 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 otras ocupaciones.
- f) Lugar de procedencia: Origen, principio de donde nace o se deriva algo.
- g) Nivel económico: Posición que una persona ocupa en la sociedad o dentro de un grupo social.(6)
- h) Nivel de conocimiento: Valoración de la información almacenada mediante la experiencia, el aprendizaje, o a través de la introspección. Posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.(7)

##### **3.1.2 CONTROL PRENATAL**

Es el conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. Los componentes que abarca el control prenatal son: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal con

enfoques de interculturalidad, género y generacional. Conjuntos de acciones y procedimiento sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. Podremos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y el cuidado de su hijo. (8)

Es uno de los pilares en los que se basa la obstetricia moderna con estadísticas mundiales resultando beneficioso en su práctica rutinaria y progresos de la ciencia obstétrica. Incluye el manejo de factores preventivos obstétricos y asistencia social. La higiene en el embarazo, vigilancia y diagnóstico de complicaciones, educación física y dirección psicológica, pronóstico para el parto, protección del producto y proyección del puerperio. Orientación social, trabajo, problemas de vivienda, necesidades económicas, educación sobre sus derechos y beneficios, asesoría jurídica para madres abandonadas, menores de edad, etc. (9)

### **3.1.2.1 Objetivos del control prenatal**

Los objetivos fundamentales del control prenatal cuya finalidad es lograr que la gestación culmine exitosamente, son:

- Identificar los factores de riesgo
- Diagnosticar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Educar a la madre (10)

### **3.1.2.2 Importancia del Control Prenatal**

Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son detectables y prevenibles mediante un control prenatal temprano, continuo y de alta calidad, que permita identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal.

Una intervención eficaz, y la inversión en el fomento de una maternidad sin riesgo no solo reducen la mortalidad y la discapacidad materna infantil, sino también contribuye a lograr el bienestar madre/feto, mejorar la calidad de vida y equidad para las mujeres, sus familias y las comunidades. (11)

### 3.1.2.3 Frecuencia del Control Prenatal

El control prenatal debe ser precoz y periódico, efectuarse con regularidad con un nivel óptimo de 13 controles a razón de:

1 control mensual hasta el 6º mes (1-30 sem)

1 control quincenal en el 7º mes (31-35 sem)

1 control semanal (36-40 sem)

Los controles prenatales se efectúan cada 4 semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre los controles son progresivamente más frecuentes, para hacer cada 7 días desde las 36 semanas hasta el término del embarazo. La frecuencia está determinada por los factores de riesgo detectados en esa gestación serán necesarios tantos controles como la patología lo requiera. (12,13)

La primera consulta de atención prenatal deberá tener una duración no menor de 40 minutos y en las consultas de seguimiento debe durar no menos de 25 minutos. La atención prenatal reenfocada debe ser realizada por el profesional de la salud calificado: médico Gineco-Obstetra o médico cirujano u obstetra, según el nivel de complejidad del establecimiento de salud (14).

En los últimos años ha existido polémica para definir el número óptimo de controles prenatales (CPN). En el año 2007 la OMS emitió 49 recomendaciones para evitar muertes en el parto, relacionadas con medidas preventivas, tipos de evaluaciones materna y fetal, conceptos para mejorar la utilización y calidad de la atención prenatal, consejos nutricionales e intervenciones ante síntomas fisiológicos comunes

La mayor frecuencia de controles prenatales está asociada con una menor probabilidad de muerte fetal intrauterina. Realizar un mínimo de ocho controles prenatales para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia de la atención de la mujer (15).

El Minsa considera una gestante controlada si tiene al menos seis CPN, distribuidos de la siguiente manera: Dos antes de las 22 semanas, el tercero entre la 22 y 24, el cuarto entre la 27 a 29, el quinto entre la 33 y 35 y el sexto entre la 37 y la última semana de gestación. (16)

### 3.1.2.4 Metodología del Control Prenatal (Cuadro N°2)

#### ❖ Primera consulta(17)

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

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

Elaboración de la Historia Clínica Materno Perinatal:

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

Se consideran cifras hipertensivas, si: Presión arterial (PA)  $>140/90$  o presión arterial media (PAM)  $>106$ , o presión arterial sistólica  $<140$  y diastólica  $<90$  mmHg, con un incremento de 30 mmHg en la cifra sistólica y de 15 mmHg en la diastólica, de los valores basales, o PAM  $<106$  mmHg, con un aumento de 20 mmHg, en comparación a cifras basales. Debido a que la mortalidad materna por causa de la enfermedad hipertensiva del embarazo es alta, el profesional de la salud responsable que atiende a la gestante o puerpera, debe valorar el edema y los reflejos osteotendinosos:

- Valorar el edema:

O: No presenta edema

1+: Edema leve, fóvea perceptible sólo al tacto.

2+: Edema evidente sólo en miembros inferiores.

3+: Edema de miembros inferiores, superiores y cara.

4+: Anasarca con ascitis.

- Evaluar reflejos Osteotendinosos:

0 = Arreflexia o ausencia de reflejos

1+ = Hiporreflexia

2+ = Normal

3+ = Hiperreflexia

4+ = Presencia de clonus (18)

- ❖ **Examen obstétrico completo:**

Valoración obstétrica según edad gestacional, determinar: altura uterina, número de fetos, latidos cardiacos fetales y movimientos fetales.

Registrar el incremento de la altura uterina y graficar en la tabla CLAP/OPS.

Utilizar la cinta métrica obstétrica para tomar la altura uterina a la gestante en posición de decúbito dorsal, semiflexión y apertura de miembros inferiores, juntando los talones.

Valoración ginecológica: realizar examen en el momento oportuno, preferentemente desde la primera consulta, previa preparación de la gestante y explicación del procedimiento a realizar: examen de mamas y examen ginecológico, que incluye toma de muestra cérvico-uterino (Papanicolaou).

**❖ Plan de Parto:**

De aplicación obligatoria en todos los niveles de atención. En el primer nivel de atención se debe realizar siguiendo las siguientes pautas:

- Primera Entrevista: Se elabora la ficha de plan de parto en la primera atención prenatal, entregándole una copia a la gestante para que la socialice con su familia y decidan todas las opciones concernientes a la atención del parto; así mismo fijen la fecha para que el personal de salud acuda a su domicilio para la segunda y tercera entrevista.
- Segunda entrevista: Se realiza en el domicilio de la gestante antes de la segunda atención prenatal, según la fecha acordada para comprometer a la pareja y a la familia.
- Tercera entrevista. Se realiza en el domicilio de la gestante con la participación del agente comunitario o líder comunitario según la fecha acordada para asegurar el apoyo con el transporte en caso de emergencia, entre otras cosas.

**❖ Prescripción de micronutrientes:** ácido fólico y sulfato ferroso, y calcio respectivamente.

**❖ Evaluación odontológica.**

**❖ Vacunación antitetánica y contra Influenza Estacional.**

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

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

- Informar sobre los beneficios del Seguro Integral de Salud y Aseguramiento Universal.

- Programar la cita de la segunda atención prenatal con el médico para evaluar los resultados de exámenes de laboratorio, dicha cita no deberá exceder los 15 días de la primera consulta, se registrará en el carné la fecha de la siguiente cita.

❖ **Mantener los registros completos**

- Revisar y completar los datos de la historia clínica materno perinatal.

- Completar el Carné Materno Perinatal y entregar a la gestante recomendando que lo lleve cada vez que acuda a un establecimiento de salud.

- Registrar la atención prenatal en el Libro de Registro de Seguimiento de la Gestante y Puérpera.

- Registrar la atención en el formato de registro del HIS.

**Procedimientos en las atenciones prenatales posteriores**

En todas las consultas siguientes:

- Interrogar por signos y síntomas de alarma asociados a la gestación y evaluación integral. Indagar sobre el cumplimiento de las indicaciones, exámenes auxiliares y de laboratorio.

- Controlar el aumento de peso materno, las funciones vitales (especialmente presión arterial), reflejos y presencia de edemas.

- Control del crecimiento fetal intrauterino mediante la vigilancia de la altura uterina.

- Realizar prueba de proteinuria con ácido sulfosalicílico o tira reactiva en toda gestante.

- Evaluar edad gestacional, auscultación de latidos fetales y detección de movimientos fetales (desde las 20 semanas).

- Interpretación de exámenes auxiliares.

- Indicar suplemento de hierro con ácido fólico a partir de las 14 semanas.

**A partir de las 28 semanas**

- Determinar la situación, posición, presentación fetal y número de fetos.

- Control de latidos cardiacos fetales.

- Interrogar sobre la presencia de movimientos fetales.

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

**A partir de las 35 semanas:**

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

- En caso de vivir en lugar alejado o inaccesible referir a la gestante a una casa de espera materna cercana a un establecimiento que cumple FONB o FONE para la atención del parto institucional.

❖ **Exámenes auxiliares (19)**

- Tamizaje de proteínas (albúmina) en orina a través de métodos cuantitativos (prueba rápida en primera consulta: tira reactiva o prueba de reacción con ácido sulfosalicílico).

- Hemoglobina (se evaluará según altitud sobre el nivel del mar de cada lugar), grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, pruebas rápidas para sífilis y VIH (para diagnóstico precoz y tratamiento oportuno) o RPR y ELISA, urocultivo excepcionalmente examen completo de orina en establecimientos que no cuentan con microbiología o Ecografía obstétrica será solicitada antes de las 14 semanas para confirmar la edad gestacional, en gestantes mayores de 35 años solicitar evaluación del pliegue nucal entre las 10 y 14 semanas.

Cuando sea necesario se solicitará otros exámenes de acuerdo a las necesidades:

- Prueba de Coombs indirecto en gestantes con Rh negativo. Si el resultado es negativo, se repetirá la prueba mensualmente hasta la semana 28. Si la gestante no está sensibilizada se deberá administrar 250 mcg de inmunoglobulina anti-D entre las 28 y 32 semanas. Luego del parto y confirmado el grupo sanguíneo de la/el recién nacida/o como Rh positivo y test de Coombs directo negativo se deberá aplicar a la madre 250 mcg de inmunoglobulina anti-D dentro las primeras 72 horas.

- Prueba de glicemia en ayunas:

- \*Cifras mayores de 105 mg/dl: repetir en ayunas estricto (al menos 12 horas), derivar a médico especialista si continua la cifra mayor a 105.

- \*Cifras menores de 105 mg/dl; realizar prueba de tolerancia a la glucosa, si tiene: antecedente familiar de diabetes, obesidad, abortos u óbitos fetales a repetición, malformaciones congénitas fetales, polihidramnios, macrosomía fetal.

- Urocultivo periódico: en pacientes con antecedentes de ITU o con leucocitos mayor de 10 por campo y/o nitritos positivo en el examen de orina (sedimento urinario y/o tira reactiva).

**Cuadro N°2. Esquema básico de la Atención Prenatal (20)**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>1° Atención &lt; 14 sem</b>	<b>2° Atención 14-21sem</b>	<b>3° Atención 22-24 sem</b>	<b>4° Atención 25-32 sem</b>	<b>5° Atención 33-36 sem</b>	<b>6° Atención 37-40 sem</b>
Confirmación del embarazo	+					
Orientación/consejería y evaluación nutricional	+					
Anamnesis	+					
Detección de signos de alarma	+	+	+	+	+	+
Medición de la talla	+					
Control de peso	+	+	+	+	+	+
Determinación de la presión arterial, pulso, temperatura	+	+	+	+	+	+
Examen gineco-obstétrico	+					
Evaluación clínica de la pelvis	+				+	
Estimación de edad gestacional	+	+	+	+	+	+
Diagnóstico de número de fetos(ecografía y/o) palpación	+	+	+	+	+	+
Medir altura uterina		+	+	+	+	+
Auscultar latidos fetales(Pinard o doopler)		+	+	+	+	+
Evaluación clínica del volumen del líquido amniótico			+	+	+	+
Diagnóstico, presentación situación fetal				+	+	+
Determinar grupo sanguíneo y Rh	+					
Determinación de hb y hto	+				+	
Urocultivo o examen de orina completo	+				+	
Detección diabetes gestacional	+			+		
Pruebas de tamizaje para VIH/SIFILIS(prueba rápida, ELISA,RPR)previa consejería	+				+	
Proteína en orina( con tira reactiva o Ac.Sulfosalicilico	+	+	+	+	+	+
Vacuna antitetánica		+	+			
Toma de PAP*	+					
Evaluación odontoestomatologica		+	+			
Evaluación con ecografía	+		+			
Administración ácido fólico	+					
Bienestar fetal Test no estresante					+	+
Administración de hierro /Ac.folico		+	+	+	+	+
Administración de calcio			+	+	+	+
Información sobre salud sexual y reproductiva y planificación familiar	+	+	+	+	+	+
Psicoprofilaxis estimulación prenatal		+	+	+	+	+

**Gestante en condiciones adecuada para la toma de PAP**

### 3.1.2.5 Signos y Síntomas de alarma

Son manifestaciones clínicas que indican que la salud de la madre y del niño está en peligro, y algunos pueden indicar que tienes alguna enfermedad grave como preeclampsia, infección o hemorragia; o que tu bebé está en riesgo. Su presencia obliga a referir inmediatamente al establecimiento de salud con mayor capacidad resolutoria, según el caso para su atención:

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

En zonas endémicas además se debe considerar:

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

### 3.1.2.6 Nutrición y Suplementos Vitamínicos (Cuadro N° 3)

La primera entrevista prenatal debe incluir una encuesta nutricional de la madre y de su grupo familiar. En relación a su capacidad económica y hábitos nutricionales, se debe aconsejar una dieta equilibrada calórico-proteica de acuerdo al diagnóstico nutricional y requerimiento nutricional

Aumento de peso materno: El IMC antes del embarazo es un factor importante y el tipo de incremento de peso para una IMC normal es de 11 a 16 kg, pero el óptimo para una adolescente con menor peso del normal y embarazo simple se aproxima a 18.2 kg o 2.2kg cada cuatro semanas en la segunda mitad del embarazo. Por otro lado una mujer obesa necesita en ocasiones ganar no más de 6.8 kg. Durante los primeros trimestres la mayor parte del peso ganado refleja crecimiento materno, en tanto que el crecimiento fetal es más rápido en el último trimestre durante el cual el peso del feto casi se triplica. Según Pederson y colaboradores una paciente con embarazo gemelar cualquiera que sea su IMC debe ganar no más de 18.1kg para reducir el riesgo de trabajo de parto antes de término y bajo peso al nacer.

#### **Prescripción de ácido fólico**

Prescripción y entrega de ácido fólico (500 mcg) a toda gestante en la primera consulta durante el primer trimestre (hasta la semana 13).

#### **Prescripción de ácido fólico y sulfato ferroso**

Prescripción y entrega de ácido fólico (400 mcg) y sulfato ferroso (60 mg) a toda gestante a partir de las 14 semanas hasta el parto.

#### **Prescripción de calcio**

Prescripción y entrega de calcio durante la gestación es de 2000 mg al día, a partir de las 20 semanas hasta el parto.

Todas las embarazadas deben recibir un suplemento diario de hierro durante el embarazo equivalente a 60-100 mg de hierro elemental. Durante el embarazo el requerimiento de calcio aumenta hasta 1200 mg diarios se recomienda un aporte adicional de 400mg de lácteos o calcio medicamentoso. (22)

Cuadro N° 3. Requerimientos nutricionales durante el embarazo para mujeres con peso adecuado para la talla (FAO/OMS) 1985.(23)			
		No embarazadas	Embarazadas
Energía	Kcal	2.200	2.500
Proteínas	g	46	57
Vitamina A	mcg retinol	750	1.500
Vitamina D	UI	400	800
Vitamina E	UI	12	15
Ac Ascórbico	mg	30	50
Ac fólico	µg	200	400
Vitamina B6	mg	2.0	2.5
Vitamina B12	mg	2.0	3.0
Calcio	mg	800	1.200
Hierro	mg	28	50
Magnesio	mg	300	450
Zinc	mg	15	20

El consumo excesivo de vitamina A tiene un efecto descrito como malformaciones renales en niños cuyas madres han ingerido entre 40000 y 50000 UI Vitamina A. El consumo de grandes dosis de Vitamina D se asocia a malformaciones cardiacas fetales como estenosis aortica la cual se ha descrito con dosis de 4000 UI. (24)

### 3.1.2.7 Conductas de Riesgo identificadas en el embarazo

**Violencia:** El embarazo puede ser un momento especialmente peligroso para las mujeres que están en relaciones abusivas. Varios estudios establecen que el estrés en niveles elevados puede provocar riesgos especiales durante el embarazo. De acuerdo con March of Dimes el estrés crónico puede provocar un parto prematuro. Se estima que en E.U. el 6% de las mujeres embarazadas son maltratadas. Durante el embarazo, el abuso puede aumentar en severidad y con ello también aumentan las consecuencias especialmente porque la mayoría de las mujeres que son maltratadas, tiene mayor posibilidad de convertirse en personas sin hogar, o con graves problemas financieros, y tienen mayor probabilidad de tener un parto prematuro o de perder a su bebé.

Problemas durante el embarazo, tales como un bajo aumento de peso, anemia, infecciones y hemorragia, son condiciones frecuentes en estas mujeres. Los bebés de estas madres están expuestos a hormonas de estrés, toxinas y por la mala nutrición y estado emocional de la madre a la malnutrición en el interior del útero. No es de extrañar que durante el embarazo, los problemas mencionados sean más comunes para las mujeres que son maltratadas. March of Dimes ha llegado a la conclusión de que el maltrato de la mujer durante el embarazo causa más defectos de nacimiento que las enfermedades para las que los niños son inmunizados. El abuso durante el embarazo aumentar el riesgo del bebé de nacer bajo de peso, prematuramente, o de muerte.

