

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

**PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO ASOCIADAS AL  
CONTROL PRENATAL TARDÍO EN GESTANTES**

**DEL C.S. LA ESPERANZA, TACNA**

**AÑO 2021- 2022**

**TESIS**

Presentada por:

**Bach. Angie Isabel Chile Colque**

Para optar Título Profesional en:

**LICENCIADO EN OBSTETRICIA**

TACNA – PERU

2024

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela Profesional de Obstetricia**

**PATOLOGIAS DEL EMBARAZO ASOCIADAS AL CONTROL PRENATAL  
TARDIO EN GESTANTES DEL C.S. LA ESPERANZA, TACNA AÑO 2021-  
2022**

**TESIS**

Presentada por:

**Bach. Angie Isabel Chile Colque**

Para optar Título Profesional en:  
**LICENCIADO EN OBSTETRICIA**

Aprobado por ..... *Unanimidad* ..... ante el siguiente jurado:



.....  
Dra. Iris Eufemia Paredes Gonzales  
Presidente



.....  
Mtro. Katty Giovana Mendoza Mamani  
Secretario(a)



.....  
Méd. G.O. Luis David Vela Moscoso  
Vocal



.....  
Dra. Gloria Regina Escobar Bermejo  
Asesor(a)

## CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Gloria Regina Escobar Bermejo, en mi condición de asesor acreditado por la resolución de Facultad N°12178-2023-FACS-UNJBG del proyecto de tesis titulado: **PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO ASOCIADAS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO EN GESTANTES DEL C.S LA ESPERANZA, TACNA AÑO 2021-2022**

Presentado por la Bachiller **ANGIE ISABEL CHILE COLQUE**, con código de matrícula 2017-112017, para optar el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual Turnitin cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 7%. Por lo que **CERTIFICO LA SIMILARIDAD** de la tesis está de acuerdo al nivel **PERMITIDO**, para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional**.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los tramites respectivos para su obtención del grado/título/especialidad.

.....  
Dra. Gloria Regina Escobar Bermejo

DNI: 00512293

Asesora



.....  
Bach. Angie Isabel Chile Colque

DNI: 77475841

Tesista



## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mi profunda gratitud a la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, así como a mis docentes por su invaluable contribución a mi formación profesional.

Al personal del servicio de Obstetricia del C.S. La Esperanza, por su apoyo, orientación y las facilidades brindadas para ejecutar mi investigación y a mi querida asesora, por los ánimos brindados, su voluntad, paciencia y tiempo empleado para el término exitoso de mi investigación.

A mi familia por su constante compañía y apoyo incondicional, fundamentales para alcanzar mis metas.

## **DEDICATORIA**

Agradezco a Dios por ser mi guía constante, brindándome sabiduría y fortaleza para alcanzar mis metas. Dedico esta tesis en reconocimiento a su influencia transformadora en mi vida.

A mi familia por brindarme su apoyo incondicional de toda la vida, en especial a mis padres, quienes son mi fuente de inspiración, para ser una mejor persona cada día.

## CONTENIDO

<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>iv</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>v</b>
<b>CONTENIDO</b> .....	<b>vii</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	<b>viii</b>
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b> .....	<b>ix</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>x</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>xii</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>3</b>
1.1 Descripción del problema .....	3
1.1.1 Antecedentes del problema .....	3
1.1.2 Problemática de la investigación .....	4
1.2 Formulación del problema .....	6
1.3 Justificación e importancia .....	6
1.4 Limitaciones de la investigación .....	7
1.5 Objetivos .....	8
1.5.1 Objetivo general .....	8
1.5.2 Objetivos específicos .....	8
1.6 Hipótesis .....	9

<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>10</b>
2.1. Antecedentes del estudio.....	10
2.2 Bases Teóricas.....	19
2.3 Definición de términos .....	43
<b>CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>45</b>
3.1. Tipo de investigación .....	45
3.2. Diseño de la investigación .....	45
3.3. Población y muestra .....	45
3.3.1. Tamaño y tipo de muestra.....	45
3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	46
3.4. Operacionalización de variables .....	46
3.5. Técnicas e instrumentos para recolección de datos .....	49
3.6. Consideraciones éticas.....	49
3.7. Procesamiento y análisis de datos.....	50
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS .....</b>	<b>51</b>
<b>CAPITULO V: ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>60</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>65</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>66</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>74</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

		<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1</b>	Características sociodemográficas en gestantes con control prenatal tardío C.S. La esperanza, Tacna Año 2021-2022	51
<b>Tabla 2</b>	Características obstétricas en gestantes con control prenatal tardío C.S. La esperanza, Tacna Año 2021-2022	53
<b>Tabla 3</b>	Patologías del embarazo en gestantes con control prenatal tardío del C.S. La Esperanza, Tacna Año 2021-2022.	54
<b>Tabla 4</b>	Patologías del embarazo asociadas al control prenatal tardío en gestantes del C.S. La Esperanza, Tacna Año 2021-2022.	58

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
<b>Gráfico 1</b> Patologías del embarazo asociadas al control prenatal tardío en gestantes del C.S. La Esperanza, Tacna Año 2021-2022.	56

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar las patologías del embarazo asociadas al control prenatal tardío en gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021- 2022.

**Metodología:** La investigación fue no experimental, correlacional, retrospectivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 84 gestantes que iniciaron tardíamente sus controles. El instrumento fue una ficha de recolección de datos. El procesamiento de datos se realizó con SPSS v.26 y Excel 2016.

**Resultados:** las características de las gestantes con control prenatal tardío (CPT) fueron: el 50% están entre 30 y 59 años, el 59,5% tiene estudios secundarios; el 44% es nulípara, el 83,3% inicio su control prenatal en el II trimestre, el 70,2% tuvo más de 6 controles y finalmente el 64,3% no fue un embarazo planificado, con respecto a las patologías del embarazo: el 97,6% no tienen polihidramnios y RCIU, frente a un 2,4% que si tienen polihidramnios y RCIU, seguido de un 92,9% no tienen preeclampsia frente a un 7,1% que si tienen preeclampsia, el 89,3 %, 88,1% y 84,6% de la gestantes no tienen ITS, oligohidramnios y diabetes frente 10,7%, 11,9% y 15,5% que si tienen ITS, oligohidramnios y diabetes, finalmente el 66,7% y 46,4% no tienen anemia e infección urinaria frente a un 33,3% y 53,6% de las gestantes que si tienen anemia e infección urinaria. **Conclusiones:** Las patologías del embarazo que se asocian al CPT en gestantes fueron: anemia, Infección de tracto urinario y diabetes gestacional, las demás patologías del estudio no presentaron asociación.

**Palabras clave:** patologías del embarazo, control prenatal tardío.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify pregnancy pathologies associated with late prenatal care in pregnant women at C.S. La Esperanza, Tacna 2021- 2022.

**Methodology:** The research was non-experimental, correlational, retrospective and cross-sectional. The sample consisted of 84 pregnant women who started their controls late. The instrument was a data collection form. Data processing was performed with SPSS v.26 and Excel 2016.

**Results:** the characteristics of the pregnant women with late prenatal control (LPC) were: 50% were between 30 and 59 years old, 59.5% had secondary education; 44% were nulliparous, 83.3% started their prenatal control in the second trimester, 70.2% had more than 6 controls and finally 64.3% were not a planned pregnancy, with respect to pregnancy pathologies: 97.6% did not have polyhydramnios and IUGR, compared to 2.4% who did have polyhydramnios and IUGR, followed by 92.9% did not have preeclampsia compared to 7.1% who did have preeclampsia, 89.3%, 88.1% and 84.6% of the pregnant women did not have STIs, oligohydramnios and diabetes versus 10.7%, 11.9% and 15.5% who do have STI, oligohydramnios and diabetes, finally 66.7% and 46.4% do not have anemia and urinary tract infection versus 33.3% and 53.6% of pregnant women who do have anemia and urinary tract infection. **Conclusions:** The pregnancy pathologies associated with CPT in pregnant women were: anemia, urinary tract infection and gestational diabetes, the other pathologies of the study showed no association.

**Key words:** pregnancy pathologies, late prenatal control.

## INTRODUCCIÓN

El control prenatal a nivel mundial es una actividad promocional-preventiva cuyo objetivo principal es reducir la morbimortalidad materna y perinatal, para obtener este objetivo se deben de cumplir las siguientes acciones: debe ser oportuno (antes de la semana 13), completo (al menos 6 controles), por ese motivo los cuidados previos al embarazo y los cuidados prenatales son importantes porque pueden ayudar a prevenir complicaciones y comunicar a las mujeres los pasos importantes para preservar a su bebé y tener un embarazo saludable.

