



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Factores de Riesgo para Controles Prenatales Incompletos en Gestantes
del Establecimiento de Salud I-4 La Unión 2021

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

AUTORA:

Macalupú Goicochea, Perla de Belén (ORCID: 0000-0003-0774-1840)

ASESOR:

Soto Cáceres, Víctor Alberto (ORCID: 0000-0003-2030-0951)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materna

PIURA – PERÚ

2022

DEDICATORIA

Dedico esta tesis principalmente a Dios por ser mi fortaleza y darme perseverancia para continuar en este proceso de obtener uno de mis anhelos tan deseados.

A mis padres por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ellos he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

A mis hermanos por siempre estar presentes acompañándome y por el apoyo moral que me brindaron a lo largo de esta etapa.

A mi hijo quien a sido mi mayor motivación para no rendirme en los estudios y poder llegar a ser un ejemplo para él.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por bendecirme en cada paso que doy, por guiarme a lo largo de mi existencia, por ser mi apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad.

Gracias a mis padres Elsa y Adalberto, por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por sus consejos, valores y principios que siempre me han inculcado.

Agradezco a cada uno de mis docentes de la escuela de Medicina de la Universidad César Vallejo por haber compartido sus conocimientos a lo largo de mi preparación de esta bonita profesión.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	3
III. METODOLOGÍA	8
3.1. Tipo y diseño de investigación	8
3.2. Variables y operacionalización	8
3.3. Población, muestra y muestreo	9
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	10
3.5. Procedimientos.....	10
3.6. Método de análisis de datos.....	10
3.7. Aspectos éticos	11
IV. RESULTADOS.....	12
V. DISCUSIÓN	15
VI. CONCLUSIONES	18
VII. RECOMENDACIONES	19
REFERENCIAS.....	20
ANEXOS	23

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01: Características generales de las gestantes que integraron la muestra. E.S. I-4 La Unión12
Tabla 02: Gestantes con controles prenatales incompletos y completos y factores asociados. E.S. I-4 La Unión13
Tabla 03: Odds ratio para controles prenatales incompletos según factores de riesgo. E.S. I-4 La Unión14

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo para controles prenatales (CPN) incompletos en gestantes del Establecimiento de Salud I-4 La Unión en el año 2021.

Método: Estudio analítico de casos y controles que incluyó a 76 gestantes (38 con CPN completos y 38 con CPN incompletos) atendidas en el E.S. I-4 La Unión. Se calculó Chi cuadrado y OR.

Resultados: La edad promedio fue 24.8 ± 5.4 años, 52.6% tenía apoyo de su pareja, 40.8% solía olvidarse de las citas, 64.5% cuidaba sola a sus hijos, 60.5% era multipara, 28.9% tenía permiso del trabajo, 52.6% tenía apoyo familiar, 55.3% se encargaba de los quehaceres domésticos, 32.9% vivía lejos del centro de salud, 60.5% refería miedo por la pandemia, 10.5% refirió demoras en la consulta y 27.6% refirió que las citas eran muy lejanas. El análisis bivariado mostró que el apoyo de la pareja (OR=0.269 IC: 0.104-0.696; $p=0.006$), olvido de citas (OR=2.727 IC: 1.058-7.031; $p=0.036$), cuidar a sola de los hijos (OR=2.900 IC: 1.086-7.744; $p=0.031$), multiparidad (OR=3.980 IC: 1.488-10.648; $p=0.005$) y temor por la pandemia (OR=5.156 IC: 1.875-14.177; $p=0.001$) son factores asociados a CPN incompletos.

Conclusiones: El apoyo de la pareja, olvido de citas, cuidar a sola de los hijos, multiparidad y temor por la pandemia son factores asociados a CPN incompletos.

Palabras claves: Controles prenatales, factores asociados, gestantes.

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors for incomplete prenatal controls (CPN) in pregnant women of the Health Establishment I-4 La Unión in the year 2021.

Method: Analytical study of cases and controls that included 76 pregnant women (38 with complete NPCs and 38 with incomplete NPCs) treated at the E.S. I-4 The Union. Chi square and OR were calculated.

Results: The average age was 24.8 ± 5.4 years, 52.6% had support from their partner, 40.8% used to forget about dating, 64.5% cared for their children alone, 60.5% were multiparous, 28.9% had work permits, 52.6% had family support, 55.3% were in charge of housework, 32.9% lived far from the health center, 60.5% reported fear due to the pandemic, 10.5% reported delays in the consultation and 27.6% reported that the appointments were very far away. The bivariate analysis showed that partner support (OR=0.269 CI: 0.104-0.696; p=0.006), forgetting appointments (OR=2.727 CI: 1.058-7.031; p=0.036), taking care of children alone (OR=2.900 CI: 1.086-7.744; p=0.031), multiparity (OR=3.980 CI: 1.488-10.648; p=0.005) and fear of the pandemic (OR=5.156 CI: 1.875-14.177; 0.001) are factors associated with incomplete NPCs.

Conclusions: The support of the partner, forgetting appointments, taking care of the children alone, multiparity and fear of the pandemic are factors associated with incomplete CPN.