**Tabaco:** La asociación del tabaco con el embarazo es perjudicial tanto para la madre como para el concebido, y si ésta sobrevive a los males causados por el cigarrillo, carga consigo las consecuencias de una gestación unida al hábito de fumar. Además de todos los problemas causados durante la gestación, el tabaco continúa mostrando sus efectos negativos después del nacimiento. Una vez que sus componentes se muestran presentes incluso en la leche materna. La mayoría de los estudios avalan que, la evolución del tabaquismo se sitúa en un consumo de 10 cigarrillos al día. Aunque un consumo menor a esta cifra puede que no facilite datos significativos. No hay que descartar la posibilidad de efectos adversos, pero para consumos superiores a esta cifra, los datos ya son estadísticamente significativos. Efecto del tabaquismo en la embarazada: tiene incontables efectos negativos sobre el organismo humano, esos efectos pueden acarrear el deterioro del lecho vascular y alteraciones circulatorias, lo que atentan con la oxigenación y alimentación del feto intraútero.

Las causas más probables para el aumento de abortos espontáneos pueden ser malformación de la placenta, o alteraciones en la oxigenación o flujo de sangre uterina y placentaria, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, inhibición del apetito materno consecuente con la reducción del peso. Hipoxia crónica al feto, deficiencia en la absorción de la vitamina B12. La exposición al humo del tabaco también afecta a la función inmunológica de la unidad feto-placentaria lo que provoca alteración en el sistema antioxidante, en la proliferación y diferenciación de tetrofoblastos y en la función inmune local de la placenta. Bajo

índice de Apgar Bajo peso al nacer, una reducción media al nacer relacionada con el bajo peso de aproximadamente unos 200 gramos. En relación con las malformaciones, algunos estudios atribuyen al cigarrillo la hendidura palatina, y malformaciones faciales, urogenitales, cardiovasculares y del sistema nervioso central y deficiencia auditiva y visual

**Alcohol:** El etanol no solo afecta al recién nacido, también la gestante puede tener diferentes complicaciones obstétricas como son: mayor riesgo de las infecciones, desprendimiento de la placenta y una mayor incidencia en la aparición de meconio en el líquido amniótico Las anomalías que se asocian más típicamente con la teratogenicidad del alcohol se agrupan en cuatro categorías:

Alteraciones del sistema nervioso central y disfunciones. Retardo del crecimiento. Grupo de anomalías faciales Otras malformaciones mayores y menores. Reconocidos estudios han establecido para el conjunto de la población mundial que el SAF tiene una incidencias de 0,97 casos por 1000 nacidos vivos, cifra que se eleva al 4,3% para la descendencia de embarazadas con nivel alto de consumo de alcohol. El daño producido por el etanol sobre las neuronas se produce en todo el embarazo, no solo durante el primer trimestre, siendo esta la primera causa de retardo mental 100% prevenible, retraso psicomotor, malformaciones cerebrales, microcefalia, dismorfia facial característica como; fisura palpebral pequeña, labio superior y filtro liso entre otros.

**Marihuana:** Dicha droga contiene más de 400 químicos, cuyo principal componente psicoactivo el tetrahidrocannabinol, es absorbido y rápidamente distribuido en el cerebro, acumulándose en los lípidos del cerebro fetal y tejido adiposo, además se une extensamente a proteínas plasmáticas. En usuarias crónicas su vida media puede ser tan larga como 4 días debido a su afinidad por el tejido adiposo, siendo detectable después de un mes de uso y al cabo de un período prolongado de uso es excretado en orina y deposiciones.

El consumo de marihuana durante el embarazo es raramente detenido y siempre se asocia al abuso de otras sustancias como el tabaco, cocaína y alcohol, por ello los es difícil identificar los efectos del cannabis en el feto. Pero los recién nacidos muestran respuestas alteradas a los estímulos visuales, aumento de temblores y un llanto agudo, que la mayoría de las veces indican problemas con el desarrollo

neurológico, alteraciones en la memoria y en los procesos atencionales, gastroquisis en los recién nacidos.

**Cocaína:** La cocaína es derivada de un arbusto llamado *Erithroxilium coca*. La cocaína está clasificada dentro del grupo de los psicoestimulantes, conjuntamente con las anfetaminas y las metilxantinas.

Esta sustancia atraviesa la placenta y alcanza niveles elevados en sangre y tejidos fetales, y puede ejercer su efecto vasoconstrictor en diferentes territorios vasculares. En relación con la prematuridad, retraso del crecimiento intrauterino, insuficiencia vascular, infarto intestinal e infarto de extremidades, en el sistema nervioso (temblores, irritabilidad, hipervigilancia e inestabilidad autonómica, infecciones incluyendo hepatitis C, sífilis, virus de la inmunodeficiencia humana. (25)

### **3.1.2.8 Cuidados prenatales en el embarazo**

#### **Lactancia**

El momento de la lactancia natural se inicia en el primer control natal con un examen de mamas, con una evaluación de conocimientos maternos sobre el tema y con la entrega de un programa educativo de lactancia natural.

#### **Planificación familiar**

Se deben dar conceptos generales de planificación familiar los cuales deben ser profundizados y consolidados en el primer control puerperal, entre estos informar sobre el método de la lactancia, también denominado MELA.

#### **Evaluación odontológica**

De contar con odontólogo solicitar la evaluación; de no contar, referir al establecimiento más cercano o coordinar su atención con la red de servicios.

#### **Vacunación antitetánica y contra influenza estacional**

La gestante no vacunada debe recibir su primera dosis de vacuna DT al término de la primera consulta y continuar según el Esquema Nacional de Vacunación. Toda gestante debe recibir una dosis de vacuna contra la influenza a partir de las 20 semanas de gestación.

#### **Preparación para el parto**

La tensión integral debe incluir un programa de preparación para el parto en el que se deberán informar los motivos de ingreso a la maternidad, los periodos de

parto, conceptos generales sobre los tipos de anestesia obstétrica, ejercicios de relajación y pujo, indicaciones más frecuentes de los diferentes tipos de parto. (26)

### **Ejercicio**

Aunque no existen datos para indicar que deben disminuir la intensidad del ejercicio o la frecuencia cardiaca se han fijado como objetivo, los cambios fisiológicos del embarazo pueden alterar el efecto de algunos ejercicios sobre el cuerpo o limitar la capacidad del cuerpo para efectuar ciertos tipos de ejercicios. En el tercer trimestre la posición del cuerpo tiene particular importancia para modular el gasto cardiaco; permanecer inmóvil o en posición supina puede disminuir el retorno venoso y el gasto cardiaco y en algunos casos esto puede ocasionar hipotensión o síncope.

Durante el embarazo reduce la disponibilidad de oxígeno durante la actividad aeróbica y por lo tanto disminuye el rendimiento máximo del ejercicio.

- El ejercicio debe ser regular y no esporádico o intermitente
- Debe suspenderse si aparecen signos y síntomas de privación de oxígeno como fatiga extrema, desvanecimiento, o disnea intensa.
- Durante los primeros trimestres evitar ejercicios que requieran tiempo prolongado en posición supina.
- La ingestión de calorías debe incrementarse en proporción directa a los requerimientos adicionales de energía por el ejercicio.

### **Contraindicaciones**

- Evidencia de RICU
- Hemorragia vaginal persistente
- Cérvix incompetente o circundado
- Factores de riesgo para trabajo de parto prematuro
- Rotura de membranas
- Hipertensión inducida por el embarazo
- Enfermedades médicas crónicas que el ejercicio vigoroso puede influir de manera adversa. (27)

## 3.2 ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

### 3.2.1 A nivel Local

#### 3.2.1.1. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA BAJA CONCENTRACIÓN DEL CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA, AREQUIPA, ENERO A DICIEMBRE 2010.

Alanoca Montes Luz Marina, Chullo Chambi Rossmery Magaly (28)

#### RESUMEN:

**Objetivo:** Identificar los factores de riesgo en la baja concentración del control prenatal en las gestantes registradas en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata.

**Resultados:** Se ha realizado una investigación relativa a los factores que influyen en la baja concentración del control prenatal en gestantes que acudieron al Centro de Salud Ampliación Paucarpata-Arequipa 2010 y que tuvieron de 1 a 5 controles prenatales, al término de su periodo gestacional. Se trató de un estudio de campo retrospectivo a través de un instrumento (encuesta) a 89 gestantes.

El estudio reveló que la población en cuestión adulta siendo el promedio de 26-35 años, con un nivel educativo aceptable, procedentes de una zona urbana marginal. Hubo una alta proporción de gestantes que no tuvieron ningún control prenatal en el I trimestre en un 41.6%. En cuanto los motivos argumentados para la no continuación de la asistencia al control prenatal se observa que el trabajo independiente y ama de casa en el 86.5% constituyen las principales razones.

Este estudio también reveló que el 100% de las gestantes tiene conocimiento sobre el concepto de la importancia del control prenatal, riesgos del embarazo y conocen los signos y síntomas de alarma en el 89.9% tiene conocimiento sobre el concepto de control prenatal.

En cuanto a los factores relativos a la atención de los servicios de salud apreciamos que el 53.9% tuvieron una percepción de calidad que era buena y el 56.2% tiene satisfacción del servicio. Los resultados nos hacen concluir que los factores que influyen en la baja concentración del control prenatal son de orden socioeconómico (trabajo independiente y ama de casa).

### 3.2.2 A Nivel Nacional

#### 3.2.2.1. FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO AL CONTROL PRENATAL EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DEL MINISTERIO DE SALUD PERÚ. LIMA-PERÚ

Munares-GarcíaA, B, B Oscar. (29)

##### RESUMEN:

**Objetivo:** Analizar factores asociados al abandono al control prenatal. Métodos: Estudio de casos y controles en 328 gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, divididas en 164 con abandono al control prenatal (casos) y 164 sin abandono (controles), pareadas según fecha de parto y sexo del recién nacido, se indagó datos generales y factores de abandono: personales, institucionales y médicos. Se aplicó estadísticas descriptivas e inferenciales a un nivel de significación estadístico  $p < 0.05$ ; or IC95% y regresión logística binaria

**Resultados:** Existen factores personales como el residir en barrio marginal (ORa: 3.7 IC95% 1.4-9.7), que aumentan el riesgo, el control prenatal adecuado (ORa: 0.5 IC95% 0.3-0.8), tener permisos en el trabajo (ORa: 0.3 IC95% 0.1-0.7), no tener dificultades por quehaceres domésticos (ORa: 0.4 IC95% 0.2-0.9) reducen la probabilidad de abandono. Entre los factores institucionales el recibir servicios completos (ORa: 0.1 IC95% 0.0-0.4, coordinar entre los servicios (ORa: 0.4 IC95% 0.2-0.8) y programas citas de seguimiento (ORa 0.3 IC95% 0.1-0.8) reducen la probabilidad de abandono. Finalmente entre los factores médicos, el tener calidad adecuada del control prenatal (ORa: 0.5 IC95% 0.3-0.8) reduce la probabilidad de abandono. El residir en barrio marginal, aumenta el riesgo de abandono, el considerar el control prenatal importante, tener permisos en el trabajo, no tener dificultades por quehaceres domésticos, recibir los servicios completos, coordinar entre los servicios, programar citas y tener calidad adecuada del control prenatal reduce la probabilidad de abandono.

### 3.2.3 A Nivel Internacional

#### 3.2.3.1. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE CONTROL PRENATAL EN EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA. MAYO-JULIO 2012 CUENCA-ECUADOR

Guallpa Guallpa, Edison Patricio, Sigüenza O. Cristina (30)

##### **RESUMEN:**

**Objetivo:** Determinar los conocimientos actitudes y prácticas sobre el control prenatal en embarazadas que acuden a consulta externa del hospital Jose Carrasco Arteaga, Mayo-Julio 2012.

**Resultados:** Material y métodos: estudio descriptivo, transversal, donde se aplicó como instrumento la encuesta a través de un formulario previamente diseñado. Se registraron 400 mujeres embarazadas, con una media de edad de 28.2 años, casadas 69.5%, residente en el área urbana 79.5% de ocupación empleada privada 54.3%, multigestas 51.7% y con una edad gestacional entre 25-36 semanas 46.8%. La falta de conocimiento del control prenatal se observó en 24.6% de las embarazadas; la deficiencia de información sobre vacunas 47,8%, ejercicios 64.8%, viajes 56%, cuidados dentales 44.8% e higiene personal 16.8%. Un 41.8% desconocida la cefaleas como signo de alarma, al igual que la hinchazón en los pies 35.8%. Se encontró 4% esperarían a ver si ceden los signos de alarma. El 11.3% está en desacuerdo sobre las enfermedades genéticas, y las relaciones sexuales 5%. las practicas no son eficaces, un 5.8% no acude a control prenatal de manera puntual, el 39.6% no ha recibido inmunizaciones, el 74.8% no realiza ejercicio físico, 6.8% no recibe suplemento nutricionales o vitaminas, el 46.3 no recibe atención odontológica. Conclusión: las prácticas de las embarazadas acerca del control prenatal son deficientes y no tiene relación con los conocimientos, mientras que las actitudes son adecuadas.

#### 4. HIPÓTESIS

Dado que la asistencia control al prenatal durante el embarazo es de gran importancia por su evaluación completa, detección de factores de riesgo precoz, seguimiento adecuado del embarazo. Los factores socioeconómicos y el nivel de conocimiento sobre el control prenatal afectarían la oportuna asistencia al control prenatal y la continuidad del seguimiento del desarrollo del embarazo.

Es probable, que en las gestantes del Centro de Salud Maritza Campos Díaz; la asistencia al control prenatal se asocie con factores maternos.





**CAPITULO II . PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## 1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

Variables	Indicadores	Técnica	Instrumento
Factores maternos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores socioeconómicos</li> <li>• Nivel de conocimiento sobre control prenatal</li> </ul>	COMUNICACIONAL: ENTREVISTA	Cédula de preguntas (ANEXO N°3,4)
Asistencia al control prenatal	Frecuencia 0-4 5-8 >9		

### 1.1 Técnica:

Entrevista, la cual se realizó en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz. .

### 1.2 Instrumento:

Cédula de preguntas que se aplicará a las gestantes atendidas en el Centro de Salud y ficha de recolección de datos.

### 1.3 Material de verificación:

- Materiales de Escritorio
- Sistema Operativo XP
- Hoja Bond
- Impresora
- Fotocopiadora

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:

### 2.1 UBICACIÓN ESPACIAL:

#### 2.1.1. Precisión del lugar:

Ámbito general: Zamácola

Ámbito específico: Centro de Salud “Maritza Campos Díaz”

Ubicado en Yavari s/n. Zamacola

#### 2.1.2. Caracterización del lugar: Ámbito Institucional

#### 2.1.3. Delimitación gráfica del lugar: Croquis Del Centro de Salud

(ANEXO 2)

### 2.2 UBICACIÓN TEMPORAL:

- Cronología: Mayo-Junio 2017
- Visión temporal: Investigación Prospectiva
- Corte temporal: Corte Transversal

### 2.3 UNIDADES DE ESTUDIO:

**2.3.1. Universo:** Gestantes que se atendieron su parto en el Centro de Salud “Maritza Campos Díaz” en el mes de 20 de Mayo al 18 de Junio.

Dónde:

$Z_{\alpha/2}$ : Nivel de confianza el 95 %

p: Probabilidad de evento.

q: 1-p

E: error de estimación

$$N = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 p q}{E^2}$$

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.10)^2}$$

$$N = 100$$

**2.3.2. Unidades de estudio:** Se trabajará con el 100% de las gestantes que sería las 100 unidades de muestra.

### 3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

#### 3.1 Organización:

Autorización al Director del Centro de Salud “Maritza Campos Díaz” y jefe(a) del servicio de Obstetricia para realizar la investigación.

#### 3.2 Recursos:

- Humanos: Autora: Shirley Chávez Pácese

Asesor: Dr. Alberto Cáceres Huambo

- Físicos:

Laptop

Movilidad

Materiales de Escritorio

Llamadas y otros

Sistema operativo XP

Impresora

Fotocopiadora

Hojas bond

-Económicos: (Autofinanciado)

-Institucionales: Centro de Salud “Maritza Campos Díaz”

#### 3.3 Validación del instrumento:

La prueba piloto se trata en la aplicación del instrumento para probar que en 100 unidades de muestra (gestantes del C.S. Maritza Campos Díaz). Con el fin de evaluar y juzgar su eficacia, perfeccionamiento, y tiempo de administración por unidad de estudio (15-20 minutos).

#### **Parámetros de medición del nivel de conocimiento del control prenatal:**

Bueno: 9-12 preguntas correctas

Regular: 5-8 preguntas correctas

Malo: 0-4 preguntas correctas

## 4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS

### 4.1 A nivel de sistematización

- Plan de clasificación: Tipo de matriz de ordenamiento: Documental
- Plan de tabulación:
  - Tipo de cuadro: Literal
  - Tipo de tablas: Entrada simple
- Plan de graficación: Gráfico de barras
- Plan de codificación: Sistema Codificación Letras.
- Tipo De Procesamiento: Chi Cuadrado
- Plan de recuento: el tipo de recuento es: Electrónico Manual

Necesidad de M. de conteo

### 4.2 Estrategia para manejar resultados

#### Plan de análisis de datos:

Se realiza tabla univariadas y de contingencia para mostrar las frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así mismo para el contraste de hipótesis se aplicará la prueba de  $\chi^2$  con una probabilidad de error de 5%. El procesamiento de la información será realizado mediante el software SPSS versión 24.



