

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

**ESCUELA DE POSGRADO**



**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS**

**DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS**

**TESIS:**

**FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS AL INICIO DE LA ATENCIÓN  
PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA MICRORED LAJAS-  
CHOTA, 2023**

Para optar el Grado Académico de

**MAESTRO EN CIENCIAS**

**MENCIÓN: SALUD PÚBLICA**

Presentado por:

**EDITA MARILU TAPIA VASQUEZ**

Asesora:

**Dra. MARÍA YNÉS HUAMANÍ MEDINA**

Cajamarca, Perú

2026

## CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador:  
Edita Marilu Tapia Vasquez  
DNI: 47999091  
Escuela Profesional/Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud.  
Programa de Maestría en Ciencias, Mención: Salud Pública
2. Asesora: Dra. María Ynés Huamani Medina
3. Grado académico o título profesional  
 Bachiller                       Título profesional                       Segunda especialidad  
**X Maestro**                       Doctor
4. Tipo de Investigación:  
**X Tesis**    Trabajo de investigación    Trabajo de suficiencia profesional    Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:  
Factores obstétricos asociados al inicio de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Microred Lajas – Chota, 2023
6. Fecha de evaluación: **18/05/2026**
7. Software antiplagio:                      **X TURNITIN**                       URKUND (OURIGINAL) (\*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **14%**
9. Código Documento: **3117:585977875**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:  
**X APROBADO**    PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: **25/05/2026**

<i>Firma y/o Sello Emisor Constancia</i>

Dra. María Ynés Huamani Medina DNI: 2950057617975884

\* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

Copyright © 2026 by  
**EDITA MARILU TAPIA VASQUEZ**  
Todos los derechos reservados



**Universidad Nacional de Cajamarca**  
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD  
**Escuela de Posgrado**  
CAJAMARCA - PERU




**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS**

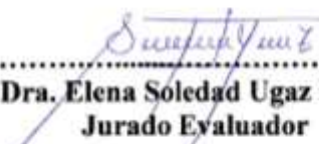
**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

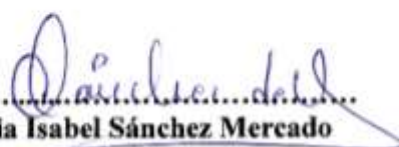
Siendo las *11.00* horas, del día 06 de abril de dos mil veintiséis, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. ELENA SOLEDAD UGAZ BURGA**, **Dra. SILVIA ISABEL SÁNCHEZ MERCADO**, **M.Cs. SILVIA ALFARO REVILLA** y en calidad de Asesora la **Dra. MARÍA YNÉS HUAMANÍ MEDINA**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada "**FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS AL INICIO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA MICRORED LAJASCHOTA, 2023**" presentado por la **Bachiller en Obstetricia EDITA MARILU TAPIA VASQUEZ**.


Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó... *Aprobado* con la calificación de *18 (Dieciocho)* la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bachiller en Obstetricia EDITA MARILU TAPIA VASQUEZ**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las *12:20* horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

  
.....  
**Dra. María Ynés Huamaní Medina**  
Asesora

  
.....  
**Dra. Elena Soledad Ugaz Burga**  
Jurado Evaluador

  
.....  
**Dra. Silvia Isabel Sánchez Mercado**  
Jurado Evaluador

  
.....  
**M.Cs. Silvia Alfaro Revilla**  
Jurado Evaluador

## **SE DEDICA A:**

Dios por brindarme vida, la familia, salud, sabiduría y las fuerzas para salir adelante.

Mis padres, por ser el pilar fundamental de mi vida, por todo su amor, apoyó y por ser los impulsores de mis sueños.

**Edita**

## **SE AGRADECE A:**

Dios, por la existencia, por mantenerme siempre de pie en cada reto y permitir un logro más en mi vida.

La Universidad Nacional de Cajamarca, por albergarme durante mi formación profesional.

Todos los docentes de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, por impartir sus conocimientos a lo largo del desarrollo de todas las asignaturas.

Mi asesora, la Dra. Obsta. María Ynés Huamaní Medina, por el apoyo brindado durante el proceso de investigación.

Cada una de las gestantes que constituyeron la muestra de estudio, sin su colaboración no hubiese sido posible el desarrollo de la presente investigación.

**Edita**

*“El período Prenatal es el más importante de toda la vida. Ser concebido en el amor u odio hace la diferencia”.*

**Thomas R.Verny.**

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b>	<b>v</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>vi</b>
<b>EPÍGRAFE</b>	<b>vii</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>viii</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	<b>x</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b>	<b>xi</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>xii</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>xiii</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>xiv</b>
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación e importancia de la investigación	4
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>6</b>
<b>2.1. Antecedentes de la investigación</b>	<b>6</b>
<b>2.2. Bases teóricas</b>	<b>8</b>
2.2.1. Modelo Conductual de Andersen	8
2.2.2. Teoría del Comportamiento Planificado	9
<b>2.3. Bases conceptuales</b>	<b>10</b>
2.3.1. Factores obstétricos	10
2.3.2. Inicio de la atención prenatal	13
<b>2.4. Definición de términos básicos</b>	<b>16</b>
<b>2.5. Hipótesis</b>	<b>16</b>
<b>2.6. Operacionalización de variables</b>	<b>18</b>

<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>18</b>
3.1. Área geográfica y ámbito de estudio	18
3.2. Diseño y tipo de investigación	18
3.3. Método de investigación	18
3.4. Población, muestra y muestreo	19
3.5. Criterios de inclusión y exclusión	20
3.6. Unidad de análisis	20
3.7. Procedimiento, técnica e instrumentos de recopilación de datos	20
3.8. Validez y confiabilidad de los instrumentos	21
3.9. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información	21
3.10. Principios éticos	21
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	<b>23</b>
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	<b>29</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>39</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>40</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>41</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>47</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Factores obstétricos de las gestantes que acuden a la atención prenatal en la Microred Lajas – Chota, 2023	22
<b>Tabla 2.</b> Antecedentes de complicaciones obstétricas en gestantes que acuden a la atención prenatal en la Microred Lajas – Chota, 2023	23
<b>Tabla 3.</b> Inicio <i>de</i> la atención prenatal de las gestantes que acuden a la atención prenatal en la Microred Lajas – Chota, 2023	26
<b>Tabla 4.</b> Factores Obstétricos asociados al inicio de la atención prenatal en Gestantes atendidas en la Microred Lajas- Chota.2023	27

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>APN:</b>	Atención Prenatal
<b>CLAP:</b>	Centro Latinoamericano de Perinatología
<b>HB:</b>	Hemoglobina
<b>HIS:</b>	Sistema de información Hospitalaria
<b>IMC:</b>	Índice de masa corporal
<b>MINSA:</b>	Ministerio de Salud
<b>ODS:</b>	Objetivo de desarrollo sostenible
<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS:</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PIC:</b>	Periodo intergenésico corto
<b>RCIU:</b>	Restricción del crecimiento intrauterino
<b>RPR:</b>	Reagina plasmática rápida
<b>VIH:</b>	Virus de inmunodeficiencia humana

## RESUMEN

**Objetivo:** determinar los factores Obstétricos asociados al inicio de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Microred Lajas- Chota.2023. **Material y métodos:** el estudio tuvo un diseño no experimental de corte trasversal, tipo correlacional, desarrollado en una muestra de 73 gestantes. El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos elaborado por la propia autora. **Resultados:** el 50,7% fueron segundigestas, el 46,6% primíparas; con un periodo intergenésico adecuado en el 49,3% de ellas, el 56,2% de las gestantes terminó el embarazo por parto vaginal, el 71,2% de ellas tuvo antecedentes de complicaciones obstétricas y el 56,2% tuvo de 6 a más atenciones prenatales. Los antecedentes de complicaciones obstétricas más sobresalientes fueron: amenaza de aborto en el 39,7% y anemia leve e el 56,2%. El 72,6% de gestantes inició las atenciones prenatales después de las 14 semanas de edad gestacional (APN tardía). Todos los factores obstétricos estudiados se asociaron significativamente con el inicio de la atención prenatal: Gravidez ( $p=0,032$ ); paridad ( $p=0,009$ ), periodo intergenésico ( $p=0,015$ ), vía de terminación del embarazo ( $p=0,024$ ), Antecedente de complicaciones obstétricas ( $p=0,001$ ), embarazo planificado ( $p=0,005$ ) y número de atenciones prenatales ( $p=0,001$ ). **Conclusión:** Los factores obstétricos se asocian significativamente al inicio de la atención prenatal en Gestantes atendidas en la Microred Lajas- Chota.2023.

**Palabras clave:** factores obstétricos, inicio de la atención prenatal.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the obstetric factors associated with the initiation of prenatal care among pregnant women attended at the Lajas–Chota Micro-network in 2023.

**Methods:** A non-experimental, cross-sectional, correlational study was conducted with a sample of 73 pregnant women. Data were collected using a structured form developed by the author. Statistical analyses were performed to evaluate the association between obstetric factors and the timing of prenatal care initiation.

**Results:** Among the participants, 50.7% were secundigravida and 46.6% were primiparous. An adequate intergenetic interval was reported in 49.3% of women; 56.2% delivered vaginally; 71.2% had a history of obstetric complications; and 56.2% had six or more prenatal visits. The most frequent obstetric complications were threatened abortion (39.7%) and mild anemia (56.2%). A total of 72.6% of the women initiated prenatal care after 14 weeks of gestation. All obstetric factors analyzed showed a significant association with the initiation of prenatal care, including gravidity ( $p = 0.032$ ), parity ( $p = 0.009$ ), intergenetic interval ( $p = 0.015$ ), mode of delivery ( $p = 0.024$ ), history of obstetric complications ( $p = 0.001$ ), planned pregnancy ( $p = 0.005$ ), and number of prenatal visits ( $p = 0.001$ ).

**Conclusion:** All selected obstetric factors were significantly associated with the initiation of prenatal care. These findings highlight the importance of obstetric history as a determinant for timely prenatal care and provide evidence to guide local strategies aimed at improving early prenatal care uptake.

**Keywords:** obstetric factors, prenatal care initiation, maternal health.

## INTRODUCCIÓN

La atención prenatal ha sido reconocida como una intervención esencial para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, debido a que permite identificar tempranamente los factores de riesgo y brindar intervenciones oportunas que contribuyen al bienestar del binomio madre–niño (1). A pesar de las recomendaciones internacionales que señalan que la primera consulta debe realizarse durante el primer trimestre de gestación, en diversos contextos rurales del Perú el inicio tardío del control prenatal continúa siendo una problemática frecuente.

En este escenario, los factores obstétricos han demostrado desempeñar un papel determinante en el comportamiento de las gestantes respecto al acceso temprano a los servicios de salud. Aspectos como la multiparidad, los antecedentes de complicaciones, la planificación del embarazo, el intervalo intergenésico y las experiencias previas de atención pueden influir significativamente en la percepción de riesgo y en la decisión de acudir precozmente a un establecimiento de salud. Sin embargo, en el ámbito local, estos factores han sido menos estudiados en comparación con otros determinantes sociales o de accesibilidad.

La Microred Lajas–Chota presenta particularidades geográficas, socioculturales y organizacionales que podrían influir en la oportunidad con la que las gestantes inician su atención prenatal. Antes de la realización del presente estudio no se disponía de evidencia local que analizara de manera específica la relación entre los factores obstétricos y el momento en que las mujeres inician su control prenatal. Esta falta de información dificultaba la implementación de estrategias de intervención ajustadas a la realidad obstétrica del territorio.

Ante esta situación, se llevó a cabo una investigación cuyo propósito fue identificar los factores obstétricos asociados al inicio de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Microred Lajas–Chota. El estudio permitió generar evidencia científica contextualizada, contribuyendo a una mejor comprensión de los elementos que influyen en la captación temprana de gestantes y ofreciendo insumos relevantes para la toma de decisiones clínicas y de gestión en salud.

En la presente investigación los factores obstétricos estudiados se asociaron significativamente con el inicio de la atención prenatal, los mismos que constituyen un aporte para fortalecer las estrategias locales orientadas a mejorar la oportunidad del control prenatal y, con ello, los resultados maternos y neonatales.

La presente tesis está estructurada en cinco capítulos:

Capítulo I: corresponde al planteamiento del problema, formulación del problema, justificación e importancia, objetivos.

Capítulo II: pertenecen a este capítulo el marco teórico: antecedentes de la investigación, bases teóricas, bases conceptuales y definición de términos, además de la hipótesis, variables y operacionalización de las variables.

Capítulo III: incluye el marco metodológico.

Capítulo IV: corresponde a los resultados e interpretación de los mismos

Capítulo V: Pertenece a este capítulo el análisis y discusión de los resultados.

Finalmente, se describen las conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y anexos.

