

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 SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS E
INSTITUCIONALES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DE ATENCIÓN
PRENATAL. CENTRO DE SALUD VIRGEN DEL CARMEN –
BAMBAMARCA, 2021**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentado por:

LILIAN SAYURI DEL ROSARIO BELLING CASTILLO

Asesora:

Dra. ELENA SOLEDAD UGAZ BURGA

Cajamarca, Perú

2024



CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador:
LILIAN SAYURI DEL ROSARIO BELLING CASTILLO
DNI: 74563924
Escuela Profesional/Unidad UNC:
Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud

2. Asesor:
Dra. Elena Soledad Ugaz Burga

3. Grado académico o título profesional
 Bachiller Título profesional Segunda especialidad
 Maestro Doctor

4. Tipo de Investigación:
 Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional
 Trabajo académico

5. Título de Trabajo de Investigación: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS E INSTITUCIONALES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DE ATENCIÓN PRENATAL. CENTRO DE SALUD VIRGEN DEL CARMEN – BAMBAMARCA, 2021

6. Fecha de evaluación: 26 / 03 / 2024

7. Software antiplagio: TURNITIN URKUND (OURIGINAL) (*)

8. Porcentaje de Informe de Similitud: 18%

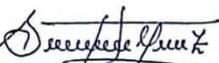
9. Código Documento: 3117:342741505

10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
 APROBADO PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: 10 /abril /2024



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD


Dra. Elena Soledad Ugaz Burga
DIRECTORA DE UNIDAD DE POSGRADO
DNI: 26076779

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT © 2024 by
LILIAN SAYURI DEL ROSARIO BELLING CASTILLO
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

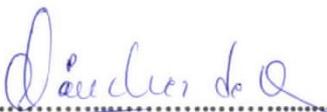
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las *5.10* horas del día 29 de enero de dos mil veinticuatro, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. SILVIA ISABEL SÁNCHEZ MERCADO, Dra. MARÍA YNÉS HUAMANÍ MEDINA, M.Cs. ROSA RICARDINA CHÁVEZ FARRO**, y en calidad de Asesora la **Dra. ELENA SOLEDAD UGAZ BURGA**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado y la Directiva para la Sustentación de Proyectos de Tesis, Seminarios de Tesis, Sustentación de Tesis y Actualización de Marco Teórico de los Programas de Maestría y Doctorado, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada: **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, OBSTÉTRICOS E INSTITUCIONALES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DE ATENCIÓN PRENATAL. CENTRO DE SALUD VIRGEN DEL CARMEN – BAMBAMARCA, 2021**; presentada por la **Bachiller en Obstetricia, LILIAN SAYURI DEL ROSARIO BELLING CASTILLO**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó... *Aprobar*... con la calificación de *Dieciocho (18)*... la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bachiller en Obstetricia, LILIAN SAYURI DEL ROSARIO BELLING CASTILLO**, 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 *6.30* horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
Dra. Elena Soledad Ugaz Burga
Asesora


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


.....
Dra. María Ynés Huamaní Medina
Jurado Evaluador


.....
M.Cs. Rosa Ricardina Chávez Farro
Jurado Evaluador

Esta investigación está dedicada:

A mi madre, abuela y hermana, siempre estuvieron y están presentes en mi día a día, apoyándome y dándome el soporte moral, y a mis docentes que me ayudaron y motivaron a realizar esta investigación que forma parte dentro de mi desarrollo personal y profesional.

Lilian

Mi agradecimiento

A Dios.

A mi familia y amistades por su apoyo moral.

A mi asesora Dra. Elena Ugaz Burga, por haberme orientado a lo largo del desarrollo de esta investigación.

A todos los docentes quienes formaron parte en mi desarrollo académico y personal.

Lilian

El cambio siempre es complejo, y si queremos adaptarlo, debemos de entender exactamente que lo que está en juego y no rendimos ante mitos del pasado, ni sobre el presente.

-Jeffrey Weeks.

INDICE

DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTOS.....	vi
EPIGRAFE	vii
LISTA DE TABLAS.....	ix
ABREVIATURAS.....	x
RESUMEN.....	xii
ABSTRACCT.....	xiii
CAPITULO I: INTRODUCCION.....	1
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	7
2.1 Antecedentes de la investigación.....	7
2.2 Bases teóricas.....	10
2.3 Marco conceptual.....	11
2.4 Definición de términos básicos.....	23
CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES.....	24
3.1 Hipótesis.....	24
3.2 Variables.....	24
3.3 Operacionalización de variables.....	25
CAPITULO IV: MARCO METODOLOGICO.....	27
4.1 Ubicación geográfica.....	27
4.2 Diseño de la investigación.....	27
4.3 Métodos de la investigación	27
4.4 Población, muestra, unidad de análisis y observación.....	28
4.5 Técnicas e instrumentos de recopilación de información.....	29
4.6 Técnicas para procesamiento y análisis de la información.....	30
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSION	32
5.1 Presentación de resultados	32
5.2 Análisis, interpretación y discusión de resultados.....	32
CONCLUSIONES.....	46
RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS.....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	48
ANEXO 1	53
ANEXO 2	55
ANEXO 3	56
ANEXO 4.....	61

LISTA DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1. Factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Virgen del Carmen - Bambamarca, 2021.....	32
Tabla 2. Factores obstétricos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Virgen del Carmen - Bambamarca, 2021.....	35
Tabla 3. Factores institucionales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Virgen del Carmen - Bambamarca, 2021.....	37
Tabla 4. Gestantes con inicio tardío de la atención prenatal en el Centro de Salud Virgen del Carmen - Bambamarca, 2021.....	39
Tabla 5. Asociación entre los factores sociodemográficos y el inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes en el Centro de Salud virgen del Carmen - Bambamarca, 2021.....	40
Tabla 6. Asociación entre los factores obstétricos y el inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes en el Centro de Salud Virgen del Carmen – Bambamarca, 2021.....	42
Tabla 7. Asociación entre los factores institucionales y el inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes en el Centro de Salud Virgen del Carmen – Bambamarca, 2021.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS	: Organización Mundial de la Salud
MINSA	: Ministerio de Salud
MM	: Mortalidad materna
SIS:	: Seguro Integral de Salud
ONU	: Organización de las Naciones Unidas
OPS	: Organización Panamericana de Salud
CLAP	: Centro Latinoamericano de Perinatología
ITU	: Infección del tracto urinario
VIH	: Virus Inmunodeficiencia Humana
HCMP	: Historia clínica Materno Perinatal
RPR	: Reagina Plasmática rápida
ELISA	: Enzimoimmunoanálisis de adsorción
ITS	: Infección de Transmisión Sexual

GLOSARIO

MORTALIDAD: Número de personas que mueren en relación con la población total en un determinado

RIESGO: Situaciones que exponen a presentar alguna alteración o enfermedad

AMENORREA: Ausencia o falta del periodo de la menstruación

HIPERTENSION: Elevación anormal de la presión arterial

PATOLOGIAS: Estudio de enfermedades y síntomas de una enfermedad específica.

PROTEINURIA: Presencia de proteínas sanguíneas en la orina

ANASARCA: Colección aumentada en espacio extracelular generando edema generalizada

EPIGASTRALGIA: Dolor en parte superior del abdomen expresado por una estimulación innervada

ESCOTOMAS: Presencia de una mancha por alguna alteración del nervio óptico

TINNITUS: Es el sonido tipo timbre o zumbido percibido por los oídos sin fuente externa.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar la asociación de los factores sociodemográficos, obstétricos e institucionales y el inicio tardío de la atención prenatal en el Centro de Salud Virgen del Carmen, 2021. El estudio es de tipo descriptivo, correlacional, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 134 gestantes que iniciaron controles prenatales en el Centro de Salud Virgen del Carmen. Para calcular y medir la variable de la investigación se utilizó un cuestionario validado por juicio de expertos y con la confiabilidad alta de 0,837 dadas mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. Resultados: El 24,6% de las gestantes pertenecieron al grupo etario de 25 a 29 años; 74,6% eran convivientes, 27,6% tuvo estudios secundarios completos; en su mayoría fueron amas de casa (80,6%) y el 67,2% procedían de la zona urbana. En cuanto a los factores obstétricos, 76,1% de las gestantes tuvieron embarazos no planificados, 47,8% eran primigestas, el periodo intergenésico fue el adecuado (71,6%), 73% fueron nulíparas, antecedente de aborto se presentó en 82,8%. En los factores institucionales, el 94% tuvieron SIS previo, 78,4% percibió un trato adecuado, la mayoría de las gestantes se adecuó el horario de obstetricia con el tiempo de la gestante (95,5%), 50,7% manifestaron que el tiempo de espera no fue el adecuado. Se evidenció que 37,3% de gestantes acudieron a partir de las 14 semanas de gestación. Se encontró asociación significativa con el inicio tardío de la atención prenatal: embarazo planificado ($p=0,000$), trato del profesional de salud ($p=0,000$) y el tiempo de espera en el establecimiento de salud ($p=0,002$).

Palabras claves: factores de riesgo e inicio tardío de la atención prenatal.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the association of sociodemographic, obstetric and institutional factors and the late start of prenatal care at the Virgen del Carmen Health Center, 2021. The study is descriptive, correlational, cross-sectional. The sample was made up of 134 pregnant women who began prenatal check-ups at the Virgen del Carmen Health Center. To calculate and measure the research variable, a questionnaire validated by expert judgment and with a high reliability of 0,837 data was used using Cronbach's Alpha coefficient. Results: 24,6% of the pregnant women belonged to the age group of 25 to 29 years; 74,6% were cohabitants, 27,6% had completed secondary education; The majority were housewives (80,6%) and 67,2% came from urban areas. Regarding obstetric factors, 76,1% of the pregnant women had unplanned pregnancies, 47,8% were primigravida, the intergenic period was adequate (71,6%), 73% were nulliparous, history of abortion occurred in 82,8%. In institutional factors, 94% had previous SIS, 78,4% perceived adequate treatment, the majority of pregnant women adapted the obstetrics schedule to the pregnant woman's time (95,5%), 50,7% % stated that the waiting time was not adequate. It was evident that 37,3% of pregnant women came after 14 weeks of gestation. A significant association was found with the late start of prenatal care: planned pregnancy ($p=0.000$), treatment by the health professional ($p=0.000$) and waiting time at the health facility ($p=0.002$).

Keywords: risk factors and late initiation of prenatal care.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

1.1 Planteamiento del problema.

1.1.1 Descripción del problema y contextualización.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2020 se reflejaron alrededor de 287 000 defunciones de mujeres embarazadas y puérperas¹. Alrededor de 99% de tales defunciones ocurren en entornos de escasos recursos y la mayoría pueden prevenirse si se detecta a tiempo². Así mismo, en el año 2019 se reportó cerca de 2,4 millones de mortinatos, en la mayoría de los casos por causas que se pueden prevenir. Casi dos tercios de los mortinatos nacieron de forma prematura y/o con el riesgo de padecer enfermedades crónicas afectando su desarrollo en el transcurso de años de vida³.

La razón de mortalidad materna (MM) en los países de América Latina y el Caribe fue de 87 muertes por cada 100.000 neonatos en 2020. Las estimaciones muestran que Chile y Uruguay tienen una razón de MM inferior a 18. En tanto que, en países como Haití la razón de MM es de 350, respectivamente⁴. Estas cifras demuestran que países en vías de desarrollo proveen servicios de salud sexual y reproductiva limitadas y tardías, convirtiendo a Haití como uno de los países con más riesgo de morir en las mujeres gestantes³⁹.

En el Perú, la tasa de mortalidad materna fue de 439 en el 2020, según el Ministerio de Salud⁵. Esos datos demuestran muchos de los casos se debieron a las limitaciones para acudir a profesionales capacitados para la atención materna durante ese periodo⁵. A nivel regional, en el departamento de Cajamarca, en 2020, se suscitaron 20 muertes maternas, siendo una de las regiones a nivel nacional con mayor tasa en las estadísticas de esta problemática⁶. En muchas ocasiones defunciones en gestantes por la inaccesible e inadecuado inicio de una atención en los servicios de salud sexual y reproductiva.

Muchas de estas pérdidas podrían evitarse si la gestante acudiera de forma temprana a la atención prenatal, pues cuanto más anticipado es la atención, mayor será la probabilidad de prevenir e identificar factores de riesgo que puedan devenir en complicaciones obstétricas que afecten el bienestar del binomio materno-perinatal². Por tanto, iniciar tardíamente el control prenatal representa una gran preocupación en el ámbito de la salud pública, vinculada a múltiples causas propias de las gestantes y su entorno⁷.

Sin embargo, a nivel mundial, el 64% de las gestantes acudió a cuatro consultas durante la atención prenatal, lo que sugiere probablemente una atención prenatal tardía, además

de que no cumplieron con la cantidad adecuada de atenciones prenatales². En estados como África, Asia y Latinoamérica, el 70% de las mujeres embarazadas no tienen acceso a una temprana atención prenatal⁸. Además, algunas investigaciones en Latinoamérica han señalado que solo el 15% de embarazadas reciben atención prenatal mientras que el 4% no tuvo acceso a ello⁹. A su vez, Valdés¹³ menciona que debido a los bajos niveles educativos se tienen 3 veces la posibilidad de no llevar un control prenatal temprano, y en el caso de factores obstétricos, poseer antecedentes de embarazos previos incrementa 1,62 veces la posibilidad de recibir una atención prenatal tardíamente, al igual que tener un embarazo no planificado tiene 2,93 veces el riesgo, relacionándose significativamente al inicio del control prenatal tardío en uno de los países internacionales.

En Perú, en el 2020, sólo el 81,8% de las puérperas recibieron su primera asistencia prenatal durante el primer trimestre de embarazo, mayormente estas mujeres provienen de la zona urbana (83,5%) y con 76,2% de la zona rural¹⁰. Choquehuanca¹⁵ indica que la convivencia es un factor asociado a la atención prenatal tardía hasta en 85,4%; al igual que ser amas de casas (60,9%); también se encontró que el 49,1% de las gestantes que inician su atención prenatal tardía es debido a que son multíparas; Rivera⁹ demuestra que los embarazos no deseados están asociados (64,5%). Además, Navarro⁸ identificó una relación entre las mujeres embarazadas que recibieron atención médica tardía y el hecho de que cuentan con seguro integral de salud en un 78,4%; además, encontró que un 13,5% de las mujeres embarazadas que no comenzaron un control gestacional a tiempo experimentaron un trato inadecuado durante su atención. Estos estudios previos a nivel nacional reflejan la asociación con los factores obstétricos, sociodemográficos e institucionales y el inicio tardío de la atención prenatal.

En Cajamarca, el 77,2% de gestantes asistieron a su primer control gestacional durante el primer trimestre, sin embargo, en los últimos años se visualizó una mayor cobertura de la atención antes de las 14 semanas de gestación, pero aún existe un porcentaje significativo de 20% aproximadamente en quienes no acuden tempranamente; ocasionando desenlaces negativos ya sea para la madre, el hijo, o para ambos, existiendo diversos factores que impiden su atención precoz¹¹. Céspedes¹⁷ menciona que las jóvenes menores de 20 años en 59,4% y las de nivel educativo bajo como la secundaria incompleta en 53,6% iniciaron la atención prenatal tardíamente. Sin embargo, estos estudios previos evidencian que las mujeres con bajo nivel educativo presentan más casos de inicio de atención prenatal después de las 14 semanas de gestación, que muchas de ellas desconocen la importancia de un inicio oportuno, ya que esta estrategia tiene como principal función reducir las complicaciones obstétricas mediante su manejo oportuno para cada gestante.