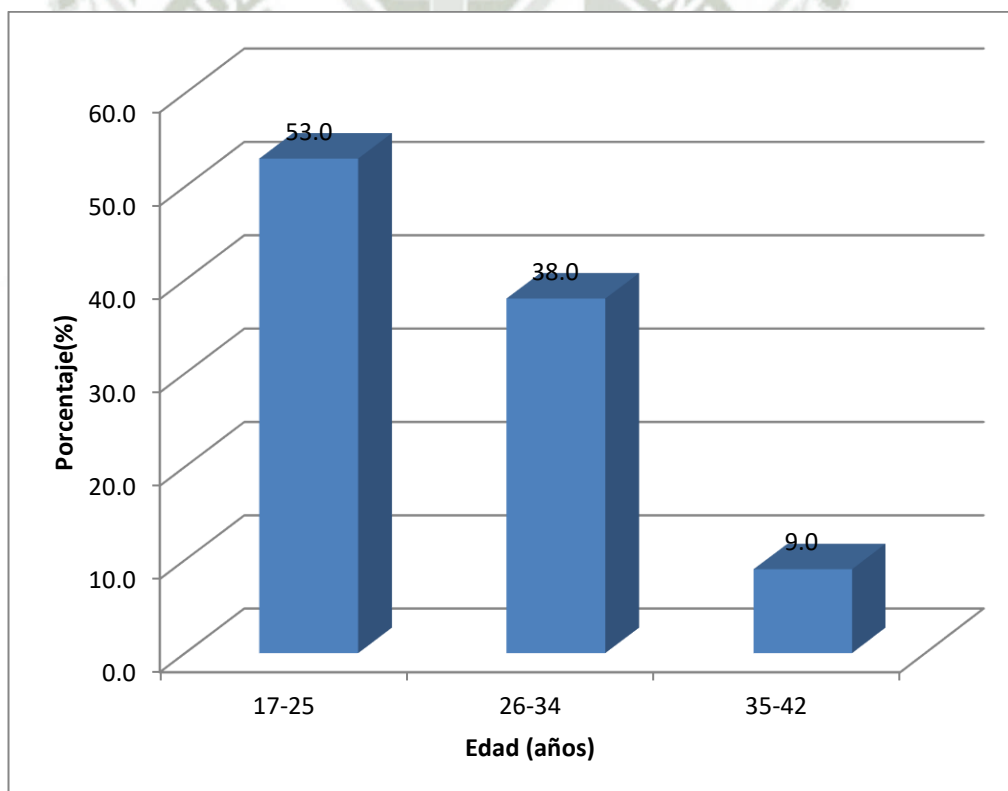
**TABLA N° 1**  
**EDAD DE LAS MUJERES QUE ASISTEN AL CONTROL PRENATAL EN**  
**EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ**

Edad (años)	N°	%
17-25	53	53.0
26-34	38	38.0
35-42	9	9.0
<b>TOTAL</b>	100	100

Fuente: Base de datos

La Tabla N°. 1 muestra que el 53.0% de las mujeres que asisten al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz tienen entre 17-25 años. Y el 9% de las mujeres que asisten al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz tienen entre 35-42 años.

Gráfico N° 1



Fuente: Elaboración propia

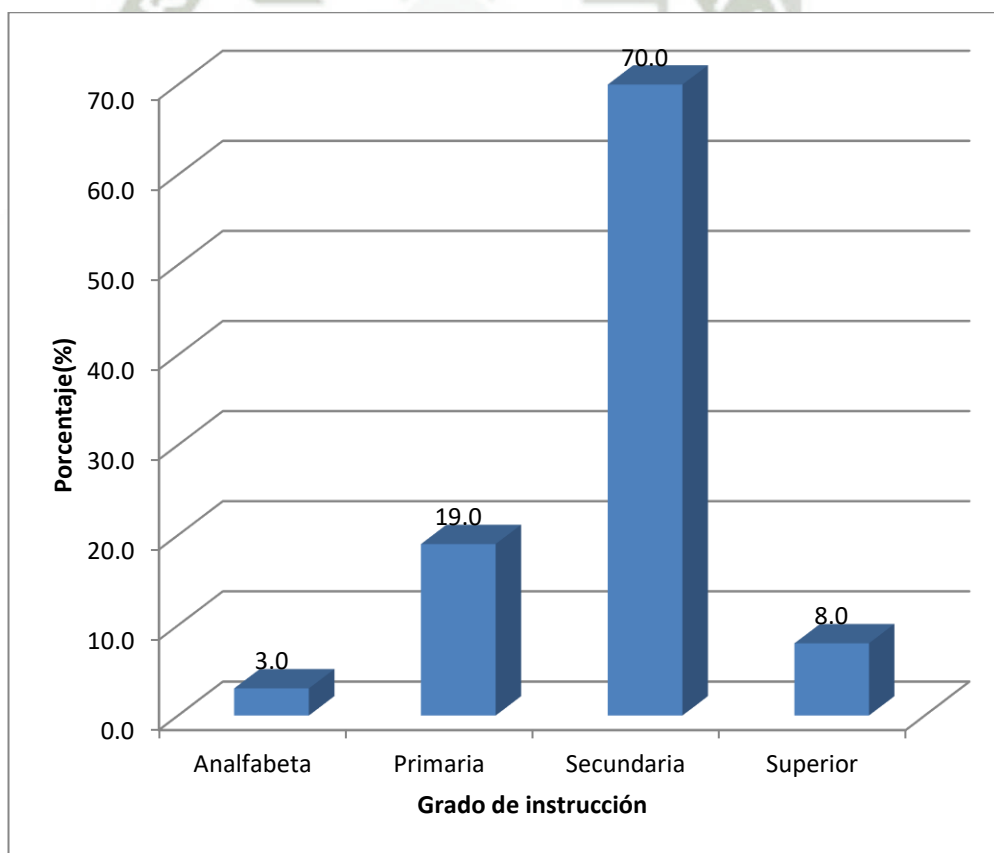
**TABLA N°. 2**  
**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES QUE ASISTEN AL**  
**CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS**  
**DÍAZ**

<b>Grado de instrucción</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Analfabeta	3	3.0
Primaria	19	19.0
Secundaria	70	70.0
Superior	8	8.0
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos

La Tabla N°. 2 muestra que el 70.0% de las mujeres que asisten al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz tienen instrucción secundaria. Y el 3 % de las mujeres que asisten al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz no tienen instrucción.

Gráfico N° 2



Fuente: Elaboración propia

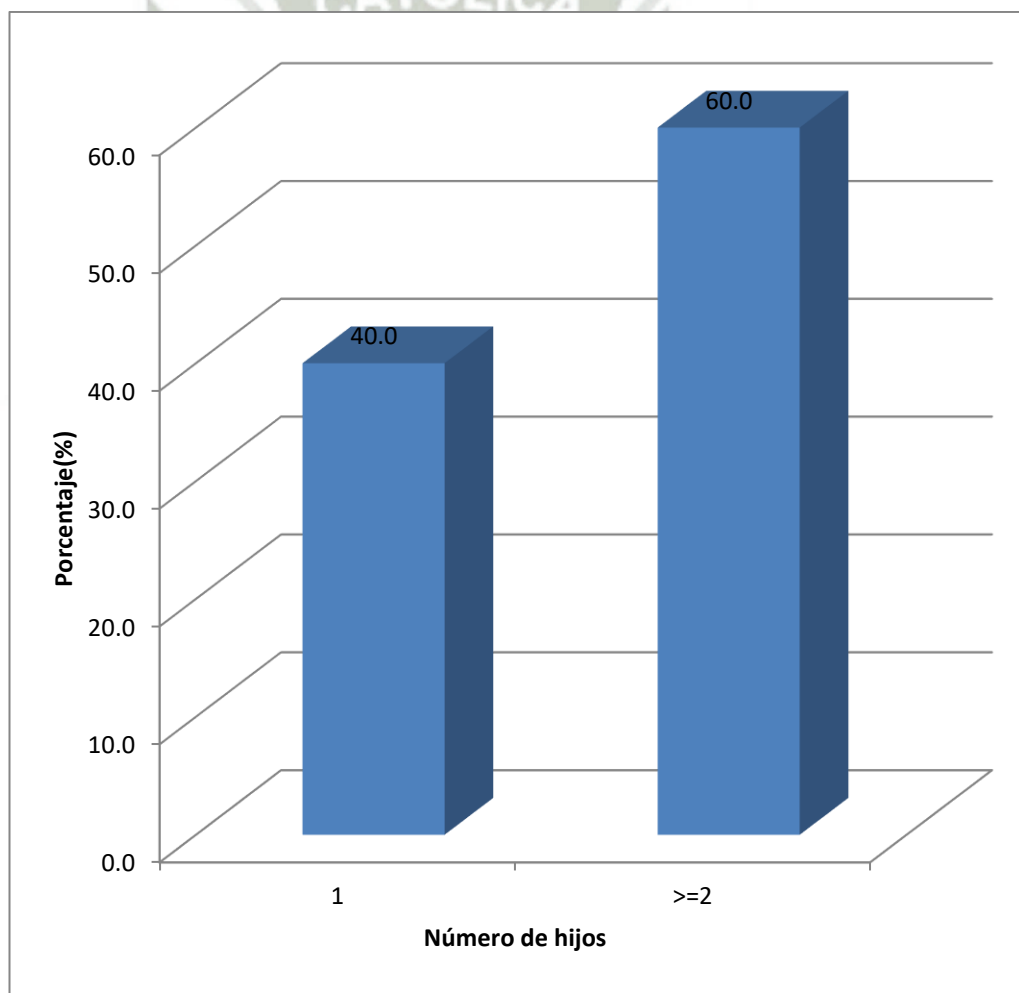
**TABLA N° 3**  
**NÚMERO DE HIJOS DE LAS MUJERES QUE ASISTEN AL CONTROL**  
**PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ**

Número de hijos	N°.	%
1	40	40.0
>=2	60	60.0
<b>TOTAL</b>	100	100

Fuente: Base de datos

La Tabla N° 3 muestra que el 60.0% de las mujeres que asisten al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz no es su primera gestación.

Gráfico N° 3



Fuente: Elaboración propia

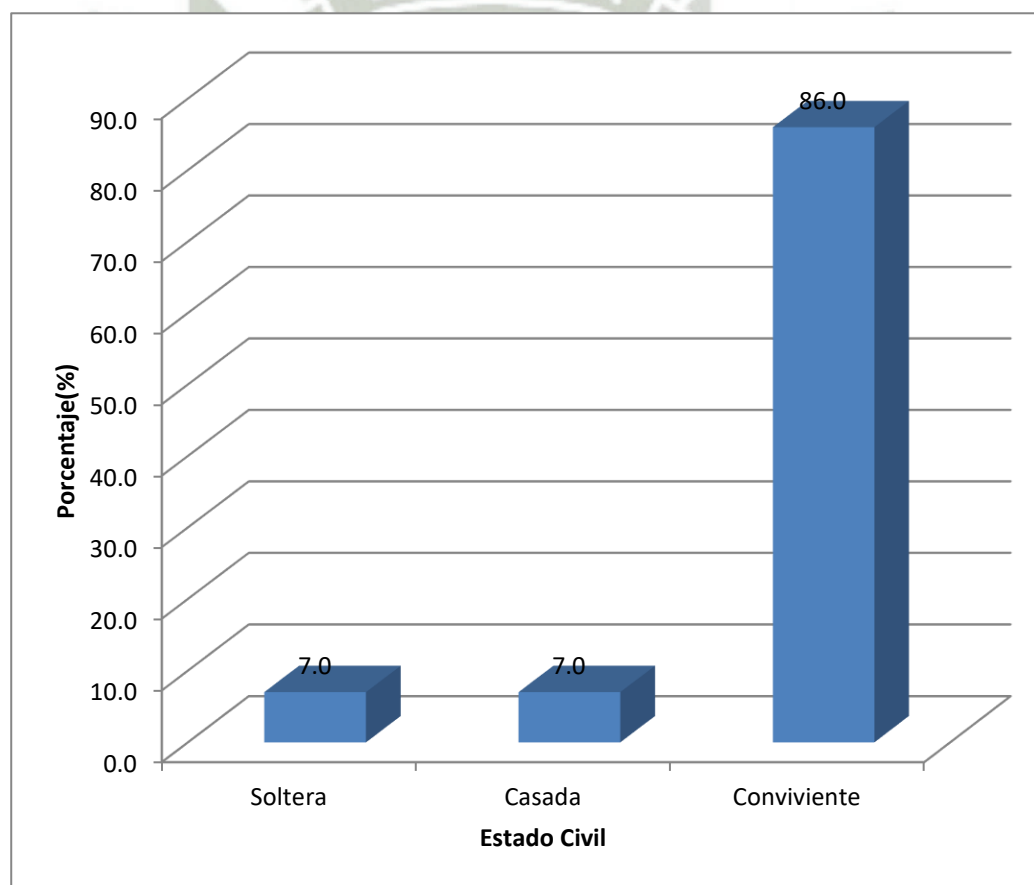
**TABLA N°. 4**  
**ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES QUE ASISTEN AL CONTROL**  
**PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ**

<b>Estado Civil</b>	<b>N°.</b>	<b>%</b>
Soltera	7	7.0
Casada	7	7.0
Conviviente	86	86.0
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos

La Tabla N°. 4 muestra que el 86.0% de las mujeres que asisten al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz son convivientes.

Gráfico N° 4



Fuente: Elaboración propia

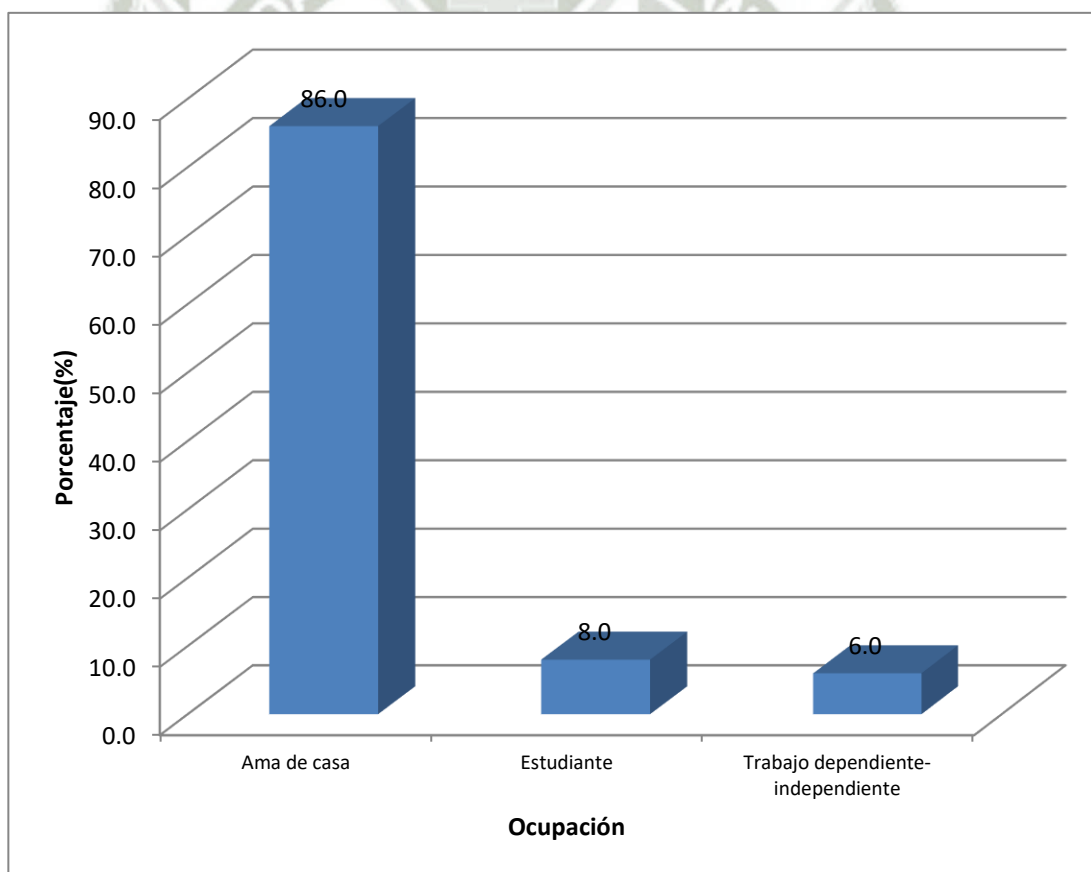
**TABLA N°. 5**  
**OCUPACIÓN DE LAS MUJERES QUE ASISTEN AL CONTROL**  
**PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ**

Ocupación	N°.	%
Ama de casa	86	86.0
Estudiante	8	8.0
Trabajo independiente	6	6.0
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos

La Tabla N°. 5 muestra que el 86.0% de las mujeres que asisten al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz son amas de casa. Y el 6% de las mujeres que asisten al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz trabajan independientemente.