**La autora**

## CAPITULO I

### EL PROBLEMA

#### 1.1. Planteamiento del problema

La atención prenatal es la atención médica brindada durante el embarazo para optimizar los resultados tanto para la madre como para el feto. El objetivo principal de la visita inicial a la atención prenatal es establecer la fecha estimada de parto, identificar embarazos de alto riesgo y realizar pruebas de detección maternas y fetales, idealmente debe ser en el primer trimestre (2). La falta de atenciones prenatales o la atención tardía, constituyen un factor de riesgo muy importante. Diversos estudios han establecido una relación estrecha entre el inicio y la calidad de las atenciones prenatales y la prevención de complicaciones obstétricas (3).

Idealmente, el momento de inicio de la primera APN debe ser en el primer trimestre para facilitar la identificación temprana de embarazos de alto riesgo, constituyendo un punto crítico en la atención de la gestante, debido a que a partir de esta se puede establecer un plan de trabajo periódico y continuo basado en las necesidades de salud. En diferentes países de la región, el criterio para considerar inicio precoz de la APN difiere en la semana de gestación, no obstante, en la mayoría, se encuentra alrededor del primer trimestre del embarazo; en Colombia, se sugiere que la APN sea antes de la semana 10; en Cuba, antes de la semana 12 y en Perú, antes de la semana 14 (4).

Sin embargo, un gran número de mujeres solo comienzan a recibir atención prenatal después del primer trimestre por varias razones, incluyendo los factores obstétricos

En el Reino Unido, solamente el 44,3% del total de mujeres iniciaron la atención prenatal a tiempo. Las mujeres que iniciaron la atención prenatal a tiempo tuvieron 5,2 y 4,7 veces más probabilidades de recibir cuatro y ocho consultas prenatales, respectivamente, y tuvieron mayor probabilidad de recibir una atención prenatal de mayor calidad que las mujeres que la iniciaron tardíamente (5).

En Estados Unidos, el 98% de las mujeres que dan a luz, inician atención regular en algún momento del embarazo (2).

Según un estudio realizado en la ciudad de Mekelle, la mayoría de las participantes (109, el 48 %) acudieron a su primera consulta durante el primer trimestre mientras

que en la ciudad de Jimma una pesquisa, reveló que aproximadamente el 51,8 % de las madres iniciaron la atención prenatal tardíamente (6).

En el Perú en el primer semestre del año 2021, el 79,1% de mujeres gestantes recibieron su primer control prenatal en el primer trimestre de embarazo. En el área urbana el 80,9 % y en el área rural el 73,3 % (7).

Sin embargo, diversos factores - entre ellos, los obstétricos - influyen en la decisión de la mujer de acudir de manera temprana a su primera atención prenatal, tales como la gravidez, la paridad, el período intergenésico, los antecedentes de complicaciones obstétricas, la planificación del embarazo y el número de atenciones prenatales.

En un estudio realizado en Huancavelica, se determinó que el 83,6% de gestantes acudieron a la atención prenatal en el II trimestre, el 60,3% eran nulíparas y 21,0%, múltiparas el 80,5% no había planificado su embarazo; el 82,2% tenía un periodo intergenésico adecuado (8). Otro estudio realizado por Guillén (9), identificó una relación significativa entre el embarazo no planificado y el inicio tardío del control prenatal.

La falta de atenciones prenatales o la atención tardía, constituyen un factor de riesgo muy importante. Diversos estudios han establecido una relación estrecha entre el inicio y la calidad de las atenciones prenatales y la prevención de complicaciones obstétricas (3).

Más allá de cifras estadísticas la falta de atenciones prenatales o el inicio tardío se consideran de gran impacto en la salud materna. Diversos estudios han señalado una relación estrecha entre el número y la calidad de los controles prenatales y la prevención de complicaciones obstétricas y la mortalidad materna. Un artículo publicado por Dávila et al. (10), muestra que el 41,46% de las muertes maternas analizadas se relacionaron con la ausencia total de control prenatal indicando que la muerte materna representa una de las manifestaciones más dolorosas de desigualdad en el acceso a los servicios de salud, y es, a su vez, un indicador sensible de la calidad de la atención médica brindada a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (11) en el año 2023, murieron en todo el mundo unas 712 mujeres cada día, debido a complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, estimándose una cifra de 260 000 defunciones maternas

durante el embarazo, el parto o el puerperio. La mayoría (94%) se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado (11).

En este mismo año (2023), África Subsahariana y Asia Meridional representaron aproximadamente el 87% (225.000) de la mortalidad materna estimada en el mundo. Solo África Subsahariana concentró casi tres cuartas partes (182.000), mientras que Asia Meridional representó cerca de una sexta parte (43.000) (11).

Se estima que América Latina y el Caribe, entre los años 2000 y 2023, redujo su razón de mortalidad materna en un 16% aproximadamente. En el año 2023, se tuvieron 77 fallecimientos por cada 100.000 nacidos, para lo cual se estima que unas 7,200 mujeres tuvieron un trágico desenlace durante o tras el embarazo o el parto, lo que equivale aproximadamente a 20 defunciones cada día. Además, 16 países de la región registran una razón de mortalidad materna por encima de lo que plantea la meta 3.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (12).

El Perú a pesar de que redujo su razón de mortalidad materna en un 39% aproximadamente, al pasar de 113 MM a 69 MM por cada 100 mil nacidos vivos aún se encuentra por debajo de la meta mundial de 30 MM por cada 100 mil nacidos vivos (12).

En general, las mujeres corren riesgo de muerte o discapacidades cada vez que quedan embarazadas, siendo indispensable una atención prenatal óptima tanto en cantidad como en calidad, siendo necesario conocer los factores que inciden en el inicio de esta.

Claramente, se puede evidenciar que la información es muy dispersa en torno a los factores obstétricos que se asocian al inicio de la atención prenatal, porque la mayoría de investigaciones están orientadas fundamentalmente a pesquisar sobre los factores sociodemográficos que inciden en ella y la Microred Lajas, no es una excepción, ya que no se cuentan con estudios científicos, razón por la que surgió el interés de realizar la presente investigación con el objetivo de Determinar los factores Obstétricos asociados al inicio de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Microred Lajas- Chota.2023.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la asociación entre los factores obstétricos y el inicio de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Microred Lajas–Chota, en el año 2023?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar los factores Obstétricos asociados al inicio de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Microred Lajas- Chota.2023.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Describir los factores obstétricos presentes en las gestantes de la muestra
- Identificar los antecedentes de complicaciones obstétricas en las gestantes de la muestra
- Determinar el momento de inicio de la atención prenatal en las gestantes de la muestra.

### **1.4. Justificación e importancia de la investigación**

El inicio oportuno de la atención prenatal es un componente fundamental de la salud materna, pues permite la detección precoz de factores de riesgo, la implementación de intervenciones preventivas - como el uso de ácido acetilsalicílico para la prevención de la preeclampsia en gestantes con criterios de riesgo - y la mejora del pronóstico materno y perinatal. A pesar de ello, en diversos contextos rurales del país, como la Microred Lajas–Chota, se observa con frecuencia un inicio tardío del control prenatal, lo que incrementa la susceptibilidad a complicaciones obstétricas evitables.

Los factores obstétricos, incluyendo antecedentes de complicaciones, multiparidad, intervalos intergenésicos, embarazos no planificados y experiencias previas de atención prenatal, pueden influir significativamente en la decisión de la gestante para acudir tempranamente al establecimiento de salud. Sin embargo, la evidencia científica disponible en el Perú se ha centrado mayoritariamente en los determinantes sociodemográficos y de accesibilidad, dejando en segundo plano el análisis de los factores obstétricos. Esta situación genera un vacío de conocimiento, particularmente en la Microred Lajas–Chota, donde no existen estudios que analicen de manera específica cómo los factores obstétricos influyen en el inicio de la atención prenatal, a pesar de que empíricamente se evidencia que un buen número de gestantes acude tardíamente a sus atenciones prenatales.

Esta ausencia de información limita la capacidad de los servicios de salud para diseñar estrategias pertinentes y basadas en evidencia que respondan a la realidad obstétrica local.

Metodológicamente, el estudio se justifica al adoptar un diseño no experimental, transversal y correlacional, que permite evaluar la asociación entre los factores obstétricos y el inicio de la atención prenatal sin modificar las condiciones en las que estos ocurren y que al mismo tiempo servirá de base para futuras investigaciones.

En conjunto, este estudio es científicamente pertinente y metodológicamente necesario, pues permitirá generar evidencia contextualizada que contribuya al diseño de intervenciones efectivas orientadas a mejorar la oportunidad del inicio de la atención prenatal en la Microred Lajas–Chota y, con ello, fortalecer los resultados maternos y neonatales en esta población.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes

##### 2.1.1. Antecedentes internacionales

Tefera y Temesgen (13) Realizaron un estudio en Etiopía en el año 2022, el objetivo fue determinar el nivel de inicio tardío de la visita de atención prenatal y los factores asociados entre el seguimiento de la atención prenatal en los servicios de atención prenatal. El estudio fue de tipo analítico en 347 madres mediante un muestreo aleatorio simple. El 58,5 % acudió a su primera consulta de atención prenatal tardíamente. Ser ama de casa, tener una familia de  $\geq 4$  personas y estar a más de una hora del centro de salud presentaron una mayor probabilidad de iniciar la primera consulta de atención prenatal tardíamente. Además, las mujeres de 20 a 24 años tuvieron una probabilidad de 0,18 veces mayor, y las de 25 a 29 años, una menor. **Conclusión:** La mayoría de las mujeres comenzaron su primera atención prenatal de forma tardía.

**Tesema et al.** (14) Realizaron un estudio en Etiopía en el año 2023, con el objetivo de determinar los factores sociodemográficos y obstétricos asociados a la atención prenatal. Este estudio indicó que el 34,3 % iniciaron la atención prenatal de manera oportuna. Los factores asociados con el inicio oportuno de la atención prenatal incluyeron tener entre 25 y 34 años (ORa = 0,3; IC del 95 %: 0,1-0,7), educación materna terciaria (ORa = 3,2; IC del 95 %: 1,0-9,9), nuliparidad (ORa = 7,7; IC del 95 %: 3,6-15,3), embarazo planificado (ORa = 13,7; IC del 95 %: 5,5-34,3), buen conocimiento sobre los servicios de atención prenatal (ORa = 3,1; IC del 95 %: 2,3-11,3) y buen conocimiento sobre los signos de alarma durante el embarazo (ORa = 4,8; IC del 95 %: 2,2-8,1).

**Vivanco y Reyes** (15) realizaron una investigación en el Ecuador en el año 2023, con el objetivo de identificar los factores que influyen en el control prenatal en mujeres en edad fértil. El estudio fue tipo observacional, con diseño descriptivo, transversal. El 30,8% presentaron complicaciones en su gestación, entre las complicaciones con mayor evidencia fue la infección de vías urinarias con un 23,3%, 18% Aborto, 17,3% Anemia y 12% Hipertensión Gestacional. Conclusión: se encontró gran porcentaje de inasistencia a los controles prenatales por una mala atención en la asistencia.

**Dibaba B et al.** (16), realizaron una investigación en Etiopía en el año 2024 con el objetivo de evaluar la prevalencia del inicio tardío de la atención prenatal e identificar los factores asociados entre las mujeres embarazadas que reciben atención prenatal en un Hospital Especializado. El estudio fue transversal institucional con 454 mujeres embarazadas. Encontraron que la prevalencia de atención prenatal de inicio tardío en este estudio fue del 59,5%; el 66,1% eran multíparas y 33,9 % primigestas; 11,2% tenían tres o más hijos vivos; el 90,1% planificaron su embarazo. Conclusión: más de la mitad de las participantes del estudio iniciaron la atención prenatal después de la semana 12 de gestación.

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

**Poemapé et al.** (17), realizaron un estudio en Lima en el año 2024, con el objetivo de identificar los factores sociodemográficos y obstétricos asociados a cobertura inadecuada de la atención prenatal en mujeres peruanas. El estudio fue transversal desarrollado en 18 574 mujeres peruanas entre 15 a 49 años. Encontraron que, el 54,2% tuvo un embarazo no planificado, el 79,7% tuvo un inicio temprano del control prenatal, el 60,9% fueron multíparas y el 78,6% no presenta una mala historia obstétrica. En el análisis bivariado de los factores obstétricos se encontró que el embarazo no planificado ( $p \leq 0,001$ ), el inicio temprano del CPN ( $p \leq 0,001$ ) y la paridad ( $p \leq 0,001$ ) presentaron un valor  $p < 0,25$  con cobertura inadecuada de la atención prenatal. Conclusión: se identificaron algunos factores sociodemográficos y obstétricos asociados a la cobertura inadecuada de atención prenatal.