Keywords: Prenatal controls, associated factors, pregnant woman

I. INTRODUCCIÓN

En las dos últimas décadas, el control prenatal (CPN) ha sido una de las principales intervenciones que ofrecen las instituciones que se brindan servicios en el ámbito de la salud, diseñado para fortalecer la salud de la embarazada y su feto en países desarrollados y en desarrollo (1). La Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá (SOGC) recomienda que las mujeres embarazadas tengan una visita inicial de CPN con su médico programado para atención ambulatorio entre las 12 a 13 semanas desde el momento de su último período menstrual y se les recomienda que aumenten el número de visitas más adelante en su embarazo (2). El Ministerio de Salud del Perú, recomienda que las mujeres embarazadas reciban CPN cada 4 semanas al comienzo del embarazo, cada 2 semanas después de las 30 semanas de gestación y cada 1 semana después de las 36 semanas de gestación (3). El CPN se considera tardío si se inicia después del primer trimestre (después de 13 semanas de embarazo) o insuficiente si se realizaron menos del 50% o más del número recomendado de visitas de atención prenatal (12 en promedio) (4–6). Los CPN tienen implicaciones en la esfera mental y física actual de las futuras madres y los resultados futuros del parto de infantes. Se ha demostrado que la provisión adecuada de CPN durante el embarazo reduce la mortalidad materna y el riesgo de aborto de inicio espontáneo, parto con prematuridad, bajo peso al momento del nacimiento, nacimiento sin vida y muerte súbita inesperada en la infancia (7). Por el contrario, obtener CPN en un entorno grupal puede reducir el nivel de estrés en una mujer, lo que podría conducir a mejores resultados de nacimiento, ya que los niveles de estrés más altos pueden afectar la fisiología de la mujer embarazada y su feto (8). Sin embargo, y a pesar del valor de esta atención, todavía hay mujeres embarazadas que no reciben una cantidad adecuada de CPN o quienes no la inician a tiempo. Dicha condición de alejamiento entre gestante y sistema de salud genera aumento de la morbimortalidad materna y neonatal (9).

Frente a la situación real que se describe se plantea el presente cuestionamiento ¿Cuáles son los factores de riesgo para controles prenatales

incompletos en gestantes del Establecimiento de Salud I-4 La Unión en el período agosto a noviembre del año 2021?

La importancia de esta investigación tiene origen en la necesidad de tomar medidas preventivas o correctivas frente a los factores que incrementan la probabilidad e influyen en la asistencia de nuestras gestantes a sus CPN, herramienta indispensable para el monitoreo del adecuado desarrollo de la gestación o la detección de signos nos permitan identificar trastornos del binomio madre-feto.

Por lo tanto, se plantea como objetivo principal determinar los factores de riesgo para controles prenatales incompletos en gestantes del Establecimiento de Salud I-4 La Unión en el año 2021. Para la obtención del objetivo principal se evaluarán los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar las principales características generales de las gestantes.
2. Determinar los factores personales que son de riesgo para control prenatal incompleto.
3. Identificar los factores sociales que son de riesgo para control prenatal incompleto.
4. Determinar los factores institucionales que son de riesgo para control prenatal incompleto.

II. MARCO TEÓRICO

Farje S. 2019. Lima. Enfocada en identificar los factores que incrementan la frecuencia de CPN incompletos en mujeres embarazadas del Hospital Santa Rosa, desarrolló una tesis de casos y controles. Se registraron 242 casos y 242 controles en la muestra. Encontró que la paridad múltiple ($p=0.02$, OR = 1.66 IC 95% 1.10-2.51), vivir lejos del establecimiento de atención sanitaria ($p=0.001$, OR = 5.08 IC 95% 3.41-7.55) y ser madre soltera ($p=0.001$, OR = 2.52 IC 95% 1.65-3.93) mostraron relación con significancia estadística para ser considerados factores asociados a CPN incompletos en embarazadas (10).

Meza S. 2017. Lima. Enfocada en identificar los factores de riesgo para inadecuado control prenatal en pacientes del Hospital Nacional Hipólito Unanue, desarrolló una tesis cuantitativa de casos y controles. En el estudio se registraron 90 puérperas (30 con CPN inadecuado y 60 con CPN adecuado). La investigadora encontró que el cuidado de los hijos (OR: 14.75), un espacio de consulta inadecuado (OR: 11.81), la poca coordinación entre los actores del servicio de salud (OR: 11.82), el gasto adicional por exámenes no cubiertos (OR: 9.63), la poca compañía y consideración de la pareja (OR: 6.37), la ausencia de programas de seguimiento (OR: 5.81) y el poco apoyo para los controles por parte del empleador (OR: 3.81), fueron factores de riesgo para no asistir al control prenatal (11).

Huallpa E. 2017. Cusco. Enfocado en identificar las condiciones que incrementan la probabilidad de faltar o abandonar los CPN en el Hospital Regional del Cusco, desarrolló una tesis de caso control pareado. Se registró 135 embarazos con CPN completos y 135 embarazadas con CPN incompletos. Encontró que las gestaciones no planificadas (OR: 21,79), lo poco importante que es para las embarazadas acudir al CPN (OR: 5,59), la dificultad en la crianza de los hijos (OR: 4,01), el pobre nivel de educación (OR: 3,59), temor a la evaluación ginecológica (OR: 3,31), olvidar su programación para CPN (OR: 3,19), ser madre soltera (OR: 2,79), el bajo apoyo de su pareja (OR: 9,49), el incremento de las labores del hogar (OR: 6,49), vivir lejos del lugar de atención (OR: 6,39), trato de baja calidad por el personal de salud (OR: 6,79), insatisfacción con la atención médica (OR: 4,99),

gastos adicionales por ausencia de exámenes en el establecimiento (OR: 4,99), citas de CPN no anotadas (OR: 4,39), poco tiempo para la atención (OR: 2,89) y la demora para la atención (OR: 2,29) son condiciones que aumentan la probabilidad de faltar o abandonar su asistencia a CPN (12).

Nieto E. 2016. Guayaquil. Enfocada en identificar las condiciones que tienen asociación al mal CPN en gestantes de bajos riesgos, realizó una investigación cualitativa. La muestra estuvo conformada por 50 mujeres. Dentro de los resultados se encontró que predominan las pacientes 20 a 35, además, se encontró asociación entre la realización de los quehaceres domésticos, la falta de permisos en el trabajo y el poco apoyo de familiares consanguíneos, y la falta de controles prenatales adecuados (13).