Gráfico N° 5



Fuente: Elaboración propia

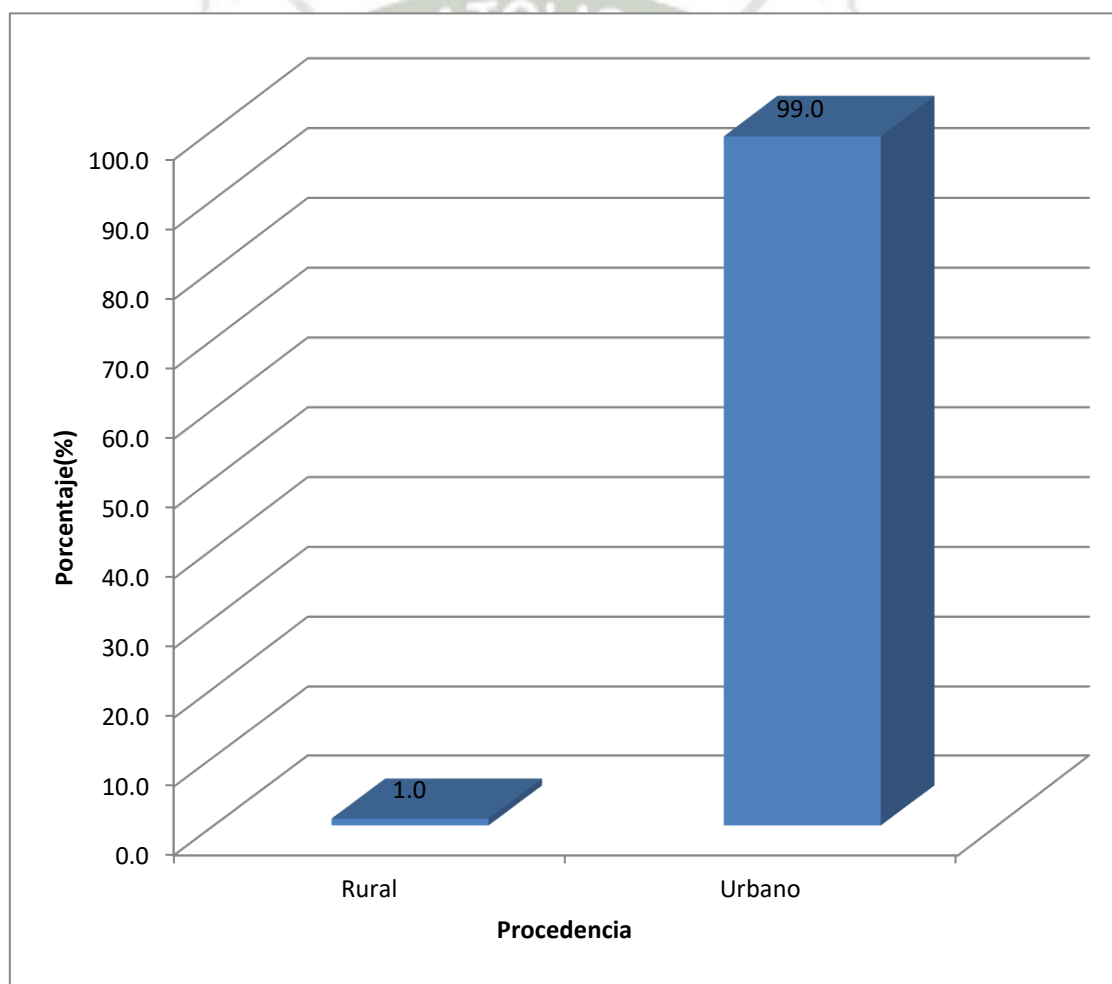
**TABLA N°. 6**  
**LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS MUJERES QUE ASISTEN AL**  
**CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS**  
**DÍAZ**

Procedencia	N°.	%
Rural	1	1.0
Urbano	99	99.0
<b>TOTAL</b>	100	100

Fuente: Base de datos

La Tabla N°. 6 muestra que el 99.0% de las mujeres que asisten al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz provienen de un lugar urbano

Gráfico N° 6



Fuente: Elaboración propia

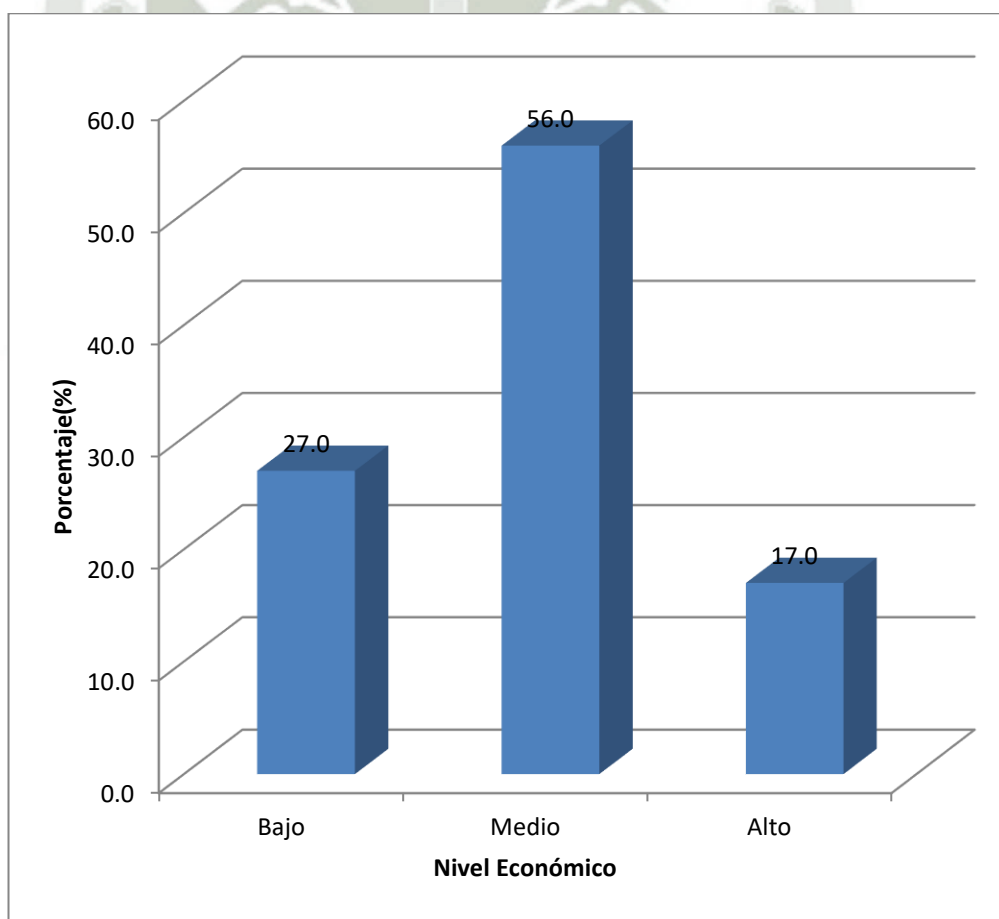
**TABLA N° 7**  
**NIVEL ECONÓMICO DE LAS MUJERES QUE ASISTEN AL CONTROL**  
**PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ**

Nivel Económico	N°.	%
Bajo	27	27.0
Medio	56	56.0
Alto	17	17.0
<b>TOTAL</b>	100	100

Fuente: Base de datos

La Tabla N° 7 muestra que el 56.0% de las mujeres que asisten al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz son de nivel socioeconómico medio. Y el 17 % de las mujeres que asisten al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz son de nivel socioeconómico alto.

Gráfico N° 7



Fuente: Elaboración propia

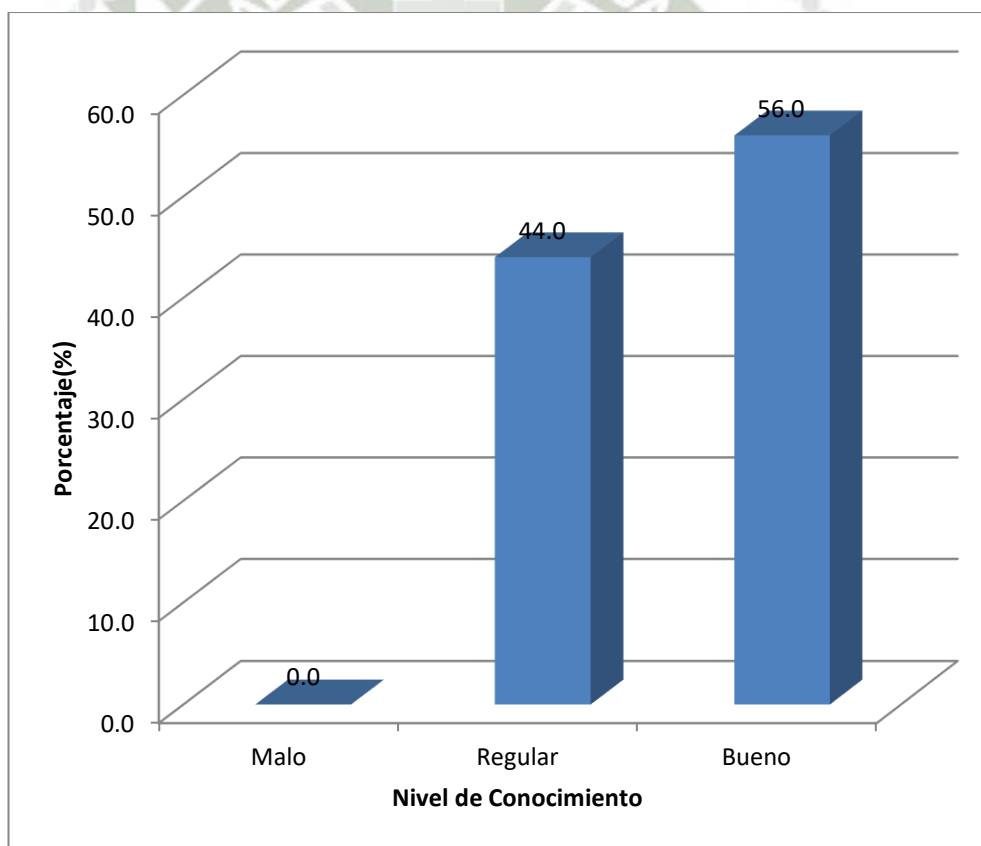
**TABLA N° 8**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONTROL PRENATAL EN LAS**  
**MUJERES QUE ASISTEN AL CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO**  
**DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ**

Nivel de Conocimiento	N°.	%
Malo	0	0.0
Regular	44	44.0
Bueno	56	56.0
<b>TOTAL</b>	100	100

Fuente: Base de datos

La Tabla N° 8 muestra que el 56.0% de las mujeres que asisten al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz tienen un buen nivel de conocimiento sobre el control prenatal.

Gráfico N° 8



Fuente: Elaboración propia

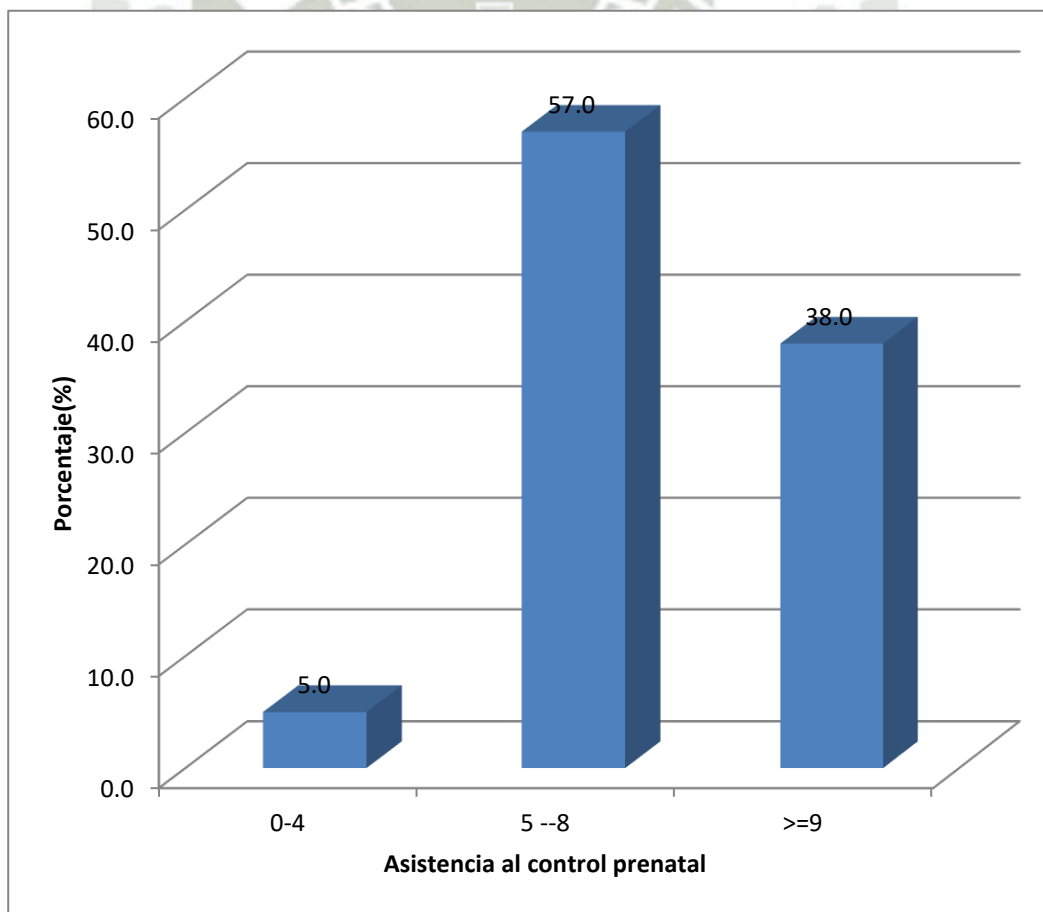
**TABLA N° 9**  
**ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL DE LAS MUJERES EN EL**  
**CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ**

Asistencia al CPN	N°.	%
0-4	5	5.0
5-8	57	57.0
>=9	38	38.0
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos

La Tabla N°. 9 muestra que el 57.0% de las mujeres que asisten al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz poseen entre 5-8 controles prenatales.

Gráfico N° 9



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 10**  
**RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE LAS MUJERES Y LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ**

Edad	Asistencia al Control Prenatal						TOTAL	
	0-4		5-8		>=9		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
17-25	3	3.0	32	32.0	18	18.0	53	53.0
26-34	2	2.0	22	22.0	14	14.0	38	38.0
35-42	0	0.0	3	3.0	6	6.0	9	9.0
<b>TOTAL</b>	5	5.0	57	57.0	38	38.0	100	100

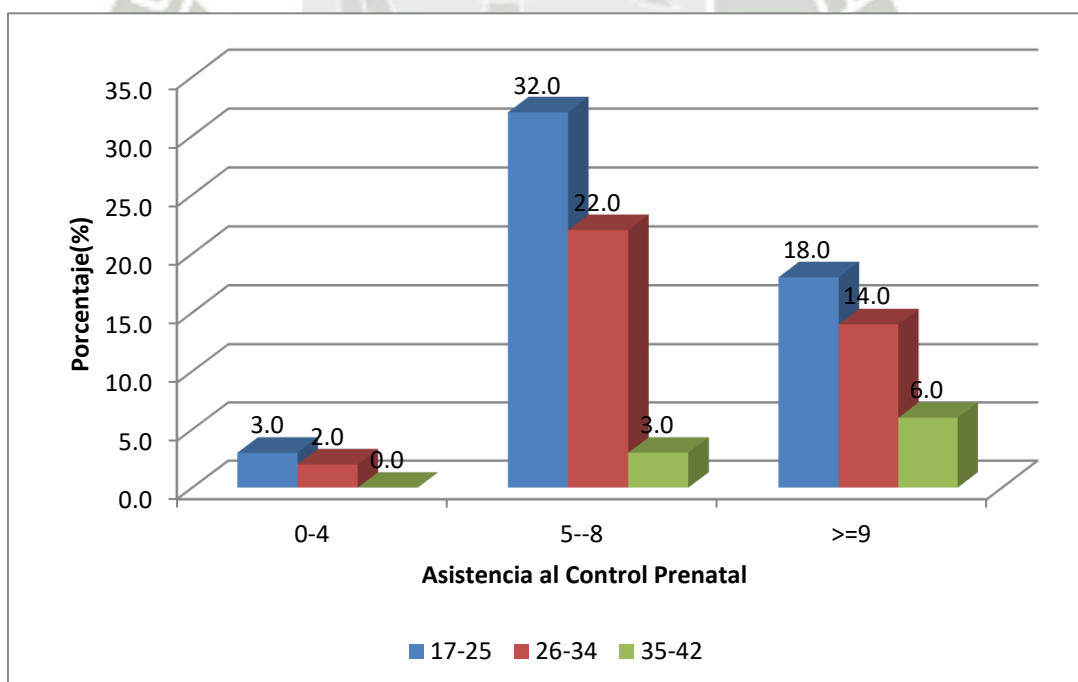
Fuente: Base de datos

$$X^2=3.68 \quad P>0.05$$

La Tabla N°. 10 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=3.68$ ) muestra que la edad y la asistencia al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz no presentó relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo se observa que el 32.0% de las mujeres que asistieron a 5-8 controles prenatales tienen entre 17-25 años.