**Guillen et al.** (9), en su estudio realizado en la ciudad de Lima, año 2024, formuló como objetivo determinar los factores sociodemográficos, personales e institucionales asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes con menos de 6 atenciones. La investigación fue analítica transversal; la población fue de 252 registros de gestantes con menos de 6 atenciones prenatales. Encontraron que el 78,9% tuvieron atención prenatal tardía, como factores asociados a la edad mayor a 35 años en el 34,9%; embarazo no planificado en el 44%. Conclusiones: tener más de 35 años de edad, un empleo inflexible, falta de apoyo de la pareja y tener una relación negativa con la familia, son factores que incrementan la prevalencia de inicio tardío de la atención prenatal.

**Finquin A et al.** (14), realizaron una investigación en Lima en el año 2021, cuyo objetivo fue identificar los factores que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Portada de Manchay. Tuvo

una metodología descriptiva correlacional, retrospectiva y de corte transversal; la población estuvo conformada por 150 gestantes. Obteniendo como resultados que, los factores obstétricos de 80 gestantes encuestadas fueron que el 33,7% son Primigestas en su primera Atención Prenatal, el 28,8% tienen 2 hijos vivos, el 22,5% tiene un hijo vivo y el 15% tienen 3 a más hijos vivos; el 77,5% niegan haber tenido abortos, el 38,7% tiene un periodo intergenésico mayor de 4 años, Se identificó que no existe correlación directa entre los factores obstétricos y el inicio tardío de la Atención Prenatal, al presentar un valor estadístico de significancia de  $p=0.27$ . Conclusión: los factores socioeconómicos, personales, obstétricos e institucionales sí están relacionados con el inicio tardío de la atención pre natal.

**Poma, M. Ramón, G.** (8), en su investigación realizada en Huancavelica en el año 2022, cuyo objetivo fue determinar las características de la atención prenatal en gestantes atendidas en establecimientos de salud de nivel I-4. El estudio fue descriptivo, observacional y transversal, desarrollado en una muestra fue de 348 gestantes. Encontraron que el 60,3% fueron nulíparas, multíparas (21,0%); embarazo no planificado (80,5%), periodo intergenésico adecuado (82,2%). Conclusión: Las principales características fueron: ser jóvenes, tener estudios secundarios, ser amas de casa, de procedencia urbana, nulíparas, embarazo no planificado, miedo a la atención prenatal y horarios incompatibles.

### **2.1.3. Antecedentes locales**

No existen investigaciones locales sobre el tema en sí que puedan ser utilizados como antecedentes.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Modelo conductual de Andersen**

El modelo conductual de Anderson proporciona un marco teórico para comprender el acceso y la utilización de los servicios de salud, y para reconocer los factores que influyen en la decisión de una persona de utilizarlos o no. Este modelo predice que una secuencia de factores predisponentes, facilitadores y de necesidad influyen en la utilización de los servicios de salud. Como indica el modelo, los factores predisponentes son las estructuras. Andersen centra sus esfuerzos en la creación de un modelo que determina las condiciones que facilitan o dificultan el uso de los servicios de salud por parte de la población sociales y demográficas. Los factores facilitadores ayudan a las personas a utilizar los servicios. Factores como la

necesidad motivan a las personas a utilizar el servicio, como la necesidad de atención prenatal que necesita una gestante.

Este modelo es flexible y ofrece una sólida estructura analítica para el debate; además, las variables son verificables y aplicables en diversos contextos. Es la herramienta más utilizada para identificar los factores asociados al uso de los servicios de salud. Asimismo, constituye un marco teórico reconocido para describir y predecir el uso de los servicios de salud y conecta de forma innovadora diferentes factores, ofreciendo a los científicos una comprensión integral del uso de los servicios de salud por parte de los pacientes (18).

### **2.2.2. Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen)**

Según la teoría del comportamiento planificado (Ajzen, 1991), las conductas se ven influenciadas por las intenciones, las cuales están determinadas por tres factores: actitudes, normas subjetivas y control conductual percibido. También es posible que factores externos fuercen o impidan directamente las conductas, independientemente de la intención, dependiendo del grado en que el individuo controle realmente la conducta y del grado en que el control conductual percibido sea una medida precisa del control conductual real.

La Teoría del Comportamiento Planificado presupone que los individuos actúan racionalmente, de acuerdo con sus actitudes, normas subjetivas y control conductual percibido.

Estos factores no necesariamente se consideran de forma activa o consciente durante la toma de decisiones, pero constituyen el contexto del proceso. En otras palabras, las personas pueden no articular una actitud particular, pero esta puede, sin embargo, influir en sus decisiones. La investigación en este campo busca descubrir estos valores e ideas implícitos que influyen en la toma de decisiones. Existe cierta controversia en torno al supuesto de racionalidad, ya que a veces los seres humanos actúan emocionalmente, no racionalmente. En lugar de decir que los seres humanos se comportan racionalmente, algunos investigadores denominan a este fenómeno “construcción de sentido” (19).

## 2.3. Bases conceptuales

### 2.3.1. Factores obstétricos

Los factores obstétricos son todos aquellos que hacen referencia a cualquier proceso relacionado con los aspectos del embarazo, parto y puerperio, se refiere a las condiciones obstétricas de la puérpera:

**Gravidez.** Es el periodo que transcurre desde la fecundación hasta el momento del parto. Durante este tiempo, que suele durar entre 40-42 semanas, la mujer debe adaptarse a una serie de cambios físicos y emocionales y prestar especial atención en sus cuidados personales y alimenticios. Pasada la semana 37 de gestación, el parto se puede producir en cualquier momento, y empezará con una fase de dilatación, la salida del bebé y finalizará con la expulsión de la placenta (20).

Esta variable es medida de la siguiente manera: primigesta, secundigesta, multigesta, gran multigesta:

Primigesta (primigravida): mujer que está en su primer embarazo.

Segundigesta: Cuando la mujer está gestando su segundo embarazo.

Multigesta (multigrávida): mujer que ha estado embarazada más de una vez.

Gran Multigesta: cuando la mujer ha gestado por seis o más veces (20).

**Paridad.** Número de veces que una mujer ha dado a luz tras una gestación de al menos 20 semanas, independientemente de si el nacimiento fue de un bebé vivo o muerto. Se registra junto con la gravidez (G), que es el número total de embarazos, utilizando un sistema de puntuación como G/P, o el sistema ampliado TPAL para registrar más detalles: partos a término (T), partos pretérmino (P), abortos (A) y número de hijos vivos (L).

Una mujer primípara ha dado a luz una vez. El término "*primip*" suele usarse indistintamente con *primigesta*, aunque esto es técnicamente incorrecto, ya que una mujer no se considera primípara hasta que ha dado a luz a su bebé.

Una mujer múltipara (multip.) ha dado a luz más de una vez.

Una gran múltipara (grand múltipara) es una mujer que ya ha dado a luz cinco o más bebés que alcanzaron una edad gestacional de 24 semanas o más; tradicionalmente, estas mujeres se consideran con mayor riesgo en sus embarazos posteriores (20).

**Vía de parto.** La gestación es una experiencia que puede llegar a ser muy gratificante, así como compleja a nivel biopsicosocial, siendo un momento crucial el parto, el cual se define como la salida de uno o más fetos desde el interior de la cavidad uterina hacia el exterior, culminando con el alumbramiento. Este proceso puede ser llevado a cabo por:

**Vía vaginal.** en la cual tras diversas modificaciones cervicales el feto comienza a descender encajándose en la pelvis materna para atravesar el canal de parto y finalizar así con el expulsivo.

**Vía cesárea,** realizada mediante la extracción del feto, la placenta y las membranas ovulares a través de una incisión quirúrgica en la pared abdominal y uterina

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que implica el nacimiento de un bebé a través de una incisión abdominal (laparotomía) y una incisión uterina (histerotomía). La cirugía generalmente se realiza cuando el parto vaginal representa un mayor riesgo para la madre o el bebé, como cuando surgen complicaciones durante el parto en un parto vaginal planificado o cuando una afección impide un parto vaginal (como una obstrucción) (21).

Este procedimiento se realiza a menudo por indicaciones como distocia del parto, sufrimiento fetal, posición fetal anormal, complicaciones placentarias o antecedentes de cesáreas previas. Sin embargo, al ser una cirugía mayor, la cesárea conlleva riesgos, como infección, sangrado y tiempos de recuperación más largos en comparación con los partos vaginales. A pesar de estos riesgos potenciales, la cesárea sigue siendo una intervención que salva vidas en ciertas situaciones médicas. Las decisiones que se toman durante la cesárea pueden tener efectos duraderos en las mujeres y sus familias (22).

**Antecedentes de complicaciones obstétricas.** Historial médico de una mujer que incluye patología o problemas de salud que surgieron durante embarazos previos, partos o el período posparto. Estos antecedentes permiten identificar factores de riesgo para futuros embarazos, ya que condiciones como hemorragias, infecciones,

preeclampsia, eclampsia o complicaciones durante el parto pueden repetirse o indicar una predisposición a ellas.

La recopilación de esta información es crucial para la atención prenatal y para prevenir o manejar mejor posibles complicaciones en el futuro.

En este contexto, es fundamental identificar los antecedentes que se constituyen en factores de riesgo que contribuyen a las complicaciones obstétricas en el embarazo actual. Esta información es esencial para orientar intervenciones preventivas eficaces y fortalecer los servicios de atención prenatal.

Las complicaciones pueden ser: anemia materna, aborto o amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, trastornos hipertensivos (preeclampsia, eclampsia, hipertensión gestacional), parto pretérmino (< 37 semanas), hemorragia anteparto (placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta), hemorragia posparto (atonía uterina, retención de restos placentarios), entre otros (23).

**Embarazo planificado.** Se refiere a aquel embarazo que es deseado y planificado previamente por la mujer o la pareja, generalmente con el uso de métodos anticonceptivos para controlar el momento adecuado para concebir. Contrariamente cuando el embarazo no es planificado es generalmente, porque no cuentan con un adecuado proceso de planificación familiar, lo que está condicionado por la falta de información o desconocimiento en materia de educación sexual y ocurren sin una intención previa y suelen estar relacionados con el mal uso o la falta de métodos anticonceptivos.

Bearak (24), menciona que “La autonomía reproductiva incluye la capacidad de programar y espaciar los embarazos, no sólo la capacidad de limitar el tamaño final de la familia”.

Dentro de las características clave del embarazo planificado se pueden mencionar al deseo consciente, es decir que se busca tener un hijo de manera intencional. Surge la planificación, es decir que la pareja o persona ha pensado en el momento adecuado para concebir, a menudo después de considerar otros objetivos vitales como elegir estudiar una carrera profesional o trabajar. A menudo, se adoptan medidas de salud unos meses antes de la concepción para preparar el cuerpo para el embarazo.

Se considera embarazo no planificado, “no deseado” o “inoportuno” cuando la madre no ha planificado previamente concebir un hijo en determinadas etapas de vida (25).

Cabe destacar que los embarazos no planificados traen consigo una serie de consecuencias en aspectos económicos como la continuación de patrones de pobreza, educativos al alcanzar menores grados de escolaridad y sociales dado que las mujeres con esta condición pueden llegar a vivir experiencias de rechazo, maltrato y exclusión social por parte de su entorno cercano. Las mujeres con embarazos no planificados tienden a padecer condiciones desfavorables en términos de rendimiento físico, ejecución de su rol familiar, función social y emocional, menor bienestar mental y vitalidad. “La salud mental y la vitalidad se redujeron en mujeres con embarazos no deseados 9,2 veces y 5,2 veces más que en mujeres con embarazos planificados” (26).

### **2.3.2. Inicio de la atención prenatal**

La atención prenatal es un conjunto de acciones asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud y la embarazada a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico (27).

La atención prenatal también se define como todas las acciones y procedimientos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, la misma que permite identificar riesgos y anomalías durante el embarazo, tanto en la madre como en el feto; quienes no controlan su embarazo tienen cinco veces más posibilidades de tener complicaciones; sin embargo, al ser detectadas a tiempo, pueden ser tratadas oportunamente (28).

El control prenatal es muy importante para la salud de la madre y de la hija y/o hijo. Durante el control, la mujer embarazada es examinada y se determinan factores de riesgo que pueden poner en peligro su salud y el desarrollo normal del embarazo. Además, durante las visitas de atención prenatal se vacuna a la madre contra el tétano neonatal. De igual manera recibe consejería sobre la nutrición durante el embarazo, los síntomas y signos de alarma complicaciones del embarazo y el parto y cómo cuidar y alimentar al recién nacido. En el control prenatal, también se brinda información a la gestante sobre planificación familiar (27).

La primera consulta prenatal debe realizarse lo más temprano posible y de preferencia de forma conjunta por el médico/a y la obstetra del establecimiento de salud. Existe evidencia científica de que una primera visita antes de las 12 semanas de gestación se acompaña de mejores resultados perinatales (27).