Munares O. 2014. Lima. Enfocado en analizar las condiciones asociadas a la pérdida de CPN en embarazadas con atención en el Instituto Nacional Materno Perinatal, realizó una tesis de casos y controles. Se registró a 331 pacientes con pérdida de CPN y 331 pacientes sin pérdida de CPN. Se logró observar diferencias en relación a la cantidad de gestas ($2,59 \pm 1,39$ vs $2,29 \pm 1,19$) entre pacientes con CPN completos e incompletos, la media de CPN para los casos fue $3,29 \pm 1,19$ y para los controles $8,39 \pm 1,79$. Las limitaciones laborales para acudir al CPN (OR:2,69) y dificultad en las labores del hogar (OR:3,89) fueron condiciones sociales relacionadas con CPN incompletos. La baja calidad en el trato (OR:2,49), relación con el personal poco satisfactoria (OR:1,89); situaciones de maltrato de parte del evaluador (OR:3,49), baja prioridad en la atención del CPN (OR:2,09); demora en la atención (OR:1,69), falta de servicio completo (OR:4,39), baja calidad CPN (OR:2,89) y difícil ubicación del módulo de CPN (OR:1,89) fueron las condiciones institucionales relacionadas con CPN incompleto. El olvido de acudir al CPN y la paridad múltiple (OR:2,59) fueron las condiciones personales relacionada con CPN incompleto. La evaluación multivariada encontró relación entre las limitaciones laborales para acudir al CPN (ORa:2,19 IC95% 1,39:3,49), dificultad en las labores del hogar (ORa:2,89 IC95% 1,59:5,09); falta de servicios completos (ORa:3,59 IC95% 2,19:5,89); difícil ubicación del módulo de CPN (ORa:1,79 IC95% 1,19:2,89) y baja calidad del CPN (ORa:2,39 IC95% 1,69:3,49) (14).

La atención prenatal es un servicio de salud de uso frecuente que tiene como finalidad disminuir la incidencia de morbilidad y mortalidad perinatal al tratar afecciones médicas, identificar y reducir los riesgos potenciales y ayudar a las mujeres a abordar los factores de comportamiento que contribuyen a los malos resultados (15). Es más probable que la atención prenatal sea efectiva si las mujeres comienzan a recibir atención en el primer trimestre del embarazo y continúan recibiendo atención durante todo el embarazo, de acuerdo con los estándares de periodicidad aceptados (16). La SOGC recomienda que las mujeres reciban visitas de PNC cada 4 a 6 semanas al comienzo del embarazo, cada 2 a 3 semanas después de las 30 semanas de embarazo y cada 1 a 2 semanas posterior a las 36 semanas de gestación (17), mientras que la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) y el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomiendan que una mujer con un embarazo no complicado sea examinada al menos cada 4 semanas dentro de las primeras 28 semanas de embarazo, cada 2 a 3 semanas hasta las 36 semanas gestación, y semanalmente a partir de entonces (18).

La medición precisa de la utilización de los CPN es fundamental para controlar las tendencias y evaluar la relación entre los servicios de atención prenatal y los resultados del embarazo (19). Estos se deben iniciar en el primer trimestre, idealmente a las 10 semanas de gestación, ya que algunas pruebas de detección y diagnóstico prenatales pueden realizarse a esta edad gestacional. El inicio temprano de la atención también es útil para establecer mediciones iniciales tempranas (p. ej., peso, presión arterial, evaluación de laboratorio en mujeres con enfermedades crónicas) y proporcionar apoyo e intervención temprana en el servicio social, cuando se justifique (20,21).

El porcentaje de mujeres con gestación que acuden a su primer CPN dentro del primer trimestre se considera una medida que evalúa la calidad de atención en salud materna mediante estándares de rendimiento clínico (22). Durante los últimos 10 años, cerca del 75 por ciento de las mujeres con gestación en curso de los Estados Unidos realizaron CPN dentro del primer trimestre (23). La Organización Mundial de la Salud considera que el 60 por ciento de las mujeres con gestación a nivel mundial empezaron sus CPN antes de cumplir las 12 semanas de embarazo

(24), no obstante, se reconocieron varias desigualdades regionales y de ingresos. Menos del 50 por ciento de las atenciones de las zonas en desarrollo recibieron atención prenatal temprana versus más del 80 por ciento en las regiones desarrolladas, y más de 4 de 5 mujeres en el grupo de mayores ingresos recibieron atención prenatal temprana en comparación con 1 de 4 pacientes en el grupo de condición económica más baja (25).

Los registros en historia clínica, la evaluación clínica y los exámenes complementario de laboratorio pueden ayudar a reconocer a las pacientes embarazadas con mayor riesgo de complicaciones médicas, complicaciones del embarazo o anomalías fetales (26). La identificación temprana de estas mujeres le brinda al médico la oportunidad de discutir estos temas y su manejo con el paciente y, en algunos casos, ofrecer intervenciones para prevenir o minimizar el riesgo de un resultado adverso (27). En la primera visita prenatal o antes, es eficiente que la paciente complete un cuestionario que detalle su historial psicosocial, médico, obstétrico y familiar. Esta información puede usarse para comenzar un registro obstétrico que documentará su curso prenatal, intraparto y posparto. Varios formularios de registro obstétrico computarizado y en papel están disponibles para este propósito. Ayudan a garantizar una documentación completa y sistemática del embarazo y, a menudo, pueden utilizarse para la planificación de la evaluación de riesgos (28).

Si la paciente tiene factores de riesgo de embarazo ectópico, es importante la identificación temprana de la ubicación del embarazo (29). Los hallazgos en la historia familiar que pueden sugerir un trastorno hereditario que afecta al feto incluyen enfermedad genética conocida o sospechada, múltiples malformaciones, abortos involuntarios múltiples, recurrencia de estos o similares trastornos, discapacidad intelectual, trastorno del espectro autista y consanguinidad (30).