El control prenatal oportuno es importante porque el personal de salud puede identificar y tratar cualquier complicación que pueda surgir durante el embarazo, como la hipertensión gestacional, la diabetes gestacional, anemia, infecciones del tracto urinario, preeclampsia entre otros; por otra parte también existen factores sociodemográficos y obstétricos que pueden afectar negativamente el embarazo, la capacidad de las mujeres para acceder a una atención prenatal oportuna y mantener los estilos de vida saludables durante el embarazo es por eso que el cuidado prenatal juega un papel fundamental en la prevención de complicaciones, la promoción de la salud materna y fetal, y la preparación para el parto y la maternidad. Es una parte vital de la atención médica durante el embarazo.

El presente estudio tiene como fin identificar si existe relación entre la presencia de complicaciones en gestantes y control prenatal tardío del Centro de Salud la Esperanza, como aporte adicional se identificarán los factores sociodemográficos y obstétricos por la cual la embarazada asiste a un control prenatal de manera tardía, cuáles son las complicaciones frecuentes del

embarazo, lo cual brindará elementos de modo que en el futuro se puedan proponer acciones adecuadas para motivar y concientizar a las mujeres a confirmar el embarazo cuando se sospeche y comenzar el seguimiento del embarazo lo antes posible, así como brindar educación sanitaria adecuada para que las mujeres embarazadas puedan reconocer rápidamente los síntomas que pueden complicar el embarazo.

Nuestro estudio consta de cinco capítulos: planteamiento del problema, marco teórico, marco metodología de la investigación, resultados y discusión, finaliza con las conclusiones y recomendaciones, también incluye una sección de anexos, que comprende las herramientas utilizadas en el estudio.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción del problema**

#### **1.1.1 Antecedentes del problema**

Si bien ha habido avances hacia la atención prenatal y el seguimiento prenatal esas medidas no alcanzaron lo que se necesita para poder reducir la mortalidad materna- perinatal y morbilidad. En tal sentido, el control prenatal, representa el eje fundamental del cuidado de la salud materna, al igual que el parto institucional.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1), reafirmó la importancia de la atención prenatal como puerta de entrada a otros servicios preventivos y de promoción de la salud reproductiva, como la detección, un diagnóstico adecuado y una buena prevención de enfermedades. Se descubrió que la atención que se brinda con prontitud y utiliza las mejores prácticas respaldadas por evidencia mejora los resultados de salud materna y perinatal.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (5), concibe un mundo en el que las mujeres gestantes y los bebés tengan una atención de calidad durante la gestación, el trabajo de parto y el posparto. Como componente de la salud reproductiva, atención prenatal sienta las bases para funciones

de salud vitales, incluida la promoción de la salud, la detección y diagnóstico, también la prevención de enfermedades (2).

Asimismo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (3), refiere que, a nivel mundial, se apreció que el 86 % de las mujeres gestantes reciben atención prenatal al menos una vez por parte de un profesional de la salud capacitado, pero solo el 62 % recibe por lo menos cuatro inspecciones. En áreas con altas tasas de mortalidad materna, como el África Subsahariana y el Sur de Asia, una proporción menor de mujeres recibe por lo menos cuatro visitas prenatales, con un 52 % y 46 % proporcionalmente.

### **1.1.2 Problemática de la investigación**

El problema de las complicaciones durante el embarazo continúa siendo una preocupación en los sectores de salud a nivel mundial y también a nivel nacional.

A nivel mundial, los números son impresionantes, según la OMS (4), un total de 830 personas fallecen cada día en todo el mundo que son mujeres embarazadas debido a dificultades en el embarazo y parto, la totalidad de estos casos ocurren en países menos desarrollados y en todos se pueden evitar con la atención médica adecuada y un inicio temprano del control prenatal. La mortalidad materna se relaciona principalmente con complicaciones como hemorragia posparto, hipertensión gestacional y aborto espontáneo.

En el Perú, se reportaron 123 muertes maternas en 2022, una disminución de 52,5% (-136) respecto al mismo período de 2021 (259) ya sea de forma directa o indirecta. Lima, Piura y la Libertad son los departamentos con mayor número de fallecimientos maternos en relación con el mismo período de 2021. Estas muertes ocurren principalmente durante la etapa del puerperio (72%), en los establecimientos de salud (70,7%) y en el II nivel de atención. La mayoría de estas muertes fueron atribuibles a causas directas (hemorragia y trastornos hipertensivos) (5).

A nivel nacional, en el primer semestre de 2022, el 78,6% de las gestantes cuyo último parto ocurrió dentro de los cinco años anteriores tomaron su primer control prenatal durante su primer trimestre; en el área urbana esta cifra fue del 80,3% y en el área rural del 73,0%. En la Sierra (73,8%) y la Selva (75%), las mujeres de la Costa tuvieron mayor acceso a su primer control prenatal durante su primer trimestre del embarazo (81,6%) en el mismo período. En el primer semestre de 2022, la atención prenatal a mujeres embarazadas cuyo último parto incluyó seis o más controles prenatales fue superior en la región Sierra (86 %) en comparación con la Costa (84,5 %) y la Selva (84,1 %, respectivamente) (6).

En el 2020 hubo un alto índice de control tardío del embarazo (11%) en Tacna, una región con una población vulnerable e inestable dedicada al intercambio comercial con otras regiones del país. En el mismo año, hubo dos muertes maternas, una por insuficiencia respiratoria y la otra por ruptura

uterina causada por un embarazo ectópico y estas indirectamente tuvieron relación con la falta o insuficiente número de controles prenatales, esto motivo realizar la presente investigación (7).

Por tanto, la problemática de la salud materna aún sigue centrada en el inicio tardío del primer control prenatal ya que esta conlleva en nuestra región a altas tasas de complicaciones como, anemia que no se recupera, enfermedades hipertensivas y preeclampsia, fetos macrosómicos y otros problemas que amerita investigar a ello obedece la importancia de nuestro estudio.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuáles son las patologías del embarazo asociadas al control prenatal tardío en las gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021-2022?

## **1.3 Justificación e importancia**

Este estudio busca identificar la asociación que existe entre el inicio tardío del control prenatal con las patologías durante el embarazo, porque un inicio tardío de controles prenatales pueden desarrollar diversas complicaciones durante la gestación, que son aquellas que pueden llevar a presentar factores de alto riesgo obstétrico como la anemia, preeclampsia, infección del tracto urinario, infecciones de transmisión sexual, polihidramnios, restricción de crecimiento

intrauterino hipertensión, diabetes gestacional, entre otros; Sin embargo, todas estas complicaciones son prevenibles si se detectan a tiempo y se les da el tratamiento adecuado y oportuno.

Los resultados obtenidos permitieron visualizar la realidad existente y evitar que este tema pase desapercibido, dado que existe un gran porcentaje de escasez de atención preconcepcional, en nuestro país se presenta un gran número de embarazos no planeados, lo que repercute en la demora en la iniciación de la atención prenatal. Asimismo, la falta de información y conciencia de la importancia de un control prenatal temprano integral y completo, que prevenga las complicaciones que genera el embarazo tanto para la madre como para el lactante, se trata de un problema de salud de alto riesgo e impacto que es prevenible y tratable.

La presente investigación se usará como diagnóstico para la toma de decisiones de todos los involucrados en el control de la madre y del feto para disminuir y/o evitar la morbimortalidad del binomio madre y niño, de esta manera los datos adquiridos servirán de referencia para otras investigaciones. Esta información es valiosa para nosotros como investigadores, ya que nos permite planificar intervenciones tempranas como obstetras y este trabajo puede servir como un ejemplo para futuras investigaciones

#### **1.4 Limitaciones de la investigación**

El trabajo por sus características no presenta limitaciones para su realización.

## **1.5 Objetivos**

### **1.5.1 Objetivo general**

Identificar las patologías del embarazo asociadas al control prenatal tardío en gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021- 2022.

### **1.5.2 Objetivos específicos**

- a) Determinar si la anemia se asocia al control prenatal tardío en gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021- 2022.
- b) Determinar si la infección de tracto urinario se asocia al control prenatal tardío en gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021- 2022.
- c) Determinar si la infección de transmisión sexual se asocia al control prenatal tardío en gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021- 2022.
- d) Determinar si el polihidramnios se asocia al control prenatal tardío en gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021- 2022.
- e) Determinar si el oligohidramnios se asocia al control prenatal tardío en gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021- 2022.
- f) Determinar si la restricción de crecimiento intrauterino se asocia al control prenatal tardío en gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021- 2022.