Gráfico N° 10



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 11**  
**RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MUJERES Y LA**  
**ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD**  
**MARITZA CAMPOS DÍAZ**

Grado de Instrucción	Asistencia al Control Prenatal						TOTAL	
	0-4		5-8		>=9		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Analfabeta	0	0.0	3	3.0	0	0.0	3	3.0
Primaria	1	1.0	12	12.0	6	6.0	19	19.0
Secundaria	4	4.0	39	39.0	27	27.0	70	70.0
Superior	0	0.0	3	3.0	5	5.0	8	8.0
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>5.0</b>	<b>57</b>	<b>57.0</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

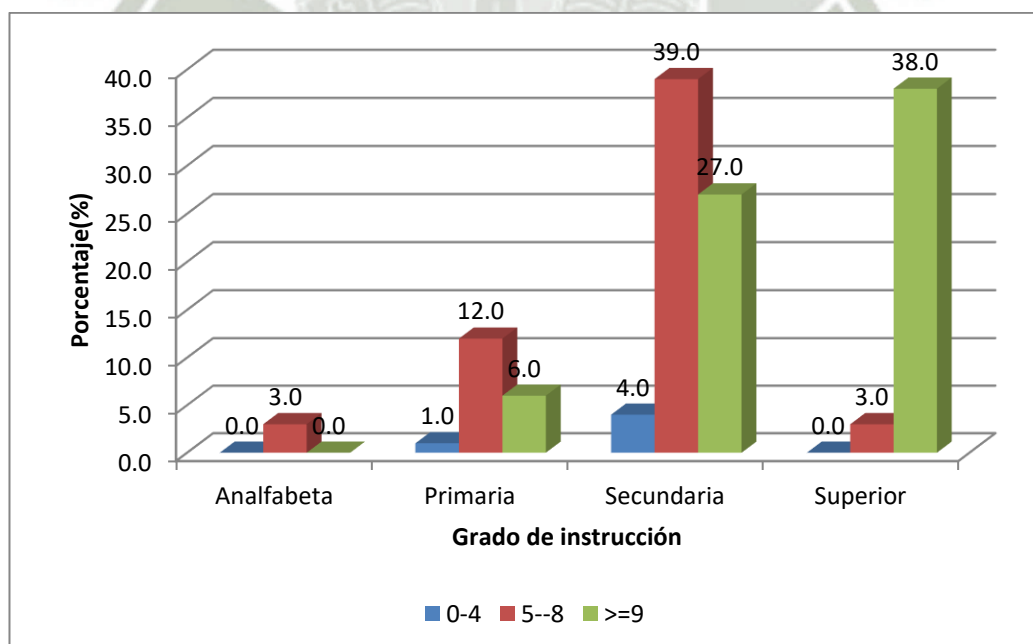
Fuente: Base de datos

$$X^2=4.89 \quad P>0.05$$

La Tabla N° 11 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=4.89$ ) muestra que el grado de instrucción y la asistencia al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz no presentó relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo se observa que el 39.0% de las mujeres que asistieron a 5-8 controles prenatales tienen instrucción secundaria.

Gráfico N° 11



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N°. 12**  
**RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE HIJOS DE LAS MUJERES Y LA**  
**ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD**  
**MARITZA CAMPOS DÍAZ**

Número de hijos	Asistencia al Control Prenatal						TOTAL	
	0-4		5-8		>=9		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
1	2	2.0	21	21.0	17	17.0	40	40.0
>=2	3	3.0	36	36.0	21	21.0	60	60.0
<b>TOTAL</b>	5	5.0	57	57.0	38	38.0	100	100

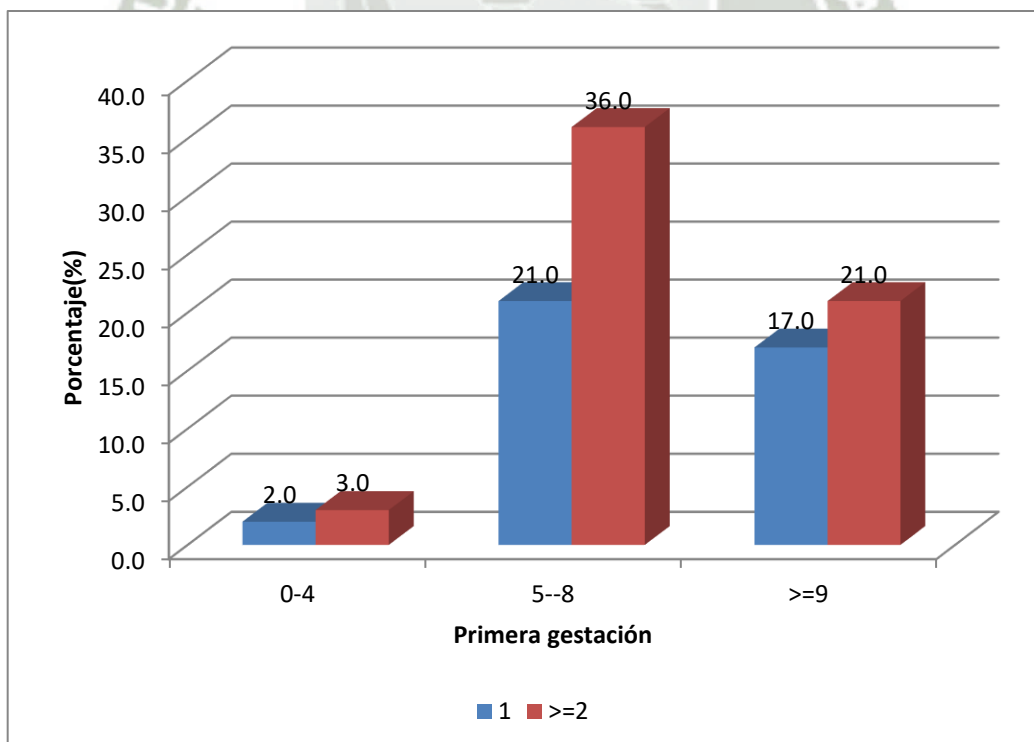
Fuente: Base de datos

$$X^2=0.59 \quad P>0.05$$

La Tabla N°. 12 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=0.59$ ) muestra que la primera gestación y la asistencia al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz no presentó relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo se observa que el 36.0% de las mujeres que asistieron a 5-8 controles prenatales tienen más de un hijo.

Gráfico N° 12



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 13**  
**RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES Y LA**  
**ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD**  
**MARITZA CAMPOS DÍAZ**

Estado Civil	Controles Prenatales						TOTAL	
	0-4		5-8		≥9		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Soltera	1	1.0	3	3.0	3	3.0	7	7.0
Casada	1	1.0	3	3.0	3	3.0	7	7.0
Conviviente	3	3.0	51	51.0	32	32.0	86	86.0
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>5.0</b>	<b>57</b>	<b>57.0</b>	<b>38</b>	<b>38.0</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

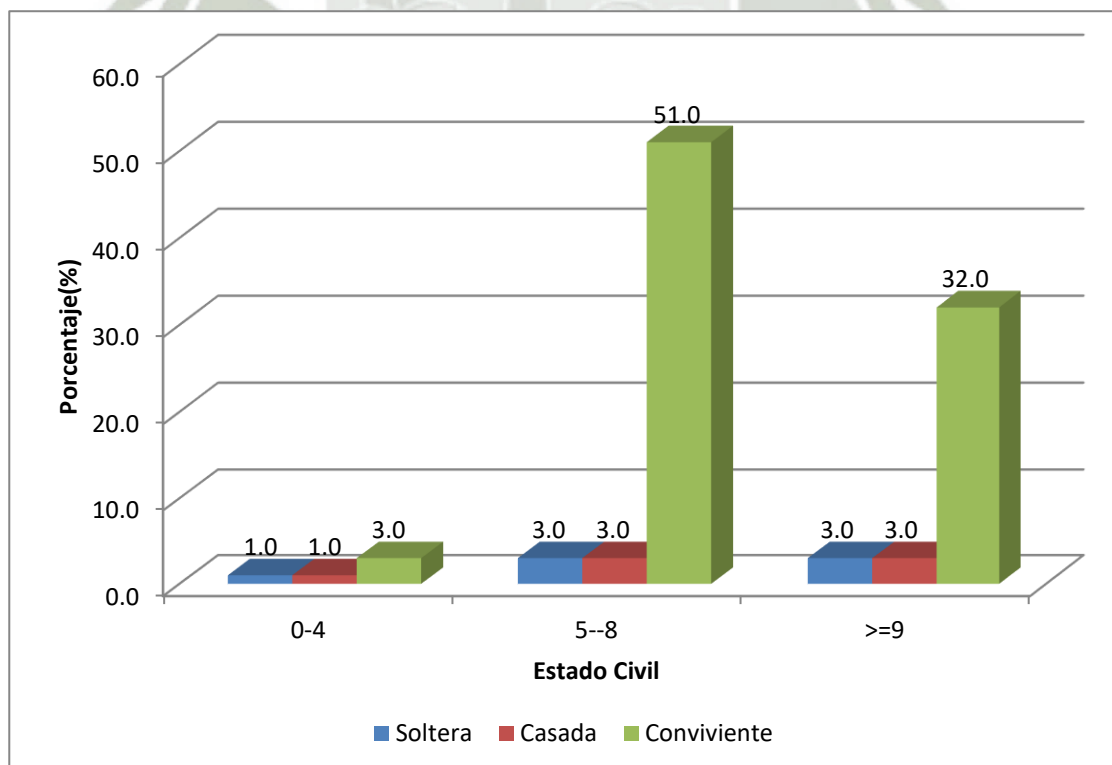
Fuente: Base de datos

$$X^2=3.48 \quad P>0.05$$

La Tabla N°. 13 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=3.48$ ) muestra que el estado civil y la asistencia al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz no presentó relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo se observa que el 51.0% de las mujeres que asistieron a 5-8 controles prenatales son convivientes.

Gráfico N° 13



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 14**

**RELACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN DE LAS MUJERES Y LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ**

Ocupación	Asistencia al Control Prenatal						TOTAL	
	0-4		5-8		≥9		TOTAL	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Ama de casa	4	4.0	48	48.0	34	34.0	86	86.0
Estudiante	1	1.0	5	5.0	2	2.0	8	8.0
Trabajo	0	0.0	4	4.0	2	2.0	6	6.0
<b>TOTAL</b>	5	5.0	57	57.0	38	38.0	100	100

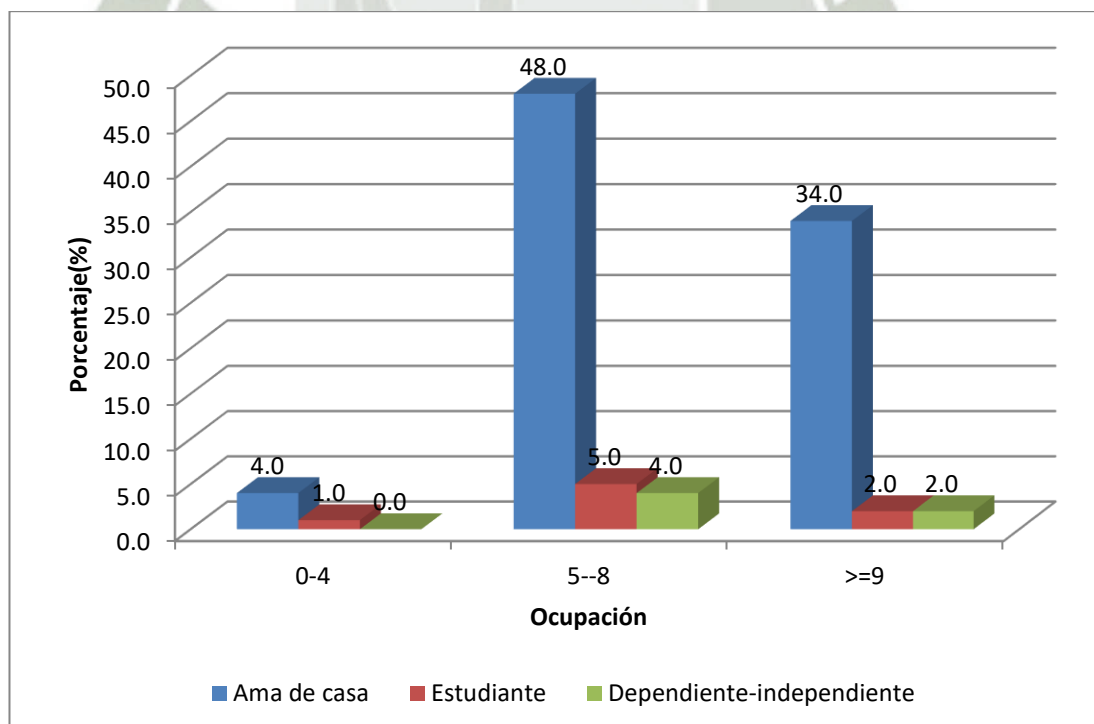
Fuente: Base de datos

$$X^2=1.82 \quad P>0.05$$

La Tabla N°. 14 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=1.82$ ) muestra que la ocupación y la asistencia al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz no presentó relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo se observa que el 48.0% de las mujeres que asistieron a 5-8 controles prenatales son amas de casa.

Gráfico N° 14



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 15**  
**RELACIÓN ENTRE EL LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS MUJERES Y**  
**LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD**  
**MARITZA CAMPOS DÍAZ**

Procedencia	Asistencia al Control Prenatal						TOTAL	
	0-4		5-8		>=9			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Rural	0	0.0	0	0.0	1	1.0	1	1.0
Urbano	5	5.0	57	57.0	37	37.0	99	99.0
<b>TOTAL</b>	5	5.0	57	57.0	38	38.0	100	100

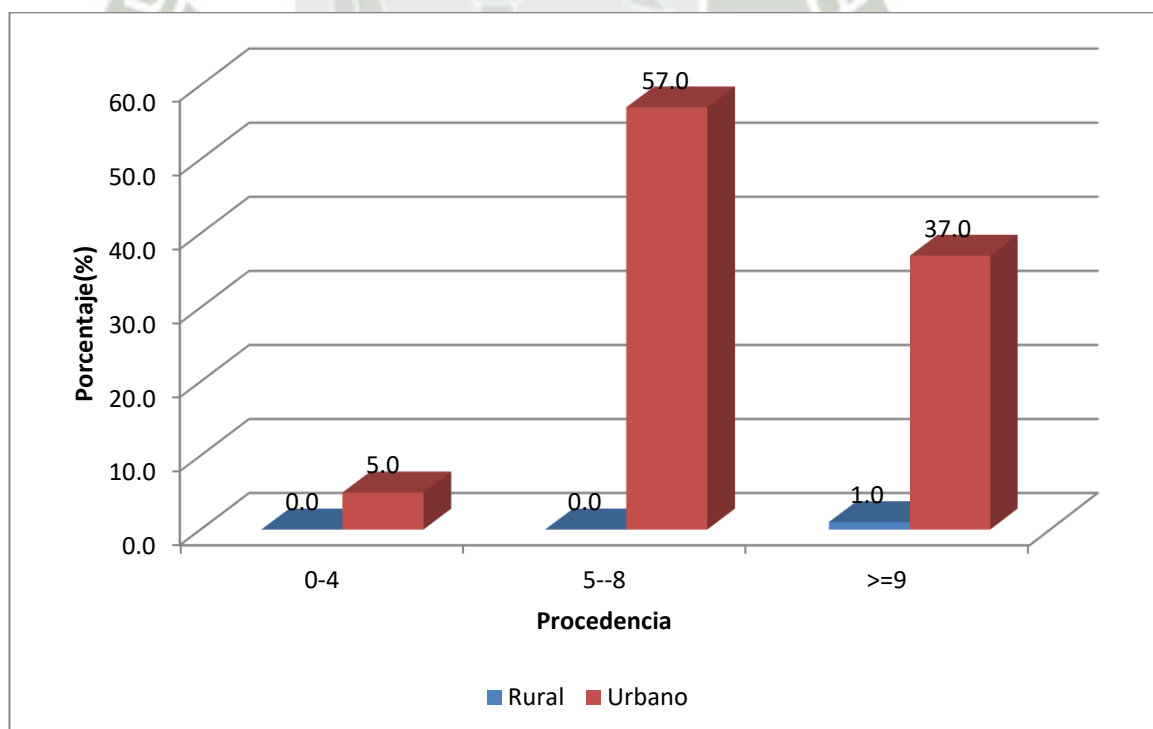
Fuente: Base de datos

$$X^2=1.65 \quad P>0.05$$

La Tabla N° 15 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=1.65$ ) muestra que el lugar de procedencia y la asistencia al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz no presentó relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo se observa que el 57.0% de las mujeres que asistieron a 5-8 controles prenatales provienen de zonas urbanas.