Varios estudios sobre CPN han demostrado una asociación entre CPN inadecuado y parto prematuro o bajo peso al nacer (31-33). La atención prenatal se ha implementado ampliamente como un medio para mejorar los resultados de salud tanto para las madres como para los bebés. La atención prenatal grupal es un sistema cada vez más popular para brindar atención prenatal, permite que las

mujeres se reúnan como un sistema de apoyo mientras reciben atención prenatal y participan en la educación (34). Los grupos se componen de 8 a 12 mujeres. Las sesiones generalmente duran de 90 a 120 minutos y las mujeres se reúnen con su proveedor de salud y el facilitador del grupo unas 10 veces durante el embarazo. Este enfoque interactivo empodera a las mujeres para que tomen el control de su salud durante el embarazo (35).

La atención prenatal se reconoce como estándar de atención durante el embarazo. Por lo general, se brinda mediante consultas individuales con un proveedor de atención médica capacitado, que ofrece un conjunto de intervenciones rentables que mejoran los resultados maternos e infantiles y reducen las complicaciones durante el embarazo, el parto y el período posparto (36,37).

No asistir a la atención prenatal o asistir a un menor número de citas de atención prenatal se asocia con un mayor riesgo de bajo peso al nacer y muertes fetales y neonatales (38). Las madres adolescentes también hacen menos uso de las citas prenatales, lo que sugiere que este factor también podría influir negativamente en el resultado del parto en las madres adolescentes (39). El abuso de sustancias durante el embarazo está fuertemente asociado con la reducción del peso al nacer: el abuso materno de nicotina durante el embarazo conduce a un menor peso al nacer, una disminución promedio de al menos 200 g (40).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Se desarrolló una tesis de tipo cuantitativa, básica, descriptiva, analítica de casos y controles.

3.2. Variables y operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	
EDAD MATERNA	Número de años que ha cumplido una persona desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la evaluación	Cantidad de años cumplidos desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la evaluación según DNI		Años	Razón	
FACTORES DE RIESGO	Condiciones que predisponen o aumentan la probabilidad de un acontecimiento o enfermedad	Condiciones que predisponen o aumentan la probabilidad de un acontecimiento o enfermedad según ficha de recolección de datos	Personal	<input type="checkbox"/> Apoyo de la pareja <input type="checkbox"/> Olvido de citas <input type="checkbox"/> Cuida sola a sus hijos <input type="checkbox"/> Multiparidad	Si No	Nominal
			Social	<input type="checkbox"/> Permiso en el trabajo <input type="checkbox"/> Apoyo de la familia <input type="checkbox"/> Quehaceres del hogar <input type="checkbox"/> Domicilio lejano <input type="checkbox"/> Tiene temor por la pandemia	Si No	Nominal
			Institucional	<input type="checkbox"/> Demora en la consulta <input type="checkbox"/> Citas de seguimiento alejadas	Si No	Nominal
CONTROL PRENATAL (CPN)	Grupo de acciones y actividades enfocadas en lograr una excelente salud materna, desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional	Grupo de acciones y actividades enfocadas en lograr una excelente salud materna, desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional anotadas en el carnet de maternidad		Completo (≥ 6) Incompleto (< 6)	Nominal	

3.3. Población, muestra y muestreo

El universo o población objetivo fue la totalidad de gestantes que acudieron para atención de parto en el E.S. I-4 La Unión – Piura entre agosto y noviembre del 2021. Se consideró como caso a toda gestante con CPN < 6 y como control a toda gestante con CPN \geq 6, siendo un CPN válido aquel que se haya realizado en algún establecimiento de salud del MINSA debidamente registrado en el carnet.

Para la estimación del tamaño muestral se consideró una tasa de exposición de controles del 21%, valor referencial tomado de la tesis de Farje (8), con OR previsto de 4, nivel de confianza del 95%, potencia del 80% y relación entre casos/controles de 1/1. Ingresando los datos descritos al software Epidat nos arrojó el siguiente tamaño muestral.

[1] Tamaños de muestra. Estudios de casos y controles. Grupos independientes:

Datos:

Proporción de casos expuestos:	51,534%
Proporción de controles expuestos:	21,000%
Odds ratio a detectar:	4,000
Número de controles por caso:	1
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Casos	Controles	Total
80,0	38	38	76

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 sin corrección por continuidad.

Por lo tanto, la muestra estuvo conformada por:

Casos: 38 puérperas con CPN incompletos

Controles: 38 puérperas con CPN completos

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión de los casos

Puérpera mayor de edad que desee participar del estudio.

Puérpera con CPN < 6 según carnet.

Criterios de inclusión de los controles

Puérpera mayor de edad que desee participar del estudio.

Puérpera con CPN > 6 según carnet.

Criterios de exclusión de los casos

Puérpera con discapacidad mental que imposibilite una adecuada entrevista.

Puérpera con datos incompletos en la historia clínica.

Criterios de exclusión de los controles

Puérpera con alguna discapacidad mental que imposibilite una adecuada entrevista.

Puérpera con datos incompletos en la historia clínica.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para llevar a cabo la presente tesis se creó una ficha de recolección de datos (anexo 1) donde se incluyó la edad materna, los posibles factores de riesgo, así como, la condición de caso o control. Para la recopilación de la información se aplicó la ficha previa firma del consentimiento informado (anexo 2).

3.5. Procedimientos

Con la aprobación del proyecto por el área de investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad César Vallejo se redactó una carta dirigida al jefe del establecimiento de salud solicitando autorización para el ingreso al área de hospitalización postparto. Antes de iniciar la entrevista se explicó a cada una de las participantes la finalidad del cuestionario, el cual se aplicó dentro de las 48 horas post parto, en el caso que no fue posible la entrevista directa, se solicitó el apoyo del personal de obstetricia para el llenado de la ficha, previa autorización del jefe del establecimiento de salud.

3.6. Método de análisis de datos

La información recaba por medio de las fichas se ingresó al programa estadístico EPI INFO. Se evaluó la distribución normal de los datos obtenidos; con esta etapa concluida se llevó a cabo la estimación de frecuencias relativas y

absolutas de las variables cualitativas, además, se calculó el O.R. de cada variable con un intervalo de confianza al 95% que integran los posibles factores que aumentan la probabilidad de tener un CPN inadecuado. Concluida esta etapa se diseñaron las tablas necesarias para la interpretación de resultados.