- g) Determinar si la preeclampsia se asocia al control prenatal tardío en gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021- 2022.
- h) Determinar si la diabetes gestacional se asocia al control prenatal tardío en gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021- 2022.
- i) Describir las características sociodemográficas en gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021- 2022.
- j) Describir las características obstétricas en gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021- 2022

## 1.6 Hipótesis

**H1:** Las patologías: anemia, infección del tracto urinario, infección de transmisión sexual, polihidramnios, oligohidramnios, restricción de crecimiento intrauterino, preeclampsia, diabetes gestacional se asocian significativamente con el control prenatal tardío en gestantes del C.S la Esperanza, Tacna año 2021- 2022.

**H0:** Las patologías: anemia, infección del tracto urinario, infección de transmisión sexual, polihidramnios, oligohidramnios, restricción de crecimiento intrauterino, preeclampsia, diabetes gestacional no se asocian significativamente con el control prenatal tardío en gestantes del C.S la Esperanza, Tacna año 2021- 2022.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes del estudio

##### 2.1.1 Antecedentes Internacionales

###### **Cano M.; Marrero D. Manabí-Ecuador (2024)**

Realizaron una investigación acerca de la percepción sobre las barreras para el acceso al control prenatal (ACP) de las embarazadas atendidas en el Centro de Salud Tipo C Dr. Arnaldo Calderón de Tosagua, durante marzo-agosto 2023.

**Metodología:** Fue un estudio observacional, descriptiva de corte transversal. **Resultados:** la mayoría de las embarazadas era de procedencia rural (77,78 %), tenía un nivel de escolaridad secundaria (37,91 %) y trabajaba (47,71 %). El 83,01 % de las embarazadas inició el control prenatal en el primer trimestre; el 56,86 % tuvo entre 4 y 6 controles prenatales. **Conclusión:** las principales barreras individuales/psicosociales fueron embarazo no planificado, no deseado, con síntomas de depresión y desmotivación y dificultad para asistir a las consultas por el cuidado de los demás hijos También incidieron en el ACP, el difícil acceso a las citas para la consulta, tiempo de espera prolongado para su atención y poco tiempo de duración de la consulta (8).

###### **Vivanco K.; Reyes E. El Oro-Ecuador (2023)**

Realizaron un estudio sobre los factores que influyen en el control prenatal en mujeres en edad fértil, gestantes y post parto en el Barrio Atahualpa y Barrio San Vicente de la Provincia del

Oro. **Metodología:** es un estudio observacional, con diseño descriptivo, transversal. **Resultados:** La población de estudio se encontraba entre los 14 a 42 años de los cuales solo el 39,1% tenía conocimiento acerca de los factores de riesgo que se pueden presentar por no tener un control prenatal, 30,8% presentaron complicaciones en su gestación y entre las complicaciones con mayor evidencia en la herramienta fue con un 23,3% Infección de vías urinarias, 18% Aborto, 17,3% Anemia y con el 12% Hipertensión Gestacional. **Conclusiones:** se evidencia un gran porcentaje de desconocimiento en el control prenatal y la inasistencia a los controles prenatales por una mala atención en la asistencia a las unidades de salud y entre las complicaciones más frecuentes es la infección de vías urinarias, aborto, anemia y la hipertensión gestación y las infecciones vaginales(9).

**Barros L.; Velasco E. Ambato-Ecuador (2021)**

En su investigación titulada “factores asociados a la falta de control prenatal en américa latina y su relación con las complicaciones obstétricas”. **Metodología:** se realizó una revisión sistemática y meta-análisis en las bases de datos: PubMed, BVS, Scielo, Latindex, Lilacs y Google académico con los descriptores de ciencias de la salud (DeCS) de Bireme y los Medical Subject Headings (Mesh) de la National Library of Medicine: control prenatal, atención prenatal, complicaciones obstétricas, factores asociados, en idioma español e inglés durante el periodo 2015-2020. **Resultados:** se reportó un total de 1718 registros, de los cuales 86 eran elegibles, de estos 56 no fueron relevantes, por lo que quedan incluidos 30 que

permitieron dar cumplimiento al objetivo de estudio con los cuales se procedió al meta-análisis. **Conclusiones:** las complicaciones obstétricas como peso bajo al nacer y prematuro, hemorragias, infecciones, preeclampsia, parto incompleto, anemia y desgarros perianales los cuales están vinculados a la crianza del hogar, ocupación, empleo, falta de educación, ubicación geográfica, creencias, costumbres y recursos económicos(10).

#### **Herrera K.; et al. Colombia (2019)**

El propósito de la investigación fue determinar los factores asociados a la morbilidad materna por la no adherencia a los controles prenatales. **Metodología:** cuantitativo, descriptivo, no experimental y retrospectivo. la unidad de análisis fue aquellas que no asistieron a los controles prenatales de forma completa. **Resultados:** la edad de mayor prevalencia la comprendían gestantes entre los 20 y 30 un 51%; el 50% se encontraban en su primer embarazo; el 36% asistió a menos de 4 controles, de las cuales el 65% presentó preeclampsia; el 71% la morbilidad ocurrió en una edad gestacional antes del término; el 55% tuvo un recién nacido con bajo peso; el 60% fue ingresada a una unidad de cuidado intensivo y el 94% estuvo hospitalizada de 1 a 10 días. **Conclusión:** La no adherencia al control prenatal influye en la aparición de alteraciones en la salud de la madre como la preeclampsia o problemas orgánicos y también en el recién nacido; principalmente, con bajo peso al nacer(11).

#### **Gómez A. Cuernavaca-México (2019)**

En su investigación cuyo objetivo es identificar la asociación entre el CPT y la presencia de complicaciones en el embarazo

en las gestantes del Hospital Comunitario de Puente de Ixtla durante octubre a diciembre del 2018. **Metodología:** investigación cuantitativa, de tipo observacional, analítico y transversal. **Resultados:** muestran que un 53% de la población asiste a su CPT entre los 20 y 29 años, un 41% tenía secundaria incompleta, el 64% vive en unión libre, el 69% son amas de casa, el 83% tiene ingresos inferiores o igual al salario mínimo. **Conclusión:** Se estima que un 58% presente una complicación como hipertensión, patología placentaria, diabetes gestacional, amenaza de aborto y parto pretérmino(12).

## 2.1.2 Antecedentes nacionales

### **Bazán D.; Sánchez J. Cajamarca-Perú (2023)**

El propósito de la investigación fue determinar la relación entre las complicaciones maternas y el ausentismo al control prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca 2021-2022. **Metodología:** estudio correlacional, de tipo no experimental, observacional, de corte transversal; se utilizó como muestra 108 historias clínicas de gestantes atendidas. **Resultados:** mostraron que el número de controles prenatales programado para las gestantes fue de 13, solo 2 de 108 (1,85%) mujeres embarazadas asistieron completamente a todos los controles, las principales complicaciones maternas identificadas incluyeron infecciones de tracto urinario, anemia, preeclampsia y además se demostró que existe relación entre las complicaciones maternas y el ausentismo al control prenatal. **Conclusión:** se pudo concluir en que es necesario aumentar la adherencia a los controles prenatales para evitar posibles

complicaciones maternas en futuras gestantes que asistan a este centro de salud(13).

### **Marreros Y. Huaraz-Perú (2023)**

El presente estudio tiene como objetivo determinar los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Yungay, 2022. **Metodología:** estudio de tipo prospectivo, correlacional, de diseño no experimental con corte transversal, se trabajó con una población de 80 gestantes con inicio tardío de la atención prenatal. se utilizó como instrumento la ficha de recolección de datos, se realizó la contrastación de la hipótesis realizando la prueba Chi cuadrado. **Resultados:** respecto a los factores sociodemográficos el 48,8 %; son convivientes; 45,0 % proceden de zona urbana; 42,5% han estudiado secundaria; 40,0% tiene una edad comprendida entre 19 – 34 años; y por último el 38,8% son amas de casa .En los factores personales asociados al inicio tardío de la atención prenatal fueron las siguientes: Poco apoyo afectivo de su pareja, temor y vergüenza, embarazo que no fue planificado, poca importancia, desinterés y falta de información sobre la atención prenatal y los factores institucionales tienen relación significativa con  $p < 0,05$ .**Conclusiones:** Los factores asociados que tienen relación significativamente al inicio tardío de la atención prenatal fueron los factores institucionales: trato inadecuado del personal de salud y un tiempo de espera prolongado  $> 2$  horas(14).