Bambamarca, uno de los distritos del departamento de Cajamarca, es una ciudad que no está ajena a esta problemática, por el contrario, se observa a menudo a gestantes que inician las atenciones prenatales después de las 14 semanas de edad gestacional, no pudiendo detectar oportunamente los factores de riesgos, que permitan evitar complicaciones obstétricas a futuro.

Bajo este contexto, y ante la falta de investigaciones de esta naturaleza a nivel local; se pretende realizar la presente indagación con la finalidad de determinar la asociación entre los factores sociodemográficos, obstétricos e institucionales y el inicio tardío de la atención prenatal, en gestantes atendidas en el Centro de Salud Virgen del Carmen, Bambamarca.

1.1.2 Formulación del problema

¿Existe asociación entre los factores sociodemográficos, obstétricos e institucionales y el inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes del Centro de salud Virgen del Carmen, Bambamarca, 2021?

1.2 Justificación e importancia de la investigación.

1.2.1 Justificación científica

La mortalidad materna representa un gran dilema en la salud pública, ya que, en contextos de bajos recursos económicos, a diario se producen muertes que podrían prevenirse durante el embarazo, el parto y el período posterior al parto; este hecho se repite año tras año. Así mismo, según la Organización Mundial de la Salud³, los recién nacidos son afectados con nacimientos prematuros, con riesgo de padecer enfermedades crónicas y retrasos en su desarrollo cada año.

Esta problemática existe tanto a nivel mundial, nacional como regional con estimaciones estadísticas alarmantes, aun existiendo planes de acción o estrategias, hasta la actualidad no se ha podido lograr su disminución según las metas trazadas. En muchas ocasiones, las embarazadas asisten a sus atenciones prenatales tardíamente con factores de riesgo preexistentes, exponiendo en forma potencial la vida del binomio madre-niño.

En ese sentido, la atención prenatal forma parte de una estrategia esencial que permite minimizar las complicaciones antes, durante y después del parto, al mismo tiempo que se disminuyen los casos de defunciones maternas. Cuando las gestantes acuden de forma tardía a su primera atención prenatal, se torna más difícil detectar las posibles complicaciones que pueden desencadenar en la muerte materna y perinatal. Por consiguiente, en esta investigación se busca conocer las condiciones o conductas que exponen a mayor riesgo a las gestantes cuando retrasan esta atención prenatal, y como

consecuencia, evidenciar científicamente los factores de riesgo que ayudarán a encontrar las posibles maneras que evitarlas y a entender que pueden ser punto de las posibles soluciones.

1.2.2. Justificación técnica-práctica

En la práctica clínica diaria se observa una cifra representativa de gestantes que asisten tardíamente a su atención prenatal. Muchas de ellas no llegan a completar los procedimientos y exámenes necesarios por lo que dificulta garantizar una atención adecuada en el momento indicado mediante la identificación de riesgos potenciales, resultando en muchos casos con desenlaces perjudiciales; este hecho requiere de equipo multidisciplinario con tiempo oportuno para su manejo acertado para la sobrevivencia de la madre y niño.

Con estas premisas, el Ministerio de Salud (MINSA) como ente rector de la salud y los establecimientos que brindan servicios de atención integral de salud tienen la prioridad de atender gestantes desde el primer trimestre, pero en la actualidad los indicadores prestacionales de salud demuestran que persiste un significativo porcentaje de atenciones prenatales tardías con el 24% aproximadamente, aumentando la probabilidad de producirse mortalidad materna perinatal.

Asimismo, los factores de riesgo asociados en la presente investigación resultarán ser el punto de partida para fijar medidas que se ajustan a las circunstancias de la población expuesta. Abarcando como una de las estrategias la educación para la salud para modificar estilos de vida o conductas que pueden afectar la salud materna en el transcurso de los años.

1.2.3. Justificación institucional y personal

Los hallazgos obtenidos además de aportar al marco teórico, permitirán proponer más estudios acerca de la problemática, así como también plantear propuestas o acciones que permita interiorizar en la gestante la importancia de acudir de forma precoz a un establecimiento de salud a realizarse sus atenciones prenatales adecuadamente; además de enfatizar sobre la importancia y necesidad de llevar la atención prenatal de la gestante y familia para garantizar una atención integral reenfocada y de calidad que va a ayudar a disminuir los niveles de la morbi-mortalidad materno perinatal, de igual manera la presente investigación servirá de antecedente de futuras investigaciones de similar carácter para su posterior comparación o discusión.

No obstante, uno de los beneficiados son los establecimientos de salud, con la identificación de los componentes institucionales a través de valoraciones internas o

externas se podrá evidenciar las falencias originadas que condicionan al inicio tardío de control prenatal. Así como también, favorecerá a las gestantes, familias y comunidades, ante complicaciones obstétricas identificadas precozmente se verán reducidos las probabilidades de padecer secuelas de alguna morbilidad obstétrica.

1.3 Delimitación del estudio

El desarrollo de esta investigación se desarrolló en la provincia de Hualgayoc, distrito de Bambamarca en el Centro de Salud Virgen del Carmen; en un tiempo de doce meses desde su proyecto hasta la obtención de los resultados finales; con estudio de diseño no experimental de tipo correlacional y con población objetiva que fueron las gestantes atendidas en dicha institución, para el logro de esta propuesta se encuestó mediante el llenado de un cuestionario, los cuales respondieron a los objetivos planteados en esta investigación.

El eje fundamental para la realización de esta investigación fue la aceptación a participar en la encuesta que tuvo como objetivo la identificación de los aspectos que inciden al inicio tardío de la atención prenatal.

Una de las limitantes fue la no aceptación por parte algunas gestantes, que conllevó a trabajar con las gestantes de manera conjunta con la concientización de la importancia de la participación al brindar datos para el cuestionario.

Ante el acopio de los datos en el cuestionario se tuvo que requerir de la disposición de un estadístico para la elaboración de las tablas, tabulación y la correlación. Es así, que a partir de los resultados de la investigación motivará a generar estudios científicos en los diferentes niveles de investigación.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

- Determinar los factores sociodemográficos, obstétricos e institucionales asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes en el Centro de Salud Virgen del Carmen - Bambamarca, 2021.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores sociodemográficos de las gestantes atendidas.
- Establecer los factores obstétricos de las gestantes estudiadas.
- Reconocer los factores institucionales de las gestantes intervenidas.

- Describir a las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal.
- Asociar los factores sociodemográficos de gestantes con inicio tardío y temprano de la atención prenatal.
- Asociar los factores obstétricos de gestantes con inicio tardío y temprano de la atención prenatal.
- Asociar los factores institucionales de gestantes con inicio tardío y temprano de la atención prenatal.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación o marco referencial

A nivel internacional:

Machado et al. ⁽¹²⁾ publicaron una investigación en Colombia en el año 2018, esta tuvo como propósito identificar los motivos relacionados con las inasistencias de las citas de control perinatal y sus efectos en la madre y el bebé. Con un estudio descriptivo, correlacional de corte transversal. Encontraron que, en los factores personales, se incluyen la desmotivación y posibles inestabilidades con la familia y la pareja en un 92,9%; mientras que el 47,6% provienen de los factores sociales como el ofrecer limitado apoyo emocional; además, el 74,7% fue atribuible a los factores institucionales, esto producto de la falta de preparación del organismo para afrontar el parto. Los factores se asocian significativamente con las inasistencias a los controles prenatales. Además, las complicaciones más comunes fueron trastornos hipertensivos en un 6,8%, prematuridad en un 25,3% y bajo peso al nacer en un 17,7%. Concluyeron que el número de citas de control prenatal influye en los resultados obstétricos.

Valdés L. ⁽¹³⁾ publicó un estudio en Panamá en el 2018, con el fin de conocer el vínculo entre los factores sociodemográficos y obstétricos con el inicio tardío de control prenatal en embarazadas de un centro médico. El estudio fue analítico, casos y controles, retrospectivo. Los hallazgos evidenciaron que tener menos de 20 años, ser soltera, no tener instrucción educativa, estar empleada, tener antecedentes de embarazos previos y presentar un embarazo no planificado, son características que están vinculadas al inicio de un control prenatal tardío. Concluyó que existe asociación entre la edad < a 20 años, ser soltera, no tener instrucción educativa, estar empleada, tener antecedentes de embarazos previos y presentar un embarazo no planificado con iniciar tardíamente un control prenatal.

Betancourt et al. ⁽¹⁴⁾ publicaron un estudio en Venezuela en el año 2017 con el propósito de identificar los factores que se asocian a la no adherencia del control prenatal gestacional. El estudio fue descriptivo de corte transversal. Encontraron que hay más frecuencia entre las edades menores de 20 años (44%), unión libre (44%), secundaria completa (50%), urbana (50%), inicio de control prenatal tardío (98%), < 4 controles (84%), con 1 gesta de antecedente (60%); como parte de la conclusión, llegaron a destacar que los factores económicos, de transporte, la distancia entre el hogar hasta el establecimiento de salud, el tiempo de espera de atención, las citas a destiempo y el deficiente

conocimiento acerca del control prenatal son factores que se vinculan a un control prenatal tardío.

A nivel nacional:

Bonifaz et al. ⁽¹⁹⁾ publicaron un estudio en la ciudad de Ica en el 2021 con el propósito de identificar los factores que provocan el inicio tardío de los controles prenatales. Cuyo diseño fue no experimental, correlacional de corte transversal. Llegando a encontrar que el 60,8% de las mujeres empezaron su control prenatal entre las 13 y 26 semanas, y el 23,3% entre las semanas 27 y 40 cuyas edades variaron entre los 19 y 29 años (76,7%), el 86,7% eran cohabitantes y sólo el 68,3% eran estudiantes. En cuanto a los factores personales, se observó que el 62,5% no sabía sobre la relevancia de llevar un control de embarazo, el 69% no pudo asistir debido a que cuidaba a sus infantes, el 60,8% no recordó la cita, el 58,3% no le dieron permiso laboral, el 55,8% no acudió por vergüenza y temor. Con respecto a los factores institucionales, el 77,5% manifestó tener disposición por las tardes, el 62,5% dijo no tener seguro de salud, el 47,5% tardó entre 30 a 60 minutos para acudir al centro de salud, el 56,7% informó que el personal brinda un trato inadecuado. Llegando a concluir que, tanto los factores institucionales y personales se asocian con el inicio tardío de los controles prenatales.

Quijaite et al. ⁽⁷⁾ publicaron una pesquisa en la localidad de Lima en el año 2019 con el propósito de conocer los factores que se relacionan con el inicio tardío de la atención prenatal. El estudio fue observacional, analítico de corte transversal. Llegando a evidenciar que tanto los factores sociodemográficos e institucionales no tuvieron relación con la atención prenatal; mientras que los factores personales como los antecedentes de maltrato, la dejadez de la pareja y el factor obstétrico de un embarazo no planeado se asocian directamente con la atención prenatal tardía. Mediante el análisis multivariado se observó que la dejadez de la pareja y el embarazo no planeado se asocia con la atención prenatal tardía. En conclusión, se estableció que un embarazo no planificado y la dejadez de la pareja son factores que se relacionan con el inicio tardío de la atención prenatal, a pesar de que ello pone en riesgo el bienestar de la madre y del bebe.

Chilipio et al. ⁽¹⁸⁾ publicaron una exploración en la localidad de Lima en el año 2019, cuya finalidad fue comprobar si el embarazo no planificado aumenta el riesgo de inicio tardío y abandono de la atención prenatal; con diseño observacional de tipo retrospectivo, encontró que el embarazo no planificado afectó al 6% y 15,4% de gestantes prematuras y añosas; además, el 51,3% inició sus controles prenatales a destiempo, mientras que la desidia posterior de la atención prenatal ocurrió en el 15% de los casos; también encontró que el

embarazo no planificado aumentó las probabilidades de comenzar una asistencia o control prenatal tardía en un factor de 1.48; sin embargo, esta no se asocia con el abandono posterior de la atención prenatal. En conclusión, un embarazo no planificado puede aumentar el retraso del control prenatal, pero este no se encuentra asociado a un abandono posterior.

Rivera et al. ⁽⁹⁾ desarrollaron el estudio en la localidad de Chancay Huaral en el 2018, con el fin de conocer los factores relacionados con el acceso a la atención prenatal en términos de oportunidad y cobertura. Con un estudio enfoque observacional y analítico. Se encontró que la mayoría eran cohabitantes (74,5%), Además, el 50,9% vivía en áreas rurales, 98,2% hablaban español; no tenían seguro de salud el 4,5% y previo al embarazo el 34,5% no disponía de asistencia médica. En términos de factores personales, el 64,5% tuvo un embarazo no planificado, el 51,8% tenía un intervalo intergenésico corto y el 76,4% tenía una paridad de dos o menos. Además, 67 usuarias (60,9%) iniciaron sus controles prenatales a tiempo, mientras que 43 (39,1%) lo iniciaron después de las 14 semanas. Se concluyó que el no poseer un seguro de salud y el olvidar de las citas son factores que se relacionan con la accesibilidad a los controles prenatales.

Choquehuanca J. ⁽¹⁵⁾ publicó una pesquisa en la localidad de Arequipa en el año 2017, con el fin de determinar si los factores socioculturales, obstétricos e institucionales se asocian al inicio tardío de atención prenatal. El estudio fue descriptivo, relacional de corte transversal. Encontró que la mayoría inició las atenciones prenatales a destiempo (70,9%). El 73,64% de las embarazadas tenían edades entre los 20 a 35 años, el 85,45% eran cohabitantes, el 59,09% tuvo instrucción secundaria y el 83,64% eran de la zona urbana. El 49,09% de las gestantes eran multíparas, el 70,91% no habían sufrido ningún aborto, el 76,36% no habían planeado el embarazo y el 60,9% habían tenido un intervalo entre embarazos de menos de dos años. Reportó que el 93,64% indicó haber estado afiliado al SIS y el 90,91% manifestó estar insatisfechas con el tiempo de espera. Concluyó que existe asociación entre los factores socioculturales, obstétricos e institucionales con el inicio tardío del primer control prenatal.

Reyes et al. ⁽¹⁶⁾ publicaron una investigación en la ciudad de Cuzco en el 2017 con el objetivo de identificar los motivos por los cuales las gestantes inician de manera tardía sus controles prenatales. Con estudio cualitativo, se llegó a encontrar que, las mujeres que tienen más de 14 semanas de gestación son amas de casa y tienen estudios secundarios completos, tienen una mayor probabilidad de comenzar tarde la atención prenatal. Durante las entrevistas, las puérperas mencionaron que la desinformación acerca de los controles prenatales y desconocer la importancia llevar un control prenatal temprano fueron

motivantes que influyeron a llevar un control prenatal tardío. Por otra parte, el temor y la deficiente calidad de atención fueron factores que también pueden disuadir a las gestantes a acudir a sus próximas citas de atención personal.

A nivel regional:

Céspedes C. ⁽¹⁷⁾ publicó una pesquisa en la ciudad de Cajamarca en el 2018 para conocer los factores sociodemográficos que se relacionan con la atención prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Centro de Salud La Tulpuna. Su diseño fue no experimental, correlacional de corte transversal. Al respecto, evidenció que el 35,7% de las gestantes tenían entre 20 y 24 años, el 22,9% habían completado la educación secundaria y el 80,9% eran convivientes; además, el 88,5% procedía de zonas urbanas, el 66,9% tenía un bajo ingreso socioeconómico y el 71,3% eran amas de casa. De esta manera, concluyó que prevalece un vínculo significativo entre el nivel socioeconómico y la cantidad de atención prenatal recibida.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Teoría de autocuidado

Dorothea Orem (1914-2007), introduce el concepto de autocuidado como una actividad que debe ser aprendida por las personas en el campo en la salud, con una conducta concreta hacia la vida dirigida hacia los individuos sobre sí mismas y a su entorno para su bienestar físico, mental y social³⁸.