3.7. Aspectos éticos

En nuestra tesis se tuvo en cuenta los principios bioéticos de la investigación: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia para con las puérperas investigadas. La investigación fue evaluada y aprobado por los miembros del Comité de Ética e Investigación de la Universidad César Vallejo. Antes de iniciar la entrevista se solicitó la firma del consentimiento informado, el cual, posterior a una breve explicación de los objetivos de estudio, se procedió a realizar la entrevista (anexo 2). Toda la información recabada fue de manera confidencial asignando un código correlativo a cada paciente sin necesidad de registrar nombres o apellidos, además, toda la información recolectada será destruida al cabo de 3 años.

IV. RESULTADOS

La muestra estudiada estuvo conformada por 76 gestantes del Centro de Salud de la Unión, se observó que la edad promedio fue 24.8 ± 5.4 años, 52.6% tenía apoyo de su pareja, 40.8% solía olvidarse de las citas, 64.5% cuidaba sola a sus hijos, 60.5% era múltipara, 28.9% tenía permiso del trabajo, 52.6% tenía apoyo familiar, 55.3% se encargaba de los quehaceres domésticos, 32.9% vivía lejos del centro de salud, 60.5% refería miedo por la pandemia, 10.5% refirió demoras en la consulta y 27.6% refirió que las citas eran muy lejanas. Estas características se aprecian en la Tabla 01.

TABLA 01: CARACTERÍSTICAS GENERALES: GESTANTES DEL PERIODO AGOSTO – NOVIEMBRE 2021. E.S I-4 LA UNIÓN

CARACTERÍSTICAS GENERALES		N	%
Controles prenatales	Completos	38	50.0%
	Incompletos	38	50.0%
Edad materna (media \pm DE)		24.8 \pm 5.4 años	
Tiene apoyo de la pareja	No	36	47.4%
	Sí	40	52.6%
Se olvida de las citas	No	45	59.2%
	Sí	31	40.8%
Cuida sola a sus hijos	No	27	35.5%
	Sí	49	64.5%
Multiparidad	No	30	39.5%
	Sí	46	60.5%
Tiene permiso en el trabajo	No	54	71.1%
	Sí	22	28.9%
Tiene apoyo de la familia	No	36	47.4%
	Sí	40	52.6%
Realiza los quehaceres domésticos	No	34	44.7%
	Sí	42	55.3%
Su domicilio es lejano	No	51	67.1%
	Sí	25	32.9%
Tiene temor por la pandemia	No	30	39.5%
	Sí	46	60.5%
Existe demora en la consulta	No	68	89.5%
	Sí	8	10.5%
Obtiene citas de seguimiento lejanas	No	55	72.4%
	Sí	21	27.6%

Fuente: Ficha de recolección de datos

El análisis bivariado de las gestantes con controles prenatales incompletos y controles prenatales completos muestra que la diferencia fue estadísticamente significativa para el apoyo de la pareja ($p=0.006$), olvido de citas ($p=0.036$), cuidar a sola de los hijos ($p=0.031$), multiparidad ($p=0.005$) y temor por la pandemia (0.001), sin embargo, no se encontró diferencia estadísticamente significativa para tiene permiso en el trabajo ($p=0.129$), tiene apoyo de la familia ($p=0.168$), realiza los quehaceres domésticos ($p=0.166$), su domicilio es lejano ($p=0.464$), existe demora en la consulta ($p=0.455$) y obtiene citas de seguimiento lejanas ($p=0.200$); el detalle del presente análisis bivariado se puede observar en la Tabla 02.

TABLA 2: GESTANTES CON CONTROLES PRENATALES INCOMPLETOS Y COMPLETOS Y FACTORES ASOCIADOS. E.S I-4 LA UNIÓN - 2021

FACTORES		CONTROLES PRENATALES				p*
		Incompletos		Completos		
		N	%	N	%	
Tiene apoyo de la pareja	Sí	12	31.6%	24	63.2%	0.006
	No	26	68.4%	14	36.8%	
Se olvida de las citas	Sí	20	52.6%	11	28.9%	0.036
	No	18	47.4%	27	71.1%	
Cuidar sola a sus hijos	Sí	29	76.3%	20	52.6%	0.031
	No	9	23.7%	18	47.4%	
Multiparidad	Sí	29	76.3%	17	44.7%	0.005
	No	9	23.7%	21	55.3%	
Tiene permiso en el trabajo	Sí	8	21.1%	14	36.8%	0.129
	No	30	78.9%	24	63.2%	
Tiene apoyo de la familia	Sí	17	44.7%	23	60.5%	0.168
	No	21	55.3%	15	39.5%	
Realiza los quehaceres domésticos	Sí	24	63.2%	18	47.4%	0.166
	No	14	36.8%	20	52.6%	
Su domicilio es lejano	Sí	14	36.8%	11	28.9%	0.464
	No	24	63.2%	27	71.1%	
Tiene temor por la pandemia	Sí	30	78.9%	16	42.1%	0.001
	No	8	21.1%	22	57.9%	
Existe demora en la consulta	Sí	5	13.2%	3	7.9%	0.455
	No	33	86.8%	35	92.1%	
Obtiene citas de seguimiento lejanas	Sí	13	34.2%	8	21.1%	0.200
	No	25	65.8%	30	78.9%	

*Prueba Chi Cuadrado

Con relación a la razón de chances u odds ratio (OR) para cada factor de riesgo, el tener apoyo de la pareja (OR=0.269 IC: 0.104-0.696), olvidarse de las citas (OR=2.727 IC: 1.058-7.031), cuidar sola de sus hijos (OR=2.900 IC: 1.086-7.744), ser múltipara (OR=3.980 IC: 1.488-10.648) y tener temor por la pandemia (OR=5.156 IC: 1.875-14.177) fueron estadísticamente significativos ($p < 0,05$), lo cual se detalla en la Tabla 03.