### **Poma M.; Ramon G. Huancavelica-Perú (2022)**

Su investigación tiene el objetivo de determinar las características de la atención prenatal tardía en gestantes atendidas en establecimientos de salud de nivel I-4 de la provincia de Huancayo, 2022. **Metodología:** investigación descriptiva, observacional y transversal, la muestra fue de 348 gestantes. **Resultados:** Las características demográficas de las gestantes con atención prenatal tardía fueron que son jóvenes 73,6%, con secundaria 75,9%, procedencia urbana 91,1%, ocupación ama de casa 69,8%. Las características obstétricas fueron que tuvieron aborto previo 14,7%; Il trimestre 83,6%, son nulíparas 60,3%, multíparas 21,0%; embarazo no planificado 80,5%, periodo intergenésico adecuado 82,2%. Las características personales fueron miedo a la atención prenatal 32,6%, miedo al personal 23,9%, falta de apoyo emocional de la pareja 23,0%, vergüenza a ser tocada en la atención prenatal 13,5%, desconocía que estaba embarazada 3,4%. Las características institucionales fueron horario de atención incompatible 58,9%, mala atención por parte del personal de salud 27,3%, mucha distancia de su casa al establecimiento 8,9%, cuenta con otro seguro del SIS 4,9%. **Conclusión:** Las principales características; son jóvenes, estudios secundarios, amas de casa, de procedencia urbana, nulíparas, embarazo no planificado, miedo a la atención prenatal y horarios incompatibles(15).

#### **Apaza D. Trujillo-Perú (2021)**

El propósito de la investigación fue determinar las características socioculturales que están asociados al control prenatal reenfocado tardío en gestantes atendidas en el Centro de salud

Alto de la Alianza, periodo 2018 a 2019. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional, de casos y controles de pacientes que acudieron al centro de salud nivel I-3. Se tuvo como muestra 330 gestantes (110 casos, 220 controles). Se procedió a llenar la ficha de recolección de información de las historias perinatales según cumplían criterios de inclusión, para ser almacenados en el programa SPSS para análisis estadístico. **Resultados:** fueron considerados como factores de riesgo asociado: El estado civil de las gestantes, escolaridad hasta nivel primario y embarazo no planeado frente al control prenatal reenforcado tardío, en cuanto al ser ama de casa y padecer de violencia familiar no se encontró correlación significativa. **Conclusiones:** Se concluyó que el estado civil, la escolaridad y el embarazo no planificado son factores de riesgo para inicio del control prenatal tardío reenforcado(16).

### **Román H. Callao-Lima (2019)**

Realizo un estudio acerca de la relación entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en gestantes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. **Metodología:** fue de tipo cuantitativo, diseño descriptivo, correlacional de corte transversal, retrospectivo siendo la muestra de 63 gestantes **Resultados:** se encontró que el 71,4% de las gestantes se realizó 5 controles, un 28,6% se realizaron más de 6 controles durante su gestación, en cuanto a las complicaciones de embarazo, un 7,9% se debió a abortos, el 33,3% fue por hipertensión, un 6,3% fue por preeclampsia, un 11,1% fue de eclampsia. **Conclusión:** estableció que un control prenatal

incompleto es un importante factor de riesgo de complicaciones en el embarazo(17).

### 2.1.3 Antecedentes locales

#### **Vega M. Tacna-Perú (2021)**

En su investigación titulada: “Factores asociados al inicio tardío de atención prenatal en gestantes que asisten al C.S. La Esperanza, Tacna, 2021”. **Metodología:** es una investigación básica, cuantitativa, no experimental, prospectivo, de corte transversal y analítico. La muestra estuvo conformada por 53 gestantes, la técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta y el instrumento utilizado el cuestionario. **Resultados:** el estudio involucro a 50 gestantes en la cual se pudo observar que los factores sociales no guardan relación con el control prenatal tardío, mientras que los personales, obstétricos e institucionales si guardan relación. **Conclusión:** los factores personales, obstétricos e institucionales si se relacionan con el inicio tardío de atención prenatal(18).

#### **Quispe Y. Tacna-Perú (2020)**

La investigación titulada “Factores de riesgo asociados a complicaciones materno - perinatales en gestante adolescente en el HHUT, año 2019. **Metodología:** Estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles. Se aplicó la ficha de recolección de datos. **Resultados:** El 82,82% son adolescentes tardías, el 92,59% tienen estudios superiores no universitario, el 60,40% son amas de casa y el 64,96% son convivientes y el 90,03 % residen área urbana, el 88,32% sin

antecedentes de aborto, el 88,60% son nuligestas, el 62,11% tiene más de 6 CPN, el 92,31% la edad gestacional es de 37 a 41 semanas y el 50,14% fue por cesárea. las complicaciones maternas: el 51,85% es por ITU, el 50,14% por cesárea, 12,54% por DCP, 11,97% por aborto, el 9,97% por APP, el 9,12% por anemia, el 1,71% por amenaza de aborto, el 1,71% por DPP, el 1,14% por hiperémesis gravídica, el 1,14% por pre eclampsia leve, el 0,85% por RPM y el 0,28% por eclampsia. las complicaciones perinatales del RN: el 10,83% por SFA, el 7,12% pre término, el 4,84% peso menor de 2500 gr, el 3,70% el APGAR al minuto fue menor de 7 y el 0,85% el APGAR a los cinco minutos fue menor a 7. **Conclusión:** existe asociación la edad, la eclampsia, grado de instrucción y la amenaza de aborto(19).

### **Julca K. Tacna-Perú (2019)**

En su investigación titulada “Factores de riesgo asociados a morbilidad materna extrema en el hospital Hipólito Unanue de Tacna año 2017-2018”. **Metodología:** es un estudio observacional, analítico, descriptivo, retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 119 casos con morbilidad materna extrema y por 119 como grupo control. Se realizó la revisión de las historias clínicas mediante la ficha de recolección de datos. **Resultados:** el número de controles prenatales están asociados a morbilidad materna extrema; esto quiere decir que las gestantes con el número de controles inadecuados son dos veces más propensas a que tengan morbilidad materna extrema. Por otro lado, los factores sociodemográficos no son factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema. En cuanto al

perfil de las gestantes con morbilidad materna extrema, se obtuvo un porcentaje alto en la enfermedad específica, como la más representativa a la preeclampsia, en cuanto a la disfunción orgánica, a la cardíaca principalmente y en cuanto al manejo instaurado todas las pacientes que se estudiaron ingresaron a UCI. **Conclusiones:** las causas principales de hospitalización de las gestantes con morbilidad materna extrema son la preeclampsia severa, seguido de shock hipovolémico y la insuficiencia cardíaca descompensada siendo estas los más representativos(20).

## **2.2 Bases Teóricas**

### **2.2.1 Control prenatal**

La atención prenatal o llamados también controles prenatales, según el Ministerio de Salud (MINSA) refiere que es “el seguimiento y la evaluación integral del estado de la gestante y del feto por parte del personal médico con el objetivo de dar a luz a un neonato sano sin afectar la salud de la madre” (21).

El MINSA ha establecido los siguientes objetivos para la atención prenatal:

1. Un examen completo e individualizado de la madre y el feto
2. Reconocer los síntomas de peligro y trastornos relacionados para el diagnóstico y tratamiento temprano.
3. Tomar precauciones para evitar problemas durante el embarazo.
4. Brindar atención individualizada tratamiento y preparación física y mental para el trabajo de parto y el parto(21).

Los controles prenatales deben iniciarse lo antes posible, antes de la semana 10 de embarazo. Estos deben ser regulares, y durante períodos particulares deben ser continuos y completos. La frecuencia señalada por el MINSA es:

- Una atención por mes hasta la 32 semana de embarazo.
- Una atención cada quincena entre las 33 y 36 semanas.
- Una atención cada semana desde la 37 semana hasta el instante del nacimiento”(21).

Debe haber al menos seis intervenciones, las dos primeras ocurriendo antes de la semana 22, la tercera entre las 22 y 24 semanas, la cuarta entre las 27 y 29 semanas, la quinta entre las 30 y 35 semanas, y la sexta entre las 37 y 40 semanas de gestación. Por lo tanto, cumplir con el requisito de al menos cinco visitas prenatales(22).

Control prenatal también significa “el conjunto de acciones y operaciones que realiza la mujer gestante encaminadas a proporcionar una buena salud a la madre, el normal desarrollo del feto y dar a luz al recién nacido en óptimas condiciones físicas, mentales y emocionales” (22).

La atención médica se brinda en un consultorio que está diseñado para garantizar un embarazo saludable y la detección temprana de cualquier complicación (a través del examen físico, la historia, pruebas de laboratorio y técnicas de imagen como ultrasonido); “para lograr que esto los médicos deben de tener conocimientos profundos de los cambios fisiológico que ocurren durante el embarazo para así poder detectar condiciones anormales” (23).