Esta teoría es una de las más importantes sobre la educación para el autocuidado, sirviendo como referencia para comprender el comportamiento de las gestantes hacia la atención prenatal, la cual es evaluada desde la perspectiva del mismo paciente, de acuerdo a sus conductas y decisiones.

El autocuidado es aprendido por el individuo, realizado de forma intencionada deliberadamente, siempre en correlación con las circunstancias del estado de salud y la etapa de vida del ser humano; en este ámbito tiene un papel fundamental el personal de salud quien tiene contacto con la gestante para guiar, enseñar y apoyar en la toma de decisiones, fomentando la responsabilidad de cada persona para el cuidado de su salud³⁸.

También existen factores externos que influyen en la toma de decisiones de la salud en la gestante, puesto que para entender completamente a la persona es necesario distinguirla integralmente, desde un punto de vista biológico, social, psicológico y espiritual³⁸.

De este modo, se debe transmitir mediante la promoción de la salud el hábito del autocuidado en las gestantes. Como parte de su responsabilidad es la vigilancia y cuidado de su estado de gestación, esto se da al asistir tempranamente a su atención prenatal para su evaluación integral y oportuna preparación para el embarazo, parto y postparto. En este caso, es imprescindible que la gestante valore y entienda el proceso del embarazo y las posibles complicaciones que pueden darse si no se vigila adecuadamente, ya que al conocer los signos de alarma y actuar rápidamente puede evitarse las mortalidades maternas y perinatales.

La atención materno infantil es esencial tanto mundial, nacional y local, puesto que su principal propósito es evitar las complicaciones obstétricas del embarazo en base a un diagnóstico oportuno y una vigilancia adecuada.

Según la Organización Mundial de Salud, la vigilancia temprana, regular y completa del embarazo disminuye significativamente las posibles complicaciones obstétricas, muerte materna y perinatal. Además, facilita un monitoreo apropiado del parto y crea condiciones favorables para el bienestar de las madres y los recién nacidos. También reduce la incidencia de discapacidades de origen congénito²¹.

La mortalidad materna y perinatal se puede prevenir y detectar por medio de una atención prenatal continua, precoz y de calidad, que faculte reconocer y vigilar los principales factores de riesgo obstétricos y perinatales²¹.

La mortalidad materna es eludible en la mayoría de las situaciones, puesto que se ha demostrado que, al intervenir eficiente y eficazmente, además de una adecuada inversión para fomentar la maternidad saludable no solo disminuye las muertes y las discapacidades materno infantiles, sino que ayuda a contribuir a mejorar la salud, incrementando la calidad y equidad en uno de los grupos vulnerables de la sociedad. Estas acciones sugieren ser más eficaces en función al financiamiento del área de salud, principalmente en la atención primaria de salud²¹.

2.3 Marco Conceptual

2.3.1 Atención prenatal

2.3.1.1 Definición

La atención prenatal involucra acciones en conjunto sobre la salud que van dirigidas hacia las gestantes por medio del Sistema Nacional de Salud, y sostiene un alcance más amplio y estricto siendo una de las piezas angulares más imprescindibles en la atención primaria de salud. Su objetivo es proponer una adecuada atención a todas las gestantes en

beneficio de su salud, al mismo tiempo que el recién nacido tenga un adecuado peso y que sea un parto sin complicaciones tanto para la madre como para el niño. Considerándose que todo embarazo potencialmente es de riesgo para un correcto monitoreo y vigilancia durante la atención prenatal²².

La captación de la gestante debe ser antes de las 14 semanas de gestación, debiendo obtener el 100% de cobertura en este grupo de población, siendo una meta esencial para los profesionales en salud pública, y además por los beneficios que esta captación temprana da para el trabajo rutinario, favoreciendo la localización de alteraciones crónicas ligadas con la gestación y como también al facilitar esta atención por medio de un equipo especializado, con una constante asistencia en los controles prenatales, detectando o corroborando mediante una atención integral en conjunto con el examen bimanual, la similitud entre la altura uterina y el período de amenorrea, al igual que determinar las cifras basales de la presión arterial, conocer el peso ponderal del feto y el diagnóstico nutricional de cada gestante para evitar el bajo peso del niño por nacer y de padecer algún riesgo de hipertensión arterial durante la gestación, y valorando a la gestante psicosocialmente y su familia para determinar el nivel de aceptación del proceso de la gestación, y así de esta manera poder intervenir según el estado individualizado de cada gestante y por ende lograr la eficaz intervención hacia las gestantes según cada necesidad²².

2.3.1.2 Características

- Integral
- Periódico
- Precoz²³

2.3.1.3 Objetivos de la atención prenatal.

- Estimar la salud integral de la gestante y del embrión, determinar la existencia de algunos síntomas alarmantes y patologías vinculadas que necesiten un manejo experto para la adecuada atención.
- Acondicionar física y psicológicamente a la paciente para el alumbramiento por medio de la preparación antes del parto (estimulación prenatal).
- Fomentar que la familia y el cónyuge cuiden a la gestante.
- Impulsar la óptima alimentación de la gestante.
- Diagnosticar, prever y tratar posibles complicaciones producto del embarazo.
- Determinar la presencia de cáncer de cérvix uterino o alguna afección mamaria.
- Determinar la existencia del VIH y sífilis, y de ser necesario brindar un tratamiento idóneo.
- Determinar la presencia de violencia y ofrecer el apoyo oportuno.

- Facilitar la atención planificación familiar y salud reproductiva.
- Prever la vacunación contra el tétano neonatal y así evitar el tétano neonatal.
- Garantizar que el recién nacido reciba lactancia materna exclusiva.
- Aplicar el plan sobre el parto institucional, favorece el control individualizado de cada gestante promoviendo la colaboración de la familia y la pareja²³.

2.3.1.4 Frecuencia de las atenciones prenatales

El comienzo de la atención de la gestante, por lo general y apropiado, debe ser lo más continuo, integral, temprano y periódica. Se manifiestan que como requisito para ser gestante controlada mínimo debe percibir seis atenciones prenatales organizadas de la siguiente forma:

- Dos controles antes de las 22 semanas.
- El tercero entre las 22 a 24 semanas.
- El cuarto entre las 27 a 29 semanas.
- El quinto entre las 33 a 35 semanas.
- El sexto entre las 37 a 40 semanas²³.

2.3.1.5 Actividades que se realizan en la primera atención prenatal

Realización de la Historia Clínica Materno Perinatal:

En la evaluación con la gestante se empieza con la anamnesis, con el llenado de la Historia Clínica Materno Perinatal. Detallar la información acerca de la filiación, antecedentes personales, familiares, obstétricos, precisar el tiempo de edad gestacional y tamizar si existe violencia intrafamiliar y la salud mental.

Así mismo, también incluye el examen físico, el cual incluye la inspección de las funciones vitales por parte del profesional de salud, como la evaluación del corazón, los pulmones, el abdomen, las mamas, etc. En el caso de tomar funciones vitales, se debe evaluar el pulso, respiración, temperatura y presión arterial. También es de vital importancia la toma de medidas antropométricas como la talla y peso. Y de esta manera poder evaluar el estado nutricional de la gestante. Con estos datos se podrá graficar en el CLAP/OPS del carnet perinatal y en la HCMP la ganancia de peso de la gestante.

Examen obstétrico completo:

- Estimación obstétrica de la gestante, en cuanto al tiempo gestacional, precisar: número de fetos, altura uterina, movimientos fetales y latidos cardiacos fetales, anotar la evolución del crecimiento uterina y registrar en la tabla CLAP/OPS.

- Apreciación ginecológica: dar a conocer acerca del procedimiento que se va a realizar como el examen ginecológico y el examen de mamas, en donde incluye el tamizaje para descarte de cáncer de cuello uterino (Papanicolaou).

Exámenes auxiliares basales:

- Realizar el tamizaje de proteinuria en las atenciones prenatales por medio de los métodos cualitativos, que son la forma más rápida a utilizar en las consultas como son la tira reactiva o test ácido sulfosalicílico.
- Hemoglobina, es analizada a través de la altitud que se encuentra la gestante, esta va a variar en los diferentes lugares, al igual que el examen del grupo de sangre y factor Rh, pruebas de descarte de VIH, sífilis o diabetes, estos exámenes previos podrán realizar el diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, o en todo caso el examen mediante RPR y ELISA; el urocultivo se realiza cuando sea necesario en la paciente en los establecimientos de salud autorizados.
- Dentro del diagnóstico con imágenes se encuentra la ecografía obstétrica que se debe realizar antes de las 14 semanas de gestión, esta ayudará a conocer con exactitud la edad gestacional, para las gestantes mayores de 35 años es necesario que el examen del pliegue nuchal fetal se realice entre las 10 y 14 semanas.
- Urocultivo periódico: con antecedentes de ITU en las gestantes o con leucocitosis, con un valor superior de 10 por campo y/o nitrito positivo en la prueba urinaria.

En las actividades que se realizan también incluye la prescripción de ácido fólico. Esta vitamina en la presentación de 500 mcg es otorgada a toda gestante que tenga hasta 13 semanas de gestación que acude en la primera consulta. El ácido fólico de 400 mcg y el sulfato ferroso de 60 mcg son suplementos que se administran a partir de la semana 14 de gestación hasta el periodo de puerperio. La prescripción de calcio se ofrece a partir de las 20 semanas de gestación hasta el parto con la dosis de 2000 mg al día. Es necesario derivar a la consulta odontológica, si el establecimiento cuenta con el profesional odontólogo se debe solicitar la evaluación; de no contar con ello, se deberá referir y coordinar al centro de salud más cercano en donde pertenezca su jurisdicción. Dentro del paquete de la atención integral de la gestante está la vacunación contra el tétano neonatal y la influenza estacional, en el caso que la gestante no haya recibido la vacunación anteriormente, se deberá brindar su primera dosis contra el tétano al término de la primera atención prenatal y a partir de las 20 semana gestacionales la vacunación contra la influenza.

Otra forma de preparar a la gestante integralmente es brindar en la primera atención prenatal información preventiva y educativa sobre los efectos nocivos de algunos químicos

tóxicos como alcohol, tabaco, coca y sus consecuencias en el bienestar materno y fetal, además se debe informar el sexo seguro; también, es importante descartar las ITS o VIH. El profesional de salud le debe informar sobre dónde acudir en caso de que presenten alguna molestia o algún signo de alarma como es el sangrado, temperatura elevada, dolor abdominal y de cabeza, mareos, convulsiones, escotomas, tinnitus, epigastralgia, acúfenos, pérdida de líquido amniótico, anasarca, o cualquier otra molestia. Además, es relevante manifestar a la paciente la importancia de anotar el tiempo exacto cuando sienta los primeros movimientos fetales activos, éstos son dados a partir del segundo trimestre y de que acuda a todas sus citas para su atención, y de preferencia con presencia de la pareja o algún familiar que contribuya en el cuidado y bienestar de la gestante²⁴.

2.3.1.6 Actividades posteriores en las atenciones prenatales

Estas consultas no deben ser menos de 15 minutos, va a depender del factor de riesgo que presente la gestante, realizándose según el plan protocolar en cuanto a su periodicidad, se va a considerar las siguientes actividades:

En todas las consultas:

- Evaluación y examen integral.
- Preguntar por los signos y/o síntomas de alarma.
- Verificar la evolución del peso de la madre, toma de la presión arterial, edemas y los reflejos osteotendinosos.
- Medición de la altura uterina para evaluar el crecimiento fetal intrauterino.
- Solicitud e interpretación de exámenes de laboratorio de rutina.
- Precisar la edad gestacional en cada atención prenatal.
- Prescribir el complemento vitamínico de hierro con ácido fólico a partir de las 14 semanas de gestación.

Desde las 28 semanas de gestación realizar las siguientes intervenciones:

- Verificar la presencia fetal, la cantidad de fetos y la posición de los mismos.
- Determinar los latidos cardiacos fetales.
- A partir de las 20 semanas de gestación se debe monitorear la movilidad fetal.
- A partir de las 12 semanas se debe iniciar la estimulación prenatal y a partir de las 22 semanas de gestación se debe dar inicio a la preparación psicoprofiláctica.

Desde las 35 semanas de gestación realizar las siguientes intervenciones:

- Realizar la pelvimetría interna y la apreciación de la presentación feto pélvica en mujeres con primer embarazo.
- Verificación del encajamiento fetal.
- Examen y reevaluación del estado general e integral de la gestante.
- Actualizar los exámenes de laboratorio según sea necesario por indicación del criterio médico.

- Pedir las pruebas de bienestar fetal para evaluación, según sea necesario.
- Programar cesárea electiva en caso sea necesario y pedir los exámenes de riesgo quirúrgico²³.

2.3.2. Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal

Desde la perspectiva del MINSA, una atención prenatal hace referencia a la atención recibida posterior a las 14 semanas gestacionales; diferentes investigaciones se han realizado para entender los factores relacionados con el inicio tardío de la atención prenatal, y se ha descubierto que gran parte de estos factores se derivan de la propia gestante, como factores personales, familiares e institucionales. Estos factores influyen en la decisión de la paciente de no recibir atención oportuna⁸.

Por otro lado, se ha establecido que la cultura condiciona el significado de la salud, es decir, puede influir en la decisión de la embarazada para decidir sobre el inicio de la atención, la cual se ve afectada por los valores y creencias en torno a este suceso. A su vez, los miembros de la familia, en especial las mujeres y la sociedad también pueden influir en las gestantes y madres cuando realizan los cuidados innatos; además, los conocimientos de los antepasados que son transmitidos y preservados en el tiempo tienen incidencia al momento de iniciar la atención prenatal, las cuales son guiadas por su aprendizaje empírico³³. En efecto, las creencias pueden tener un efecto negativo sobre la asistencia adecuada y oportuna, tomando relevancia en el ámbito de la salud. Así como también, factores institucionales, que van a predisponer dentro de la experiencia vivida de la gestante³⁴.

Otros factores asociados que pueden predominar en la atención prenatal tardía pueden ser las edades maternas extremas, el tabaquismo y el lugar previsto para el parto pueden actuar en el retraso de la atención perinatal. Los servicios habilitados para brindar el servicio no son utilizados adecuadamente debido al analfabetismo. Las mujeres que son solteras o viven solas tienen el riesgo particular de inicio tardío de la asistencia para la atención prenatal³⁴.

Asimismo, para las usuarias que experimentaron tiempos de espera prolongados, trato inadecuado y falta de seguro de salud representa una importante barrera para iniciar tempranamente la atención de salud durante el embarazo, incrementando el riesgo en los casos que tienen el nivel socioeconómico bajo³⁴.

Además, el conocimiento escaso acerca de la importancia del inicio oportuno y vigilancia adecuada de la mujer embarazada y del feto, la ocupación y la no planificación por parte de la madre, además, las actividades hogareñas, también la falta de tiempo o el prolongado

tiempo de espera para una atención médica, son probables factores que influyen para que la gestante inicie tardíamente el control o atención prenatal³.