Según el Ministerio de Salud, la atención prenatal reenfocada, consta como mínimo de seis atenciones a la gestante y debe iniciarse preferentemente en el primer trimestre de gestación, antes de las catorce semanas (29), con una frecuencia óptima de atención prenatal siguiente:

- Primera atención prenatal: < de 14 semanas de gestación
- Segunda atención prenatal: Entre las 14 y 21 semanas
- Tercera atención prenatal: Entre las 22 y 24 semanas
- Cuarta atención: entre las 25 y 32 semanas
- Quinta atención: entre las 33 y 36 semanas.
- Sexta atención: entre las 37 y 40 semanas (29).

“La gestante debe recibir el paquete básico que permita la detección oportuna de signos de alarma y factores de riesgo para el manejo adecuado de las complicaciones que puedan presentarse tanto en la madre como en el bebé” (29).

El paquete básico consiste en evaluación completa de la gestante que incluye toma de presión arterial, temperatura, peso, talla, entre otros. También la detección de factores de riesgo, como enfermedades anteriores, hereditarias y hábitos nocivos. Además, examen de mamas, educación para el auto examen (prevención de cáncer mama), papanicolaou (prevención de cáncer cervical), evaluación nutricional, entrega de micronutrientes: suplemento de hierro, ácido fólico y calcio. El obstetra debe brindar orientación para que la madre y la familia reconozcan los signos de alarma que denoten un embarazo complicado (29).

También es parte de la atención prenatal, la consejería y pre test de VIH y de sífilis y los análisis correspondientes. Elaborar un plan de parto con la gestante, pareja, familia y comunidad, para prepararse en caso de una emergencia o el día nacimiento, acordar quien la acompañará, qué ruta tomará, dónde se atenderá, entre otros.

Se les debe aplicar una encuesta para detectar los casos de violencia familiar o sexual para el apoyo correspondiente, además se le debe efectuar un análisis de orina para detectar complicaciones como infecciones y presión alta. También hemoglobina (detección de anemia), glucosa (detección de diabetes gestacional) y determinar el grupo y factor sanguíneo (29).

Asimismo, participar del Programa Psicoprofilaxis Obstétrica con participación de la pareja y la familia. Programa de Estimulación Prenatal con participación de la pareja u otro acompañante incidiendo en preparar a la madre para la lactancia materna. Toma de ecografía (la primera antes de la semana 20 y la otra en el III trimestre). Exámenes odontológicos, vacunas contra tétano, influenza y otras y monitoreo fetal (29) .

No obstante, la OMS precisa que ocho controles prenatales, como mínimo, ayudan a disminuir los decesos perinatales hasta en ocho por 1000 nacimientos; el nuevo modelo implementado por este organismo recomienda tener un primer control a las 12 semanas de gestación y los posteriores en las semanas 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 (1).

Sin embargo, para motivos de la presente investigación se ha tomado precisamente este criterio, considerando que el inicio de la atención prenatal debe ser antes de las 14 semanas de edad gestacional.

Con la atención prenatal reenfocada, las gestantes deben recibir como mínimo 6 atenciones durante el periodo de gestación y ser evaluadas por los especialistas para tener un embarazo sin complicaciones y un bebé sano. Se les debe descartar enfermedades como anemia, el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH), sífilis, hipertensión, diabetes, cáncer de mamas y de cuello uterino, entre otras (29).

La atención prenatal se caracteriza por ser precoz, periódica, continua, integral, se logra con trabajo en equipo y participación de la comunidad y permite la valoración completa de toda gestante en todo momento

**Visitas sucesivas.** Luego de la primera visita, se sugiere dos visitas en el segundo trimestre y tres en el tercero. Si la gestante no tuvo el parto a las 40 semanas, será derivada al hospital de mayor capacidad resolutive. La duración aproximada de las visitas será entre 30 a 40 minutos para la primera y 20 minutos para las siguientes, garantizando que sean realizadas todas las actividades propuestas y se complete debidamente la Historia Clínica Perinatal y el Carnet Perinatal (27).

El objetivo de las visitas prenatales posteriores es confirmar la buena evolución del embarazo, ofrecer apoyo emocional y detectar cualquier complicación o situación de riesgo que no se haya puesto de manifiesto en la primera visita. La identificación del riesgo gestacional es un proceso dinámico y evolutivo que debe realizarse en cada visita prenatal. Para ello, es necesario realizar un número adecuado de consultas prenatales a lo largo del embarazo. Las sucesivas visitas prenatales pueden ser realizadas de forma alternativa por el médico u obstetra del establecimiento de salud (27).

#### **2.4. Definición de términos básicos**

- **Atención prenatal.** Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones; con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos.
- **Primigesta.** Mujer que está en su primer embarazo (20).
- **Segundigesta.** Cuando la mujer está gestando su segundo embarazo (20).
- **Multigesta.** Mujer que ha estado embarazada más de una vez (20).
- **Gran Multigesta.** cuando la mujer ha gestado por seis o más veces (20).
- **Nulípara.** Aquella mujer que no ha dado a luz previamente (20).
- **Primípara.** Mujer que ha dado a luz por primera vez (20)
- **Múltipara.** Mujer que ha dado a luz más de una vez (20).
- **Gran múltipara.** Mujer que ha dado a luz cinco o más bebés que alcanzaron una edad gestacional de 24 semanas o más (20).

#### **2.5. Hipótesis**

**Ho.** La asociación entre los factores obstétricos y el inicio de la atención prenatal no es significativa en Gestantes atendidas en la Microred Lajas- Chota.2023.

**Ha.** La asociación entre los factores obstétricos y el inicio de la atención prenatal es significativa en Gestantes atendidas en la Microred Lajas- Chota.2023.

## V.1. Factores obstétricos

## V.2. Inicio de la atención prenatal.

## 2.7. Operacionalización de variables

Tipo de variable	Definición operacional	Indicadores	Categorías	Escala de medición
<b>Variable 1. Factores obstétricos.</b> Aquellos factores que hacen referencia a cualquier proceso relacionado con el embarazo, parto o puerperio (20).		Gravidez	Primigesta Segundigesta Multigesta Gran multigesta	Ordinal
		Paridad	Nulípara Primípara Multípara Gran multípara	Ordinal
		Periodo intergenésico	PIG corto PIG adecuado	Nominal
		Vía de parto para terminación del embarazo	Parto vaginal Cesárea No aplica	Nominal
		Antecedentes de complicaciones obstétricas	Amenaza de aborto Parto pretérmino Ruptura prematura de membranas Placenta previa Preeclampsia Anemia Otras	Nominal
		Embarazo planificado	Si No	Nominal
		Número de atenciones prenatales	1 a 5 APN 6 - + APN	Intervalo
<b>Variable 2. Inicio de la atención prenatal.</b> Momento ideal para que la gestante reciba el paquete básico de atención (29).		Inicio temprano	Antes de las 14 semanas de edad gestacional	Nominal
		Inicio tardío	Después de las 14 semanas de edad gestacional	

## CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

### 3.1. Área geográfica y ámbito de estudio

El presente estudio se realizó en la Microred de Salud Lajas, ubicado en la AV. Malecón Grau N°100 de la provincia de Chota, departamento de Cajamarca. La cual comprende en la actualidad 38 centros poblados reconocidos por la Municipalidad Distrital de Lajas, presentan características similares tanto geográficas, socioeconómicas, culturales y religiosas.

El territorio del distrito de Lajas abarca una superficie de 123.3 Km<sup>2</sup>, que representa el 3,2% del total provincial (3,795.10 km<sup>2</sup>). El territorio de la Provincia de Chota ocupa el 11,41% del departamento de Cajamarca. El Distrito de Lajas, está ubicado en la parte norte del departamento de Cajamarca, en plena región de Sierra. Alcanza una altitud de 2134 m.s.n.m.

### 3.2. Diseño y tipo de investigación

La Presente investigación tiene un diseño no experimental de corte transversal, y tipo correlacional.

**No experimental:** porque no se manipuló ninguna de las variables del estudio. Se basó fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dieron en su contexto natural para analizarlos con posterioridad.

**De corte transversal:** porque el estudio se realizó en un momento determinado sin hacer cortes en el tiempo.

**Correlacional:** Porque buscó establecer el grado de asociación entre las variables factores obstétricos y el inicio de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Microred Lajas-Chota 2023.

### 3.3. Método de la investigación

El método en la presente investigación es hipotético deductivo, porque se partió de la identificación de un problema, planteamiento del mismo, formulación de una hipótesis que puede ser refutada, para llegar a realizar una generalización a partir de ella.

### 3.4. Población, muestra y muestreo

#### 3.4.1. Población

La población en el presente estudio estuvo constituida por todas las gestantes que acudieron a su atención prenatal en la Microred de Lajas, 2023; que según los registros de atención es de 187.

$$N = 187$$

#### 3.4.2. Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra requerida para la investigación, se empleó el muestreo aleatorio simple para estimación de proporciones poblacionales, con una confiabilidad del 95% y un nivel de precisión del 5%. Se calculó teniendo en cuenta la siguiente fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{NZ_{\alpha-1}^2 pq}{E^2(N-1) + Z_{\alpha-1}^2 pq}$$

Dónde:

n= Tamaño de la muestra

N= 187 gestantes que acuden a su atención prenatal

Z $\alpha-1$ = 1.96 (Confiabilidad al 95%)

p= 0,085 (Proporción de gestantes con atención prenatal tardía III trimestre asociado a la no planificación del embarazo). Bustamante

q= 0,915 (Complemento de p).

E= 0,05 (Tolerancia de error en las mediciones).

Aplicando la fórmula

$$n = \frac{187 (1,96)^2 (0,085)(0,915)}{(0,05)^2(187 - 1) + (1,96)^2(0,085)(0,915)}$$

n= 73 gestantes

### **3.4.3. Muestreo**

El muestreo fue probabilístico, de tipo aleatorio simple, es decir que todas las gestantes tuvieron la misma posibilidad de ser elegidas

## **3.5. Criterios de inclusión y exclusión**

### **3.5.1. Criterios de inclusión**

Las participantes del estudio cumplieron una serie de criterios para ser incluidas como:

- Gestantes que llegaron a la atención prenatal a cualquier edad gestacional.
- Gestantes que aceptaron participar de la investigación firmando el consentimiento informado.
- Gestante en pleno uso de sus facultades mentales.

### **3.5.2. Criterios de exclusión**

Dentro de los criterios de exclusión se ha tenido en cuenta:

- Gestante que no pertenezca a la Microred Lajas
- Gestante que llegue en periodo expulsivo para atención de su parto

## **3.6. Unidad de análisis**

La unidad de análisis del presente estudio estuvo conformada por cada gestante que acudió a su atención prenatal en la Microred Lajas.

## **3.7. Procedimiento, técnica e instrumentos de recopilación de datos**

Para la realización del estudio se tuvo en cuenta el siguiente procedimiento:

Primero: Se solicitó el permiso respectivo al gerente de la Microred Lajas, informando la naturaleza e importancia de la investigación.

Segundo: Se conversó con las mujeres participantes y previa información de la importancia de investigación, se les solicitó su autorización a través de la firma y huella del consentimiento informado (Anexo 01)

La técnica utilizada fue la encuesta

El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos elaborado por la investigadora y aplicado a cada gestante que acudió a la atención prenatal en la Microred Lajas- Chota, de forma anónima, complementando con la información del carnet perinatal, consta de 9 preguntas obtenidas en dos partes: como factores obstétricos (7 preguntas) y 2 referidas al inicio de la atención prenatal (Ver anexo.2).

### **3.8. Validez y confiabilidad de los instrumentos**

Para conocer la validez del instrumento se recurrió a juicio de 05 expertos y luego sometida a la prueba estadística concordancia de jueces (Anexo 3)

Para evaluar la confiabilidad se realizó una prueba piloto a 10 gestantes atendidas en la Microred Patrona de Chota, con las mismas características de la población en estudio, y luego sometida a una prueba estadística Alpha de Crombach con un valor de 0,874, lo que indica que el instrumento es bueno y es confiable. (Ver anexo.4).

### **3.9. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información**

El ingreso de todos los datos se realizó en una matriz Excel, el procesamiento y análisis de los datos de las encuestadas, se ejecutó con el apoyo del software estadístico SPSS versión 26. La presentación de la información se realizó en tablas y gráficos estadísticos adecuados.

El análisis estadístico descriptivo de los datos se realizó mediante la distribución de frecuencias absolutas y relativas porcentuales.

### **3.10. Principios éticos**

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y objetividad de la investigación como:

**Autonomía:** la gestante en todo momento tuvo la libertad de participar de la investigación siempre y cuando lo quisiera, sin ser coaccionada por parte de la investigadora.

**Consentimiento informado:** luego de que la paciente y/o familiar directo fue informado en forma clara y precisa del propósito y modalidad de la investigación, se pidió su autorización y la firma del documento de consentimiento informado.

**La confidencialidad:** la información que se obtuvo de cada participante fue procesada con extrema confidencialidad y solo se empleó para fines de la investigación.

**La veracidad:** se respetó en todo momento los datos encontrados, sin modificar las opiniones y la confianza de los encuestados, sin alterarlos ni manipularlos.