TABLA 3: ODDS RATIO PARA CONTROLES PRENATALES INCOMPLETOS SEGÚN FACTORES PROBABLES DE RIESGO. E.S I-4 LA UNIÓN - 2021

Variables		Bivariado		p
		OR	IC 95%	
Tiene apoyo de la pareja	Sí	0.269	0.104 – 0.696	0.006
	No			
Se olvida de las citas	Sí	2.727	1.058 – 7.031	0.036
	No			
Cuida sola de sus hijos	Sí	2.900	1.086 – 7.744	0.031
	No			
Multiparidad	Sí	3.980	1.488 – 10.648	0.005
	No			
Tiene temor por la pandemia	Sí	5.156	1.875 – 14.177	0.001
	No			

OR: Odds ratio

V. DISCUSIÓN

Entre los factores personales se encontró que 52.6% tenía apoyo de su pareja, 40.8% solía olvidarse de las citas, 64.5% cuidaba sola a sus hijos y 60.5% eran multíparas. El análisis bivariado identificó que el tener apoyo de la pareja (OR=0.269 IC: 0.104-0.696), olvidarse de las citas (OR=2.727 IC: 1.058-7.031), cuidar sola de sus hijos (OR=2.900 IC: 1.086-7.744) y ser multípara (OR=3.980 IC: 1.488-10.648) eran factores asociados a controles prenatales incompletos. Estos resultados son similares a los reportados por Farje (8) quien encontró que la paridad múltiple ($p=0.02$, OR = 1.66 IC 95% 1.10-2.51) y ser madre soltera ($p=0.001$, OR = 2.52 IC 95% 1.65-3.93) mostraron relación con significancia estadística para ser considerados factores asociados a CPN incompletos. Meza (9) encontró que el cuidado de los hijos (OR: 14.75), la poca compañía y consideración de la pareja (OR: 6.37) fueron factores de riesgo para no asistir al control prenatal. Huallpa (10) encontró que la dificultad en la crianza de los hijos (OR: 4.01), olvidar su programación para CPN (OR: 3.19), ser madre soltera (OR: 2.79) y el bajo apoyo de su pareja (OR: 9.49) son condiciones que aumentan la probabilidad de faltar o abandonar su asistencia a CPN. Munares (12) encontró que la paridad múltiple (OR: 2.59) es un factor relacionado a CPN incompletos. Esta similitud de resultados se puede explicar teniendo en cuenta que cuando las mujeres tienen mayor autonomía con menor carga familiar o con mayor apoyo de la pareja, adquiere jerarquía en la toma de decisiones sobre asuntos familiares y los resultados de salud son mejores, además, cuanto mayor sea el número de hijos que tenga una mujer, más se considerará autosuficiente para hacer frente a las generaciones futuras, o, por el contrario, los cuidados prenatales recibidos en embarazos anteriores no la convencieron de su importancia.

Entre los factores sociales se encontró que 28.9% tenía permiso del trabajo, 52.6% tenía apoyo familiar, 55.3% se encargaba de los quehaceres domésticos, 32.9% vivía lejos del centro de salud, 60.5% refería miedo por la pandemia. El análisis bivariado

encontró que tener temor por la pandemia (OR=5.156 IC: 1.875-14.177) era un factor asociado a controles prenatales incompletos. Estos resultados difieren de los encontrados por Farje (8) quien encontró que vivir lejos del establecimiento de atención sanitaria ($p=0.001$, OR = 5.08 IC 95% 3.41-7.55) mostró relación con significancia estadística para ser considerado como factor asociado a CPN incompletos. Meza (9) encontró que el poco apoyo para los controles por parte del empleador (OR: 3.81) fue un factor de riesgo para no asistir al control prenatal. Huallpa (10) encontró que vivir lejos del lugar de atención (OR: 6,39) es un factor que aumenta la probabilidad de faltar o abandonar su asistencia a CPN. Entre los antecedentes revisados no se encontró que algún estudio relacionara la actual situación de pandemia con CPN incompletos, pero podemos asumir que frente al temor de contagio y riesgo de muerte dicha variable mostró significancia estadística. Por otro lado, la diferencia entre los resultados obtenidos y los antecedentes revisados con respecto a la lejanía del lugar de atención pueden ser secundarios a que las pobladoras del bajo Piura están acostumbrada a caminar largas distancias para recibir atención en salud, por tal motivo, dicha variable no presentó significancia estadística como en los antecedentes revisados.

Entre los factores institucionales se encontró que 10.5% refirió demoras en la consulta y 27.6% refirió que las citas eran muy lejanas. El análisis bivariado no encontró asociación entre los factores institucionales y controles prenatales incompletos. Estos resultados difieren de lo encontrado por Meza (9) quien encontró que el espacio de consulta inadecuado (OR: 11.81), la poca coordinación entre los actores del servicio de salud (OR: 11.82) y la ausencia de programas de seguimiento (OR: 5.81) fueron factores de riesgo para no asistir al control prenatal. Por su parte Huallpa (10) y Munares (12) reportan haber encontrado que la demora para la atención (OR 2.29), (OR 1.69) respectivamente, era un factor relacionado a CPN incompletos. Esta diferencia puede ser secundaria a la diferencia social y cultural entre las poblaciones estudiadas, siendo la nuestra netamente rural en comparación con las poblaciones de los otros autores que son predominantemente urbanas, generando un acceso diferente a la calidad y capacidad prestacional del

establecimiento de salud, que desde la perspectiva de las gestantes puede ser habitual o no.

VI. CONCLUSIONES

1. Las gestantes del Establecimiento de Salud I-4 la Unión en el período agosto a noviembre 2021 se caracterizan por tener 24.8 ± 5.4 años, tener apoyo de su pareja y familia, ser responsable del cuidado de los hijos y quehaceres domésticos, ser multíparas, no tener permiso del trabajo, vivir cerca del centro de salud, ser cumplida con las citas y tener miedo por la pandemia.
2. El ser multípara (OR: 3.980), tener que cuidar sola a los hijos (OR: 2.900) y olvidarse de las citas (OR: 2.727) y son factores personales de riesgo para control prenatal incompleto.
3. El temor por la pandemia es un factor social de riesgo para control prenatal incompleto.