Algunas consecuencias que pueden presentarse si la gestante inicia tardíamente la atención prenatal son los trastornos hipertensivos incrementando el riesgo por desconocimiento o incredulidad. En otras ocasiones la gestante puede tener miedo o temor al examen aumentando el riesgo de ruptura prematura de membranas, y en otras, las hemorragias obstétricas y la diabetes gestacional por ignorancia y/o falta de seguimiento y monitoreo por parte del personal de salud en su jurisdicción. También puede tener

repercusiones en el bienestar fetal y perinatal como la restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad y el bajo peso al nacer. Estas complicaciones desmedidas pueden evitarse si se procede con una atención y evaluación integral tempranamente, o en el caso se diera alguna de estas complicaciones, actuando oportunamente con el conocimiento previo y seguimiento adecuado¹².

2.3.2.1 Factores sociodemográficos

Son características propias y vinculadas al entorno, expresadas por la embarazada, pudiendo influir en la toma de decisiones al momento de iniciar la atención prenatal o que bien puede ser un obstaculizador; se exponen los siguientes:

- **Edad**, es un término que define al periodo que se vive y es considerado como una categoría de periodificación que no solo se basa en factores biológicos, sino que también es un constructo simbólico que se relaciona con la dimensión temporal del ciclo de vida, en función de la cultura y su cosmovisión. Este concepto no solo se aplica en el arte, sino que la ciencia también ha desarrollado diferentes interpretaciones del fenómeno mediante prototipos¹⁷.

También, esta categoría describe al tiempo que se vive y está comprendida en la cosmovisión de la sociedad que tienen diferentes culturas, formando parte de un referente que enmarca la experiencia rutinaria de las personas y se expone tangiblemente en armonía con el ritmo biológico que toda persona experimenta, asociado a la duración del periodo vivido. Así como la expresión del ritmo biológico, que se manifiesta de manera continua y progresiva, representado en la sociedad¹⁷.

Desde el punto de vista antropológico, las diversas maneras de valorar la edad se basan en el proceso y desarrollo del ritmo ontogenético, entendiéndose como etapas progresivas que suceden durante la vida de la persona, a partir de su nacimiento hasta su muerte¹⁷.

- **Nivel de instrucción**, agrupa las diversas fases de la educación, con propia característica propedéutica y en algunos casos de forma terminal; dicho de otra manera, la persona que asiste para ingresar a otro nivel más superior, o bien, al culminar, se incorpora rápidamente al trabajo. A nivel nacional, el sistema de educación está organizado en dos fases: la primera abarca el sistema de educación básica y la segunda comprende la educación superior¹⁷.

El nivel de educación inicial, representa el nivel I, comprende la primera fase de la educación regular, considera a todos los niños de 0 a 2 años de edad, en la forma no escolarizada y en forma escolarizada de 3 a 5 años de edad¹⁷.

El nivel de educación primaria, conforma el nivel II, en esta fase estima una duración de 6 años de estudios, en donde comprende en el plan de estudios desde el primer grado al sexto grado de la educación primaria, este plan es realizado por niños de aproximadamente 6 a 11 años de edad¹⁷.

El nivel de educación secundaria, comprende el nivel III, este nivel puede ser llevado por personas menores y adultos. Este plan de estudios se da de manera escolarizada realizada en los colegios, y en el caso de programas educativos se brinda de la manera no escolarizada, impartidos por 5 años de estudios¹⁷.

El nivel superior no universitario, agrupan a las escuelas regulares, Escuelas de Sub-Oficiales de las Fuerzas Armadas, escuelas superiores de educación profesional, institutos tecnológicos, pedagógicos y Escuelas Superiores de Administración de Empresas. Para llevar este plan de estudios con normalidad se tiene una durabilidad de 3 años¹⁷.

El nivel superior universitario, las conforma con las universidades, así como también las escuelas de oficiales de las Fuerzas Armadas y Policiales, Instituto Pedagógico Nacional, Instituto Superior de Arte del Perú, Escuela de Periodismo, Escuela de Enfermeras y Academia Diplomática del Perú. En esta modalidad de estudios trazados tiene una duración no menor de 4 años¹⁷.

- **Estado civil**, situación actual del individuo en correlación con las leyes del estado o costumbres percibidas empíricamente al matrimonio o convivencia. Van a conformar las siguientes categorías: conviviente, se dice así a la persona que habita en una sola propiedad con su pareja sin tener de por medio matrimonio civil o religioso; separado, es aquella persona que no se encuentra en vínculo amoroso actualmente y no residen en una misma propiedad de vivienda o en unión; casado, es el individuo que ha adquirido matrimonio civil y/o religioso y reside bajo la misma

propiedad de vivienda con su cónyuge; viudo, es aquella persona que no ha vuelto a contraer matrimonio y no reside en convivencia con alguna persona vinculada sentimentalmente después de la defunción de su cónyuge; divorciado, es aquella persona que culminó su relación conyugal bajo la vía legal y no ha vuelto a contraer matrimonio y no vive en convivencia; soltero, es aquella persona que jamás contrajo matrimonio y no ha residido bajo unión de hecho, ni vive en convivencia¹⁷.

- **Ocupación**, se pueden distinguir según la forma de laborar, siendo de manera dependiente o independiente; estas son: empleado, es aquella persona que se ocupa eminentemente de lo intelectual; que labora en una entidad privada o estatal, que por sus servicios se da el sueldo o comisión; obrero, es aquella persona que se ocupa eminentemente manual; que labora en una entidad privada o estatal, que por dar los servicios percibe un salario o comisión diario, algunos de los tipos de trabajos en este grupo son: ayudante de albañil, obrero de fábrica, etc.; trabajador independiente, individuo que realiza una actividad propia o que presta sus servicios de alguna profesión u oficio por su propia cuenta, y no hay otras personas que tengan remuneración al cargo de la persona independiente; empleador o patrono, es aquel individuo que realiza y establece su propio negocio o empresa o que se desempeña como profesional u oficio por su propia cuenta pero que tiene uno o más personas que perciben una remuneración por el cargo; trabajador(a) del Hogar, es aquella persona que da su prestación remunerada en alguna vivienda; ama de casa es considera a la persona sea hombre o mujer que tiene más de 15 años, y que realiza compras para la vivienda y administra el hogar diariamente¹⁷.
- **Procedencia**, es el sitio en donde la persona vive normal y habitualmente, ya sea desde la zona urbana, conocido también como ciudad, generalmente esta zona cuenta con el abastecimiento básico para el bienestar y salubridad de la vivienda, con alta densidad poblacional con más de 2, 500 habitantes con predominancia en actividades secundarias como la manufactura y servicios en las áreas industriales, tecnológicas y económicas; por otra parte, en la zona rural predomina el paisaje natural, también denominándose campo, con baja densidad poblacional con menos de 2,500 habitantes, en la cual en sus actividades priman el sector primario como la agricultura y ganadería¹⁷.

2.3.2.2. Factores Obstétricos

Las gestantes multíparas debido a su experiencia ya vivida suelen manifestar que no es necesario acudir a una consulta prenatal temprana, de manera similar sucede cuando se trata de un embarazo no planificado o deseado y en consecuencia no aceptan su gestación,

en esta situación el embarazo durante el primer trimestre no es evidente el crecimiento uterino, el cual lo mantienen oculto obstaculizando el inicio oportuno de la atención prenatal; y por otro lado, en el caso de las primigestas, en muchas ocasiones por su temor, miedo o desconocimiento pueden llevar a tener una atención prenatal tardía afectando el bienestar materno y fetal⁸; tenemos:

- **Periodo intergenésico**, se clasifica en periodo intergenésico corto, se denomina así cuando se produce entre un embarazo y otro en un periodo menor de 24 meses y el periodo intergenésico largo, se denomina así cuando se produce entre una gestación y otra con más de 60 meses²⁵.
- **Planificación de embarazo**, es la proyección de un próximo embarazo o primer embarazo, clasificados en: los no deseados, son aquellos que ocurren en un momento menos indicado para la concepción de un nuevo ser, poco favorable o inoportuno, o en algunos ocasiones en mujeres que ya no quieren reproducirse, en algunos casos esto se da cuando mantienen relaciones sexuales sin protección anticonceptiva o en personas que tuvieron falla de los métodos anticonceptivos; y los embarazos deseados, son consecuentes a una proyección y preparación previa para la concepción de un nuevo ser²⁶.
- **Gravidez**, es el número total de gestaciones que ha tenido anteriormente y actualmente, en términos obstétricos se clasifica en: primigesta, se considera a la mujer que tiene su primer embarazo, secundigesta, se considera a la mujer que cursa su segundo embarazo, multigesta, se define a la mujer que cursa más de 2 embarazos y la gran multigesta, a la mujer que tiene más de 5 embarazos²⁷.
- **Paridad**, es el número de total de partos considerados desde las 20 semanas de gestación, considerándose primíparas a las mujeres que tuvieron un parto, en caso de las mujeres nulíparas se denomina así cuando no tuvieron ningún parto y en las multíparas cuando tuvieron más de 2 partos, en cualquiera de los casos considerados ya sea por parto distócico o eutócico²⁷.
- **Antecedente de aborto**, son todas las gestaciones que culminaron antes de las 20 semanas de gestación, se clasifican en: aborto inducido, se produce cuando decide interrumpir la gestación voluntariamente mediante métodos invasivos o fármacos, en el aborto espontáneo ocurre cuando el embarazo culmina naturalmente sin alguna intervención para provocarlo, y en el aborto terapéutico, es la interrupción de la gestación realizado únicamente practicado por el profesional capacitado por razones médicas. También están considerados en esta categoría los embarazos que fueron embarazos ectópicos se produce cuando la implantación del cigoto se

da fuera del útero y las molas hidatiformes, se considera así a la fecundación anormal, formándose un tumor benigno producto de un embarazo no viable²⁷.

- **Antecedente de embarazo adolescente**, según el MINSA, adolescente se considera cuando tiene de 12 a 17 años de edad, ocurre cuando la mujer anteriormente tuvo una gestación antes de los 18 años, pudiendo haber tenido un caso de aborto o embarazo viable³⁷.

2.3.2.3. Factores institucionales

Están compuestas por indicadores innatos de una institución o entidad de salud implicado en el sistema del estado peruano que pudieran predisponer de un control prenatal inicial. La cobertura y accesibilidad universal de la puérpera a los servicios de salud son las características primordiales que tienen en cuenta y que influyen al momento de dar inicio a los controles gestacionales, siendo necesario valorar la posición que tiene la gestante con respecto a los seguros universales de salud, siendo preciso indicar si previamente a la gestante ya contaba con un seguro de atención integral en el cual garantiza anticipadamente el acceso de la gestante para su atención; así como también, la disposición de tiempo para acudir en el horario de atención de la gestante, es imprescindible que ambos tiempos sean semejantes para que se pueda llevar a cabo adecuadamente⁸.

En algunos casos si la gestante percibe que la entidad y los profesionales de la salud no proporcionan un servicio adecuado y con buen trato, dando confianza y disposición para llevar una maternidad saludable, por ello será necesaria que las puérperas acudan a tiempo a sus controles para que se puedan obtener unos correctos indicadores⁸:

- **Afiliación de las usuarias al SIS**, es un seguro universal de salud, dirigido a las personas que no tienen otro tipo de seguro, que se encuentren en pobreza, extrema pobreza, o que estén incluidos en el grupo de población vulnerable como gestantes, menores de 5 años, etc. En el caso de las embarazadas este tipo de seguro cubre el embarazo, parto vaginal o cesárea y puerperio, incluyendo complicaciones obstétricas que pueden ocurrir en cualquier etapa, también implica el servicio de hospitalización y medicamentos para la atención de la gestante²⁸.
- **Trato del personal de salud**, es la relación física, verbal y no verbal que tiene el usuario y el proveedor de salud. Proporcionando un trato adecuado se puede garantizar el bienestar y la confianza necesaria que impartirá confort y comodidad en el usuario en sus posteriores atenciones, como también, al dar la información

necesaria con empatía y respeto para esclarecer alguna duda respecto a su dolencia o necesidad.

Pero en los casos de pacientes o usuarios que tuvieron trato inadecuado, indistintamente de que obtuvieron mejora sobre su estado de salud, se puede evidenciar situaciones de miedo e inseguridad ante su posible recuperación y con un alto nivel de desconfianza para pedir la información necesaria y poder despejar sus dudas. Por lo expuesto, es necesario estimarla como una de las tácticas en la salud sexual y reproductiva para obtener mejoría en calidad en los servicios de salud²⁹.

- **Tiempo de espera para consulta por los servicios de salud de obstetricia**, la usuaria que predispone su tiempo para la asistencia, se dirige con la posibilidad tener una atención breve y con la satisfacción de haber respondido todas sus necesidades. Según las normas administrativas del Ministerio de Salud, está regulado que la duración de la atención ambulatoria será de 15 a 20 minutos, salvo a algunas excepciones cuando se presente otros tipos de necesidades del usuario³⁵.
- **Tiempo libre similar al servicio de obstetricia**, particularmente está relacionado con la ocupación de la usuaria o el tiempo que dedica a un trabajo, realizados en el transcurso del día. Por otro lado, los horarios del servicio de salud para consultas externas o atenciones prenatales generalmente son diurnos inclusive en algunos niveles de establecimiento con atención domingos y feriados según corresponda; algunas gestantes tienen diferentes tipos de ocupaciones como oficios o profesionales realizados durante el día o día laborable pudiendo obstaculizar el momento del inicio de la atención prenatal³⁵.

2.4. Definiciones de términos básicos

- Atención prenatal: son las acciones destinadas a lograr el bienestar de la gestante y la óptima atención en salud para lograr disminuir la mortalidad materna y perinatal⁸.
- Atención prenatal temprana: Se considera así cuando la gestante inicia en un establecimiento de salud la atención prenatal posterior de las 14 semanas gestacionales⁸.
- Atención prenatal tardía: Se define así cuando la gestante inicia la atención prenatal en un establecimiento de salud a partir de las 14 semanas de gestación en adelante⁸.
- Factores de riesgo: Son las características que pueden exponer a una persona en donde incrementa la probabilidad de padecer alguna dolencia, complicación o patología⁸.
- Embarazo: Es el proceso fisiológico y funcional que empieza desde la implantación del cigoto en el útero y culmina con el alumbramiento, tiene una duración de 280 días o 9 meses aproximados⁸.

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

H₁: Existe asociación entre los factores sociodemográficos, obstétricos e institucionales y el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas del Centro de Salud Virgen del Carmen – Bambamarca, 2021.

H₀: No existe asociación entre los factores sociodemográficos, obstétricos e institucionales y el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas del Centro de Salud Virgen del Carmen – Bambamarca, 2021.

3.2. Variables/ categorías

Variable 1

Factores sociodemográficos, obstétricos e institucionales.

Variable 2

Inicio tardío de atención prenatal.