Según la OMS (2) su objetivo primordial es garantizar que todas las mujeres gestantes y los bebés de todo el mundo tengan acceso a atención obstétrica, de parto y posnatal de alta calidad.

Por lo tanto, la atención pre natal eficaz debe de efectuar cuatro requerimientos básicos:

1. Precoz: en el primer trimestre al implementar este primer nivel de manejo temprano en el embarazo, podemos evitar cualquier problema incluso antes de que comience. Además, ubicar a estas 26 mujeres embarazadas que están en alto riesgo y han abandonado la atención prenatal es un objetivo principal de esta visita inicial.
2. Periódico: las mujeres embarazadas de bajo y alto riesgo tienen diferentes frecuencias de visita recomendadas. Debe haber al menos seis controles por cada 100 gestantes de bajo riesgo, con un control en el primer trimestre, dos en el segundo y tres en el tercero.
3. Completo: El sistema de control tiene todas las piezas para promover de manera efectiva, de proteger, de recuperar y de rehabilitar la salud de las personas.
4. Amplia cobertura: garantizar a todas las gestantes el acceso a una atención prenatal de calidad(24).

### **2.2.2 Atención prenatal reenfocada**

Incluye monitorear, el evaluar, el advertir, el diagnosticar y el tratar las complicaciones que pueden determinar la morbilidad

perinatal y materna en un neonato sano, sin deteriorar la salud de la gestante, sin afectar la salud de la madre, teniendo en cuenta las condiciones psicológicas, sociales y físicas, en el cuadro de los derechos humanos y con orientación de interculturalidad y género (25).

- La cita de atención prenatal inicial debe persistir al menos 30 minutos y las visitas posteriores no deben persistir menos de 15 minutos.
- Un cirujano, un obstetra o un ginecólogo-obstetra pueden brindar atención prenatal según la sofisticación del centro médico.
- En lugares donde no existan tales especialistas, la enfermera u otro profesional de la salud o un personal especializado en el cuidado de la mujer embarazada puede realizar el trabajo.
- Se requieren los servicios de un obstetra o ginecólogo si se sospecha o identifica una complicación del embarazo.
- Atención a la mujer embarazada, la comunidad y familia antes, durante y después del puerperio educándolas.
- Signos de alarma durante la gestación, nacimiento y puerperio: enseñar a la mujer a reconocerlos.
- La historia clínica materno-perinatal es necesaria para todo control prenatal.
- Adherirse al marco de atención prenatal y ofrecer atención prenatal redirigida. Suplementar con ácido fólico, calcio y hierro y realizar una evaluación nutricional.
- Crear un plan de parto para partos hospitalarios, teniendo en cuenta las consideraciones culturales. Las complicaciones se identifican y tratan rápidamente.

- Use una tira reactiva o ácido sulfosalicílico para determinar la cantidad de proteína en la orina. Haga lo que pueda para prepararlos para amamantar.
- Fomente la presencia de un acompañante, idealmente el cónyuge, durante todo el proceso de cuidado.
- Según el nivel de atención, un obstetra-ginecólogo o un cirujano realizará la visita prenatal inicial para realizar un examen físico completo, interpretar los resultados de laboratorio, diagnosticar cualquier afección subyacente y comenzar el tratamiento adecuado.
- El ginecólogo-obstetra es la persona que lo lleva a cabo en las etapas intermedia y avanzada de la atención (25).

**a. Consultas en la atención prenatal reenforcada:**

Aspectos específicos para la primera consulta: Principalmente cuando existen antecedentes familiares y factores de riesgo, es importante proponer información completa, honesta, oportuna y clara sobre la necesidad de atención prenatal y obtener información sobre la posibilidad de tener un hijo con anomalías congénitas(25).

- Como parte de la atención prenatal inicial, se debe realizar un examen vaginal, incluida la especuloscopia para la detección de vaginosis bacteriana, la recogida de una muestra para la prueba de Papanicolaou y una evaluación pélvica. Si la gestante no está preparada, puede posponerse para su próxima cita.
- Después de 33 semanas y por lo menos cada tres meses con respecto a la muestra original, debe obtener resultados

de laboratorio actualizados (prueba de orina integral o cultivo de orina, sífilis, hemoglobina, glucemia basal y VIH)

- Durante la atención, se educará a la pareja y al acompañe sobre cómo apoyar mejor a la futura madre durante la gestación, nacimiento y posparto inmediato.
- Cada visita incluirá una evaluación exhaustiva de los síntomas. y banderas rojas.

**b. Procedimientos de la primera atención prenatal**

- La preparación de la historia clínica materno-perinatal incluye una anamnesis. Es importante indagar información de filiación, los antecedentes obstétricos, los antecedentes personales, edad gestacional estimada y preguntas sobre la salud mental y violencia.
- Examen físico: examinar sus funciones vitales y la evaluación de numerosos órganos (mamas, pulmones, odontostomatológico, corazón, abdomen)
- Tomar las funciones vitales: Es importante realizar la técnica del pulso utilizando tres dedos, así como también medir la frecuencia respiratoria, la temperatura con un termómetro limpio y guardarlo en su estuche protector, y tomar la presión arterial después de 5 minutos de reposo en posición sentada, utilizando el brazo derecho.
- Tomar las medidas antropométricas: el peso (la balanza debe calibrarse habitualmente con un peso patrón) y altura, el estado nutricional, graficar en las tablas de crecimiento de peso CLAP/OPS de la Ficha Materna Perinatal y de la Historia Clínica.
- Valorar el edema:

O: No presenta edema

1+: Edema leve, fovea perceptible sólo al tacto

2+: Edema evidente sólo en miembros inferiores

3+: Edema de miembros inferiores, superiores y cara

4+: Anasarca con ascitis

▪ Si su presión arterial es mayor a 140/90 o su presión arterial media es mayor a 106, o si su presión arterial sistólica es mayor a 140 mmHg y su presión arterial diastólica es superior a 90 mmHg, y ambos números han aumentado en al menos 20 mmHg de sus valores iniciales, entonces tiene hipertensión.

▪ Evaluar reflejos osteotendinosos,

0: arreflexia o ausencia de reflejos

1+: hiporreflexia

2+: normal

3+: hiperreflexia o reflejos aumentados

4+: reflejos exaltados, presencia de clonus.

• Si se asemejan señales de alarma en establecimientos que cumplen con FONP, referirse a entidades que cumplen con FONB o FONE.

• Registrar todos y cada uno de los datos requeridos en la historia clínica materno-perinatal. En situaciones de hospitalización en institutos FONE o FONI, utilizar la historia clínica de acuerdo a los requisitos vigentes (25).

#### **i. Examen obstétrico completo:**

• Valoración obstétrica según la edad gestacional: establecer la altura uterina, el número de fetos, los latidos cardíacos fetales y los movimientos fetales.

- Reconocer el aumento de la altura uterina y graficarlo en la tabla CLAP/OPS. Utilice la cinta métrica obstétrica para medir la altura uterina de la gestante en posición de decúbito dorsal, semiflexión y apertura de los miembros inferiores, uniendo los talones.
- Evaluación ginecológica: ejecutar un examen en el momento adecuado, preponderantemente desde la consulta 1, después de preparar a la gestante y explicarle el procedimiento a realizar: se debe hacer el examen de mamas y ginecológico, que contiene la toma de muestra cérvico-uterino (Papanicolaou).

## ii. Exámenes auxiliares basales

- Test rápido en la primera visita: tira reactiva o prueba de reacción con ácido sulfosalicílico para la detección de proteína (albúmina) en la orina de cada localidad), grupo sanguíneo y el factor Rh, la glucosa, las pruebas rápidas de la sífilis y el VIH (para un diagnóstico precoz y el mejor tratamiento oportuno), o RPR y ELISA.
- Se requiere confirmación del embarazo mediante ultrasonografía obstétrica antes de las 14 semanas de embarazo.
- A las mujeres embarazadas mayores de 35 años el pliegue nucal se les debe medir entre la 10 y 14 semana de embarazo.

Es posible que se requieran otras pruebas según lo determinen las circunstancias:

- La prueba de Coombs indirecta para mujeres embarazadas Rh negativo. La prueba se realizará una

vez al mes hasta la semana 28 si los resultados son negativos. Entre las semanas 28 y 32 de embarazo, las mujeres que no están sensibilizadas deben recibir 250 mcg de inmunoglobulina anti-D.