VII. RECOMENDACIONES

1. A futuros investigadores se les recomienda realizar estudios que incluyan variables como la calidad de atención o el gasto extra por falta de exámenes auxiliares que permitan identificar posibles factores de confusión.
2. Al personal de salud que se encarga de la atención de los controles prenatales se les recomienda poner mayor énfasis en la planificación familiar ya que se observa que entre más hijos tenga la madre mayor es la probabilidad de no acudir a sus controles prenatales.

REFERENCIAS

1. Handler A, Johnson K. A Call to Revisit the Prenatal Period as a Focus for Action Within the Reproductive and Perinatal Care Continuum. *Matern Child Health J.* 2016; 20(11): 2217-27.
2. Green C, Blake J, Carson G, Po L, Brown A, Friedman C. Choosing Wisely: SOGC's Top 10 Recommendations. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018 Jun; 40(6): 716-722.
3. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Salud Materna. [Internet]. Lima. [Citado 12 junio 2020]. Disponible en: URL https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_77.asp.
4. Feijen-de Jong E, Jansen D, Baarveld F, van der Schans C, Schellevis F, Reijneveld S. Determinants of late and/or inadequate use of prenatal healthcare in high-income countries: a systematic review. *Eur J Public Health* 2011; 22: 904–913.
5. Kingston D, Heaman M, Fell D, Chalmers B. Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices. *Pediatrics* 2012; 129(5): e1228–e1237.
6. Kuhnt J, Vollmer S. Antenatal Care Services and Its Implications for Vital and Health Outcomes of Children: Evidence From 193 Surveys in 69 Low-Income and Middle-Income Countries. *BMJ Open.* 2017; 7(11): e017122.
7. Byerley B, Haas D. A Systematic Overview of the Literature Regarding Group Prenatal Care for High-Risk Pregnant Women. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017; 17(1): 329.
8. Farje S. Factores asociados a controles prenatales incompletos en gestantes del Hospital Santa Rosa en el periodo enero – julio 2018. [Tesis para optar al Título Profesional de Médico Cirujano]. Lima. Universidad Ricardo Palma: 2019.
9. Meza S. Factores de riesgo del control prenatal inadecuado en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue – El Agustino 2017. [Tesis para optar al Título Profesional de Licenciada en Obstetricia]. Lima. Universidad de San Martín de Porras: 2017.
10. Huallpa E. Factores de riesgo para la falta y el abandono del control prenatal en el Hospital Regional del Cusco, 2017. [Tesis para optar al Título Profesional de Médico Cirujano]. Cusco. Universidad Nacional de San Antonio de Abad del Cusco: 2017.
11. Nieto E. Factores asociados al mal control prenatal en gestantes de bajo riesgo. [Tesis para optar al Grado de Magister en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva]. Guayaquil. Universidad de Guayaquil 2016.
12. Munares O. Factores asociados al abandono al control prenatal – Instituto Nacional Materno Perinatal – 2011. [Tesis para optar al Grado de Doctor en Ciencias de la Salud]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos: 2014

13. US Department of Health and Human Services Healthy People 2010. Maternal, Infant, and Child Health. Chapter 16. Vol. II, 2nd ed. 2010. <http://www.healthypeople.gov/document/html/volume2/16mich.htm>.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins—Obstetrics, Society for Maternal-Fetal Medicine Publications Committee. Fetal Growth Restriction: ACOG Practice Bulletin, Number 227. *Obstet Gynecol.* 2021 Feb 1; 137(2): 16-28.
15. Malacova E, Regan A, Nassar N, Raynes C, Leonard H, Srinivasjois R, et al. Risk of stillbirth, preterm delivery, and fetal growth restriction following exposure in a previous birth: systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2018; 125:183.
16. Moller AB, Petzold M, Chou D, Say L. Early antenatal care visit: a systematic analysis of regional and global levels and trends of coverage from 1990 to 2013. *Lancet Glob Health* 2017; 5: 977.
17. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 4:CD004667.
18. Minschart C, Beunen K, Benhalima K. An Update on Screening Strategies for Gestational Diabetes Mellitus: A Narrative Review. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2021 Jul 5; 14: 3047-3076.
19. Derakhshi B, Esmailnasab N, Ghaderi E, Hemmatpour S. Risk Factor of Preterm Labor in the West of Iran: A Case-Control Study. *Iran J Public Health.* 2014; 43(4): 499-506.
20. Vogel J, Chawanpaiboon S, Moller A, Watananirun K, Bonet M, Lumbiganon P. The Global Epidemiology of Preterm Birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018; 52: 3-12.
21. Jiang M, Mishu M, Lu D, Yin X. A Case Control Study of Risk Factors and Neonatal Outcomes of Preterm Birth. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2018; 57(6): 814-18.
22. Xiao J, Alkhers N, Kopycka-Kedzierawski DT, Billings RJ, Wu TT, Castillo DA, Rasubala L, Malmstrom H, Ren Y, Eliav E. Prenatal Oral Health Care and Early Childhood Caries Prevention: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Caries Res.* 2019;53(4):411-421
23. Nakai Y, Mori Y, Tamaoka I. Antenatal Health Care and Postnatal Dental Check-Ups Prevent Early Childhood Caries. *Tohoku J Exp Med.* 2016 Dec;240(4):303-308.
24. Byerley BM, Haas DM. A systematic overview of the literature regarding group prenatal care for high-risk pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017 Sep 29;17(1):329.
25. Spadola A. Primary Prenatal Care: Screening, Prevention, and Treatment of Viral Infections. *Clin Obstet Gynecol.* 2018 Mar;61(1):95-105.
26. Peahl AF, Howell JD. The evolution of prenatal care delivery guidelines in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 2021 Apr;224(4):339-347.