3.3 Operacionalización/categorización de los componentes de las hipótesis

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS, OBSTETRICOS E INSTITUCIONALES ASOCIADOS AL INICIO TARDIO DE LA ATENCION PRENATAL. CENTRO DE SALUD VIRGEN DEL CARMEN, BAMBAMARCA 2021.					
Variable	Conceptualización de la variable	Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala
Variable 1: Factores sociodemográficos, obstétricos e institucionales	Son características específicas con más probabilidad de padecer alguna predisposición ⁸ .	Factores sociodemográficos	Edad	15-19 años	De Intervalo
				20-24 años	
				25-29 años	
				30-34 años	
				35-39 años	
			40+ años	Ordinal	
			Nivel educativo		Analfabeta
					Primaria incompleta
					Primaria completa
					Secundaria incompleta
					Secundaria completa
					Superior Universitaria completa
					Superior Universitaria incompleta
					Superior Técnica completa
				Superior Técnica incompleta	
			Estado civil	Casada	Nominal
				Soltera	
				Conviviente	
				Viuda	
			Procedencia	Zona urbana	Nominal
Zona rural					
Ocupación	Empleada	Nominal			
	Trabajo independiente				
	Ama de casa				
	Estudiante				
Gravidez	Primigesta	Ordinal			
	Segundigesta				
	Multigesta				
				Adecuado	Ordinal

		Factores obstétricos	Periodo Intergenésico	Corto	
				Largo	
			Planificación de embarazo	No Planificado	Nominal
				Deseado	
			Paridad	Nulípara	Ordinal
				Primípara	
				Múltipara	
			Antecedente de aborto	Si	Nominal
		No			
		Factores institucionales	Aseguramiento del SIS previo.	Si	Nominal
				No	
			Antecedente de trato adecuado en la institución (con empatía y respeto)	Si	Nominal
				No	
			Tiempo de espera fue adecuado en la institución. (15 min. a 20 min.)	Si	Nominal
No					
Tiempo libre se adecúa al horario del servicio de obstetricia	Si				
	No				
Variable 2: Inicio tardío de atenciones prenatales	Atención obstétrica en la gestante que recibió por primera vez en el segundo y tercer trimestre de gestación ²⁷ .	Inició tardíamente su atención prenatal	Mayor o igual de 14 semanas de gestación	Si	Nominal
			No		
		No inició tardíamente su atención prenatal	Menos de 14 semanas de gestación	Si	Nominal
			No		

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1. Ubicación geográfica

La presente investigación fue realizada en el distrito de Bambamarca, provincia de Hualgayoc, departamento de Cajamarca. Situado a 117 km al Norte de la ciudad de Cajamarca, con una extensión aproximada de 451.38 kilómetros cuadrados, con una altitud geográfica oscilante entre los 2532 m.s.n.m y los 3500 m.s.n.m, una altitud de 06°40'43" Sur, 78°31'27" Oeste, Superficie: 668.37 Km², es un distrito que conserva una población incrementada con 82,198 habitantes³⁰.

Su clima es sub-húmedo y templado. Durante el día la temperatura supera los 20° C, y durante las noches esta puede descender hasta los 0° C a partir de los 3 000 m.s.n.m., especialmente en invierno³⁰.

Así mismo, el Centro de Salud Virgen del Carmen, es un centro médico sin internamiento del nivel I-3, ubicado en la misma ciudad. En el año del 2016, tuvo un total de 276 gestantes atendidas³⁰, su programación de gestantes atendidas para el año 2021 fue de 250 gestantes.

4.2. Diseño y tipo.

La investigación se generó por medio del diseño no experimental, de tipo correlacional y de corte transversal. *No experimental*, porque describe a los factores en cuanto a como son y cómo se manifiestan en la población objetivo sin ninguna manipulación en las variables. *Correlacional*, porque se busca asociar las dos variables de estudio mediante la inferencia con las pruebas estadísticas. *Transversal*, porque la recopilación de datos es en un solo tiempo determinado.

4.3. Métodos de la investigación

El presente estudio evidenció el método hipotético deductivo, dado que se pretende estudiar un fenómeno mediante el razonamiento de hechos o teorías generales para llegar a explicaciones particulares, es decir, se analizará la teoría establecida sobre las variables de estudio para llegar a conclusiones específicas.

4.4. Población, muestra y unidad de análisis.

4.4.1. Población:

La población en estudio se conformó por 250 gestantes, que fueron atendidas en el Centro de Salud Virgen del Carmen del distrito de Bambamarca durante el año 2021.

4.4.2. Muestra de estudio o tamaño Muestral.

4.4.2.1. Tamaño Muestral:

Se determinó aplicando la fórmula de tamaño de la muestra para estimación de proporciones poblacionales con una confiabilidad de 95% y admitiendo un error máximo tolerable del 5%, de la siguiente manera:

donde:
$$n = \frac{NZ^2PQ}{E^2(N-1) + Z^2PQ}$$

N= 250 gestantes atendidas en el año 2021

Z= 1,96 (Confiabilidad al 95%)

P= 0,25 (Proporción estimada de pacientes que inician tardíamente su atención prenatal)

Q= 0,75 (Complemento de P)

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

Tamaño de la muestra: n = 134

4.4.2.2. Muestra:

La muestra de estudio estuvo conformada por 134 gestantes atendidas en el Centro de Salud Virgen del Carmen para la atención prenatal de las diferentes zonas del distrito de Bambamarca en el año 2021.

Tipo de muestreo: se empleó el muestreo probabilístico simple debido a que toda la población tuvo las mismas oportunidades de participar en el estudio; al igual que también se tuvo en cuenta a los criterios de inclusión y exclusión.

4.4.3. Unidad de análisis:

La unidad de análisis estuvo constituida por cada gestante que fue atendida en el Centro de Salud Virgen del Carmen del distrito de Bambamarca en el año 2021.

4.4.3.1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Gestantes que asistieron a su primera atención prenatal.
- Gestantes que decidieron participar y firmar el consentimiento informado.
- Gestantes que recibieron alguna atención en la institución de salud.

Criterios de exclusión

- Gestantes que no culminaron la encuesta.
- Gestantes iniciaron su atención prenatal con trastornos psicológicos.

4.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información:

Primero, se solicitó a la jefatura del Centro de Salud y al servicio de Obstetricia los permisos para realizar la investigación con previa información acerca de los objetivos del estudio. Para la selección de las participantes se utilizó el muestro probabilístico. Luego se contactó con las gestantes que se encuentran en el registro de seguimiento diario del Establecimiento de Salud por vía telefónica para constatar la aceptación o negación a participar en la encuesta. Se explicó la naturaleza e importancia del estudio en un lenguaje sencillo para que posteriormente las gestantes que aceptaron participar en el estudio llenen y firmen el consentimiento informado.

Después, se procedió a aplicar el instrumento, con una duración aproximada de 20 minutos para obtener la información correspondiente. Culminado el cuestionario se manifestó el agradecimiento por la participación.

La técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario de recolección de datos, elaborado por la autora de esta investigación y validado por juicio de expertos, la cual estuvo conformada por 15 preguntas, distribuidas en tres dimensiones. Los factores sociodemográficos agruparon 5 preguntas cerradas y abiertas sobre la edad, grado de instrucción, estado civil, procedencia y ocupación; los factores obstétricos involucraron 6 preguntas sobre el periodo intergenésico, gravidez, paridad, antecedente de aborto, embarazo planificado, semana gestacional al iniciar de atención prenatal. Finalmente, los factores institucionales involucraron 4 preguntas cerradas sobre la afiliación del SIS, trato del personal de salud, horario de atención en obstetricia, tiempo de espera para la atención en la institución de salud.

4.5.1. Validez y confiabilidad del instrumento.

El instrumento obtuvo la validez mediante el juicio de expertos con la participación de 3 profesionales maestros en el tema, y la aplicación de la fórmula de V-aiken posteriormente. A través del coeficiente Alpha de Cronbach se demostró la confiabilidad del instrumento, mismo que arrojó un valor de 0,837; indicando un instrumento altamente confiable.

La prueba piloto se realizó con la aplicación del cuestionario a 10 gestantes, de las cuales 5 gestantes fueron con inicio temprano a la atención prenatal y otras 5 gestantes con inicio tardío; siendo de similares características a la muestra de estudio, para su análisis y tabulación.

4.6. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información.

4.6.1. Procedimiento

Se realizó tablas descriptivas organizando los datos en tablas simples mostrando frecuencias relativas, absolutas y promedios. Para las tablas de asociación se utilizó la prueba estadística de Chi Cuadrado para las variables categóricas o nominales con nivel de significancia de 0,05.

4.6.2. Análisis de datos

Posterior a la recopilación de los datos, se procedió a la tabulación en el programa Microsoft Excel. Posterior al acopio de los datos, se procedió a realizar el procesamiento de los mismos, este procedimiento fue con ayuda del programa estadístico SPSS v.25, lo cual permitió generar una base de datos de las variables de tipo cuantitativas y cualitativas.

El análisis descriptivo de la información consistió en la interpretación de los resultados sobre los factores sociodemográficos, obstétricos e institucionales y el inicio tardío de la atención prenatal, así mismo, se pudo obtener interpretaciones analíticas a nivel poblacional al aplicarse la muestra probabilística y al emplear las pruebas estadísticas de Chi Cuadrado en la fase inferencial para demostrar la asociación en el presente estudio.

4.7. Consideraciones éticas

Aspectos éticos, según Belmont

Respeto a las personas: Tiene fundamental consideración hacia las gestantes que participaron en la encuesta, por lo que los datos personales y respuestas del llenado del cuestionario fuera de la investigación dada fue estrictamente reservada.

Beneficencia: El fin de la investigación tuvo como fin el bien común, es decir, generar beneficios para el profesional de salud, y para las gestantes, ya que los resultados pueden ser de utilidad para establecer estrategias más específicas que favorezcan la reducción del inicio tardío del control prenatal.

Justicia: Se practicó la neutralidad y la honestidad al realizar esta investigación, actuando con la total imparcialidad ante los resultados de las gestantes.

Autonomía: Las gestantes tuvieron la libre decisión de participar en el estudio, no siendo coaccionadas a responder en la encuesta, al aceptar el llenado del cuestionario firmaron el consentimiento informado.

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Virgen del Carmen - Bambamarca, 2021

Factores Sociodemográficos	N°	%
Edad		
15 a 19 años	27	20,1
20 a 24 años	30	22,4
25 a 29 años	33	24,6
30 a 34 años	20	14,9
35 a 39 años	17	12,7
40 a más años	7	5,2
Estado civil		
Soltera	9	6,7
Casada	25	18,7
Conviviente	100	74,6
Viuda	0	0,0
Divorciada	0	0,0
Nivel educativo		
Analfabeta	1	0,7
Primaria completa	23	17,2
Primaria incompleta	15	11,2
Secundaria incompleta	20	14,9
Secundaria completa	37	27,6
Superior Técnico completo	20	14,9
Superior Técnico incompleto	8	6,0
Superior Universitario completo	6	4,5
Superior Universitario incompleto	4	3,0
Ocupación		
Empleada	21	15,7
Trabajo Independiente	4	3,0
Ama de casa	108	80,6
Estudiante	1	0,7
Procedencia		
Urbano	90	67,2
Rural	44	32,8
Total	134	100,0

En la tabla 1, se observa que la mayoría de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Virgen del Carmen, pertenecieron al grupo etario de 25 a 29 años con 24,6%; un significativo porcentaje de 20,1% de gestantes adolescentes tienen 15 a 19 años; seguido de 22,4% que tienen 20 a 24 años. Hallazgos que coinciden con el reporte de Quijate⁷ con cifras de 80,5% en el grupo etario de menores de 30 años. Sin embargo, difieren con los hallazgos de Bonifaz¹⁹ quien en su investigación encontró que el 76,7% pertenecieron al grupo etario de 19 a 29 años con una diferencia porcentual de 29,7 y con el estudio de

Choquehuanca¹⁵, donde se evidenció que el grupo de 20 a 35 años presentó un mayor porcentaje (73,6%) cuya diferencia porcentual fue de 11,7^{15,7,19}.

La edad es considerada con significancia en las edades extremas de la vida reproductiva, como las adolescentes y las mujeres mayores de 35 años, estas tienen más probabilidades de tener alguna complicación obstétrica. La etapa de la adolescencia forma parte del crecimiento y desde la mirada de la salud sexual y reproductiva representa riesgo para múltiples complicaciones, lo cual significa que cuanto más temprana sea la edad, mayor será el riesgo de presentar complicaciones clínicas, obstétricas y perinatales puesto que la fisiología no está desarrollada totalmente. Así mismo, en las mujeres de más de 35 años, también se han constatado diferentes hechos patológicos como enlentecimiento de la dilatación del parto y según otros autores un ligero aumento de tasas de cesáreas¹⁷. También se ha establecido que las edades extremas son un factor de riesgo para el desarrollo de pre eclampsia, estimándose que se presenta en el 10% de casos, en estos grupos etarios¹⁷.

Referente al estado civil de las gestantes, el 74,6% eran convivientes, 18,7 % casadas y el 6,7% solteras. Estos resultados son similares a los encontrados por Choquehuanca¹⁵ quien encontró que el 85,45% de gestantes eran convivientes; al igual que Bonifaz¹⁹ quien encontró en su estudio que el 86,7% también eran convivientes.

El estado civil de la convivencia o unión libre, en la actualidad es bastante común, otorgando los mismos derechos que a una mujer casada. Según algunos estudios reportados la convivencia en pareja genera un mejor estado, proporcionando estabilidad social y emocional¹⁷.

En cuanto al nivel educativo el mayor porcentaje de las gestantes atendidas (27,6%) manifestó tener secundaria completa, seguido de quienes tienen primaria completa con 17,2%, el 14,9% tenía nivel superior no universitario completo y el 4,5% de las gestantes superior universitario completo.

Los presentes datos coinciden con el estudio reportado por Choquehuanca¹⁵, donde la mayor parte de las gestantes tenían instrucción secundaria con el 59,09% y Céspedes¹⁷, quien encontró que 22,9% de las gestantes tuvo secundaria completa. Igualmente, Betancourt¹⁴ determinó que el 50% de gestantes tuvieron secundaria completa.

El nivel de instrucción es un factor relevante en salud, pues permite adoptar estilos de vida saludables, al mismo tiempo que se mejora el estado nutricional. Durante el periodo gestacional, es primordial asistir oportuna y periódicamente a los controles prenatales; así como las óptimas condiciones para el parto. En ese sentido, Gumá atestigua que la salud

y educación tienen asociación significativa, demostrando que cuando se tiene nivel educativo bajo tienen menor ventaja en salud³⁶.

En cuanto a la ocupación, se identificó que el 80,6% son amas de casa, seguido de 15,7% que son empleadas y el 0,7% estudiantes. Estos resultados coinciden con los datos de Céspedes¹⁷ quien informó que la mayoría de las gestantes (71,3%) eran amas de casa, de igual forma Reyes¹⁶ encontró que las gestantes eran amas de casa en un elevado porcentaje.

Las amas de casa tienen múltiples funciones y tareas en el hogar, que podría dificultar asistir a una atención prenatal, aunque, por otra parte, también el no tener horarios programados les da la ventaja de poder asistir a un centro de salud periódicamente¹⁷.

Con respecto a la procedencia, el 67,2% procedían de la zona urbana, y el 32,8% vinieron de zonas rurales. Datos similares se encontraron en los resultados mostrados por Choquehuanca¹⁵ quien manifestó que el 83,64% procedieron de la zona urbana, al igual que Céspedes¹⁷ encontró en su estudio que el 88,5% de embarazadas eran procedentes de áreas urbanas. Estos resultados difieren con los alcanzados por Rivera⁹ quien reportó que el 50,9% de gestantes residía en un área rural.

Generalmente, en un establecimiento de salud localizado en área urbana se atienden en mayor proporción a gestantes del área urbana, aunque también forme parte de su jurisdicción el área rural, pero hay poca población en dicha área. Ello debido a la existencia de mayor población en el área urbana.