- Los recién nacidos con una prueba de Coombs directa Rh positiva y negativa deben recibir 250 mcg de inmunoglobulina anti-D administrada a sus madres dentro de las primeras 72 horas después del nacimiento.
- Azúcar en la sangre durante el ayuno:
  - o Vuelva a realizar la prueba después de un ayuno estricto de al menos 12 horas y consulte a un médico si el resultado sigue siendo superior a 105 mg/dl.
  - o Si usted o un integrante de su familia tiene referencias de diabetes, obesidad, abortos espontáneos, mortinatos, defectos de nacimiento, polihidramnios o macrosomía fetal y su nivel de azúcar en la sangre es menor a 105 mg/dl, debe realizarse una prueba de tolerancia a la glucosa (25).
- Los pacientes con antecedentes de infecciones urinarias, o aquellos con recuentos de leucocitos superiores a 10 por campo, o aquellos con una prueba de orina de nitrito positiva (sedimento urinario o tira reactiva), deben someterse a un cultivo de orina con regularidad.

### **iii. Prescripción de ácido fólico**

Todas las mujeres gestantes deben tener 500 microgramos de ácido fólico durante su primera visita prenatal y durante todo el primer trimestre (hasta la semana 13).

**iv. Prescripción de ácido fólico y sulfato ferroso**

A todas las mujeres embarazadas se les debe recetar 400 microgramos de ácido fólico y 60 miligramos de sulfato ferroso a partir de la semana 14 de sus embarazos.

**v. Prescripción de calcio**

A partir de la semana 20 de embarazo hasta el parto, una mujer debe tomar 2000 miligramos de calcio por vía oral.

**vi. Evaluación odontológica**

Si tiene un dentista, debe pedirle que realice la evaluación; de lo contrario, debe visitar la clínica más cercana o hacer algún otro arreglo con la red de servicios.

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

Al finalizar la visita inicial, la mujer embarazada que aún no ha recibido la vacuna debe de recibir su primera dosis y luego continuar con las vacunaciones de acuerdo con el Esquema Nacional de Vacunación. A partir de las 20 semanas de embarazo, todas las

mujeres gestantes deben de vacunarse contra la gripe (25).

**viii. Información para la gestante en la primera consulta:**

- Explique cómo los productos químicos como el tabaco, la cocaína y el alcohol pueden dañar a un feto en desarrollo y qué consecuencias puede tener. pérdida de líquido, acúfenos, escotomas, epigastralgia, anasarca o pérdida de líquidos, asegúrese de que todos sepan a dónde acudir.
- Si la mujer embarazada ha sentido movimientos fetales en algún momento desde el comienzo del segundo trimestre, debe de registrar la fecha y hora en que los sintió.
- En la medida de lo posible, la mujer embarazada debe llevar a su pareja, familiar u otra persona que sea de su confianza a sus citas prenatales, de parto y posparto.
- Distribuir datos sobre cómo tener encuentros sexuales sin contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) o VIH.
- Educar al público sobre los méritos del seguro de salud universal e integral.
- La tarjeta se actualizará con la fecha de su próxima cita de atención prenatal, que debe tomar no más de 15 días después de la consulta inicial para que se puedan discutir los resultados de las pruebas de laboratorio (25).

**ix. Mantener los registros completos**

- Revisión e finalización de los datos de la historia clínica materna perinatal.
- Entregue a la mujer embarazada una Tarjeta Materna Perinatal llena e indíquele que la lleve consigo a las citas médicas que tenga.
- Se debe utilizar el Libro de Registro de Seguimiento de Embarazo y Postparto para documentar todo el tratamiento prenatal.
- Asegúrese de que la atención esté documentada en el formato HIS (25).

**x. Referencia en caso de complicación obstétrica:**

- Envíe la derivación al centro con las necesidades de atención más complejas, para que el personal médico allí pueda estar listo para atender y recibir al paciente de inmediato.
- Se debe utilizar el formato correcto al hacer referencia.
- El obstetra-ginecólogo es responsable de recibir referencias de pacientes que necesitan ser atendidos en entidades que cumplen con FONE o FONI.

**c. Procedimientos en las atenciones prenatales posteriores**

En todas las consultas siguientes:

- Infórmese sobre los síntomas y signos de alerta del embarazo y chequeo médico completo.

- Indagar si se están siguiendo las indicaciones, auxiliares y pruebas de laboratorio.
- Limite el rápido aumento de peso de la madre, así como sus reflejos, sus signos vitales y la aparición de edemas.
- Vigilar la dimensión vertical del útero permite la regulación del crecimiento fetal intrauterino.
- Las gestantes deben hacerse una prueba de proteinuria con tira reactiva o ácido sulfasalícílico.
- Evalúe qué tan avanzado está auscultando su vientre (a partir de las 20 semanas) y buscando signos de movimiento fetal.
- Analizar los resultados de las pruebas complementarias.
- A partir de la semana 14, se recomienda tomar suplementos de ácido fólico y hierro juntos (25).

**i. A partir de las 28 semanas:**

- Averigüe la posición de la madre, la presentación fetal y el número total de bebés.
- Regulación de la frecuencia cardíaca fetal.
- Pregunta si sientes patadas fetales o no.
- Entre los 28 y los 32 años, así es como se realiza una prueba de Gantt o de rollover. Tras un período de reposo de 5 minutos en posición de decúbito supino, se registra la presión arterial de la gestante mientras está en decúbito lateral izquierdo, utilizando el brazo derecho. Se considera que la prueba es positiva si la presión diastólica aumenta en 20 mmHg o si la presión arterial media supera los 85 mmHg después de una segunda medición. La prueba de Gantt, también conocida como prueba de rollover, es un enfoque de predicción clínica para PIAH

que es más simple de administrar y tiene una alta tasa de éxito.

- A las 33 semanas de embarazo se debe solicitar repetición de urocultivo, hemograma y pruebas rápidas de sífilis, gonorrea y sífilis, así como un Elisa o prueba rápida de VIH.
- Entre las semanas 25 y 33 del embarazo, es necesario realizar pruebas de glucosa en sangre en ayunas para detectar la presencia de diabetes gestacional (25).

#### **ii. A partir de las 35 semanas:**

- Pelvimetría interna y exploración feto-pélvica, especialmente para madres primerizas y mujeres de menos de 1,40 m de altura durante el embarazo.
- Identificación del grado de afectación fetal.
- Análisis de presentación fetal.
- Reevaluación del estado de salud materna.
- Si es necesario, actualice las pruebas complementarias.
- Solicite exámenes sin estrés y otras medidas para garantizar la salud de su hijo por nacer.
- Dígale a la futura madre cómo manejar las patadas y los movimientos fetales. Cada control debe durar 30 minutos y la mujer embarazada debe ser revisada cuatro veces al día. Al final del día, debería sentir más de 10 movimientos fetales; si siente 10 o menos, debe ser evaluada en el centro médico más cercano.
- Para la programación oportuna de cesáreas electivas, refiera los casos a un centro que cumpla con FONE.

- Las mujeres que no hayan dado a luz al final de la semana 40 de embarazo deben dirigirse a establecimientos que cumplan con FONE.
- Envíe a la mujer embarazada a una casa de espera de maternidad cercana a un establecimiento que cumpla con los estándares FONB o FONE si vive en una zona rural o de difícil acceso (25).

**d. Signos y síntomas de alarma**

Su existencia obliga a la derivación al establecimiento de salud con mayor capacidad de resolución de problemas:

- Disuria o vómitos persistentes que no desaparecen.
- Fiebre, escalofríos o sangrado del cuello uterino.
- Sentirse mareado o desmayarse.
- Convulsiones.
- Edema facial, de extremidades y de pies.
- Pérdida de líquido amniótico.
- El movimiento fetal es bajo o inexistente.
- Contracciones en el útero antes de las 37 semanas de embarazo
- Cambios en el estado mental y las emociones.
- Indicios (según gravedad) de haber sido víctima de violencia doméstica.
- Problemas obstétricos, etc.
- Patología obstétrica o trastornos concurrentes (si es necesaria una estancia prolongada, una casa de espera puede ser una opción de alojamiento).
- Lesiones y percances.

- Otras condiciones según lo establecido por el ginecólogo, obstetra o médico tratante (25).

En zonas endémicas además se debe considerar:

- Medicamentos para combatir parásitos
- Mosquiteros rociados con insecticidas y gota gruesa de sangre como respaldo para protección contra Malaria, Dengue, Bartonelosis y Chagas. Averigüe si los insecticidas tienen algún tipo de daño fetal (25).
- Vacunación contra la fiebre amarilla a las 26 semanas (25)

### **2.2.3 Control prenatal tardío**

Se define la atención prenatal diferida como "la primera atención prenatal que ocurre después de las 13 semanas o más". Las razones por las que las mujeres embarazadas retrasan la búsqueda de ayuda médica han sido objeto de varias investigaciones. Los investigadores están particularmente interesados en los factores que tienen un efecto indirecto pero significativo en las mujeres embarazadas(26).