**No maleficencia:** la realización de la presente investigación se hizo con la finalidad de no causar daño, sino, en apoyar y aportar en la prevención de la mortalidad materna.

**Privacidad:** las gestantes fueron encuestadas en un ambiente privado.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

**Tabla 1.** Factores obstétricos de las gestantes que acuden a la atención prenatal en la Microred Lajas – Chota, 2023

Factores obstétricos		n	%
Gravidez	Primigesta	19	26,0
	Segundigesta	37	50,7
	Multigesta	16	21,9
	Gran multigesta	1	1,4
Paridad	Nulípara	21	28,7
	Primípara	34	46,6
	Múltipara	17	23,3
	Gran múltipara	1	1,4
Periodo intergenésico	P.I corto	18	26,0
	P.I adecuado	36	49,3
	No aplica	19	24,7
Vía de parto para terminación del embarazo	Parto vaginal	41	56,2
	Cesárea	12	16,4
	No aplica	20	27,4
Antecedentes de complicaciones	Si	52	71,2
	No	21	28,8
Embarazo planificado	Si	25	34,2
	No	48	65,8
Número de Atenciones Prenatales	De 1 a 5 APN	32	43,8
	De 6 a más APN	41	56,2
Total		73	100,0

**Fuente:** datos recolectados por la autora

En la tabla 1, se observa que, el 50,7% de las gestantes eran segundigestas, mientras que el 26% eran primigestas y un significativo 21,9% multigestas. Asimismo, se evidencia que el 46,6% fueron primíparas, 28,8% nulíparas y 23,3% múltiparas.

En cuanto a periodo intergenésico, el 49,3% de gestante tenía un periodo intergenésico normal, mientras que el 26% tuvo uno corto.

Es preciso mencionar que las gestantes del presente estudio tuvieron un parto vaginal en el 56,2% y 16,4% por cesárea.

En cuanto a antecedentes de complicaciones obstétricas, en el 71,2% de gestantes se identificó antecedentes de alguna complicación en su embarazo anterior, ya sea en el primer, segundo o tercer trimestre de la gestación.

Referente al embarazo planificado, el 65,8% de las gestantes planificó su actual embarazo.

En cuanto a número de atenciones prenatales, hasta el momento en el que se realizó la encuesta el 56,2% de las gestantes ya tenían 6 o más atenciones; sin embargo, un porcentaje considerable 43,8% tenía menos.

**Tabla 2.** Antecedentes de complicaciones obstétricas en gestantes que acuden a la atención prenatal en la Microred Lajas – Chota, 2023

<b>Antecedentes de complicaciones obstétricas</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Amenaza de aborto	Si	29	39,7
	No	44	60,3
Parto pretérmino	Si	5	6,8
	No	68	93,2
Ruptura prematura de membranas	A término $\geq$ 37 semanas	5	6,8
	Pretérmino $\leq$ 37 semanas	2	2,7
	No aplica	66	90,4
Placenta previa	Si	2	2,7
	No	71	97,3
Preeclampsia	Sin criterios de severidad	5	6,8
	Con Criterios de severidad	1	1,4
	No aplica	67	91,8
Anemia	Leve: (Hb: 10.0 - 10.9 g/dl)	41	56,2
	Moderada: (Hb: 7.0 - 9.9 g/dl)	0	0,0
	Severa: (Hb: < 7.0g/dl)	1	1,4
	No aplica	31	42,5
Otros	Si	2	2,7
	No	71	97,3

**Fuente:** datos recolectados por la autora

En la tabla 2, se muestra que, el 39,7% tuvieron amenaza de aborto, el 6,8% presentaron amenaza de parto pretérmino; rotura prematura de membranas el 9,5% (6,8% a término y 2,7% pretérmino); un 2,7% señaló haber tenido placenta previa; un 8,2% preeclampsia (6,8% sin criterios de severidad y 1,4% con criterios de severidad). El cuadro de anemia estuvo presente en el 56,2% con nivel leve y 1,4% severa.

**Tabla 3.** Inicio de la atención prenatal de las gestantes que acuden a la atención prenatal en la Microred Lajas – Chota, 2023

<b>Inicio de la atención prenatal</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Atención prenatal después de las 14 semanas de gestación	53	72,6
Atención prenatal antes de las 14 semanas de gestación	20	27,4
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** datos recolectados por la autora

En la tabla 3, se observa que, el 72,6% de las gestantes acudió a una atención prenatal tardía, después de la semana 14 de gestación; mientras que solamente el 27,4% tuvo atención prenatal temprana, antes de la semana 14 de gestación.

**Tabla 4.** Factores Obstétricos asociados al inicio de la atención prenatal en Gestantes en la Microred Lajas- Chota.2023

Factores obstétricos		Inicio de la atención prenatal				Chi Cuadrado	
		Atención prenatal tardía		Atención prenatal temprana			
		n	%	n	%	x <sup>2</sup>	p-valúe
Gravidez	Primigesta	15	20,5	4	5,5	8,79	0,032
	Segundigesta	30	41,1	7	9,6		
	Multigesta	7	9,6	9	12,3		
	Gran multigesta	1	1,4	0	0,0		
Paridad	Nulípara	16	21,9	5	6,8	11,58	0,009
	Primípara	27	37,0	7	9,6		
	Múltipara	6	8,2	11	15,1		
	Gran múltipara	1	1,4	0	0,0		
Periodo intergenésico	Periodo intergenésico adecuado	30	41,1	6	8,2	8,41	0,015
	Periodo intergenésico corto	14	19,2	4	5,5		
Vía de terminación del embarazo	No aplica	9	12,3	10	13,7	7,51	0,024
	Parto vaginal	31	42,5	10	13,7		
	Cesárea	5	6,8	7	9,6		
Antecedente de complicaciones obstétricas	No aplica	17	23,3	3	4,1	12,39	0,001
	Si	44	60,3	8	11,0		
Embarazo planificado	No	9	12,3	12	16,4	7,85	0,005
	Si	13	17,8	12	16,4		
Número de Atenciones Prenatales	No	40	54,8	8	11,0	6,77	0,001
	De 1 a 6 APN	28	38,4	4	5,5		
	De 6 a más APN	25	34,2	16	21,9		

**Fuente:** datos recolectados por la autora

En la presente tabla se observa que el 20,5% de primigestas y el 21,9% de nulíparas iniciaron la atención prenatal de forma tardía; de estos grupos solamente el 5,5% y el 6,8% recibieron atención prenatal tempranamente. De igual manera, el 41,1% y el 37% de secundíparas y primíparas, respectivamente, también recibieron atención prenatal de forma tardía, solamente el 9,6% de cada grupo acudió a la atención de forma temprana.

En cuanto a periodo intergenésico el 41,1% de las gestantes con PIG adecuado, iniciaron tardíamente la atención prenatal, solamente el 8,2% lo hizo de manera temprana; de igual manera, el 19,2% de gestantes con periodo intergenésico corto también iniciaron de forma tardía la atención prenatal, solamente el 5,5% lo hizo de forma temprana.

Asimismo, se puede evidenciar que el 42,5% de las gestantes cuyo embarazo terminó en parto vaginal iniciaron la atención prenatal de forma tardía, solamente el 13,7% lo hizo de forma temprana; de la misma manera el 6,8% de gestantes que tuvieron su parto por cesárea también acudieron de forma tardía a la atención prenatal, no obstante, el 9,6% si acudió precozmente a la atención prenatal.

El 60,3 de gestantes que mostraron algún antecedente de complicación obstétrica acudió a la atención prenatal de forma tardía, solamente el 11% lo hizo de forma temprana.

En cuanto a embarazo planificado, el 17,8% de gestantes que manifestaron haber planificado su embarazo, iniciaron su atención prenatal de forma tardía, solo el 16,4% lo hizo tempranamente. De igual forma, el 54,8% de gestantes que no planificaron su embarazo, también iniciaron de forma tardía su atención prenatal, solo el 11% lo hizo tempranamente, mostrando una relación directa entre ambas variables.

Respecto al número de atenciones prenatales, el 38,4% de gestantes que tuvo de 1 a 6 atenciones, iniciaron el control de forma tardía, solo el 5,5% lo hizo de forma temprana; en tanto que el 34,2% de gestantes que tuvieron 6 a + atenciones, lo iniciaron de forma tardía, mientras que el 21,9% lo hizo tempranamente.

## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El inicio oportuno de la atención prenatal constituye un componente esencial para el adecuado seguimiento del embarazo, ya que permite identificar tempranamente factores de riesgo y establecer intervenciones que favorezcan una evolución materno-fetal saludable. Distintos estudios evidencian que tanto el momento de inicio como la calidad de los controles prenatales se relacionan con mejores resultados obstétricos y con la reducción de complicaciones durante el embarazo. En este marco, los resultados obtenidos en el presente estudio permiten analizar cómo los factores obstétricos se asocian al inicio de la atención prenatal en las gestantes atendidas en la Microred Lajas.

En la tabla 1, se observa que, algo más de la mitad de las gestantes eran segundigestas, mientras que un menor porcentaje eran primigestas y una cifra parecida multigestas. Asimismo, se evidencia que cerca de la mitad fueron primíparas, mientras que porcentajes menores fueron nulíparas y múltiparas.

Resultados similares fueron encontrados por Vivanco (15) quienes reportaron en sus investigaciones que el 33,9 % fueron primigestas con una diferencia porcentual de 7,9 puntos; mientras que Poemape (17), identificó que el 60,9% de gestantes en su investigación fueron múltiparas, mostrando una significativa diferencia entre sus datos y las del presente estudio. Poma (8) informó de un dato diferente, en su estudio encontró que el 60,3% de gestantes eran nulíparas, y 21% múltiparas, dato diferente en cuanto a la nuliparidad, pero similar en torno a la multiparidad. Estas diferencias pueden explicarse por limitaciones geográficas, barreras culturales y menor accesibilidad en zonas rurales...”

Las gestantes nulíparas tienen más opción de acudir de forma temprana a sus atenciones prenatales porque se sienten interesadas por su bienestar y la de su bebé, aunque en ocasiones también son las que nunca van a recibir atención prenatal porque mantienen oculto su embarazo sobre todo cuando son adolescentes; lo mismo sucede con las múltiparas quienes, si han tenido experiencias positivas en sus anteriores embarazos acudirán tempranamente a recibir atención prenatal, pero si por el contrario sus experiencias han sido negativas, probablemente tarden en acudir al establecimiento de salud o tal vez no lo hagan nunca.

El modelo conductual de Andersen proporciona un excelente argumento para indicar que depende la actitud que tengan las gestantes frente a la atención prenatal o a los servicios de salud para tomar la decisión de asistir o no tempranamente a controlar su estado de bienestar.

En cuanto a periodo intergenésico, la mayoría de gestantes tenía un periodo intergenésico normal, mientras que un porcentaje menor tuvo uno corto.

Poma y Ramón (8) identificaron en su estudio que el periodo intergenésico fue adecuado en el 82,2% de las gestantes, cifra mucho más alta que la encontrada en el presente estudio; Finquin y Medrano (30) encontraron que el 38,7% de gestantes tuvieron un periodo intergenésico mayor de 4 años, periodo que puede considerarse ya como un periodo intergenésico largo, dato no encontrado en el presente estudio.

De igual manera las diferencias se deben al tipo de población elegida para el estudio.

El periodo intergenésico corto sugiere que la gestante no aceptó utilizar ningún método anticonceptivo, aunque también puede significar una falla del método, pero lo que es indiscutible es que se constituye en un factor de riesgo para diferentes complicaciones obstétricas, por lo que se sugiere tenerlo en cuenta desde la primera atención a la gestante.

Precisamente, Román et al. (31) señala que los embarazos con un período intergenésico corto corren mayores riesgos para la salud de las madres y sus hijos, considerando para evitar ello, una buena consejería en planificación familiar, aunque, este autor menciona también que se han logrado grandes avances en la prestación de los servicios de planificación familiar, pero siguen existiendo necesidades insatisfechas de información sobre la anticoncepción, especialmente entre las adolescentes, así como en las que habitan en comunidades rurales.

Es preciso mencionar que las gestantes del presente estudio tuvieron un parto vaginal en el 56,2% y 16,4% por cesárea. Datos indicativos que el índice de cesáreas sobrepasa lo dispuesto por la OMS que señala que debe ser entre el 10-15%, indicando que “Es importante que todas las mujeres puedan hablar con profesionales de la salud y participar en la toma de decisiones sobre su parto, recibiendo información adecuada, incluyendo los riesgos y beneficios. El apoyo emocional es fundamental para una atención de calidad durante el embarazo y el parto” (32).

En cuanto a antecedentes de complicaciones obstétricas, en la mayoría de gestantes se identificó antecedentes de alguna complicación en su embarazo anterior, ya sea en el primer, segundo o tercer trimestre de la gestación.