Tabla 2. Factores obstétricos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Virgen del Carmen - Bambamarca, 2021

Factores obstétricos		N	%
Planificación de Embarazo			
	Planificado	32	23,9
	No Planificado	102	76,1
Gravidez			
	Primigesta	64	47,8
	Secundigesta	32	23,9
	Multigesta	38	28,4
Abortos			
	Si	111	82,8
	No	23	17,2
Periodo intergenésico			
	Adecuado	96	71,6
	Corto	13	9,7
	Largo	25	18,7
Paridad			
	Nuliparidad	73	54,5
	Primiparidad	31	23,1
	Multiparidad	30	22,4
	Total	134	100,0

Asimismo, en la tabla 2 se observa que el 76,1% de las gestantes manifestaron que sus embarazos fueron no planificados, seguido de gestantes que indicaron que sus embarazos fueron planificados en 23,9%. Al respecto, Choquehuanca¹⁵ manifestó que el 76,36% de los embarazos fueron no planificados. De igual manera, Rivera⁹ manifestó que el 64,5% de los embarazos fueron no planificados.

El embarazo no planificado se genera por el desconocimiento del mismo o por no aceptación de la pareja, puesto que las mujeres de edad fértil deberían de planificar el embarazo, su no previsión genera consecuencias económicas, sociales y biomédicas, así como también mayor morbilidad materna sobre todo en el caso de adolescentes y añosas. Por lo que es necesario la adecuada y oportuna educación sexual¹⁸.

Respecto a la gravidez, el 47,8% son primigestas, 23,9% son secundigestas y el 28,4 % multigestas. Caso similar ocurrió con el estudio de Betancourt¹⁴ quien manifestó que el 60% de las gestantes tuvieron 1 gesta. La gravidez también representa uno de los factores de riesgo para presentar complicaciones obstétricas, en el caso de la primigesta tiene mayor probabilidad a tener trastornos hipertensivos en la gestación y en las multigestas mayor riesgo de tener placenta previa y/o rotura uterina. Por lo que es indispensable transmitir a la población objetivo acerca de los riesgos que tienen según el tipo de gravidez mediante estrategias y planes diseñados para que la información sea valorada por cada gestante y sea consciente de la importancia del inicio de la atención prenatal oportuna²³.

Respecto al periodo intergenésico de las gestantes atendidas el 71,6% es adecuado, el 9,7% tiene corto periodo intergenésico y el 18,7% tiene largo periodo intergenésico. Lo que difiere con los hallazgos de Choquehuanca¹⁵ quien reportó que el 60,9% de las gestantes tuvieron periodo intergenésico menor de 2 años. Al igual que Rivera⁹ encontró que en su mayoría las gestantes tenían un periodo intergenésico corto con un 51,8%.

Según la OMS, un elemento favorable para la salud sexual y reproductiva es periodo intergenésico dentro de los 24 a 60 meses, se restablecen la nutrición materna y recuperación física de la madre durante el periodo señalado. El periodo intergenésico corto implica la posibilidad que la gestante tenga como complicación al desprendimiento prematuro de placenta, partos prematuros y muertes neonatales mientras que, cuando el periodo intergenésico es largo la probabilidad es mayor de tener preeclampsia²³. En cuantos a estos riesgos es importante conocer la historia obstétrica de cada gestante para su manejo y atención individualizada para evitar las complicaciones obstétricas posteriores.

En cuanto a la paridad, el 73% es nulípara. Esto difiere con el estudio de Choquehuanca¹⁵ quien reportó que el 49,09% de gestantes eran multíparas. De igual forma, Rivera⁹ encontró que el 76,4% presentaba una paridad de dos. Este factor obstétrico, está asociado a tener mayor probabilidad de aborto en el caso de las multíparas, del mismo modo con el riesgo de presentar placenta previa y/o rotura uterina en las gran multíparas²³. Del mismo modo, es significativo considerar este factor en cada evaluación integral de las gestantes durante su atención prenatal y reducir los riesgos de las posibles complicaciones.

En el caso de antecedente de aborto se presentó en 82,8% de las gestantes. Este hecho difiere con los resultados de Choquehuanca¹⁵ quien encontró que el 70,91% no tuvo ningún aborto. Las gestantes con igual o menor de 20 semanas de gestación tienen más probabilidad de padecer aborto espontáneo, por diversas causas como problemas hormonales, obesidad, trastornos de coagulación, infecciones entre otras; con mayor probabilidad de padecer el aborto espontaneo en mujeres mayores de 35 años¹⁵. Por consiguiente, resulta ser como uno de los antecedentes desfavorables que posibilita a más riesgo de tener abortos en las gestaciones posteriores.

Tabla 3. Factores institucionales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Virgen del Carmen - Bambamarca, 2021

Factores institucionales		N°	%
Es usuaria del Aseguramiento universal de salud	Si	126	94,0
	No	8	6,0
El horario de la atención en obstetricia se adecúa a su tiempo libre	Si	128	95,5
	No	6	4,5
Anteriormente tuvo un trato adecuado en el establecimiento de salud con empatía y respeto	Si	105	78,4
	No	29	21,6
El tiempo de espera para asistir a la consulta es el adecuado en el establecimiento de salud (15 a 20 min.)	Si	66	49,3
	No	88	50,7
	Total	134	100,0

Respecto a los factores institucionales la tabla 3 evidencia que el 94% de las gestantes atendidas tenían previamente el Seguro Integral de Salud, mientras que el 6% no lo tenía. Similar dato tiene Choquehuanca¹⁵ quien en su estudio encontró que el 93,64% tuvieron el aseguramiento integral. Difiere con los datos de Rivera⁹ quien menciona que en su estudio el 34,5% no contaban con seguro de salud previo al embarazo, esto fue similar al estudio de Bonifaz¹⁹ donde el 62,5% no tenía SIS. En efecto, las gestantes que no tienen SIS previo al inicio de las atenciones prenatales pueden tener dificultades para acceder a la atención prenatal. A su vez, el desconocimiento de la obtención del seguro integral de salud temporal por gestación representa una limitación para que las gestantes accedan a un seguro y puedan recibir los cuidados necesarios durante el embarazo¹⁹. Por consiguiente, es fundamental promocionar información acerca de los beneficios y tipos del seguro integral de salud que brinda hacia las gestantes con el propósito de garantizar el acceso de la salud materna y perinatal.

Otro hecho de relevancia es el trato que brindan los profesionales sanitarios, el 78,4% de las gestantes atendidas percibieron un trato adecuado en el establecimiento de salud, mientras que el 21,6% no. Por su parte, Choquehuanca¹⁵ en su estudio encontró que el 62,73% de las gestantes recibieron una regular atención en el servicio de obstetricia, dato superior al encontrado en el presente estudio. Sin embargo, se encontraron discrepancias con la investigación de Bonifaz¹⁹, donde se identificó que el 56,7% de las gestantes indicaron que el personal de salud les brindó un trato inadecuado. Brindar un trato digno enfocado al respeto y empatía puede asegurar beneficios como la confianza en el profesional de salud por parte de los pacientes. En tanto, es un hecho que los comportamientos y actitudes negativas los profesionales de salud pueden influir en la

percepción de la gestante hacia todo el establecimiento de salud, reduciendo la posibilidad de acudir nuevamente para recibir atención prenatal, además, su experiencia vivida lo podrá compartir a su alrededor ocasionando que más pacientes no acudan al centro de salud¹⁶.

Respecto al factor institucional del horario de atención en obstetricia se adecuó con el tiempo libre de la gestante se presentó con el 95,5%. Por su parte, Bonifaz¹⁹ reportó que las gestantes tenían tiempo en las tardes para asistir a su control prenatal (77.5%). Sin embargo, muchas gestantes se dedican al hogar y en algunos casos con ocupaciones fuera de casa, no cuentan con el tiempo suficiente para dedicar espacio hacia su salud reproductiva. Es de relevancia la disponibilidad por parte del personal de salud ya que va a influir en la asistencia del control prenatal debido que el tiempo de la usuaria y el horario de atención disponible puede determinar el inicio de la atención prenatal¹⁵

Asimismo, el 50,7% de las gestantes atendidas manifestaron que el tiempo de espera para la atención prenatal no es el adecuado. Ello coincide con el estudio de Choquehuanca¹⁵, donde se evidenció que el 90,91% de gestantes no están de acuerdo con el tiempo de espera. Al respecto, el tiempo apropiado que percibe el paciente aumenta su satisfacción en los servicios de salud. Por lo tanto, la importancia de evitar experiencias negativas sobre la demora durante la atención prenatal de la gestante; dado que ello podría ser compartido con el entorno y generar un concepto inadecuado hacia la entidad de salud¹⁵.

Tabla 4. Gestantes con inicio tardío de la atención prenatal en el Centro de Salud Virgen del Carmen - Bambamarca, 2021

Inicio de las atenciones prenatales		N°	%
Primera atención prenatal igual o después de las 14 semanas de gestación	Mayor o igual de 14 semanas de gestación	50	37,3
	Menos de 14 semanas de gestación	84	62,7
Total		134	100,0

En base a la tabla 4, se puede observar que el 37,3% de gestantes acudieron a recibir atención prenatal a partir de las 14 semanas de gestación, mientras que el 62,7% lo hizo antes de las 14 semanas, dato similar fue encontrado por Rivera⁹ quien reportó que las usuarias tuvieron un inicio oportuno de sus atenciones prenatales (60,9%), mientras que las que iniciaron luego de las 14 semanas fue de 39,1% con diferencias porcentuales mínimas. Sin embargo, difiere con los reportes de Choquehuanca¹⁵ quien encontró que el 70,9% de gestantes inició tardíamente sus atenciones prenatales, al igual que Chilipio¹⁸ quien manifestó que el 51,3% de las mujeres gestantes iniciaron sus atenciones prenatales tardíamente.

Iniciar tardíamente las atenciones prenatales es producto de varias razones, tanto personales, culturales, sociodemográficos, obstétricos o institucionales, según algunos estudios reportados; la gestante está sumergida en una gran variedad de creencias, culturas o costumbres, que diariamente convive con diferentes percepciones en una sociedad con diferentes estilos de vida, pudiendo influir en la toma de decisiones y acciones en cuanto al cuidado y vigilancia del embarazo, es así, que en la actualidad aún se siguen viendo casos de gestantes que inician su atención prenatal a destiempo³³.

Es evidente que la atención prenatal oportuna cumple un rol fundamental para prevenir las causas directas de la mortalidad materna y reducir las muertes fetales y neonatales relacionadas con las complicaciones obstétricas. Por lo tanto, la atención prenatal es una de las estrategias recomendadas para las mujeres embarazadas.

Tabla 5. Asociación entre los factores sociodemográficos y el inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes en el Centro de Salud virgen del Carmen - Bambamarca, 2021

Factores Sociodemográficos	Primera atención prenatal igual o después de las 14 semanas de gestación						P valúe	
	Mayor o igual de 14 semanas de gestación		Menos de 14 semanas de gestación		Total			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Edad	15 a 19 años	12	24	15	17.9	27	20.1	0.679
	20 a 24 años	13	26	17	20.2	30	22.4	
	25 a 29 años	12	24	21	25	33	24.6	
	30 a 34 años	6	12	14	16.7	20	14.9	
	35 a 39 años	6	12	11	13.1	17	12.7	
	40 a más años	1	2	6	7.1	7	5.2	
Estado civil	Soltera	5	10	4	4.8	9	6.7	0.091
	Casada	5	10	20	23.8	25	18.7	
	Conviviente	40	80	60	71.4	100	74.6	
	Viuda	0	0	0	0	0	0	
	Divorciada	0	0	0	0	0	0	
Nivel educativo	Analfabeta	1	2	0	0	1	0.7	0.357
	Primaria completa	8	16	15	17.9	23	17.2	
	Primaria incompleta	4	8	11	13.1	15	11.2	
	Secundaria incompleta	8	16	12	14.3	20	14.9	
	Secundaria completa	18	36	19	22.6	37	27.6	
	Técnico completo	5	10	15	17.9	20	14.9	
	Técnico incompleto	4	8	4	4.8	8	6	
Ocupación	Universitario completo	2	4	4	4.8	6	4.5	0.609
	Universitario incompleto	0	0	4	4.8	4	3	
	Empleada	6	12	15	17.9	21	15.7	
	Trabajo Independiente	1	2	3	3.6	4	3	
	Ama de casa	43	86	65	77.4	108	80.6	
Procedencia	Estudiante	0	0	1	1.2	1	0.7	0.326
	Urbano	31	62	59	70.2	90	67.2	
	Rural	19	38	25	29.8	44	32.8	
	Total	50	37.3	84	62.7	134	100	

En la tabla 5, al realizar el análisis individual de cada uno de los factores sociodemográficos, se puede observar que del 24,6% de gestantes que pertenecen al grupo etario de 25-29 años, el 24% inició sus atenciones prenatales después de las 14 semanas, mientras que el 25% lo hizo antes. De igual modo, se puede notar que del 74,6% de las gestantes eran convivientes, el 80% inició sus atenciones prenatales después de las 14 semanas, mientras que el 71,4% lo hizo durante el primer trimestre. Dentro de las gestantes que tuvieron secundaria completa (27,6%), el 36% inició sus atenciones después de las 14 semanas, mientras que el 22,6% lo inició antes. Se observa que del 80,6% de las gestantes que eran amas de casa, el 77,4% inició sus atenciones antes de las 14 semanas, mientras que el 86% lo hizo después. Por otra parte, el 67,2% de las gestantes atendidas procedían de la zona urbana, el 70,2% inició antes de las 14 semanas, mientras que el 62% lo hizo después.

No obstante, cabe precisar que las gestantes que comenzaron sus atenciones prenatales tardíamente tenían de 15 a 19 años de edad, 80% eran convivientes, 36% tenían secundaria completa, 86% dijeron ser amas de casa y 62% de zona urbana; en comparación con el otro grupo de estudio, el 25% tenían de 25 a 29 años, 71,4% convivientes, 22,6% secundaria completa, 77,4% amas de casa y 70,2% procedentes del área urbana en las gestantes atendidas con menor de 14 semanas de gestación. Se evidencia que el grupo etario de adolescente tiene mayor frecuencia al iniciar la atención prenatal tardíamente.

Con respecto a los factores sociodemográficos edad, estado civil, nivel educativo, ocupación y procedencia no existe asociación significativa con el inicio tardío de la atención prenatal al obtener el P-valúe mayor de 0.05. De los cuales por diferentes circunstancias y contextos que vive cada población objetivo en este estudio las variables resultaron ser independientes a la problemática que es el inicio de la atención prenatal después de las 14 semanas de gestación. Como se evidencia en los diferentes factores sociodemográficos la mayoría de gestantes de cada factor inició las atenciones prenatales tempranamente.

Datos similares a Quijiate⁷ quien manifestó en su estudio que los factores sociodemográficos e institucionales no demostraron asociación significativa con el inicio tardío de la atención prenatal. Este hecho difiere con Valdés¹³ quien encontró que existe asociación entre la edad menor a 20 años, no tener pareja, bajo nivel educativo y el inicio tardío de la atención prenatal. Al igual que, Choquehuanca¹⁵ reportó que existe asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y los factores socioculturales.

Sin embargo, en el grupo de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal, mayormente se manifestó en los adolescentes esta problemática, debido a que en muchos casos este grupo de población oculta el embarazo por el rechazo social y por cuestiones morales. Por otro lado, también se evidencia que las gestantes que eran amas de casa o nivel de instrucción bajo tienen menos probabilidad de acceder a una atención prenatal temprana debido al mismo desconocimiento sobre la salud materna. Por tanto, es relevante educar y brindar la información adecuada en cuanto asistir antes de las 14 semanas, mediante estrategias y alianzas con otros sectores para las mujeres en edad fértil y tener como consecuencia mayor cobertura de gestantes atendidas en el primer trimestre¹⁹.