Gráfico N° 15



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 16**  
**NIVEL ECONÓMICO Y LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL EN EL**  
**CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ**

Nivel Económico	Controles Prenatales						TOTAL	
	0-4		5-8		>=9		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Bajo	3	3.0	16	16.0	8	8.0	27	27.0
Medio	1	1.0	32	32.0	23	23.0	56	56.0
Alto	1	1.0	9	9.0	7	7.0	17	17.0
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>5.0</b>	<b>57</b>	<b>57.0</b>	<b>38</b>	<b>38.0</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

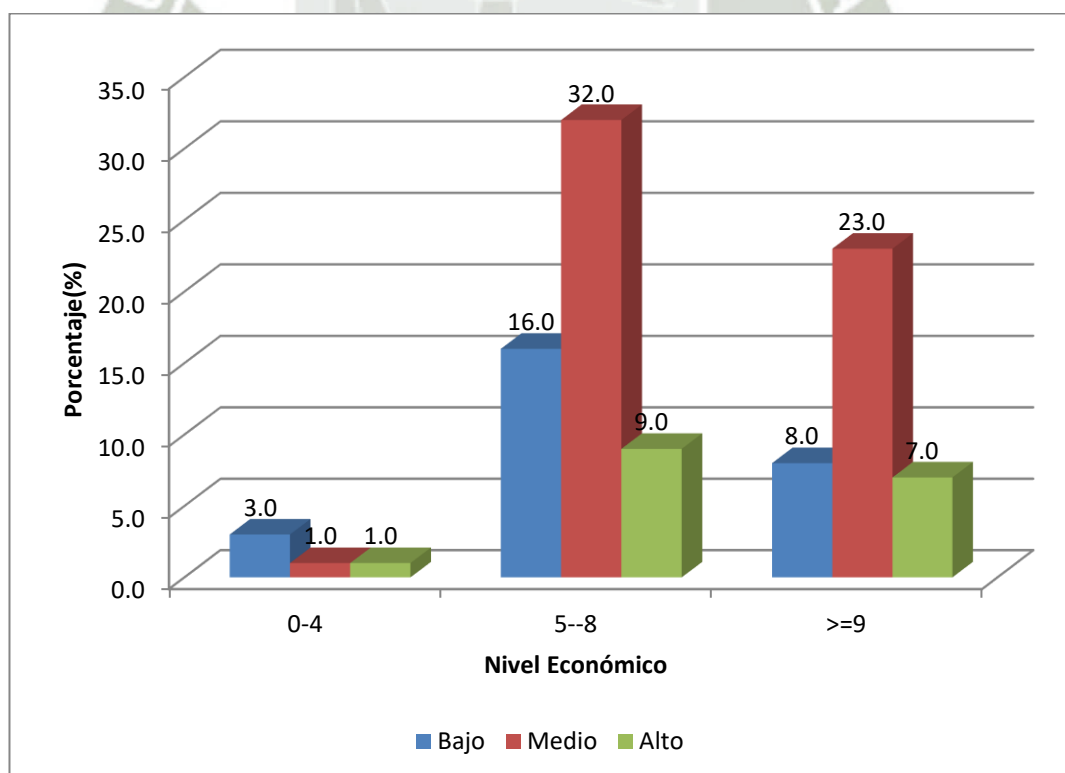
Fuente: Base de datos

$$X^2=23.77 \quad P<0.05$$

La Tabla N°. 17 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=23.77$ ) muestra que nivel socioeconómico y la asistencia al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz presentó relación estadística significativa ( $P<0.05$ ).

Asimismo se observa que el 32.0% de las mujeres que asistieron a 5-8 controles prenatales son de nivel socioeconómico medio.

Gráfico N° 16



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N°. 17**  
**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CONTROL**  
**PRENATAL Y SU ASISTENCIA EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA**  
**CAMPOS DÍAZ**

Conocimiento del control prenatal	Asistencia al Control Prenatal						TOTAL	
	0-4		5-8		>=9		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Malo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Regular	1	1.0	25	25.0	18	18.0	44	44.0
Bueno	4	4.0	32	32.0	20	20.0	56	56.0
<b>TOTAL</b>	5	5.0	57	57.0	38	38.0	100	100

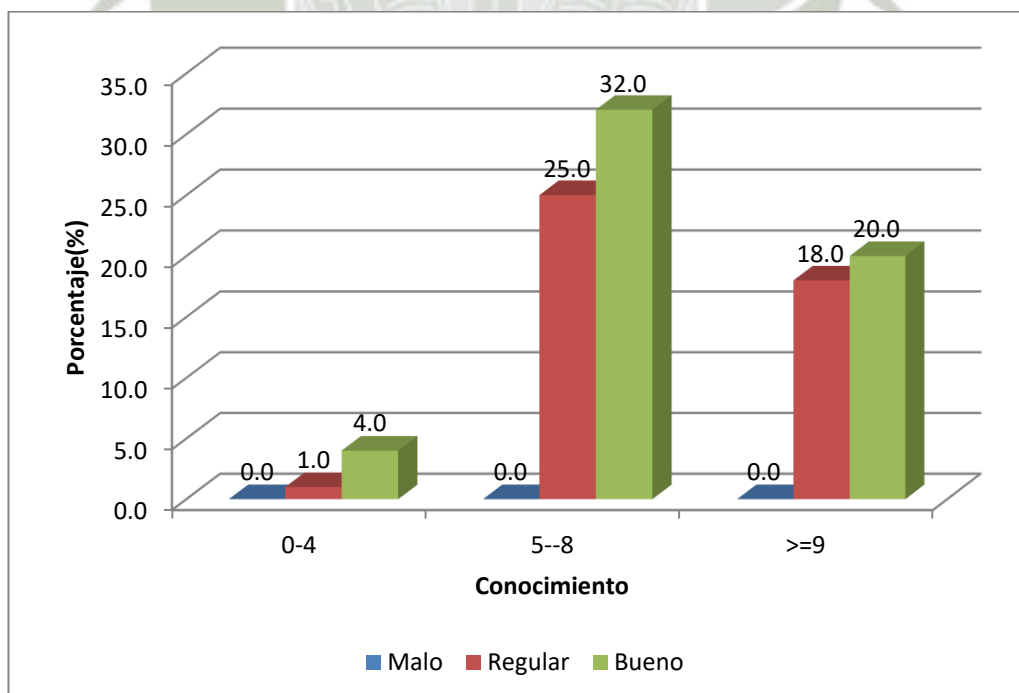
Fuente: Base de datos

$$X^2=1.34 \quad P>0.05$$

La Tabla N°. 17 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=1.34$ ) muestra que el nivel de conocimiento y la asistencia al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz no presentó relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo se observa que el 32.0% de las mujeres que asistieron a 5-8 controles prenatales tienen buen nivel de conocimiento sobre controles prenatales.

Grafico N° 17



Fuente: Elaboración propia

**TABLA N°. 18**  
**NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES POR TRIMESTRES EN EL**  
**CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ**

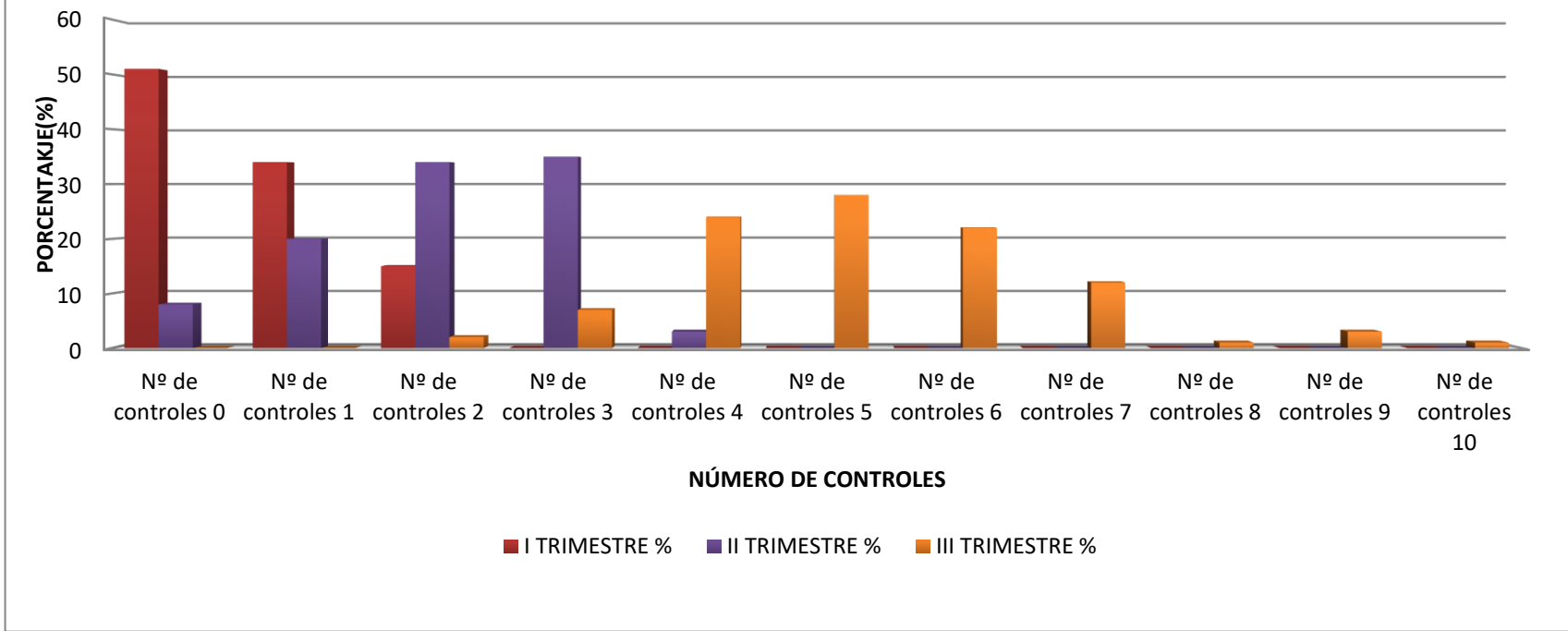
	I TRIMESTRE		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE	
	N	%	N	%	N	%
<b>N° de controles 0</b>	51	51	8	8	0	0
<b>N° de controles 1</b>	34	34	20	20	0	0
<b>N° de controles 2</b>	15	15	34	34	2	2
<b>N° de controles 3</b>	0	0	35	35	7	7
<b>N° de controles 4</b>	0	0	3	3	24	24
<b>N° de controles 5</b>	0	0	0	0	28	28
<b>N° de controles 6</b>	0	0	0	0	22	22
<b>N° de controles 7</b>	0	0	0	0	12	12
<b>N° de controles 8</b>	0	0	0	0	1	1
<b>N° de controles 9</b>	0	0	0	0	3	3
<b>N° de controles 10</b>	0	0	0	0	1	1
<b>Total</b>	100	100	100	100	100	100

Fuente: Base de datos

La Tabla N°. 18 muestra que el 51.0% de las mujeres que asisten al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz tienen no tienen asistencia a los CPN en el primer trimestre. Además el 35% de las mujeres que asisten al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz tienen 3 asistencias a los CPN en el segundo trimestre. Y el 28.0% de las mujeres que asisten al control prenatal en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz tienen 5 asistencias a los CPN en el tercer trimestre.

Gráfico N°18

### NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES DE LAS MUJERES POR TRIMESTRES EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ



Fuente: Elaboración propia

## DISCUSIÓN

El presente estudio nos permitió conocer los factores socioeconómicos de las gestantes que acuden al control prenatal al Centro de Salud Maritza Campos Díaz, tales como la edad y grado de instrucción se evidenció la edad predominante de las gestantes es de 17 a 25 años lo que representa el 53%, y el grado de instrucción el 70% de las gestantes evaluadas tienen instrucción secundaria, hallazgos similares fue encontrado por ALANOCA Y CHULLO en el 2010(3) en un estudio realizado en C.S. Ampliación Paucarpata donde el 59.6% de las gestantes tienen entre 26-35 años y el 71.9 % de las mujeres evaluadas tienen el grado de instrucción secundaria completa

Así mismo, el número de hijos muestra el 60.0% de las mujeres que asisten al control prenatal tienen más de un hijo y son estado civil convivientes el 86 % lo que se relaciona a lo encontrado por ARISPE, et al en el 2010 (5) en el cual el 62.8 % tiene una paridad mayor de 2. Y el 71,6% mujeres son de estado civil conviviente

Se evidencia el 86.0% de las mujeres que asisten al control prenatal son amas de casa y el 99% tienen procedencia urbano. Lo que avala los hallazgos por ARISPE et al en el 2010 (5) donde la dependencia económica fue de 85.2% y el 98.7% tienen el lugar de procedencia urbano.

El nivel económico encontrado es de 56% de las mujeres con nivel económico medio, y el 56% de las mujeres tienen buen nivel de conocimiento sobre el control prenatal, valores superiores obtenidos por ALANOCA Y CHULLO en el 2010 (3) donde las gestantes evaluadas el 38.2% tienen un ingreso mensual menor de 600 soles (nivel socioeconómico bajo). Pero el 100% de gestantes tienen buen conocimiento del control prenatal.

En cuanto la relación de los factores socioeconómicos y la asistencia al control prenatal, se obtiene que la asistencia del control prenatal y la edad resulta el 32% de las mujeres que tienen de 5- 8 controles tienen entre 17-25 años de edad lo que se relaciona con lo encontrado por ESCOBAR et al. en

el 2011(33), donde la edad de inicio al control prenatal fue de 20 a 34 años con controles prenatales que alcanzaron un 70%.

En cuanto, el grado de instrucción se observa que el 39 % de mujeres tienen de 5-8 controles y un 3% de mujeres con 5-8 controles tienen educación superior, lo contrario con el hallazgo de CASTILLO en el 2011(34), donde las mujeres que han cursado bachillerato el 73,5% refirieron uso adecuado del control prenatal.

Asimismo se observa que el 36 % de las mujeres que tienen de 5-8 controles tienen más de 1 hijo, lo que avala los hallazgos obtenidos por QUEVEDO y POMA en el 2013(35), donde el 30.4% es su segundo embarazo.

En cuanto al estado civil se observa que el 51% de las mujeres con 5-8 controles prenatales son convivientes, y el 48% de las mujeres con 5-8 controles son amas de casa lo que se relaciona con lo afirmado por CASTILLO en el 2011(34) donde el 69,6% tienen pareja con mayor uso del control prenatal y el 33% de mujeres no cuentan con ingresos personales.

Asimismo se observa que el mayor porcentaje es de 57% de las mujeres que tienen de 5-8 controles provienen de zonas urbanas, y el 32.0% de mujeres que asistieron de 5-8 controles son de nivel económico medio, resultado semejante con lo encontrado por CASTILLO en el 2011 (34) donde la procedencia de las mujeres se encontró que el 71% de la población era del área urbana y el 69.5 % de mujeres tienen un estrato socioeconómico 1 y 2.

En cuanto la relación entre el conocimiento de control prenatal y su asistencia es de 32% de las gestantes que asistieron de 5-8 controles prenatales, hallazgo similar encontrado por GUALLPA y SIGUENZA en el 2012 (31) donde el 75.5 % de la población de estudio tenía conocimiento adecuado sobre frecuencia al control prenatal.

El cuanto a la asistencia al control prenatal por trimestres en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz , se obtuvo que el 51% de las mujeres no

tuvieron controles en el primer trimestre, el 39% de las mujeres son gestantes controladas, el 35% de las mujeres tienen 3 controles prenatales en el segundo trimestre y el 28% de las mujeres tuvieron 5 controles prenatales en el tercer trimestre, valores similares a los obtenidos por ALANOCA y CHULLO en el 2010 (3) donde se puede apreciar que el 41.6 % de gestantes no tuvieron controles prenatales en el primer trimestre, en el II trimestre tuvieron 1 control prenatal el 58.4% y en el III trimestre no tuvieron ningún control prenatal el 39.3% resultados casi similares a los encontrados por QUEVEDO y POMA en el 2013 (35) en el cual resultó de 89 embarazadas el 55.1% se encuentra en el tercer trimestre de embarazo, el 27% en el segundo y 18 % en el primer trimestre.



## CONCLUSIONES

Primera: Los factores maternos en las gestantes que asisten al control prenatal al Centro de Salud Maritza Campos Díaz son que el 53.0% de las mujeres que asisten al control prenatal tienen entre 17-25 años, el 70.0% de las mujeres tienen instrucción secundaria, el 60.0% de las mujeres tienen más de un hijo, el 86.0% de las mujeres son convivientes, el 86.0% de las mujeres son amas de casa, el 99.0% de las mujeres provienen de un lugar urbano, el 56.0% de las mujeres son de nivel económico medio, el 56.0% de las mujeres tienen un buen nivel de conocimiento sobre el control prenatal.

Segunda: La frecuencia de la asistencia al control prenatal del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, el 57.0% de las mujeres que tienen de 5-8 controles prenatales. Además, predomina en el primer trimestre el 51.0% de las mujeres no tienen asistencia al control prenatal, en el segundo trimestre el 35% de las mujeres tienen 3 asistencias al control prenatal, en el tercer trimestre el 28.0% de las mujeres tienen 5 asistencias al control prenatal.

Tercera: entre los factores maternos que se asocia con la asistencia al control prenatal en gestantes que asisten al Centro de Salud Maritza Campos Díaz es el nivel socioeconómico porque presentó relación estadística significativa ( $P < 0.05$ ) según la prueba de chi cuadrado ( $X^2 = 23.77$ ). Así mismo, el 56% las gestantes evaluadas tienen un buen conocimiento del control prenatal.

### RECOMENDACIONES:

- Se recomienda al personal de salud implementar estrategias para captar mejor las gestantes y de igual manera que cumplan su asistencia oportuna del control prenatal, organizarse con las gestantes para el cumplimiento en la fecha del control ya que la asistencia en el primer, y el número de controles sigue siendo afectada resultados obtenidos en el presente estudio.
- Realizar charlas para concientizar a las mujeres en edad fértil, gestantes y familias sobre la importancia del control prenatal, la atención gratuita y oportuna y puedan reflexionar sobre la asistencia en el primer trimestre de esta manera puedan acudir al control prenatal apenas sepan o sospechen de su embarazo. Además de continuar con la adecuada educación reforzada en el consultorio de obstetricia y retroalimentar de forma permanente sobre el control prenatal en las siguientes citas, tomar medidas pertinentes en cuanto la accesibilidad económica siendo el factor socioeconómico asociado a su adecuada asistencia.
- Mejorar la captación de gestantes con el apoyo de otros profesionales de salud, la derivación inmediata y oportuna hacia el servicio de obstetricia para su evaluación completa.
- Se sugiere que se realicen estudios sobre la calidad de atención prenatal.