Es esperable, desde un enfoque clínico, que en estos casos las mujeres muestren mayor disposición a buscar atención prenatal temprana en el embarazo actual, con el fin de prevenir la recurrencia de eventos adversos y asegurar un seguimiento adecuado de la gestación. Este hallazgo sugiere que la experiencia previa de complicaciones puede actuar como un factor facilitador de la captación precoz, lo que refuerza la importancia de la consejería preconcepcional y de la educación sanitaria brindada en embarazos anteriores.

Según el modelo conductual de Andersen, referido por Alkhaldeh (18), los factores de necesidad motivan a las personas a utilizar los servicios de salud; tal es el caso de la atención prenatal requerida por la gestante.

Referente al embarazo planificado, un alto porcentaje de las gestantes atendidas en la Microred Lajas – Chota, planificó su actual embarazo; cifras menores fueron reportadas por Poemape y Guillén et al. (17) (9), quienes identificaron en sus estudios que solamente el 54,2% y el 44% de las gestantes habían planificado su embarazo, respectivamente; en tanto que Poma y Ramón (8) encontraron un dato mayor al informar que en su estudio el 80,5% tuvo un embarazo no planificado.

El que una mujer planifique su embarazo constituye un elemento fundamental para la toma de decisiones tanto antes como durante la gestación. En la etapa previa, le permite prepararse adecuadamente; y durante el embarazo, favorece la búsqueda temprana de atención prenatal, pues estará más dispuesta a recibir cuidados orientados a su bienestar y al de su bebé.

En cuanto a número de atenciones prenatales, hasta el momento en el que se realizó la encuesta, más de la mitad de las gestantes ya tenían 6 o más atenciones; sin embargo, un porcentaje considerable tenía menos.

Según un estudio realizado un mayor seguimiento obstétrico se vincula con una mejor valoración del servicio, a mayor satisfacción de la gestante con la atención mayor será el número de atenciones prenatales que solicite. En este estudio, entre las mujeres que asistieron a siete o más controles, el 100% manifestó satisfacción con el servicio. De igual forma, en el grupo que acudió entre cinco y seis veces, 57,9% mujeres declararon estar satisfechas y 42,1% se mostraron parcialmente

satisfechas, sin ningún caso de insatisfacción. Por el contrario, entre las mujeres que asistieron únicamente entre uno y dos controles, la mayoría declaró insatisfacción: 66,7% no estuvieron satisfechas y 33,3% se sintieron parcialmente satisfechas. Ninguna de ellas reportó estar plenamente satisfecha con el servicio (3).

Por lo tanto, es conveniente resaltar que, si las atenciones prenatales pueden evitar muertes maternas, es necesario hacer todo lo posible por conseguir que la gestante se sienta satisfecha totalmente con la atención recibida.

En la tabla 2, se observa que, un significativo porcentaje tuvieron amenaza de aborto, sin embargo, mínimas cifras, no por ello, poco significativas presentaron amenaza de parto pretérmino; rotura prematura de membranas; placenta previa; preeclampsia: tanto con criterios como sin criterios de severidad. El cuadro de anemia alcanzó un valor muy importante, más de la mitad de gestantes presentó anemia con nivel leve y un bajo porcentaje severa.

Vivanco (15), en su estudio encontró algunos datos coincidentes como en el caso de la hipertensión arterial (12%), pero diferentes en cuanto a aborto (18%), anemia (17,3%) e infecciones de vías urinarias (23,3%), aunque no como antecedente sino como complicaciones del embarazo actual.

El antecedente de complicaciones puede analizarse bajo dos vertientes, puede resultar positivo como ya se mencionó en la tabla anterior y la gestante se sienta motivada para asistir tempranamente a su atención prenatal con la esperanza de ya no experimentar la complicación que tuvo antes, pero también puede existir miedo por falta de información. Asimismo, puede existir la intervención negativa de la pareja o de los familiares que suelen creer que las complicaciones pueden tratarse en casa porque sienten desconfianza en el sistema sanitario.

Bajo el modelo de Andersen existirían condiciones facilitadoras que facilitan el uso de los servicios de salud por parte de las gestantes siempre y cuando perciban la necesidad de atención prenatal (18). La gestante debe estar consciente de que varias de estas complicaciones pueden volver a presentarse, es decir que cada uno de ellos se constituye en un factor de riesgo en un embarazo actual.

En la tabla 3, se observa que, mayoritariamente las gestantes acudieron a una atención prenatal tardía, mientras que un tercio de ellas tuvo atención prenatal temprana.

Resultados similares fueron encontrados en las investigaciones de Poemape (17) y Guillén (9) donde se informó que el 79,7% y el 78,9% habían iniciado la atención

prenatal de forma tardía con una diferencia porcentual de 7,1 y 6,3 puntos porcentuales; datos disímiles fueron reportados por Dibaba et al. (16) y Finquin et al. (33) quienes encontraron datos menores con 59,5% y 66,3%, respectivamente. Tesema et al. (14) en su estudio realizado indicó que el 34,3% de las gestantes iniciaron la atención prenatal de manera oportuna.

La atención prenatal precoz es fundamental para identificar tempranamente los factores de riesgo que puede presentar la gestante y brindar el tratamiento oportuno, salvaguardando así el bienestar del binomio madre–niño. Su importancia radica no solo en la detección, sino en la posibilidad de intervenir en el momento en que las acciones preventivas tienen mayor impacto, como ocurre con el uso del ácido acetilsalicílico para prevenir la preeclampsia cuando se inicia antes de las 14 semanas. Del mismo modo, la ecografía del primer trimestre no solo permite diagnosticar malformaciones congénitas, sino que abre la oportunidad de planificar intervenciones, asesorar a la familia y anticipar el manejo clínico durante el embarazo, lo que contribuye a mejores resultados perinatales.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (34), iniciar la atención prenatal de forma temprana, apropiada y oportuna puede salvar miles de vidas; ya que se ofrece oportunidades en las cuales a las gestantes se les pueden diagnosticar oportunamente algunos factores de riesgo o patologías previas, y posibles daños o enfermedades fetales, las que pueden ser tratadas de manera segura y eficaz. Este planteamiento refuerza la necesidad de comprender el control prenatal temprano no como una simple visita inicial, sino como un punto crítico en el que se establece la ruta de cuidado materno, capaz de influir en la evolución del embarazo, la experiencia materna y la prevención de desenlaces adversos. Señala, además, que las mujeres que tienen una atención prenatal precoz y de calidad experimentarán un embarazo de forma positiva y saludable que beneficia a la madre y al recién nacido (incluida la prevención o el tratamiento de los riesgos, las enfermedades y la muerte), la realización de una transición efectiva hacia un parto y un nacimiento positivo, y la experiencia de una maternidad positiva (incluida la autoestima, la competencia y la autonomía maternas). Este énfasis en el bienestar físico y emocional evidencia que la atención prenatal temprana tiene un rol integral, que abarca desde la salud clínica hasta la percepción de seguridad y capacidad de la gestante.

Además, las consultas prenatales tempranas pueden disminuir la mortalidad materna al identificar las complicaciones de forma precoz y brindar la oportunidad de

realizarse la prueba del VIH a tiempo, así como de recibir pruebas y tratamiento para la sífilis (35). Este hallazgo refleja que los controles tempranos permiten actuar antes de que las enfermedades infecciosas avancen o generen complicaciones, lo cual fortalece la prevención y evita que las gestantes ingresen a la atención obstétrica con condiciones que ya han progresado, reduciendo así la probabilidad de intervenciones tardías o de emergencia.

De otra parte, el aporte de hierro y ácido fólico durante el primer trimestre del embarazo puede minimizar el riesgo de anencefalia y espina bífida. La atención que no se brinda durante este periodo interrumpe un eslabón fundamental en la continuidad asistencial y afecta tanto a las mujeres como a los bebés (35). Este hecho evidencia que el primer trimestre es un periodo de alta sensibilidad biológica, en el que las intervenciones nutricionales y preventivas tienen un impacto determinante. La ausencia de controles en esta etapa representa una oportunidad perdida para prevenir defectos del tubo neural y otras complicaciones que pueden ser irreversibles.

Por el contrario, cuando la gestante inicia sus atenciones prenatales de forma tardía, con mucha frecuencia lo hace manifestando complicaciones obstétricas porque no ha habido oportunidad de controlarlas ni tratarlas. Esta situación revela una falla en la continuidad del cuidado y evidencia que el retraso en el acceso al control prenatal no solo incrementa el riesgo clínico, sino que limita la capacidad del sistema de salud para influir positivamente en el curso del embarazo, obligando a actuar de forma reactiva en lugar de preventiva.

Cano y Marrero (36), señalan que el inicio tardío de la atención prenatal suele estar asociado a diversas barreras personales, como sentimientos negativos hacia el embarazo, la consideración del aborto, depresión, malestar general, cansancio, problemas personales abrumadores y la falta de motivación para adoptar conductas de autocuidado. Estas características se relacionan directamente con los factores predisponentes planteados en el Modelo de Andersen, los cuales influyen en la disposición de la mujer para buscar atención en salud. Asimismo, las actitudes negativas hacia el control prenatal pueden profundizar la resistencia a iniciar tempranamente este servicio.

Por otro lado, en coherencia con los factores facilitadores del modelo, las mujeres también identifican barreras situacionales como la falta de transporte para acudir a las citas, la ausencia de apoyo para el cuidado de los hijos y los largos tiempos de espera en los establecimientos de salud. Estas limitaciones reducen la capacidad

real de acceso, aun cuando exista necesidad o intención de recibir atención. De este modo, las barreras personales y contextuales descritas por Cano y Marrero pueden comprenderse de forma más amplia a través del Modelo de Andersen, el cual explica cómo los determinantes predisponentes, facilitadores y las necesidades percibidas condicionan el uso oportuno de los servicios de atención prenatal.

En la tabla 4, se observa que casi una cuarta parte de primigestas y nulíparas iniciaron la atención prenatal de forma tardía; mínimos porcentajes recibieron atención prenatal tempranamente. De igual manera, casi la mitad y la tercera parte, respectivamente de secundíparas y primíparas, también recibieron atención prenatal de forma tardía, solamente una mínima cantidad de cada grupo acudió a la atención de forma temprana.

Estadísticamente se encontró relación significativa entre las variables gravidez y paridad e inicio de la atención prenatal según  $p$  valúe = 0,032 y  $p$  valúe = 0,009, respectivamente.

Si bien es cierto que las primigestas y primíparas suelen depender de la opinión y, en algunos casos, de las decisiones de sus familiares para iniciar la atención prenatal, las segundigestas y múltiparas ya cuentan con cierta experiencia en el sistema sanitario. Sin embargo, aun con dicho conocimiento, muchas continúan postergando sus controles hasta el segundo o tercer trimestre de la gestación. Esta conducta puede explicarse a la luz de la Teoría de la Acción Planificada, la cual plantea que la intención de realizar un comportamiento depende de tres componentes: las actitudes, las normas subjetivas y el control conductual percibido. En este sentido, aunque las mujeres con embarazos previos conocen la importancia del control prenatal, pueden mantener actitudes poco favorables hacia su realización, percibir presiones sociales limitadas para acudir tempranamente o experimentar una baja percepción de control sobre su capacidad para asistir (por razones personales, emocionales o contextuales). Estos elementos contribuyen a que, pese a su experiencia previa, la decisión de iniciar la atención prenatal continúe siendo postergada.

Poma y Ramón (8) en un estudio realizado encontró que las gestantes no acudían de forma temprana a la atención prenatal por razones como el miedo a la atención prenatal (32,6%), miedo al personal de salud (23,9%), falta de apoyo emocional de la pareja 23,0%, vergüenza a ser tocadas durante la APN (13,5%); mientras que 3,4% desconocía que estaba embarazada.

En cuanto a periodo intergenésico casi la mitad de las gestantes con PIG adecuado, iniciaron tardíamente la atención prenatal, solamente el 8,2% lo hizo de manera temprana; de igual manera, el 19,2% de gestantes con periodo intergenésico corto también iniciaron de forma tardía la atención prenatal, solamente el 5,5% lo hizo de forma temprana.

Estadísticamente se encontró relación significativa entre las variables periodo intergenésico e inicio de la atención prenatal según el  $p$  valúe = 0,015.

El periodo intergenésico se considera un factor importante en el desenlace de los recién nacidos vivos y un lapso entre embarazo y embarazo adecuado es excelente; sin embargo, cuando se presentan factores como la falta de planificación del embarazo, la mala percepción de la calidad de atención en los servicios de salud, estados emocionales desfavorables, entre otros, las gestantes tienden a retrasar su primera atención prenatal.

Asimismo, se puede evidenciar que la mayoría de gestantes cuyo embarazo terminó en parto vaginal iniciaron la atención prenatal de forma tardía, solamente una pequeña cantidad lo hizo de forma temprana; de la misma manera, una cifra menor de gestantes que tuvieron su parto por cesárea también acudió de forma tardía a la atención prenatal, no obstante, otro pequeño porcentaje si acudió precozmente a la atención prenatal.