Tabla 6. Asociación entre los factores obstétricos y el inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes en el Centro de Salud virgen del Carmen - Bambamarca, 2021

Factores Obstétricos		Primera atención prenatal igual o después de las 14 semanas de gestación.						P valúe
		Mayor o igual de 14 semanas de gestación		Menos de 14 semanas de gestación		Total		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Embarazo planificado	Planificado	3	6,0	29	34,5	32	23,9	0,0000
	No Planificado	47	94,0	55	65,5	102	76,1	
Gravidez	Primigesta	23	46,0	41	48,8	64	47,8	0,938
	Secundigesta	12	24,0	20	23,8	32	23,9	
	Multigesta	15	30,0	23	27,4	38	28,4	
Abortos	Si	41	82,0	70	83,3	111	82,8	0,843
	No	9	18,0	14	16,7	23	17,2	
Periodo intergenésico	Adecuado	34	68,0	62	73,8	96	71,6	0,156
	Corto	8	16,0	5	6,0	13	9,7	
	Largo	8	16,0	17	20,2	25	18,7	
Paridad	Nuliparidad	28	56,0	45	53,6	73	54,5	0,495
	Primiparidad	9	18,0	22	26,2	31	23,1	
	Multiparidad	13	26,0	17	20,2	30	22,4	
Total		50	37,3	84	62,7	134	100,0	

La tabla 6, presenta el análisis individual de cada uno de los factores obstétricos, se puede observar que del 76,1% de gestantes que pertenecen a los embarazos no planificados, el 94% inició sus atenciones prenatales después de las 14 semanas, mientras el 65,5% lo hizo antes. De igual modo, se puede evidenciar que del 47,8% son primigestas, el 48,8% inició sus atenciones prenatales antes de las 14 semanas, mientras que el 46% lo hizo después. Se puede verificar también que del 82,8% de las gestantes tuvieron antecedente de aborto, el 82% inició sus atenciones prenatales después de las 14 semanas, mientras que el 83,3% lo hizo antes. Dentro de las gestantes que tuvieron periodo intergenésico adecuado (71,6%), el 73,8% inició sus atenciones prenatales antes de las 14 semanas, mientras que el 68% lo hizo después. Se observa que del 54,5% eran nulíparas, el 53,6% inició sus atenciones antes de las 14 semanas, mientras que el 56% lo hizo después. Cabe precisar, el 94% de las gestantes que tuvieron embarazo no planificado, 46% primigestas y con 68% con periodo intergenésico adecuado comenzaron sus atenciones prenatales con mayor o igual de la semana 14 de embarazo; en comparación con el otro grupo de estudio, el 65,5% gestantes con embarazos no planificados, 48,8% primigestas y 73,8% con periodo intergenésico adecuado en las gestantes atendidas con menor de 14 semanas de gestación; se evidencia que no hay diferencias en ambos grupos.

Con respecto a estos factores en las gestantes atendidas, el embarazo planificado tiene una asociación significativa (p-valúe 0,000) con el inicio tardío de la atención prenatal. Se evidencia que en el grupo de gestantes que inician la atención prenatal con más de 14 semanas de gestación se da mayormente en los embarazos no planificados en relación a la mayoría de gestantes con embarazo planificado iniciaron durante el primer trimestre. De manera similar, en los hallazgos de Valdés¹³, Chilipio¹⁸ y Quijiate⁷, se determinó que un embarazo no planificado está asociado significativamente con el inicio tardío la atención prenatal.

Respecto a la gravidez, no tiene asociación significativa (p-valúe 0,938) con el inicio tardío de la atención prenatal, la mayoría de gestantes se evidenció en el grupo de inicio temprano de la atención prenatal en referencia a cada criterio de gravidez; esto difiere con el estudio de Valdés¹³ quien ha determinado que uno o más embarazos previos está vinculado al inicio tardío de la atención prenatal. Como también, respecto al periodo intergenésico no tiene asociación (p-valúe 0,156) con el inicio tardío de la atención prenatal; la mayoría de gestantes se evidenció en el grupo de inicio temprano de la atención prenatal en referencia a cada criterio del periodo intergenésico; este estudio difiere a Choquehuanca¹⁵ quien ha reportado que el periodo intergenésico se asocia significativamente con el inicio tardío de la atención prenatal. En cuanto a la paridad y antecedente de aborto no existe asociación significativa con el inicio tardío de la atención prenatal; en referencia a estos factores obstétricos mencionados se encontró mayormente a las gestantes del grupo de inicio temprano de la atención prenatal. Esto difiere al reporte de Choquehuanca¹⁵ donde se determinó la asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal con paridad y antecedente de aborto al encontrar mayor significancia.

Las primigestas nulíparas al concebir su primera gestación se generan miedos y temores e incluso la mayoría de los embarazos no son planificados y esta situación en diversas oportunidades conlleva al rechazo hacia la concepción. En la actualidad, la mujer en edad fértil con vida sexual activa y que no llevan planificación familiar, se produce por la falta de conocimiento de los métodos anticonceptivos modernos, el temor a los efectos secundarios, pareja en desacuerdo al uso de los métodos de anticoncepción, religión y las barreras de accesibilidad; estas causas ya mencionadas pueden generar los embarazos no planificados y como consecuencia las atenciones prenatales tardías¹⁸.

Tabla 7. Asociación entre los factores institucionales y el inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes en el Centro de Salud virgen del Carmen - Bambamarca, 2021

Factores Institucionales		Primera atención prenatal igual o después de las 14 semanas de gestación						P valúe
		Mayor o igual de 14 semanas de gestación		Menos de 14 semanas de gestación		Total		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Es usuaria del Aseguramiento universal de salud.	Si	45	90,0	81	96,4	126	94,0	0,129
	No	5	10,0	3	3,6	8	6,0	
El horario de la atención en obstetricia se adecúa a su tiempo libre.	Si	46	92,0	82	97,6	128	95,5	0,128
	No	4	8,0	2	2,4	6	4,5	
Anteriormente tuvo un trato adecuado en el establecimiento de salud con empatía y respeto.	Si	29	58,0	76	90,5	105	78,4	0,000
	No	21	42,0	8	9,5	29	21,6	
El tiempo de espera para asistir a su primera atención prenatal fue el adecuado (15 a 20 min.)	Si	16	32,0	50	59,5	66	49,3	0,002
	No	34	68,0	34	40,5	68	50,7	
	Total	50	37,3	84	62,7	134	100,0	

En cuanto a la tabla 7, al realizar el análisis individual de cada uno de los factores institucionales, se puede evidenciar que del 94% de las gestantes que tuvieron el seguro universal de salud previamente, el 96,4% inició sus atenciones prenatales antes de las 14 semanas, mientras que el 90% lo inició después. De igual manera, se puede observar que del 95,5% de las gestantes que se adecuaban su tiempo con el horario de la atención, el 97,6% inició sus atenciones antes de las 14 semanas, mientras que el 92% lo hizo después. Dentro de las gestantes que tuvieron un adecuado trato anteriormente en el establecimiento de salud (78,4%), el 90,5% inició antes de las 14 semanas, mientras que el 58% lo hizo después. Se observa que del 50,7% de las gestantes que no tuvieron el adecuado tiempo de espera en su primera atención, el 68% inició después de las 14 semanas, mientras que el 40,5% lo hizo antes.

Cabe señalar, en las gestantes que iniciaron la atención prenatal después del primer trimestre, el 90% de las gestantes eran usuaria del SIS, el 92% se adecuaba con el horario del servicio de obstetricia, la mayoría tuvieron trato adecuado previo en el establecimiento de salud (58%) y el 68 % de las gestantes tuvo el tiempo de espera mayor al esperado ; en el lado opuesto, el 96,4% eran usuarias al SIS previo a la primera atención por gestación, el 97,6% se adecuaba con el horario del servicio de obstetricia, la mayoría tuvieron trato

adecuado previo en el establecimiento de salud (90,5%) y 59,5% de las gestantes tuvo el tiempo de espera dentro de lo esperado.

En cuanto a estos factores ya mencionados, las gestantes aseguradas al SIS previamente (p-valúe $>0,005$), al igual con el horario del servicio de obstetricia y el tiempo libre de la gestante (p-valúe $>0,005$) no tienen asociación significativa con el inicio tardío de la atención prenatal. Por lo que resulta que entre ambos grupos no existe diferencia significativa para la asociación en las variables mencionadas. Este difiere al estudio de Bonifaz¹⁹ quien mencionó que existe asociación significativa el aseguramiento del SIS previo y la atención tardía de la atención prenatal. En concordancia con Choquehuanca¹⁵ quien reportó la asociación entre el factor institucional de aseguramiento del SIS en las gestantes y la asistencia prenatal tardía.

En las gestantes que tuvieron un trato adecuado en el establecimiento de salud anteriormente tiene asociación significativa (p-valúe 0,000) con el inicio tardío de la atención prenatal; la mayoría de gestantes que iniciaron durante el primer trimestre tuvieron trato adecuado, por el contrario, la mayor parte de gestantes con inicio tardío no tuvo trato adecuado. Similar al resultado de Choquehuanca¹⁵ que determinó asociación de quienes recibieron la regular atención en el consultorio de obstetricia con el inicio tardío de la atención. Asimismo, Bonifaz¹⁹, determinó asociación significativa del trato brindado por parte del profesional de la salud y el inicio tardío de la atención prenatal. Así como también, la mayoría de gestantes que tuvieron el tiempo de espera adecuado iniciaron tempranamente su atención prenatal, con asociación significativa entre las dos variables (p-valúe 0,002). Al igual, los hallazgos de Bonifaz¹⁹ señalan la asociación existente entre el inicio tardío y el tiempo de espera; sin embargo, Choquehuanca¹⁵ manifiesta que no existe asociación entre ambas. Particularmente las instituciones de salud deben responder a las necesidades de la población y garantizar calidad en los servicios de salud. Así como la preocupación de que los pacientes perciban seguridad en un ambiente participativo e inclusivo con enfoque humanizado por parte de los profesionales de salud, este hecho dará lugar a una experiencia positiva con entorno de confianza en los usuarios, resultando a que puedan retornar cuanto antes al establecimiento de salud cuando se presente alguna eventualidad similar.

CONCLUSIONES

Al culminar con la investigación se concluye lo siguiente:

1. Las gestantes que asistieron a una atención prenatal tardíamente, pertenecieron al grupo etario de 25 a 29 años, la mayoría de ellas tuvieron estudios secundarios, eran amas de casa, convivientes, y de procedencia urbana.
2. La mayoría de las gestantes tuvieron gestaciones no planificadas, primigestas, nulíparas, con periodo intergenésico adecuado y con antecedente de aborto.
3. El mayor porcentaje de gestantes tuvieron SIS previo, percibió un trato adecuado, se adecuó el horario de obstetricia con el tiempo de la gestante y muchas de ellas manifestaron que el tiempo de espera no fue el adecuado.
4. La mayor parte de las gestantes acudieron al establecimiento de salud para llevar a cabo sus atenciones prenatales tempranamente con porcentaje significativo en aquellas con el inicio tardío en sus atenciones.
5. Los factores sociodemográficos tales como edad, estado civil, nivel educativo, ocupación, procedencia no tienen asociación con el inicio tardío en las atenciones prenatales.
6. Uno de los factores obstétricos como el embarazo no planificado tiene asociación con el inicio tardío en las atenciones prenatales con p-valor menor a 0,05 en la prueba de Chi Cuadrado.
7. Dentro de los factores institucionales como el trato en el establecimiento de salud y tiempo de espera tienen asociación con el inicio tardío en la atención prenatal con un p-valor menor a 0,05 en la prueba de Chi cuadrado.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Al culminar el presente estudio se sugiere:

1. El profesional de salud encargado de la salud materna debe fortalecer las actividades en educación para la salud para acudir oportunamente al inicio de la atención con el fin de disminuir la mortalidad materna y perinatal.
2. El profesional de salud encargado de la salud materna debe promover los eventos masivos de concientización e importancia de asistir a las atenciones prenatales oportunas, periódicas e integrales.
3. El profesional de salud encargado de la salud materna debe priorizar las actividades de promoción de la salud para modificar conductas y estilos de vida en las mujeres en edad fértil con la finalidad de evitar los embarazos no planificados.
4. El encargado del Establecimiento de Salud debe desarrollar evaluaciones periódicamente como estrategia para la detección apropiada de los factores internos y externos de la entidad; con el propósito de alcanzar metas y objetivos de corto a largo plazo y prever la satisfacción del usuario en las instituciones de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de Salud [Internet]. Ginebra: OMS; c2023. Tendencias en la mortalidad maternal de 2000 a 2020. Cálculos de la OMS, UNICEF, UNFPA, grupo de banco mundial, y la división de la población de las naciones unidas; 07 de setiembre del 2023 [citado 10 de noviembre de 2023]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://peru.unfpa.org/es/news/cada-dos-minutos-muere-una-mujer-por-problemas-en-el-embarazo-o-el-parto#:~:text=A%20partir%20del%20segundo%20semestre,se%20registrase%20291%20muertes%20maternas.>
2. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington, DC: OPS; c2023. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo; 2018 [citado 20 de marzo de 2022]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49550>
3. Organización Mundial de Salud [Internet]. Ginebra: OMS; c2023. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos; 19 de setiembre del 2020 [citado 10 de noviembre de 2023]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality#:~:text=Neonatos,del%2040%25%20registrado%20en%201990>
4. Organización de las Naciones Unidas [Internet]. Canadá: ONU; c2020. Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe; 2020 [citado 10 de noviembre de 2023]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna#:~:text=La%20raz%C3%B3n%20de%20mortalidad%20materna,problema%20no%20se%20encuentra%20resuelto>
5. Gil Cipiran F. Situación epidemiología de la mortalidad materna en el Perú [Internet]. Centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades; c2021. Disponible de: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2021-05-07/anexo-2-cdc-minsa-muerte-materna-2020-2021-08-abril.pdf>
6. Ministerio de Salud [Internet]. Lima: Gobierno del Perú; c2020 [citado 10 de noviembre de 2023]. Disponible de: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2021/SE04/mmaterna.pdf>
7. 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]. 2019 [citado 18 de julio 2021]; 45 (4): e613. Disponible de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X201900040000.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X201900040000)

8. Navarro Vera J. Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de Obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra - enero a marzo del 2015 [Tesis de grado en Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015 [citado 20 de noviembre de 2021]. 45 p. Disponible de: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4194/Navarro_vj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Rivera L, Burgos N, Gómez J, Moquillaza V. Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú. An Fac med [Internet]. 2018 [citado 20 de julio de 2021]; 79 (2): 131-137. Disponible de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832018000200005
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: Salud Materna [Internet]. Lima: Gobierno del Perú; c2020 [citado 20 de julio de 2021]. Disponible de: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>
11. Ministerio de Salud: Análisis de situación de salud de los gobiernos regionales [Internet]. Lima: Gobierno del Perú; c2019 [citado 18 de julio de 2021]. Disponible de: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_gobregionales.pdf
12. Machado S, Molinares A, Urzola L, Valdés M. Factores asociados a la falta de asistencia al control prenatal y consecuencias maternas y perinatales en tres Ips de Sincelejo 2016 – 2017 [Tesis de pregrado en Internet]. Colombia: Universidad de Sucre, 2017 [citado 20 de julio de 2021]. 65 p. Disponible de: <https://repositorio.unisucre.edu.co/handle/001/637>
13. Valdés Leite L. Factores asociados al inicio tardío de control prenatal de embarazadas atendidas en los centros de salud de la región metropolitana de la salud en el año 2015 [Tesis Maestral en Internet]. Panamá: Universidad de Panamá, 2018 [citado 20 de julio de 2021]. 71 p. Disponible de: http://up-rid.up.ac.pa/1467/1/liliane_valdes.pdf
14. Betancourt A, García M. Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud [Internet]. 2017 [citado 21 de julio de 2021]; 4 (7): 74-96. Disponible de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7407733>
15. Choquehuanca J. Factores asociados al inicio tardío del control prenatal de gestantes que acuden al consultorio externo de obstetricia del Hospital Carlos Cornejo Rosselló Vizcardo Azángaro puno junio a agosto del 2016 [Tesis de grado en Internet]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, 2017 [citado 20 de julio de 2021]. 79 p. Disponible de:

- <https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12920/6936/63.0724.OP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Reyes A, Siccos T. Razones del inicio tardío de la atención pre natal en gestantes atendidas en el centro de salud Chinchero – Cusco 2016. [tesis de grado en Internet]. Cusco: Universidad Andina del Cusco, 2017 [citado 20 de julio de 2021]. 96 p. Disponible de: https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/1159/Tahani_Ali_son_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=3&isAllowed=y
 17. Céspedes C. Factores sociodemográficos asociados al acceso a la atención prenatal. Centro de salud la Tulpuna [tesis de Grado en Internet]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca, 2018 [citado 20 de julio de 2021]. 89 p. Disponible de: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/2295/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 18. Chilipio M, Santillán J. Embarazo no planificado como factor de riesgo para inicio tardío y abandono de la atención prenatal. Rev Int Salud Materno Fetal [Internet]. 2019 [citado 20 de julio de 2021]; 4 (1): 3-9. Disponible de: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/85/92>
 19. Bonifaz M, García Bendezu M. Factores relacionados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el hospital San José de Chincha, 2020. [Tesis de Grado en Internet]. Chincha: Universidad Autónoma de Ica, 2021 [citado 20 de julio de 2021]. 82 p. Disponible de: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/1005/1/BONIFAZ%20CAMPOS-GARCIA%20BENDEZU.pdf>
 20. Ministerio de Salud [Internet]. Lima: MINSA; c2017. Norma técnica de planificación familiar; octubre 2017 [citado 20 de julio de 2021]; [1 pantalla]. Disponible de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>
 21. Ministerio de Salud Pública [Internet]. Quito: Gobierno de Ecuador; c2015. [citado 20 de julio de 2021]. Disponible de: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
 22. Santisteban S. Atención Prenatal [Internet]. 3ª ed. Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2014 [citado 18 de julio de 2021]. 150 p. Disponible de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/atencion_prenatal.pdf
 23. Ministerio de Salud [Internet]. Lima: MINSA; c2007. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive; enero 2007 [citado 18 de julio de 2021]; [1 pantalla]. Disponible de: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf

24. Ministerio de Salud [Internet]. Lima: MINSA; c2013. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna; 24 de diciembre 2013 [citado 18 de julio de 2021]; [1 pantalla]. Disponible de: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/202170/198935_RM827_2013_MINSA.pdf20180926-32492-1iuyz6n.pdf
25. González M, González P, Pisano C, Casale R. El periodo intergenésico breve. ¿Es un factor de riesgo? Un estudio transversal Analítico. Revista FASGO [Internet]. 2019 [citado 19 de julio de 2021]; 18 (1): 13-18. Disponible de: <https://www.editorialascune.com/portal/wp-content/uploads/2019/02/El-peri%CC%81odo-intergesio.pdf>
26. Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2002 [citado 20 de julio de 2021]; 11 (3): 192-205. Disponible de: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>
27. Carvajal J, Barriga I. Manual de obstetricia y ginecología [Internet]. 13ª ed. Chile; 2017 [citado 25 de julio de 2021]. 773 p. Disponible de: https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2022/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2022_compressed.pdf
28. Sánchez D. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre los determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Rev Med Inst Mex Seguro [Internet]. 2017 [citado 20 de julio de 2021]; 55 (1): 82-89. Disponible de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171q.pdf>
29. Herrera L, Villamil M, Pelcastre B, Cano F, López M. Relación del personal de salud con los pacientes en la Ciudad de México. Rev Saude Publica [Internet]. 2009 [citado 18 de julio de 2021]; 43 (4): 589-594. Disponible de: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/TXdrjRzWxwD9rCr5sPZFjdj/?format=pdf&lang=es>
30. Municipalidad Provincial de Hualgayoc-Bambamarca. Información institucional [Internet]. Bambamarca: Gobierno provincial de Hualgayoc; c2020 [citado 10 de julio de 2022]. Disponible de: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2400392/PLAN%20DE%20ACCIONES%20DE%20SEGURIDAD%20CIUDADANA%202020.pdf>
31. Fawed O, Erazo A, Carrasco J, González D, Mendoza A, Mejía M, et al. Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres Adultas con o sin Factores de Riesgo Asociados, Honduras 2016. Archivos de Medicina [Internet]. 2016 [citado 19 de julio de 2023]; 12 (4): 1-4. Disponible de: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/complicaciones-obsteacutetricas-en-adolescentes-y-mujeres-adultas-con-o-sin-factores-de-riesgo-asociados-honduras-2016.pdf>

32. Portugal M. Factores institucionales que influyen en la calidad de atención a las madres de recién nacidos hospitalizados. Servicio de neonatología Hospital Regional Honorio Delgado [Tesis Maestral en Internet]. Arequipa: Universidad Cesar Vallejo, 2017 [citado 20 de julio de 2021]. 146 p. Disponible de: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/20467/portugal_pm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
33. Laza C, Cárdenas F. Una mirada al cuidado en la gestación desde la enfermería transcultural. Rev cubana Enfermer [Internet]. 2008 [citado 22 de agosto de 2021]; 24 (4): 1-6 Disponible de: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v24n3-4/enf09308.pdf>
34. Martínez J. Factores que afectan la atención prenatal. Servicio de obstetricia Complejo Hospitalario [Internet]. 2010 [citado 29 de agosto de 2021]; 28 (9): 62-65. Disponible de: [file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/S0212538210704684%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/S0212538210704684%20(1).pdf)
35. Ministerio de Salud [Internet]. Lima: MINSA; c2019. Directiva administrativa para el proceso de atención ambulatoria del Hospital Nacional dos de Mayo [citado 18 de julio de 2022]; [1 pantalla]. Disponible de: http://nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe/instrumentos_de_gestion/normas_emitidas/r_dir/2019/08%20Agosto/RD_0147_2019_D_HNDM_DIRECTIVA%20ADMINISTRATIVA.pdf.
36. Gumá J, Arpino B, Solé A. Determinantes sociales de la salud de distintos niveles por género: educación y hogar en España. Gac Sanit [Internet]. 2018 [citado 22 de agosto de 2021]; 33 (2): 127-133. Disponible de: <https://scielo.isciii.es/pdf/ga/v33n2/0213-9111-gs-33-02-127.pdf>
37. Ministerio de Salud [Internet]. Lima: MINSA; c2019. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de adolescentes; noviembre 2023 [citado 22 de agosto de 2021]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1226897/494220200811-2899800-1s1nbfk.pdf?v=1597184380>
38. Hernández Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría del déficit del autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Med Espirit [Internet]. 2017 [citado 26 de febrero de 2023]; 19 (3): 1-7. Disponible de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
39. Organización de las Naciones Unidas [Internet]. Nueva York: ONU; c2015. Reducción de las tasas de mortalidad Materno-Infantil en Haití, parto por parto; 26 de febrero 2015 [citado 22 de agosto de 2021]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://www.unfpa.org/es/news/reduccion-de-las-tasas-de-mortalidad-materno-infantil-en-haiti-parto-por-parto>

ANEXOS

ANEXO 01: CUESTIONARIO

Esta recolección de datos fue elaborada por la Obsta. Lilian Belling Castillo, y validado por expertos, en el cual deberán de marcar con una (X) según corresponda o llenar los datos solicitados previa lectura y firma del consentimiento informado

NOMBRES Y APELLIDOS (solo iniciales):

I. Datos Sociodemográficos:

1. Edad: _____ años

2. Estado civil:

a) Soltera b) Casada c) Conviviente d) Viuda e) Divorciada

3. Grado de Instrucción:

- a) Analfabeta
- b) Primaria completa
- c) Primaria incompleta
- d) Secundaria incompleta
- e) Secundaria completa
- f) Superior no universitario completo
- g) Superior no universitario incompleto
- h) Superior Universitario completo
- i) Superior Universitario incompleto

4. Ocupación:

- a) Empleada
- b) Trabajo Independiente
- c) Ama de casa
- d) Estudiante

Especifique:

5. Procedencia:

- a) Zona urbana
- b) Zona rural
- c) Especifique:

II. Datos obstétricos

06. Número de veces que ha estado embarazada: _____

07. Número de partos: _____

08. Numero Abortos: _____

09. Luego de cuantos años está embarazada nuevamente: _____

10. Su actual embarazo fue:

a) Planificado b) No Planificado

11. Semanas de embarazo en que está iniciando actualmente su control prenatal:

a) > o igual de 14 semanas de gestación ()

b) Menos de 14 semanas de gestación ()

III. Datos Institucionales

12. Es usuaria del Aseguramiento universal de salud previamente: Si () No ()

13. El horario de la atención en obstetricia se adecúa a su tiempo libre: Si () No ()

14. Anteriormente tuvo un trato adecuado en el establecimiento de salud (con empatía, igualdad y respeto): Si () No ()

15. El tiempo de espera para asistir a la consulta fue el adecuado en el establecimiento de salud (15 min. a 20 min.): Si () No ()

ANEXO 02: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Descripción: Esta investigación es realizada por Obstetra Lilian Belling Castillo, estudiante de la Maestría de Salud Pública, por lo que usted puede participar en esta investigación previa aprobación para el llenado del cuestionario.

El propósito de este estudio es identificar los factores de riesgo al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al Centro de Salud Virgen del Carmen, para identificar los factores sociodemográficos, obstétricos e institucionales, en un promedio de tiempo de 20 minutos.

Si desea participar se le solicitará su colaboración para el llenado de un cuestionario y dar su permiso para usar los datos de forma anónima.

Riesgos y beneficios: Los riesgos en este estudio son reducidos, pues no afectará la integridad física del individuo, para dar seguridad y evitar las incomodidades no se consignarán los nombres y apellidos. El desarrollo de este estudio beneficiará a la población y sistema sanitario, por lo que se obtendrá datos sobre aquellos factores que influyen para un inicio tardío de la atención prenatal.

Confidencialidad: Tenga la certeza que los datos de los participantes y en la publicación se mantendrá el anonimato de los participantes incluidos.

Incentivos: Las usuarias de este estudio no recibirán incentivos económicos.

Derechos: La participación es voluntaria y tiene el derecho a negarse a participar o ausentarse en cualquier momento del proceso de estudio, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Nombre del participante

Firma

ANEXO 03: VALIDACION DEL INSTRUMENTO - JUICIO DE EXPERTOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Mc Oscar Wilfredo Castillo Zea, de profesión
Especialista en Ginecología y Obstetricia, trabajador en el área
Investigación y Docencia, en la Institución
Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el Instrumento solicitado por el o la interesado(a) y de acuerdo a los objetivos alcanzados.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, formulo las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems				X
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los Ítems				X
Claridad y precisión				X
Pertinencia				X

Cajamarca 21 de Octubre de 2021


M.C. Castillo Zea Oscar Wilfredo
C.M.P. N°69477 RNE 41343
MÉDICO GINECO-OBSTETRA
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

Firma

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, MC. Jose Luis Carrasco Perez, de profesión Especialista Ginecología y Obstetricia, trabajador en el área Investigación y Docencia, en la Institución Hospital Nacional Hipólito Unzué.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el Instrumento solicitado por el o la interesado(a) y de acuerdo a los objetivos alcanzados.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, formulo las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems				X
Amplitud de contenido				X
Redacción de los Ítems			X	
Claridad y precisión				X
Pertinencia				X

Cajamarca 10 de NOVIEMBRE de 2021

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Hipólito Unzué

JOSE LUIS CARRASCO PEREZ
Médico Gineco - Obstetra
C.M.P.: 12447 R.N.E.: 34487

Firma

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Branco Pauli Alvar Núñez, de profesión Ginecología - Obstetricia, trabajador en el área Ginecología, en la Institución HNHU

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el Instrumento solicitado por el o la interesado(a) y de acuerdo a los objetivos alcanzados. Luego de hacer las observaciones pertinentes, formulo las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems				X
Amplitud de contenido				X
Redacción de los Ítems			X	
Claridad y precisión			X	
Pertinencia				X

Cajamarca 30 de Septiembre de 2021


 MC. BRANCO G. ALVAREZ NUÑEZ
 GINECOLOGO - OBSTETRA
 CMP 52937 / RNE 35376
 Firma

**GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES SEGÚN LA PRUEBA BINOMIAL
(V-AIKEN)**

ITEMS	I	II	III	PROPORCIÓN	PUNTAJE
				DE CONCOR- DANCIA	
1.	0	0	0	0/3	0
2.	0	0	0	0/3	0
3.	0	0	0	0/3	0
4.	0	1	0	1/3	0,33
5.	0	0	0	0/3	0
6.	0	0	0	0/3	0
7.	0	0	0	0/3	0
8.	0	0	0	0/3	0
9.	0	0	0	0/3	0
10.	1	0	0	1/3	0,33
11.	0	0	0	0/3	0
12.	0	0	0	0/3	0
13.	0	1	0	1/3	0,33
14.	0	0	0	0/3	0
15.	0	0	0	0/3	0

Para calcular utilizas la siguiente formula: Sumatoria del total obtenido entre el número de ítems calificados:

$$\frac{\sum P}{N^{\circ} \text{ ITEMS}} = 0,99/15 = 0,066$$

N° ITEMS

Si “**p**” es menor de 0,5, el grado de concordancia es significativo. Por lo tanto, se evidencia el grado de concordancia en los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15; con observaciones a modificar en los ítems 4, 10 y 13, sin embargo, en líneas generales fue válido según los expertos: **p= 0,066**

Por consecuencia, existe concordancia significativa con p-valor de 0,066, el cual se considera como instrumento validado.

ANEXO 4: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

“CUESTIONARIO PARA DETERMINAR LOS FACTORES ASOCIADOS AL INICIO TARDIO DE LA ATENCION PRENATAL”.

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido ^a	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
0,837	15

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
VAR00001	47,4000	34,267	-,244	,852
VAR00002	46,8000	33,956	-,253	,846
VAR00003	46,9000	32,100	,177	,838
VAR00004	47,5000	33,833	-,181	,848
VAR00005	47,0000	28,000	,956	,811
VAR00006	47,6000	35,156	-,569	,853
VAR00007	47,0000	28,000	,956	,811
VAR00008	47,0000	28,000	,956	,811
VAR00009	47,0000	28,000	,956	,811
VAR00010	46,9000	33,878	-,190	,848
VAR00011	47,0000	28,000	,956	,811
VAR00012	47,1000	35,878	-,489	,861

VAR00013	47,4000	30,711	,407	,831
VAR00014	47,1000	28,767	,738	,818
VAR00015	47,1000	28,322	,825	,815



Mg. Julio César Guadipo Alvarez
COESPE N° 254