27. Shah JS, Revere FL, Toy EC. Improving Rates of Early Entry Prenatal Care in an Underserved Population. *Matern Child Health J.* 2018 Dec;22(12):1738-1742.
28. Howard AR. Changing Expectation: Prenatal Care and the Creation of Healthy Pregnancy. *J Hist Med Allied Sci.* 2020 Jul 1;75(3):324-343.
29. Robbins C, Martocci S. Timing of Prenatal Care Initiation in the Health Resources and Services Administration Health Center Program in 2017. *Ann Intern Med.* 2020 Dec 1;173(11 Suppl):S29-S36.
30. Gregory PA, Heaman MI, Mignone J, Moffatt ME. Predictors of Women's Satisfaction with Prenatal Care in a Canadian Setting. *Matern Child Health J.* 2020 Feb;24(2):186-195.
31. Azarmehr H, Lowry K, Sherman A, Smith C, Zuñiga JA. Nursing Practice Strategies for Prenatal Care of Homeless Pregnant Women. *Nurs Womens Health.* 2018 Dec;22(6):489-498.
32. Berman R, Weber Yorga K, Sheeder J. Intention to Participate in Group Prenatal Care: Moving Beyond Yes or No. *Health Promot Pract.* 2020 Jan;21(1):123-132.
33. Friedman Peahl A, Heisler M, Essenmacher LK, Dalton VK, Chopra V, Admon LK, Moniz MH. A comparison of international prenatal care guidelines for low-risk women to inform high-value care. *Am J Obstet Gynecol.* 2020 May;222(5):505-507.
34. Aparecida Maciel Cardelli A, Li Marrero T, Aparecida Pimenta Ferrari R, Trevisan Martins J, Serafim D. Expectations and satisfaction of pregnant women: unveiling prenatal care in primary care. *Invest Educ Enferm.* 2016 Jun;34(2):252-260.
35. Yan J. The Effects of Prenatal Care Utilization on Maternal Health and Health Behaviors. *Health Econ.* 2017 Aug;26(8):1001-1018.
36. Hacker M, Firk C, Konrad K, Paschke K, Neulen J, Herpertz-Dahlmann B, Dahmen B. Pregnancy complications, substance abuse, and prenatal care predict birthweight in adolescent mothers. *Arch Public Health.* 2021 Jul 29;79(1):137.
37. de la Calle M, Bartha JL, Lopez CM, Turiel M, Martinez N, Arribas SM, Ramiro-Cortijo D. Younger Age in Adolescent Pregnancies Is Associated with Higher Risk of Adverse Outcomes. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Aug 12;18(16):8514.
38. Kawakita T, Wilson K, Grantz KL, Landy HJ, Huang CC, Gomez-Lobo V. Adverse Maternal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016 Apr;29(2):130-6.
39. Abdullah P, Gallant S, Saghi N, Macpherson A, Tamim H. Characteristics of patients receiving midwife-led prenatal care in Canada: results from the Maternity Experiences Survey (MES). *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017 Jun 2;17(1):164.
40. Roberts SCM, Berglas NF, Subbaraman MS, Mericle A, Thomas S, Kerr WC. Racial differences in the relationship between alcohol/pregnancy policies and birth outcomes and prenatal care utilization: A legal epidemiology study. *Drug Alcohol Depend.* 2019 Aug 1;201:244-252.

ANEXOS

Anexo I

Ficha de Recolección de Datos

Instrucciones: Señor entrevistador marque con un aspa (X) la respuesta brindada por la paciente.

Caso: paciente con menos de 6 controles prenatales.

Control: paciente con 6 o más controles prenatales.

Caso	Control

Edad materna:

Factores personales

- | | | |
|--|----|----|
| <input type="checkbox"/> Apoyo de la pareja | Si | No |
| <input type="checkbox"/> Olvido de citas | Si | No |
| <input type="checkbox"/> Cuida sola de sus hijos | Si | No |
| <input type="checkbox"/> Multiparidad (≥ 3 partos) | Si | No |

Factores sociales

- | | | |
|--|----|----|
| <input type="checkbox"/> Permiso en el trabajo | Si | No |
| <input type="checkbox"/> Apoyo de la familia | Si | No |
| <input type="checkbox"/> Quehaceres domésticos | Si | No |
| <input type="checkbox"/> Domicilio lejano | Si | No |
| <input type="checkbox"/> Tiene temor por la pandemia | Si | No |

Factores institucionales

- | | | |
|--|----|----|
| <input type="checkbox"/> Demora en la consulta | Si | No |
| <input type="checkbox"/> Citas de seguimiento alejadas | Si | No |

ANEXO II

Consentimiento Informado

La finalidad de nuestro estudio es determinar los factores que incrementan la probabilidad de tener controles prenatales incompletos en las pacientes que acuden para atención en el E.S. I-4 La Unión. Por tal motivo, se le solicita su participación voluntaria en la presente investigación.

Previo a su decisión sobre su participación se recomienda leer con atención las siguientes condiciones:

1. La investigación aplica una ficha que permite recabar datos de índole sociodemográfica.
2. Todos los datos que usted proporcione al entrevistador serán tratados con el mayor nivel de CONFIDENCIAL y serán utilizados exclusivamente para la presente investigación.
3. Si no desea formar parte del estudio la atención programada se brindará sin demora alguna, además, esto no implica algún tipo de prejuicio para su persona.

En conocimiento y con pleno uso de mis facultades físicas, mentales y civiles:

Yo:, con DNI:, Domicilio real en:, ACCEDO A PARTICIPAR Y DAR MI CONSENTIMIENTO en la presente investigación según las exigencias que este supone y de las cuales he tenido conocimiento mediante el presente documento.

Fecha.....

Firma de participante: _____

Macalupú Goicochea, Perla de Belén

Firma de la investigadora: _____