## BIBLIOGRAFÍA

### **Bibliografía:**

1. León W, Yépez E, Gordon M. Ministerio de Salud Pública Control Prenatal Guía de Practica (GPC). Ecuador Primera Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización, 2015.(Fecha de acceso: 20 de Diciembre del 2016)URL disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-final-mayo-2016-DNN.pdf>
2. Esguerra V.R Esguerra de C. Causa de inasistencia al control prenatal [Tesis de Magister] Universidad Santo Tomas. Bogotá. 1991(Fecha de acceso:7 de Mayo del 2017) URL disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/16776/17657>
3. Alanoca L, Chullo R. Factores que influyen en la baja concentración del control prenatal en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata. [Título de Licenciatura] Universidad Católica De Santa María. Arequipa-Perú. 2010
4. Asociación de la Academia Lengua Española.(Fecha de acceso: 20 de Enero del 2017).URL disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EN8xfffh>, [http://www.eustat.eus/documentos/opt\\_0/tema\\_395/elem\\_2376/definicion.html](http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_395/elem_2376/definicion.html)
5. Arispe C, Salgado M, Tang G. Gonzales C, Rojas J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia [Tesis Doctoral] Rev.Med.Hered. v.22 n.4 Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2011
6. Karin G Vargas. N. Factores asociados al abandono del control prenatal en el Centro de Salud Los Libertadores. Distrito de San Martín de Porres. [Tesis de Licenciatura]. Lima-Perú. Universidad San Martin De Porres. 2016
7. Asociación de la Academia Lengua Española.(Fecha de acceso: 20 de Enero del 2017). URL disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EN8xfffh>, [http://www.eustat.eus/documentos/opt\\_0/tema\\_395/elem\\_2376/definicion.html](http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_395/elem_2376/definicion.html)
8. Pérez Sánchez A, Donoso Siña E. "Obstetricia", Tercera Edición, Publicaciones Técnicas Mediterraneo,Santiago-Chile,1999.Pg 214
9. Mongrut Steane, A. Tratado de obstetricia normal y patológica. Cuarta Edición.S.E. Perú,2008 Pg241

10. Pérez Sánchez A, Donoso Siña E. "Obstetricia", Tercera Edición, Publicaciones Técnicas Mediterraneo,Santiago-Chile,1999.Pg 214
11. León W, Yépez E, Gordon M. Ministerio de Salud Pública Control Prenatal Guía de Practica (GPC). Ecuador Primera Edición. Quito :Dirección Nacional de Normatización, 2015.(Fecha de acceso: 20 de diciembre del 2016) URL disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-final-mayo-2016-DNN.pdf>
12. Escobedo Vargas. J. Manual Atención Integral de la Salud de la Madre. Primera Edición.1993.PG 50
13. Pérez Sánchez A, Donoso Siña E. "Obstetricia", Tercera Edición, Publicaciones Técnicas Mediterraneo,Santiago-Chile,1999.Pg 223
14. Modificaciones a la NTS de Atención Integral Materna. RM159\_2014-En cuanto Procedimiento de la Primera Atención Prenatal.
15. Nuevas directivas de la OMS. Recomendaciones de la OMS sobre el control prenatal.2014. (Fecha de acceso: 18 de Enero del 2017) URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatal-care-guidelines/es/> .
16. Arispe C, Salgado M, Tang G. Gonzales C, Rojas J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia [Tesis Doctoral] RevMedHered v.22 n.4 Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2011
17. Norma Técnica de Salud para la atención Integral de Salud Materna. N°105. RM647\_2013\_ P-24
18. Modificaciones a la NTS de Atención Integral Materna. RM159\_2014. En cuanto procedimiento de la primera Atención Prenatal.
19. Scott, R. Disaia J, Hammond P J., Spellacy Ch, William. Tratado De Obstetricia y Ginecología de Danforth.8° Edición. Editorial McGraw- Hill, 1994.Pg-83
20. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. N°105. RM647\_2013\_. P12-16
21. Maldonado F. S. Efecto de una Intervención Educativa Participativa para fortalecer el conocimiento de signos y síntomas de alarma obstétricos a mujeres embarazadas debajo riesgo adscritas a la Umf7, Delegación Aguas

- Calientes [Tesis de Especialidad]. Universidad Autónoma De Aguas Calientes. 2016
22. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. N°105. RM647\_2013\_P-43
  23. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. N°105. RM647\_2013\_P-26
  24. Pérez Sánchez A, Donoso Siña E. "Obstetricia", Tercera Edición, Publicaciones Técnicas Mediterraneo,Santiago-Chile,1999.Pg 221
  25. Nahikari M Santana F. Embarazo y hábitos tóxicos: repercusiones en el recién nacido [Tesis de Licenciatura] Universidad de la Laguna. 2015
  26. Scott, R. Disaia J, Hammond P J., Spellacy Ch, William. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth.8° Edición. Editorial McGraw- Hill, 1994.Pg-80, 82
  27. Perez Sánchez A, Donoso Siña E. "Obstetricia", Tercera Edición, Publicaciones Técnicas Mediterraneo,Santiago-Chile,1999.Pg 222
  28. Alanoca L, Chullo R. Factores que influyen en la baja concentración del control prenatal en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata. [Título de Licenciatura] Universidad Católica de Santa María. Arequipa-Perú. 2010
  29. Munares- García Oscar. Factores asociados al abandono al control prenatal en el Instituto Nacional Materno Perinatal del Ministerio de Salud Perú. [Tesis de Licenciatura] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2011.
  30. Guallpa G. E. Siguenza O. C. Conocimientos, Actitudes y Practicas sobre control prenatal en embarazadas que acuden al hospital José Carrasco Arteaga [Tesis de Médico Cirujano] Cuenca-Ecuador.2012

**Hemerografía:**

31. Gonzales G. Autoeficacia y Asistencia al control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar de México D.F. [tesis de grado de maestría] Universidad Autónoma Nuevo León. México. Setiembre 2002.
32. Escobar L. Guzmán L. Córdoba R. Factores asociados a la inasistencia al Control Prenatal de la Ese San Sebastián La Plata Huila durante el primer

- trimestre en mujeres gestantes. Setiembre - Diciembre [Tesis de Especialidad] Universidad Sur colombiana. Huila.Colombia.2011
33. Castillo I. Factores asociados al uso del control prenatal por mujeres embarazadas del distrito de Cartagena [Tesis de licenciatura] Universidad de Cartagena. Colombia. 2011
34. Poma M. M .Quevedo C. L. Conocimientos, Actitudes y Practicas sobre el autocuidado durante la gestación, en mujeres que acuden al control prenatal en el SubCentro de Salud de Ricaurte. [Tesis De Licenciatura] Cuenca. Universidad De Cuenca-Ecuador. 2013
35. Valadez I. Aldrete G. Alfaro N. Aranda C Celis A Mendoza P .Cabrera C. Atención prenatal: conocimientos, actitudes y cuidados alternativos en Jalisco. Investigación en Salud, vol. III, núm. 1, abril-julio, pg. 34-44. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Guadalajara, México, 2001.
36. Díaz Br. Suellen O. Control prenatal como antecedente de importancia en la morbimortalidad neonatal Hospital Universitario Dr. Luis Razetti [Título de Médico Cirujano] Universidad de Oriente Nucleo Anzoategui. Barcelona. Marzo .2009
37. Mena Baide Dr. B. A. Importancia del Control Prenatal Revista Médica Hondureña. Vol. 60. 1992.
38. Chambi Ayala, V. Factores culturales que influyen en la asistencia al control prenatal al Centro de Salud de Bella Vista.” [Título de Magister].Universidad Mayor de San Andrés. La Paz Bolivia.2008

### **Informatografía**

39. Andújar M Carmen Control Prenatal (Fecha de acceso: 14 de Enero del 2017). URL disponible en: <http://www.slideshare.net/jotapex/11-control-prenatal>
40. Córdova J. Control Prenatal (Fecha de acceso: 17 de Enero del 2017). URL disponible en: <http://controlprenatalcordova.blogspot.com>
41. Ministerio de salud. Atención Prenatal en Atención Primaria de Salud. (Fecha de acceso: 14 de Enero del 2017). URL disponible en: <http://www.google.com.pe/url?sa=t&rcrt=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&ved=0CGcFjAJ&url=http%3A%2F%2Fwww.mspbs.gov.py%2Fdocumentacion%2Findex.php%3Ff%3Daps%2520guia%2520atencion%2520prenatal.p>

df&ei=dTmhUuq7EsWqkAeQ8ID4AQ&usg=AFQjCNGvpxEBeTBFVf75  
uXNI7i4rqUliA&cad=rja

42. Guzmán Martínez, R Control Cuidados Prenatales (Fecha de acceso: 13 de Enero del 2017)URL disponible en: <http://www.slideshare.net/moctesalaiza/07-control-prenatal-11376692>
43. Zúñiga. M .La importancia de los chequeos prenatales periódicos. (Fecha de acceso: 13 de Enero del 2017). URL disponible en: <http://www.hospitalenriquesotomayor.med.ec/guia-salud/item/679-chequeo-prenatal>.



## ANEXOS

### ANEXO N° 1

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_ años de edad, identificada con DNI N° \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_.

En pleno uso de mis facultades mentales, y habiéndome informado sobre la importancia de conocer los motivos para asistir a los controles prenatales oportunamente, siendo necesario previa información sobre dichos motivos y su identificación, y habiéndose explicado que la información brindada será anónima y usada exclusivamente para la realización de la investigación, doy consentimiento para que se me realice dicha encuesta para poder realizar la investigación.

Por mi propia voluntad firmo el presente documento, no mediando ningún tipo de presión.

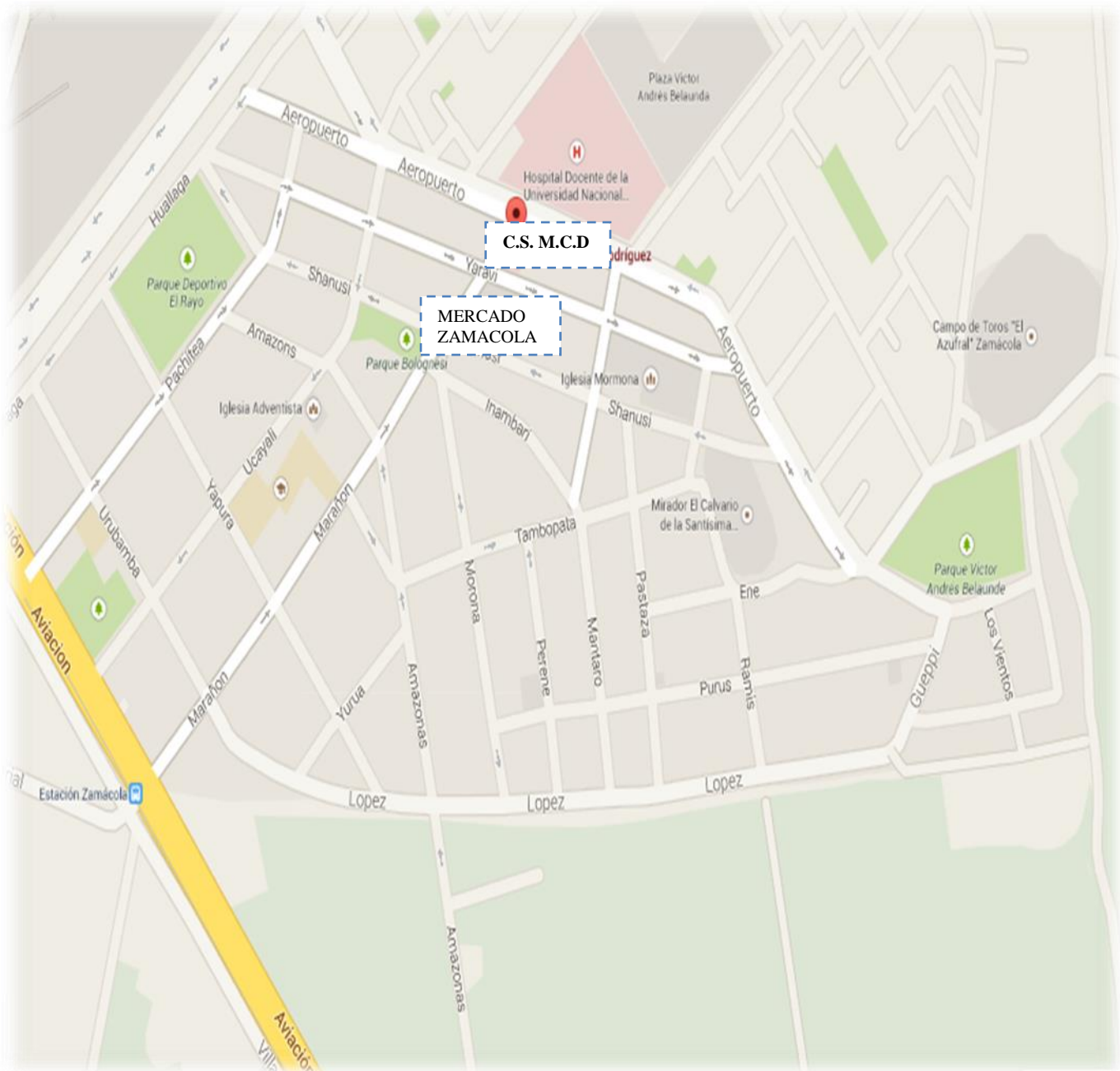
Arequipa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2017

Firma del paciente \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

ANEXO N° 2

**CROQUIS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ-  
ZAMACOLA**



ANEXO N° 3

AUTORIZACIÓN DE LA RED AREQUIPA- CAYLLOMA



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”  
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)

Arequipa, abril 05 del 2017

OFICIO N° 145-FOYP-2017



Señor Dr.  
**LUIS FERNANDO VALENCIA BORDA**  
Director Ejecutiva de la Red Arequipa Caylloma  
Presente.-

Asunto : Autorización para realizar encuestas de Investigación

Tengo a bien dirigirme a usted para manifestarle que uno de los requisitos para la titulación de nuestras egresadas de la Facultad de Obstetricia y Puericultura es realizar un trabajo de investigación sobre nuestra carrera profesional, y para lo cual la señorita SHIRLEY CHAVEZ PACSE, está realizando el trabajo de investigación titulado “FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ – ZAMACOLA, AREQUIPA MAYO – JUNIO 2017”, y como entenderá el mismo debe realizar diferentes encuestas a las gestantes que acuden al Centro de Salud de Maritza Campos Díaz – Zamacola, por lo que solicito a su despacho se sirva autorizar para que nuestras bachilleres pueda realizar este tipo de encuestas.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,



**RICHARDINA FLORES FLORES**  
Docente de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la UCSM

REF/fc

## ANEXO N °4

### ENTREVISTA PERSONAL

Edad: .....

**1) Nivel de Instrucción**

- Analfabeta
- Primaria
- Secundaria
- Superior

**2) ¿Número de hijos?**

- 1
- >=2

**3) Estado civil**

- Soltera
- Casada
- Conviviente

**4) Ocupación**

- Ama de casa
- Estudiante
- Trabajo dependiente-independiente ¿Cuál? .....