### **2.2.4 Patologías del embarazo**

#### **2.2.4.1 Anemia**

Las necesidades tanto de la placenta como del feto aumentan la cantidad de hierro que una mujer debe consumir durante el embarazo. Se prevé que se debe suministrar un gramo más de hierro para satisfacer esta

mayor demanda. Sin embargo, durante la gestación se produce una disminución normal de la concentración de hemoglobina (Hb), y sus efectos pueden observarse ya en el segundo trimestre. Esto sucede porque el aumento de la eritropoyesis necesaria para mejorar la disponibilidad de hierro es mayor que el aumento de la expansión vascular (27)

Una de las consecuencias más comunes del embarazo es la anemia microcítica hipocrómica, más frecuente en mujeres con una alimentación inadecuada y en adolescentes, cuya carencia de hierro se ve agravada por los malos hábitos alimentarios y caprichos propios de su grupo de edad. Aparte de la anemia, otras deficiencias dietéticas también representan una amenaza para la salud de la mujer embarazada y su hijo por nacer. La probabilidad de tener insuficiencia de hierro aumenta cuando el tratamiento prenatal se retrasa o es deficiente. un estado de anemia (28).

Por lo tanto, la OMS recomienda complementar con 30-60 mg de hierro y 400 g (0,4 mg) de ácido fólico desde el momento del diagnóstico de embarazo en adelante para prevenir la anemia materna (29).

#### **2.2.4.2 Infección del tracto urinario**

La presencia de patógenos que pueden cambiar la estructura y la función del sistema urinario es lo que los

profesionales médicos denominan infección del tracto urinario (ITU). Debido a las diferencias en la anatomía genitourinaria, patrones de micción y circunstancias fisiológicas como el embarazo, esta condición se asocia más comúnmente con el sexo femenino. Dado que se asocia con uno de los problemas obstétricos más comunes, solo superado por la anemia y la cervico-vaginitis, es de gran relevancia para las mujeres embarazadas (30).

La hidronefrosis, el reflujo vesicoureteral y las alteraciones fisicoquímicas de la orina se producen como consecuencia de los cambios anatómicos y fisiológicos del aparato urinario que se producen durante el embarazo. Esto, junto con cambios hormonales como el aumento de la progesterona, que provoca un debilitamiento de los músculos de la uretra y la vejiga y una disminución de la velocidad a la que se contraen los uréteres, provoca estasis urinaria y, potencialmente, la formación de un foco séptico (31)

Los efectos sobre el trabajo de parto y los recién nacidos son la razón por la cual estas infecciones son motivo de preocupación; afectan al 17-20% de las mujeres embarazadas. Está relacionado con el parto prematuro, la ruptura prematura de membranas y corioamnionitis en el trabajo de parto, y con la sepsis neonatal en el recién nacido después del nacimiento (32).

Existen tres entidades consideradas ITU:

**i. Bacteriuria Asintomática (BA):**

Cuando no hay síntomas, pero dos urocultivos consecutivos dan positivo para la misma bacteria, esto se denomina bacteriuria asintomática (BA). Su prevalencia oscila entre el 3 y el 10%, según los ingresos de los pacientes. Dado que 25 a 50% de estos casos muestran antígeno O bacteriano, una prueba de fluorescencia positiva para anticuerpos contra la pared bacteriana y cantidades fluctuantes de enzima B glucorinidasa, se sospecha que el origen de la bacteria es el riñón. Si no se trata, más del 40% de los pacientes con AB experimentarán pielonefritis aguda. Los bebés nacidos de madres con BA tienen más probabilidades de nacer prematuramente y pesar menos que el promedio (32).

**ii. Cistitis Aguda (CA):**

La micción frecuente, el dolor al orinar (disuria) y el dolor pélvico de gravedad variable son signos de cistitis aguda (CA), a menudo conocida como infección urinaria baja. Esta infección se puede confirmar con una prueba de cultivo de orina, aunque el recuento de colonias mínimo requerido es discutible.

**iii. Pielonefritis Aguda (PA):**

La pielonefritis aguda (PA), a menudo conocida como infección del tracto urinario superior, es la peor forma de ITU. Fiebre, que puede superar los 39 grados centígrados, escalofríos y, en el 85% de los casos, dolor en la región costolumbar caracterizan el cuadro clínico.

Siempre hay una gran cantidad de bacteriuria y 7 a 10% de los pacientes desarrollan bacteriemia. El hecho de que entre el 2% y el 4% de las mujeres embarazadas experimenten un shock séptico es lo más alarmante, ya que representa una amenaza considerable tanto para la madre como para el feto (32).

#### **2.2.4.3 Infección de transmisión sexual**

Las enfermedades de transmisión sexual también se conocen como ETS, clamidia, la gonorrea, la tricomoniasis, herpes genital, verrugas genitales, VIH y la sífilis son ejemplos de infecciones de transmisión sexual. Algunas infecciones de transmisión sexual (ITS) pueden transmitirse de madre a hijo a través de la leche materna (33).

El riesgo de contraer una ETS durante el embarazo es el mismo que el de las mujeres que no están gestando. Las mujeres y sus recién nacidos no reciben protección adicional contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS) durante la gestación. Es posible que las mujeres no se den cuenta de que tienen una ETS porque muchas de estas infecciones no presentan síntomas. Como parte de su atención prenatal habitual, las mujeres gestantes deben como los ETS, como el VIH (el virus que causa el SIDA). Si una mujer embarazada contrae una ETS, puede tener efectos devastadores tanto en ella como en el feto. Las mujeres deben comprender los riesgos de las enfermedades de transmisión sexual y cómo protegerse a

sí mismas y a sus hijos de la exposición. Además de la mujer enferma, sus parejas sexuales deben ser evaluadas y tratadas (34).

#### **2.2.4.4 Preeclampsia**

Es común que después de la 20 semana de gestación, la preeclampsia que es una forma de hipertensión específica del embarazo con efectos sistémicos potencialmente de largo alcance. La hipertensión de inicio reciente y la proteinuria son las características distintivas de esta afección. Sin embargo, en ausencia de proteinuria, algunas mujeres pueden presentar hipertensión y síntomas multisistémicos que a menudo predicen la gravedad de la enfermedad (35).

Cuando las convulsiones acompañan a la preeclampsia, la afección se denomina eclampsia. Como resultado de la vasoconstricción y la activación de la cascada de la coagulación, esta enfermedad provoca una disminución de la perfusión sanguínea sistémica, proteinuria, un aumento de la presión arterial tanto sistólica como diastólica de 140/90 mm Hg o superior, y otros síntomas como dolor de cabeza, (también conocido como "zumbido en los oídos"), dolor epigástrico, recuento bajo de plaquetas (100.000/microlitro), funciones metabólicas hepáticas alteradas (donde se ve que la elevación de transaminasas se duplica o más) y el desarrollo de

insuficiencia renal de nuevo (caracterizada por una creatina sérica) (36) .

Entre 2% y el 15% de todos los embarazos se ven afectados por esto Solo pacientes con enfermedades molares, hidropesía fetal y numerosos embarazos se han visto desarrollar preeclampsia antes de las 20 semanas DPPNI, IUGR, síndrome HELLP, edema pulmonar agudo, coagulopatías, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal insuficiencia hepática, insuficiencia hepática, infecciones nosocomiales crónicas relacionadas con el catéter, desprendimiento de retina, accidente cerebrovascular y coma son todos los resultados posibles.(32)

#### **2.2.4.5 Polihidramnios**

Debido a sus efectos protectores y nutritivos, el líquido amniótico (AL) es crucial para el desarrollo y la salud del producto en el útero. Sin embargo, el aumento de la mortalidad perinatal y morbilidad asociada con Oligohidramnios (reducción en cantidad) y polihidramnios (aumento en cantidad) se explica por el hecho de que una cantidad adecuada de AL accede al desarrollo de los sistemas musculoesquelético, gastrointestinal y pulmonar fetales(37).

Los niveles de líquido amniótico por encima del rango normal de 1500 a 2000 ml indican polihidramnios, también conocido como hidramnios. El ultrasonido se

utiliza para determinar el nivel de certeza: I.L.A. >24cm o diámetro máximo de laguna >8cm (38).