Estadísticamente se encontró relación significativa entre las variables vía de culminación del embarazo e inicio de la atención prenatal según  $p$  valúe = 0,024.

Fisiológicamente, el parto es un proceso natural que, en condiciones ideales, se inicia de manera espontánea y transcurre sin complicaciones, culminando con el nacimiento de un recién nacido sano y sin necesidad de intervenciones instrumentales. No obstante, es fundamental reconocer que, aun tratándose de un proceso fisiológico, durante el embarazo y el parto pueden surgir complicaciones que requieran atención especializada. Muchas de estas situaciones pueden prevenirse o detectarse a tiempo cuando la atención prenatal se inicia de manera temprana. Desde la perspectiva de la Teoría de la Acción Planificada, esta conducta preventiva depende de factores como las actitudes de la gestante hacia el control prenatal, la influencia de las normas sociales y su percepción de control para acudir a los servicios de salud. Estos componentes influyen en la intención de iniciar tempranamente la atención, lo que resulta clave para reducir riesgos y favorecer un desarrollo gestacional seguro.

La mayoría de gestantes que mostraron algún antecedente de complicación obstétrica acudió a la atención prenatal de forma tardía, solamente una pequeña cifra lo hizo de forma temprana.

Estadísticamente se encontró relación significativa entre las variables antecedentes de complicaciones obstétricas e inicio de la atención prenatal según  $p$  valúe = 0,024.

Aunque cabría esperar que las gestantes con antecedentes de complicaciones obstétricas inicien la atención prenatal de manera temprana, los resultados muestran que esto no ocurre necesariamente. Esta situación sugiere que existen factores más determinantes que la sola experiencia previa y que influyen en la decisión de acudir al establecimiento de salud apenas se percibe la ausencia de menstruación. Entre estos factores pueden encontrarse experiencias negativas durante embarazos anteriores, como actitudes inadecuadas del personal de salud, así como la falta de motivación para proteger la propia salud o la presencia de actitudes desfavorables hacia el cuidado prenatal. A la luz de la Teoría de la Acción Planificada, estos elementos corresponden a actitudes negativas, normas sociales poco influyentes y una baja percepción de control conductual, los cuales disminuyen la intención de iniciar tempranamente la atención prenatal, incluso en mujeres con antecedentes de riesgo.

Cano y Marrero (36), en su estudio, identificaron diversas barreras individuales y psicosociales que dificultaron la asistencia temprana a la atención prenatal. Entre ellas se encuentran el embarazo no planificado, la depresión, la desmotivación y las dificultades para asistir a las consultas debido al cuidado de otros hijos. Asimismo, reportaron el olvido de citas médicas, la falta de confianza en el personal de salud y los prolongados tiempos de espera como factores que desincentivan la asistencia oportuna. Desde la perspectiva de la Teoría de la Acción Planificada, estas barreras pueden interpretarse como componentes que afectan directamente la intención de conducta: actitudes desfavorables hacia el control prenatal, normas subjetivas que no promueven la asistencia temprana y una percepción limitada de control sobre la posibilidad real de acudir a los servicios. En conjunto, estos elementos contribuyen a que las gestantes posterguen el inicio del cuidado prenatal, aun cuando existen riesgos clínicos que justificarían una atención oportuna.

En cuanto a embarazo planificado, una cifra pequeña de gestantes que manifestaron haber planificado su embarazo, iniciaron su atención prenatal de forma tardía, mientras que un porcentaje similar lo hizo tempranamente. De igual forma, las gestantes que no planificaron su embarazo, también iniciaron de forma tardía su

atención prenatal, solo una fracción pequeña lo hizo tempranamente, mostrando una relación directa entre ambas variables.

Estadísticamente, se encontró relación significativa entre las variables embarazo planificado e inicio de atención prenatal según  $p$  valúe = 0,005.

Es posible que las gestantes que planifican su embarazo tienen conocimiento que las atenciones prenatales son importantes porque ayudan a mantener la salud de la madre y del bebé, y permiten detectar oportunamente los signos de peligro y abordar los problemas de salud de manera temprana. Reducen la mortalidad perinatal y mejoran la experiencia de las mujeres con la atención (37).

Aquellas parejas que planifican la venida de un hijo o hija saben que el período previo al embarazo es el momento oportuno para mejorar la alimentación de la mujer, asegurar un aporte de nutrientes fundamentales para el desarrollo intrauterino, particularmente el ácido fólico, y corregir el peso si fuera necesario. También es conveniente eliminar el consumo de alcohol, de tabaco y de otras drogas. Y por supuesto como es obvio, la mujer debe acudir a su atención prenatal ante la primera falta menstrual o antes de las primeras 12 semanas en que le falte la menstruación (cuanto antes, mejor) (37).

Respecto al número de atenciones prenatales, de las gestantes que tuvo de 1 a 6 atenciones, una tercera parte, iniciaron el control de forma tardía, solo un mínimo porcentaje lo hizo de forma temprana; en tanto que otra tercera parte de gestantes que tuvieron 6 a + atenciones, lo iniciaron de forma tardía, mientras que una cifra menor lo hizo tempranamente.

Cada control prenatal desempeña un papel esencial no sólo para prevenir complicaciones obstétricas (38), sino también para preparar emocional y psicológicamente a la madre en la asunción de su rol materno y promover el bienestar tanto de la madre como del recién nacido (39) y mientras mayor sea el número de atenciones, mejores son los resultados.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (37), la atención prenatal abarca un enfoque integral que incluye el cuidado médico, psicológico y apoyo social, comenzando en condiciones óptimas antes del embarazo y extendiéndose hasta después del nacimiento.

## CONCLUSIONES

1. La mayoría de gestantes fueron segundigestas, primíparas, con un periodo intergenésico adecuado; un porcentaje significativo terminó su parto por vía vaginal, mayoritariamente las gestantes tuvieron antecedentes de complicaciones obstétricas y tuvieron de 6 a más atenciones prenatales.
2. El antecedente patológico que presentaron las gestantes en un mayor porcentaje fue la anemia, seguido de la amenaza de aborto y en porcentajes similares el parto pretérmino, la rotura prematura de membranas y la preeclampsia.
3. La mayoría de las gestantes iniciaron su atención prenatal después de la semana 14 de gestación.
4. Se encontró relación estadística significativa entre los factores obstétricos evaluados y el inicio de la atención prenatal, corroborándose la hipótesis alterna.

## RECOMENDACIONES

### 1. A las autoridades de la Microred Lajas – Chota

Se recomienda fortalecer el trabajo articulado entre los servicios de salud y otras instituciones clave (educativas, comunitarias y gubernamentales), a fin de promover el acceso oportuno a la atención prenatal temprana. Esto implica coordinar acciones de difusión, educación sanitaria y seguimiento de gestantes, orientadas a sensibilizar sobre la importancia del control prenatal desde las primeras semanas de embarazo y facilitar su captación precoz.

### 2. A las obstetras de la Microred Lajas – Chota:

- Fortalecer las acciones orientadas a la atención prenatal de las gestantes, así como optimizar los mecanismos de seguimiento, a fin de incrementar la cobertura de atención prenatal temprana.
- Fortalecer la educación dirigida a las gestantes sobre la importancia de la asistencia temprana a los controles prenatales, con especial énfasis en aquellas con antecedentes de complicaciones obstétricas.
- Realizar visitas domiciliarias para la captación oportuna de gestantes, con el fin de asegurar el inicio precoz de la atención prenatal.

### 3. A los estudiantes de la Escuela de Post grado de la Universidad Nacional de Cajamarca:

Continuar desarrollando investigaciones sobre este tema en diferentes ámbitos geográficos, incorporando además estudios de enfoque cualitativo que permitan profundizar en la comprensión del fenómeno.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dioses D, Corzo C, Zarate J, Vizcarra V, Zapata N, Arredondo M. Adherencia a la atención prenatal en el contexto sociocultural de países subdesarrollados: una revisión narrativa. *Horiz Med.* [Internet] 2023; [citado 15/11/2025] 23(4): p. e2252. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v23n4/1727-558X-hm-23-04-e2252.pdf>
2. Karrar S, Vadakekut E, Hong P. Atención prenatal inicial. Informe científico. Bahamas - Estados Unidos. [Internet] 2024. [citado 15/11/2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570635/>
3. Encalada G, Belduma C, Durán K, Fala K, Espinoza D. Importancia de los controles prenatales en la prevención de la muerte materna. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, Asunción, Paraguay. [Internet] 2025 julio 1; VI. [citado 09/11/2025] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/10275384.pdf>
4. Quijaite T, Valverde N, Barja J. Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un Centro de Salud del Callao, Perú. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* [Internet] 2021 agosto [citado 15/11/2025] 1; 45(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2019000400003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000400003)
5. Jiwani S, Aguirre A, Carvajal L, Chou D, Keita Y, Moran A, et al. Momento y número de contactos de atención prenatal en países de ingresos bajos y medios: Análisis en los países prioritarios de la iniciativa Cuenta atrás para 2030. *Salud Global.* [Internet] 2021; [citado 15/11/2025] 10(1). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7101027/>
6. Debelo B, Danusa K. Nivel de inicio tardío de la visita de atención prenatal y factores asociados entre las madres asistentes de atención prenatal en el Hospital General de Gedo, zona de West Shoa, región de Oromia, Etiopía. *Frente de Salud Pública.* [Internet] 2022 junio [citado 15/11/2025] 19; 10. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.866030/full>
7. Ministerio de Salud. En el 2021, el 79.1 % de mujeres gestantes recibieron su primer control prenatal en el primer trimestre de embarazo. Informe técnico. Lima; [Internet] 2022. [citado 15/11/2025] Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/606520-en-el-2021-el-79-1-de->

mujeres-gestantes-recibieron-su-primer-control-prenatal-en-el-primer-trimestre-de-embarazo

8. Poma M, Ramón G. Caracterización de la atención prenatal en gestantes de establecimientos de salud de nivel I-4. Tesis de segunda especialidad. Huancavelica; [Internet] 2022. [citado 15/11/2025] Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/8ee73b24-08f5-466c-9dfc-b503456ea9e7/content>
9. Guillen B, Santos Y, Campos K. Factores asociados al inicio tardío de atención prenatal en gestantes que. Revista Cubana de Medicina Militar. [Internet] 2024 noviembre [citado 10/11/2025] 30; 53(4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v53n4/1561-3046-mil-53-04-e56101.pdf>
10. Dávila J, Palacios M, Macías Á, Macay R. Mortalidad materna y control prenatal. Recimundo. [Internet] 2023 marzo [citado 12/12/2025] 31: p. 456-467. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1970/2458>
11. Organización Mundial de la Salud. Salud materna. Informe científico. Ginebra - Suiza; [Internet] 2024. [citado 09/11/2025] Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
12. Mesa de Concertación. Balance Anual de Salud Materna y Neonatal, Año 2024. Informe técnico. Lima; [Internet] 2025. [citado 09/11/2025] Disponible en: <https://intranet.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2025-07-17/mclcp-reporte-anual-salud-materna-neonatal-2024-vm.pdf>
13. Tefera B, Temesgen K. Nivel de inicio tardío de la visita de atención prenatal y factores asociados entre las madres asistentes de atención prenatal en el Hospital General de Gedo, zona de West Shoa, región de Oromia, Etiopía. Frente. Salud Pública. [Internet] 2022 junio [citado 27/11/2025]. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.866030/full>
14. Tessema D, Kassu A, Teshome A, Abdo R. Inicio oportuno de la atención prenatal y factores asociados en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Universitario Especializado Integral Conmemorativo Eleni Mohammed de la Universidad de Wachemo, Hossana, Etiopía: Un estudio transversal. Journal of Pregnancy. [Internet] 2023 marzo [citado 08/11/2025]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1155/2023/7054381>