**5) Lugar de procedencia**

- Rural ( campo)
- Urbano (ciudad)

**6) Nivel socioeconómico:**

- Ingreso económico de 500 soles mensuales
- Ingreso económico de 600- 1000 soles mensuales
- Ingreso económico de mayor de 1000 soles mensuales

## ANEXO N° 5

### CÉDULA DE PREGUNTAS

#### CONOCIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL

1. ¿Qué es el control prenatal?
  - a) Conjunto de actividades antes del embarazo
  - b) Conjunto de actividades prenatales.
  - c) Conjunto de actividades y procedimientos que se ofrece durante el embarazo por un equipo de salud.
  - d) Es el control que la mujer se realiza, si desea embarazarse.
2. ¿Cuál de los siguientes, **NO** es un objetivo del control prenatal?
  - a) Identificar y/o prevenir factores de riesgo
  - b) Diagnosticar condición materna y fetal
  - c) Diagnosticar edad gestacional
  - d) Propiciar el parto domiciliario
3. ¿Desde cuándo una embarazada debería acudir al primer control prenatal?
  - a) Desde que obtenga descanso prenatal
  - b) Desde que sabe que está embarazada
  - c) Desde que cuente con un seguro de atención
  - d) Desde que sienta movimientos fetales
4. ¿Cuántos controles cree que son recomendados por el MINSA durante el embarazo?
  - a) De 1-3
  - b) Mínimo 4
  - c) Mínimo 6
  - d) Ninguna de las anteriores
5. ¿Cuál de las siguientes actividades, se indican en la primera consulta?
  - a) Solicitud de exámenes de laboratorio
  - b) Evaluación odontológica
  - c) Vacunación antitetánica
  - d) Todas las anteriores
6. ¿Qué son signos y síntomas de alarma del embarazo?
  - a) Son virus que producen enfermedades en el embarazo
  - b) Son manifestaciones clínicas que indican que la salud de la madre y/o del niño están en peligro
  - c) Son todas las enfermedades que se dan en el embarazo
  - d) Son molestias propias del embarazo

7. ¿Cuál de los siguientes son signos de alarma?
  - a) Pérdida de líquido transvaginal
  - b) Disminución de movimientos fetales
  - c) Dolor al miccionar
  - d) Todas las anteriores
8. Si una gestante empieza a perder líquido transparente con olor a lejía ¿Qué debería hacer?
  - a) Esperar que inicie las contracciones
  - b) No es urgente
  - c) Debe acudir de emergencia al hospital
  - d) Descansar hasta que llegue la fecha de control.
9. ¿Cuándo cree usted que su bebé puede estar en peligro en el embarazo?
  - a) Cuando tiene hipo
  - b) Cuando ingiere comida picante
  - c) Cuando teje durante el embarazo
  - d) Cuando no se mueve
10. ¿En qué momento cree usted que se debería tomar el ácido fólico en el embarazo?
  - a) Todo el embarazo
  - b) En el segundo trimestre
  - c) En el tercer trimestre
  - d) En el primer trimestre
11. ¿Por qué cree usted que es necesario recibir información de cuidados prenatales tales como las vacunas, la lactancia, planificación familiar, y ejercicios durante el embarazo?
  - a) Para estar informada
  - b) Es reglamento del control prenatal
  - c) No es necesario la información
  - d) Para poder aplicar la información según sea la situación
12. ¿Cómo influye el consumo de alcohol, cigarrillos y drogas en el desarrollo del feto?
  - a) Parto prematuro
  - b) Malformaciones
  - c) Retardo de crecimiento intrauterino
  - d) Todas las anteriores

**RESPUESTAS CORRECTAS:**

1. ¿Qué es el control prenatal?
  - a) Conjunto de actividades antes del embarazo
  - b) Conjunto de actividades prenatales.
  - c) Conjunto de actividades y procedimientos que se ofrece durante el embarazo por un equipo de salud.
  - d) Es el control que la mujer se realiza, si desea embarazarse.
2. ¿Cuál de los siguientes, **NO** es un objetivo del control prenatal?
  - a) Identificar y/o prevenir factores de riesgo
  - b) Diagnosticar condición materna y fetal
  - c) Diagnosticar edad gestacional
  - d) Propiciar el parto domiciliario
3. ¿Desde cuándo una embarazada debería acudir al primer control prenatal?
  - a) Desde que obtenga descanso prenatal
  - b) Desde que sabe que está embarazada
  - c) Desde que cuente con un seguro de atención
  - d) Desde que sienta movimientos fetales
4. ¿Cuántos controles cree que son recomendados por el MINSA durante el embarazo?
  - a) De 1-3
  - b) Mínimo 4
  - c) Mínimo 6
  - d) Ninguna de las anteriores
5. ¿Cuál de las siguientes actividades, se indican en la primera consulta?
  - a) Solicitud de exámenes de laboratorio
  - b) Evaluación odontológica
  - c) Vacunación antitetánica
  - d) Todas las anteriores
6. ¿Qué son signos y síntomas de alarma del embarazo?
  - a) Son virus que producen enfermedades en el embarazo
  - b) Son manifestaciones clínicas que indican que la salud de la madre y/o del niño están en peligro
  - c) Son todas las enfermedades que se dan en el embarazo
  - d) Son molestias propias del embarazo.

7. ¿Cuál de los siguientes son signos de alarma?
- a) Pérdida de líquido transvaginal
  - b) Disminución de movimientos fetales
  - c) Dolor al miccionar
  - d) Todas las anteriores
8. Si una gestante empieza a perder líquido transparente con olor a lejía ¿Qué debería hacer?
- a) Esperar que inicie las contracciones
  - b) No es urgente
  - c) Debe acudir de emergencia al hospital
  - d) Descansar hasta que llegue la fecha de control.
9. ¿Cuándo cree usted que su bebé puede estar en peligro en el embarazo?
- a) Cuando tiene hipo
  - b) Cuando ingiere comida picante
  - c) Cuando teje durante el embarazo
  - d) Cuando no se mueve
10. ¿En qué momento cree usted que se debería tomar el ácido fólico en el embarazo?
- a) Todo el embarazo
  - b) En el segundo trimestre
  - c) En el tercer trimestre
  - d) En el primer trimestre
11. ¿Por qué cree usted que es necesario recibir información de cuidados prenatales tales como las vacunas, la lactancia, planificación familiar, y ejercicios durante el embarazo?
- a) Para estar informada
  - b) Es reglamento del control prenatal
  - c) No es necesario la información
  - d) Para poder aplicar la información según sea la situación
12. ¿Cómo influye el consumo de alcohol, cigarrillos y drogas en el desarrollo del feto?
- a) Parto prematuro
  - b) Malformaciones
  - c) Retardo de crecimiento intrauterino
  - d) Todas las anteriores

ANEXO N° 6

PARÁMETROS DE MEDICIÓN

- Nivel socioeconómico

<u>Parámetros de nivel socioeconómico</u>	
BAJA	Ingreso económico de 500 soles mensuales
MEDIA	Ingreso económico de 600-1000 mensuales
ALTA	Ingreso económico de mayor de soles mensuales

- Nivel de conocimiento

<u>Nivel de conocimiento del control prenatal:</u>	
BUENO	9-12 preguntas correctas
REGULAR	5-8 preguntas correctas
MALO	0-4 preguntas correctas

ANEXO N °7

CUADRO DE ASISTENCIA POR TRIMESTRES

<b>CUADRO DE ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL POR TRIMESTRES</b>				
<b>Nº GESTANTE</b>	<b>I TRIMESTRE</b>	<b>II TRIMESTRE</b>	<b>III TRIMESTRE</b>	<b>TOTAL DE CPN</b>
1.	0	1	7	8
2.	1	2	6	9
3.	0	0	6	6
4.	1	2	2	5
5.	0	1	5	6
6.	0	3	5	8
7.	0	3	5	8
8.	0	1	5	6
9.	0	1	5	6
10.	0	4	4	8
11.	0	3	9	13
12.	1	1	4	6
13.	1	3	3	7
14.	1	2	5	8
15.	1	2	5	8
16.	2	3	9	14
17.	0	1	6	7
18.	0	4	7	11
19.	1	2	6	9
20.	0	1	6	7
21.	1	3	5	9
22.	0	2	4	6
23.	2	3	6	11
24.	2	3	7	12
25.	0	1	4	5
26.	1	2	4	7
27.	0	0	3	3
28.	2	3	6	11
29.	1	2	4	7
30.	1	3	4	8
31.	1	2	10	13
32.	0	1	7	8
33.	1	3	7	11
34.	0	0	5	5

35.	0	2	7	9
36.	0	1	5	6
37.	0	2	5	7
38.	2	3	4	9
39.	0	1	7	8
40.	1	3	4	8
41.	2	2	4	8
42.	1	2	6	9
43.	0	1	4	5
44.	2	3	6	11
45.	2	2	5	9
46.	2	3	4	9
47.	1	3	5	9
48.	1	3	3	7
49.	0	2	6	8
50.	1	1	4	6
51.	1	3	4	8
52.	0	1	2	3
53.	2	3	4	9
54.	0	2	5	7
55.	0	1	7	8
56.	2	2	6	10
57.	0	2	6	8
58.	0	2	4	6
59.	1	3	6	10
60.	0	0	7	7
61.	0	2	6	8
62.	1	1	4	6
63.	0	2	5	7
64.	1	2	6	9
65.	2	3	4	9
66.	1	3	3	7
67.	1	3	5	9
68.	1	3	6	10
69.	1	3	7	11
70.	0	2	6	8
71.	0	2	3	5
72.	0	2	5	7
73.	2	3	5	10
74.	0	1	4	5
75.	1	2	5	8
76.	1	4	4	9
77.	0	2	5	7

78.	2	2	4	8
79.	0	0	4	4
80.	1	3	5	9
81.	1	3	5	9
82.	0	0	4	4
83.	0	0	3	3
84.	1	3	5	9
85.	0	2	5	7
86.	0	3	3	6
87.	0	1	8	9
88.	0	3	5	8
89.	1	3	6	10
90.	0	2	5	7
91.	0	0	9	9
92.	0	1	6	7
93.	0	1	6	7
94.	1	3	5	9
95.	0	2	6	8
96.	0	2	4	6
97.	1	3	5	9
98.	0	2	6	8
99.	2	3	7	12
100.	0	2	7	9

ANEXO N °8

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

CONFIABILIDAD:

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,200	12

VALIDEZ DE CONSTRUCTO:

**Prueba de KMO y Bartlett**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,463
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	129,201
	Gl	66
	Sig.	,000

**Varianza total explicada**

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	1,921	16,009	16,009	1,921	16,009	16,009
2	1,427	11,889	27,898	1,427	11,889	27,898
3	1,319	10,995	38,893	1,319	10,995	38,893
4	1,204	10,032	48,925	1,204	10,032	48,925
5	1,143	9,524	58,449	1,143	9,524	58,449
6	1,074	8,947	67,396	1,074	8,947	67,396
7	,952	7,937	75,333			
8	,847	7,057	82,390			
9	,708	5,896	88,286			
10	,680	5,663	93,949			
11	,460	3,833	97,782			
12	,266	2,218	100,000			

Método de extracción: análisis de componentes principales.

**Matriz de componente<sup>a</sup>**

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
P1	,152	-,461	,470	,172	-,005	-,008
P2	,000	,193	,131	,280	-,140	,833
P3	,092	-,126	,436	-,267	,391	,128
P4	,046	-,150	,220	,823	,115	-,189
P5	-,141	-,166	-,613	-,037	,409	,098
P6	,284	-,510	,350	-,212	,078	-,154
P7	,173	,374	,357	-,464	,204	,115
P8	,855	,027	-,231	,034	-,223	-,010
P9	,846	-,067	-,184	-,087	-,287	-,012
P10	,225	,497	-,038	,149	,448	-,410
P11	,191	,665	,326	,172	-,047	-,055
P12	,473	-,128	-,149	,157	,638	,332

Método de extracción: análisis de componentes principales.

a. 6 componentes extraídos.



**ANEXO N° 9**  
**BASE DE DATOS**

Paciente	Edad	Grado de instrucción	N° hijos	Estado civil	Ocupación	Procedencia	Nivel económico	Puntaje del nivel conocimiento del CPN	Asistencia al control prenatal			
									I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	Total CPN
1	24	Secundaria	1	Conviviente	Trabajo Independiente	Urbano	Alta	Bueno	0	1	7	8
2	22	Primaria	2	Conviviente	Ama de casa	Rural	Alta	Bueno	1	2	6	9
3	21	Analfabeta	1	Conviviente	Estudiante	Urbano	Medio	Bueno	0	0	6	6
4	20	Secundaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	1	2	2	5
5	24	Primaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Regular	0	1	5	6
6	31	Secundaria	3	Casada	Ama de casa	Urbano	Medio	Regular	0	3	5	8
7	26	Primaria	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Bajo	Regular	0	3	5	8
8	19	Secundaria	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	0	1	5	6
9	31	Primaria	3	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	0	1	5	6
10	23	Secundaria	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	0	4	4	8
11	27	Superior	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	0	3	9	13
12	23	Superior	1	Conviviente	Estudiante	Urbano	Medio	Bueno	1	1	4	6
13	29	Secundaria	3	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	1	3	3	7
14	25	Secundaria	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	1	2	5	8
15	35	Secundaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	1	2	5	8
16	38	Secundaria	3	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	2	3	9	14
17	20	Secundaria	1	Soltera	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	0	1	6	7
18	24	Secundaria	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	0	4	7	11
19	26	Superior	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	1	2	6	9
20	17	Secundaria	1	Soltera	Ama de casa	Urbano	Bajo	Bueno	0	1	6	7

21	35	Superior	3	Casada	Trabajo Independiente	Urbano	Alta	Bueno	1	3	5	9
22	21	Secundaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Regular	0	2	4	6
23	29	Secundaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Bajo	Bueno	2	3	6	11
24	21	Primaria	3	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Bajo	Bueno	2	3	7	12
25	23	Secundaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	0	1	4	5
26	18	Secundaria	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	1	2	4	7
27	25	Secundaria	3	Casada	Ama de casa	Urbano	Bajo	Bueno	0	0	3	3
28	23	Superior	1	Casada	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	2	3	6	11
29	30	Secundaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Alta	Bueno	1	2	4	7
30	31	Secundaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	1	3	4	8
31	30	Secundaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Regular	1	2	10	13
32	20	Secundaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	0	1	7	8
33	19	Secundaria	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	1	3	7	11
34	33	Primaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	0	0	5	5
35	22	Secundaria	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Regular	0	2	7	9
36	28	Secundaria	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Bajo	Regular	0	1	5	6
37	23	Primaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Regular	0	2	5	7
38	27	Secundaria	3	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Bajo	Bueno	2	3	4	9
39	26	Secundaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Bajo	Regular	0	1	7	8
40	19	Secundaria	1	Conviviente	Estudiante	Urbano	Bajo	Bueno	1	3	4	8
41	31	Superior	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Bajo	Regular	2	2	4	8
42	36	Secundaria	3	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	1	2	6	9
43	31	Primaria	4	Soltera	Ama de casa	Urbano	Bajo	Bueno	0	1	4	5
44	29	Secundaria	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Bajo	Regular	2	3	6	11
45	32	Secundaria	3	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Bajo	Bueno	2	2	5	9
46	42	Primaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Regular	2	3	4	9
47	21	Secundaria	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Regular	1	3	5	9

48	26	Analfabeta	4	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Regular	1	3	3	7
49	26	Superior	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Regular	0	2	6	8
50	27	Secundaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Bajo	Bueno	1	1	4	6
51	18	Secundaria	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	1	3	4	8
52	28	Secundaria	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	4	Regular	0	1	2	3
53	18	Secundaria	1	Conviviente	Estudiante	Urbano	Medio	Regular	2	3	4	9
54	35	Secundaria	4	Casada	Ama de casa	Urbano	Alta	Regular	0	2	5	7
55	21	Secundaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Alta	Bueno	0	1	7	8
56	29	Secundaria	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	2	2	6	10
57	21	Primaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Regular	0	2	6	8
58	18	Secundaria	1	Conviviente	Estudiante	Urbano	Bajo	Regular	0	2	4	6
59	28	Primaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	1	3	6	10
60	29	Secundaria	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Alta	Bueno	0	0	7	7
61	23	Secundaria	1	Conviviente	Trabajo Independiente	Urbano	Bajo	Regular	0	2	6	8
62	34	Secundaria	3	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Bajo	Bueno	1	1	4	6
63	38	Secundaria	3	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Regular	0	2	5	7
64	31	Primaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Regular	1	2	6	9
65	19	Primaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Alta	Regular	2	3	4	9
66	26	Analfabeta	5	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Alta	Bueno	1	3	3	7
67	23	Secundaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	1	3	5	9
68	18	Secundaria	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	1	3	6	10
69	24	Secundaria	1	Conviviente	Estudiante	Urbano	Alta	Bueno	1	3	7	11
70	21	Secundaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	0	2	6	8
71	28	Secundaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	0	2	3	5
72	20	Secundaria	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Bajo	Regular	0	2	5	7
73	24	Secundaria	1	Soltera	Trabajo Independiente	Urbano	Bajo	Regular	2	3	5	10
74	22	Secundaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Bajo	Regular	0	1	4	5

75	34	Primaria	3	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Alta	Regular	1	2	5	8
76	23	Secundaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Regular	1	4	4	9
77	25	Primaria	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Regular	0	2	5	7
78	34	Primaria	3	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Regular	2	2	4	8
79	29	Primaria	3	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Bajo	Bueno	0	0	4	4
80	28	Superior	1	Casada	Ama de casa	Urbano	Alta	Regular	1	3	5	9
81	39	Secundaria	3	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Regular	1	3	5	9
82	20	Secundaria	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	0	0	4	4
83	23	Secundaria	3	Soltera	Estudiante	Urbano	Bajo	Bueno	0	0	3	3
84	21	Secundaria	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Regular	1	3	5	9
85	24	Secundaria	2	Conviviente	Estudiante	Urbano	Medio	Bueno	0	2	5	7
86	21	Secundaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Bajo	Regular	0	3	3	6
87	27	Secundaria	1	Soltera	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	0	1	8	9
88	29	Secundaria	3	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Alta	Regular	0	3	5	8
89	23	Secundaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Alta	Regular	1	3	6	10
90	24	Secundaria	1	Conviviente	Trabajo Independiente	Urbano	Medio	Bueno	0	2	5	7
91	20	Secundaria	1	Soltera	Ama de casa	Urbano	Bajo	Regular	0	0	9	9
92	20	Primaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Bajo	Regular	0	1	6	7
93	24	Primaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Bajo	Regular	0	1	6	7
94	38	Secundaria	3	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Alta	Regular	1	3	5	9
95	21	Secundaria	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Alta	Regular	0	2	6	8
96	25	Secundaria	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	0	2	4	6
97	19	Secundaria	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Bueno	1	3	5	9
98	30	Secundaria	3	Casada	Trabajo Independiente	Urbano	Medio	Bueno	0	2	6	8
99	26	Secundaria	1	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Medio	Regular	2	3	7	12
100	28	Secundaria	2	Conviviente	Ama de casa	Urbano	Bajo	Regular	0	2	7	9