15. Vivanco K, Reyes E. Factores que influyen en el Control Prenatal. Pol. Con. [Internet] 2023 Agosto [citado 08/11/2025] 8(8): p. 448-462. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9152340>
16. Dibaba B, Bekena M, Dingeta T, Refisa E, Bekele H, Nigussie S\*,EA1. Inicio tardío de la atención prenatal y factores asociados entre mujeres embarazadas que asisten a la clínica prenatal del Hospital Especializado Integral Hiwot Fana, en el este de Etiopía: un estudio transversal. Front Glob Salud de la Mujer. [Internet] 2024 noviembre [citado 15/11/2025] 27; 5. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11631917/>
17. Poemape F, Alpaca H, Sanchez L. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados a cobertura inadecuada de la atención prenatal en mujeres peruanas. Rev. Cuerpo Med. HNAAA. [Internet] 2024 diciembre [citado 16/11/2025] 15; 17(4). Disponible en: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/2441/981>
18. Alkhalwaldeh A, ALBashtawy M, Rayan A, Abdalrahim A, Musa A, Eshah N, et al. Aplicación y uso del modelo conductual de Andersen como marco teórico: una revisión sistemática de la literatura de 2012 a 2021. Revista Iraní de Salud Pública. [Internet] 2023 julio [citado 26/11/2025]; 52(7): p. 1346-1354. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10430393/>
19. Sansom R. Teoría del comportamiento planificado. Informe analítico. USA; [Internet] 2021 marzo [citado 26/11/2025]. Disponible en: [https://ascnhighered.org/ASCN/change\\_theories/collection/planned\\_behavior.html](https://ascnhighered.org/ASCN/change_theories/collection/planned_behavior.html)
20. Maraj H, Kumari S. Falta de claridad en la definición de paridad: una encuesta para acceder a la interpretación de la palabra paridad entre obstetras y parteras y una revisión de la literatura. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. [Internet] 2021 agosto [citado 26/11/2025]; 263: p. 15-19. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34129962/>
21. Barrera G, Petraello C, Martínez I, Neyra M, Órdenes S, Sandoval S, et al. Percepción de las vías del parto de mujeres en edad reproductiva: una revisión de la literatura. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet] 2022 abril [citado 26/11/2025]; 87(2). Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262022000200122](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262022000200122)
22. Sung S, Mikes B, Martingano D, Mahdy H. Parto por cesárea. Biblioteca Nacional de Medicina. [Internet] 2024 agosto [citado 26/11/2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707/>

23. Ybaseta J, Almeida J, Uribe C. Factores de riesgo de complicaciones obstétricas en madres adolescentes. Rev. cuba. med. mil. [Internet] 2025 Julio [citado 26/11/2025]; 54(3). Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/76527>
24. Bearak J, Alineación entre deseos y resultados entre mujeres que desean evitar el embarazo: un estudio comparativo global de las tasas de embarazos no deseados “condicionales”. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. [Internet] 2025 febrero [citado 26/11/2025]; VI(1): p. 2196. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/sifp.12234>
25. Moraes. Embarazo no planificado en comunidades Quilombola: percepción de adolescentes. Enfermagem. [Internet]. 2021 [citado 15/11/2025] Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XpmrLGkVhjjGK4KFbmLVcdc/?lang=en>
26. Loja N, Pambi M, Chamba M. Consecuencias y determinantes del embarazo no planificado en estudiantes universitarias: un enfoque integral. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. [Internet]. 2025 febrero [citado 26/11/2025] 6(1). Disponible en: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i1.3484>
27. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Atención prenatal en atención primaria de la salud Paraguay: Organización Panamericana de la Salud; [Internet] 2024. [citado 26/11/2025] Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1179424/protocolo1\\_atencion\\_prenatal.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1179424/protocolo1_atencion_prenatal.pdf)
28. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Salud materna. Informe técnico. Lima; [Internet] 2021. [citado 26/11/2025] Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1525/pdf/cap008.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/pdf/cap008.pdf)
29. Ministerio de Salud. NTS N°10S - MINSa/DGSP.V.01. Norma Técnica de salud para la atención integral de Salud Materna Lima; [Internet] 2013. [citado 26/11/2025] Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm\\_827-2013-minsa.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf)
30. Andrea F, Medrano J. Factores que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud. Tesis de grado. Lima; [Internet] 2021. [citado 25/11/2025] Disponible en: <https://repositorio.uoosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/704>
31. Román Y, Saldaña M, César C. Factores asociados a periodo intergenésico corto en embarazadas adscritas a una Unidad de Medicina Familiar en

- Ciudad Obregón, Sonora, México. Archivos en Medicina Familiar. [Internet] 2022; [citado 16/11/2025] 25(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2023/amf231g.pdf>
32. Organización Mundial de la Salud. Las tasas de cesáreas siguen aumentando, en medio de crecientes desigualdades en el acceso. Informe científico. Ginebra - Suiza; [Internet] 2021. [citado 25/11/2025] Disponible en: <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>
33. Finquin A, Medrano J. Factores que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en un establecimiento de salud, Lima. Tesis de grado. Lima; [Internet] 2021. [citado 25/11/2025] Disponible en: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UHFR\\_103ebd1342230af9a85e9a69df0cb121](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UHFR_103ebd1342230af9a85e9a69df0cb121)
34. Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Informe científico. Ginebra- Suiza; [Internet] 2022. [citado 25/11/2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49550>
35. Tola W, Negash E, Sileshi T, Wakgari N. inicio tardío de la atención prenatal y factores asociados entre mujeres embarazadas que asisten a la clínica prenatal de la zona de Ilu Ababor, suroeste de Etiopía: Un estudio transversal. PLoS One. [Internet] 2021. [citado 21/11/2025]. 16(1). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7845970/>
36. Cano M, Marrero D. Percepción de embarazadas sobre las barreras para el acceso al control prenatal. Revista Eugenio Espejo. [Internet] 2024; [citado 22/11/2025] 18(1): p. 39-57. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5728/572876500006/html/>
37. Organización Panamericana de la Salud. Atención prenatal. Informe científico. New York; [Internet] 2025. [citado 09/11/2025] Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-04/folletoatencionprenatal.pdf>
38. Méndez Á, Morales E, Chanduví W, Arango P. Asociación entre el control prenatal y las complicaciones obstétricas maternas periparto y postparto. Revista de la Facultad de Medicina Humana. [Internet] 2021 setiembre [citado 25/11/2025] 21(4). Disponible en: <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/3924>
39. Concha A, Muñoz J, Ortega S, Gutiérrez Z, Alba C, Guzmán E. Complicaciones en el embarazo y parto asociadas con la salud del recién nacido. Sanus. [Internet] 2025 enero; [citado 25/11/2025]. Disponible en:

[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-60942024000100107](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-60942024000100107)

40. Unicef. Atención prenatal. Informe técnico. New York; [Internet] 2024[citado 15/11/2025]. Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>

## ANEXO 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Factores Obstétricos asociados al inicio de la atención prenatal en Gestantes atendidas en la Microred Lajas- Chota.2023

Yo, ..... identificado(a) con DNI N° ....., en pleno uso de mis facultades mentales, declaro haber sido adecuadamente informada sobre la investigación denominada. Factores Obstétricos asociados al inicio de la atención prenatal en Gestantes atendidas en la Microred Lajas- Chota.2023.; además, se me ha dado a conocer el grado de confidencialidad de la encuesta que se me aplicará, la cual será garantizado por la investigadora; motivo por el cual autorizó mi participación.

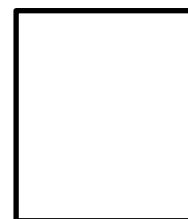
Por lo tanto, la investigadora me informó lo siguiente:

- Qué, bajo mi autorización, me aplicarán una encuesta en relación al tema de factores obstétricos asociados al inicio tardío de la atención prenatal.
- Que toda la información que brinde a la investigadora será estrictamente confidencial y podrá ser utilizada únicamente para fines educativos de la investigación.
- Que podré realizar las preguntas que yo crea conveniente en el momento que lo desee.
- Que tengo derecho a desistir de la investigación en cualquier momento.

Fecha y Hora:

\_\_\_\_\_  
Firma y Huella de la Gestante.

Huella Digital.



GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

## ANEXO 2

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Factores Obstétricos asociados al inicio de la atención prenatal en Gestantes atendidas en la Microred Lajas- Chota.2023

Reciba usted mi cordial saludo. Me dirijo a usted para realizar una encuesta anónima, sobre los factores obstétricos asociados al inicio de la atención prenatal en gestantes. Gracias por participar en esta investigación.

#### A. FACTORES OBSTÉTRICOS

##### 1. GRAVIDEZ

Primigesta ( ) Segundigesta ( ) Multigesta ( ) Gran multigesta ( )

##### 2. PARIDAD

Nulípara ( ) Primípara ( ) Multípara ( ) Gran multípara ( )

##### 3. PERIODO INTERGENESICO

No aplica ( ) P.I adecuado ( ) P.I corto ( ) P.I prolongado ( )

##### 4. TERMINACIÓN DE LA GESTACIÓN

Parto vaginal ( ) Cesarea ( ) No aplica ( )

##### 5. ANTECEDENTES DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Amenaza de Aborto	Si ( ) No ( )
Parto pretérmino	Si ( ) No ( )
Ruptura prematura de membranas	A término $\geq$ 37 semanas ( ) Pretérmino $\leq$ 37 semanas ( )
Placenta previa	Si ( ) No ( )
Preeclampsia	Sin criterios de severidad ( ) Con Criterios de severidad ( )
Anemia	Leve: (Hb: 10.0 - 10.9 g/dl) ( ) Moderada: (Hb: 7.0 - 9.9g/dl) ( )

	Severa: (Hb: < 7.0g/dl) ( )
Otros	

**6. EMBARAZO PLANIFICADO**

- SI ( )
- NO ( )
- 

**7. Número de Atenciones Prenatales**

- De 1 a 6 APN ( )      De 6 a más APN ( )

**B. INICIO DE LA ATENCIÓN PRENATAL**

**1. Atención prenatal temprana**

- I Trimestre < 14 semanas ( )

**2. Atención prenatal tardía**

- II trimestre 14-27semanas ( )      III trimestre 28-40 semanas ( )

Elaborado por: Edita Marilu Tapia Vasquez. Maestrante

### ANEXO 3

#### CRITERIO DE JUECES

**VALIDEZ DEL INSTRUMENTO (CRITERIO DE JUECES): “Factores Obstétricos asociados al inicio de la atención prenatal en Gestantes atendidas en la Microred Lajas- Chota.2023.”**

#### Prueba de concordancia entre los jueces

ÍTEMS	INDICADORES	JUECES					Valor de b
		Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	
<b>1. CLARIDAD</b>	Es formulado con lenguaje claro y coherente para el entrevistado. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de las unidades de estudio.	0	1	1	1	1	80%
<b>2. OBJETIVIDAD</b>	Está expresado en indicadores o preguntas precisas y claras.	0	1	1	1	1	80%
<b>3. ORGANIZACIÓN</b>	Los ítems/preguntas presentan una organización lógica y clara.	1	0	1	1	1	80%
<b>4. CONSISTENCIA</b>	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio.	1	1	1	1	1	100%
<b>5. COHERENCIA</b>	Existe coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	1	0	1	1	1	80%
<b>TOTAL</b>							<b>84%</b>

Se ha considerado:

1: De acuerdo      0: Desacuerdo

**Cálculo de concordancia entre los jueces o experto:**

**Formula:**

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

**Donde:**

b: Grado de concordancia entre jueces

Ta: Número total de “acuerdos” de jueces

Td: Número total de “desacuerdos” de jueces

$$b = \frac{21}{21 + 4} \times 100 = 84\%$$

Según Herrera (1998)

<b>CUADRO DE PUNTUACIÓN</b>	
53% a menos	Validez nula
54% - 59%	Validez baja
60% - 65%	Valida
66% - 71%	Muy valida
72% - 99%	Excelente validez
100%	Validez perfecta

**Conclusión de jueces expertos:** Excelente validez

Mediante el juicio de expertos, se logró un 84% de concordancia de jueces expertos, lo que indica una validez excelente.

## JUECES

<b>Jueces</b>	<b>Nombre</b>	<b>Grado Académico</b>	<b>Cargo de la Institución donde labora</b>
Juez 1	Virginia Rosa García Sánchez	Doctora en ciencias – mención salud	Coordinadora Regional
Juez 2	Cecilia del Carmen Ravines Cubas	Magister en gestión de servicios de salud	Responsable de vigilancia muerte materna
Juez 3	Sandra Ñuflo Vásquez	Maestro en ciencias	Coordinadora
Juez 4	Karina Cusma Cabrera	Magister en salud pública	Coordinadora de programa presupuestal TBC-VIH/SIDA
Juez 5	Geraldine Dávila Chávez	Magister en gestión de servicios de salud	Coordinadora de curso de vida prenatal

Referencia bibliográfica:

Herrera, A. (1998). Notas sobre Psicometría. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Investigación del Comportamiento. 22 páginas.

## ANEXO 4

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

**Factores Obstétricos asociados al inicio de la atención prenatal en Gestantes atendidas en la Microred Lajas- Chota.2023**

### COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH

#### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	0,0
	Total	10	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,874	8

La confiabilidad del instrumento presenta un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,874, lo que indica que el instrumento es bueno y es confiable.

## EVALUACIÓN DEL COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH

Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación.

Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cron Bach:

- ✓ Coeficiente alfa > 0.9 es excelente
- ✓ Coeficiente alfa > 0.8 es bueno
- ✓ Coeficiente alfa > 0.7 es aceptable
- ✓ Coeficiente alfa > 0.6 es cuestionable
- ✓ Coeficiente alfa > 0.5 es pobre
- ✓ Coeficiente alfa < 0.5 es inaceptable

### Referencia Bibliográfica

George, D., & Mallery, P. (2003). SPSS for Windows step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon, p. 231.



Mg. Julio César Guaitupo Alvarez,  
COESPE N° 254