#### **2.2.4.6 Oligohidramnios**

Esto se desarrolla cuando hay una caída en el líquido amniótico por debajo del volumen típico para la edad gestacional. A término, debe haber alrededor de 500 cc de líquido amniótico. A diferencia del polihidramnios, el oligohidramnios no ocurre como resultado de la acumulación espontánea de líquido fetal. Para oligohidramnios, la frecuencia es de alrededor del 5% (38).

Los siguientes trastornos se han relacionado con el oligohidramnios:

- Rotura de membrana antes de tiempo.
- RCIU o retraso del crecimiento durante la gestación.
- Anomalías congénitas.
- Síndrome de transfusión en gemelos idénticos.
- Desprendimiento de la placenta.
- Infecciones fetales.
- Embarazo que dura mucho tiempo en términos de tiempo. precipitado por el uso de drogas.
- Trastorno hipertensivo relacionado con el embarazo.
- Idiopático (37).

#### **2.2.4.7 Restricción de crecimiento intrauterino**

La restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) se define como la incapacidad de un feto para lograr un desarrollo intrauterino normal de acuerdo con su potencial genético. Se cree que esto se debe a la falta de sustratos o, con menos frecuencia, noxa genética, tóxica o infecciosa, lo que hace que el feto deje de desarrollarse. La restricción de crecimiento anormal en un feto con mayor potencial de desarrollo es lo que se entiende por IUGR en cualquiera de estas situaciones (39).

#### **2.2.4.8 Diabetes gestacional**

Durante el embarazo, algunas mujeres desarrollan una afección conocida como diabetes gestacional, que se caracteriza por una intolerancia a los carbohidratos y la subsiguiente hiperglucemia de diversa gravedad. Los mayores riesgos de complicaciones para la madre, el bebé, el niño, el adolescente y el adulto están todos relacionados con la diabetes gestacional. (38) Las complicaciones diabéticas, los trastornos hipertensivos durante la gestación y el parto por cesárea tienen más probabilidades de ocurrir en mujeres embarazadas con esta afección. Además, existe una mayor probabilidad de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en los próximos 10 años para aproximadamente el 50 % de las personas con diabetes gestacional. La macrosomía fetal, la hipoglucemia neonatal, la hiperbilirrubinemia, el aumento de nacimientos por cesárea o parto instrumentado, la distocia de hombros,

el traumatismo fetal durante el parto y la muerte fetal-neonatal pueden ser el resultado de la diabetes gestacional, y todos estos resultados están relacionados con el momento en que se desarrolla la enfermedad por primera vez. qué tan altas son las concentraciones de glucosa materna y cuánto tiempo persiste la afección (38).

### 2.3 Definición de términos

- a. **Paridad:** es el número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo el número de abortos (parto a término, parto prematuro, abortos) (40).
- b. **Gestación:** tiempo entre la fecundación y el nacimiento de la descendencia Para un ser humano, esto corresponde a 280 días después de su último período menstrual(41).
- c. **Complicaciones:** Una complicación es un obstáculo adicional que aparece al intentar completar una tarea. Una complicación indica un problema que es particularmente difícil de resolver(42).
- d. **Riesgo:** Cualquier condición médica, condición obstétrica o situación sociodemográfica que pueda incrementar la morbilidad materna y fetal durante el embarazo, parto y posparto(42).
- e. **Parto:** Expulsión de un (o más) fetos maduros y la placenta desde la cavidad uterina al exterior(43).
- f. **Puerperio:** es la etapa biológica la cual dura seis semanas (o 42 días) después de la eyección de la placenta(43).
- g. **Cérvix:** parte inferior del útero, es el pasaje entre la vagina y el interior del útero(44).
- h. **Papanicolau:** Una prueba que recolecta células del cuello uterino del útero y las analiza para determinar si son normales o anormales(45).

- i. **Nulípara:** Mujer que nunca ha tenido hijos o nunca ha parido(46).
- j. **Primípara:** Mujer que se encuentra en su primer parto o ha dado a luz un feto viable(46).
- k. **Multípara:** Mujer que tuvo más de un embarazo(46).
- l. **Mortalidad:** es el número total de muertes que ocurrieron durante un cierto período de tiempo (4).
- m. **Prenatal:** es el período de tiempo antes del parto del bebé(46).
- n. **Disuria:** Sensación de ardor intenso con dificultad urinaria(47).
- o. **Intraútero:** Significa dentro o dentro del útero. El útero, un órgano en forma de pera y hueco, se encuentra en la pelvis de la mujer y es el espacio donde se desarrolla el feto (46).
- p. **Psicoprofilaxis:** Es una serie de acciones diseñadas para ayudar a las futuras madres a prepararse física, emocional y psicológicamente para la maternidad a fin de tener bebés que lleguen a su todo el potencial en todas estas áreas. Se consideran seis sesiones por cada mujer embarazada (46).

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Tipo de investigación**

Según la clasificación del Dr. José Supo (48), es un estudio de tipo cuantitativo porque se recopiló, analizó y convirtió la información obtenida en datos numéricos para su posterior interpretación.

#### **3.2. Diseño de la investigación**

El diseño de la investigación es no experimental, correlacional, retrospectivo y de corte transversal porque se observan los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, se trató de saber la relación que existe entre las variables en un contexto específico, se basó en recolectar datos en un momento determinado y se registró la información pasada (48).

#### **3.3. Población y muestra**

La población estuvo conformada por 84 gestantes que asistieron a su primer control prenatal tardíamente al C.S. la Esperanza de Tacna en el año 2021- 2022.

##### **3.3.1. Tamaño y tipo de muestra**

La muestra de estudio es una muestra censal; ya que estuvo constituida por el total de la población, es decir, 84 gestantes que asistieron a su primer control prenatal tardíamente al C.S. la Esperanza de Tacna en el año 2021- 2022, que

cumplieron los criterios de inclusión. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

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

#### Criterios de inclusión

- Gestantes que se atendieron en el Centro de Salud la Esperanza.
- Gestantes que estén incluidas dentro del periodo de estudio.
- Gestantes que cuenten con historia clínica completa y legible.
- Gestantes con alguna complicación durante el embarazo y que iniciaron su control prenatal de manera tardía.

#### Criterios de exclusión

- Gestantes que no se encuentren dentro del periodo de estudio.
- Gestantes con historias clínicas incompletas o poco legibles.
- Gestantes que no tengan ninguna complicación durante su embarazo.
- Gestantes que iniciaron su primer control prenatal en el I trimestre.

### **3.4. Operacionalización de variables**

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORIA/ ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>V1:</b> Control prenatal tardío	Es cuando la mujer embarazada acude por primera vez a la consulta después de las 13 semanas de gestación	Acción médica y asistencial después de las 13 semanas de embarazo.	Control prenatal tardío	Control prenatal realizada después de las 13 semanas	Si No	Nominal
<b>V2:</b> Patologías del embarazo	Problemas que complican el curso normal del embarazo	Patologías que complican el embarazo en el II y III trimestre	Anemia	Hemoglobina por debajo de 11g/dl durante el primer y tercer trimestre y por debajo de 10,5g/dl durante el segundo trimestre.	Si No	Nominal
			Infección del tracto urinario	Presenta molestias urinarias bajas y/o fiebre, PRU y/o PPL positivos, leucocituria, nitritos, con urocultivo positivo de más de 100,000 colonias.	Si No	Nominal
			Infección de transmisión sexual	Tricomonas vaginalis Gardenerela Candida albicans Clamidia trachomatis Gonorrea	Si No	Nominal
			Preeclampsia	Gestante > 20 semanas con una PAS $\geq$ 140mmHg o PAD $\geq$ 90mmHg más una proteinuria $\geq$ 300mg en orina en 24h.	Si No	Nominal
			Polihidramnios	Evaluación ecográfica con ILA >25 cm	Si No	Nominal
			Oligohidramnios	Evaluación con ILA <5 cm	Si No	Nominal
			Restricción de crecimiento intrauterino	Aquél recién nacido cuyo peso al nacer se encuentra por debajo del percentil 10 según la curva preestablecida que relaciona peso y edad gestacional de Lubchenko	Si No	Nominal

			Diabetes gestacional	Glicemia mayor de 92 mg/dl en ayunas, 180 mg/dL 1 hora post SOG, 153 mg/dL 2 horas post SOG	Si No	Nominal
<p><b>Variable Interviniente:</b></p> <p>Factores sociodemográficos y obstétricos</p>	<p>Se refiere a las características generales y al tamaño de un grupo poblacional.</p>	<p>Los factores sociodemográficos y obstétricos referidos en nuestro grupo poblacional que intervienen en nuestras variables de estudio son: edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, paridad, edad gestacional, número de controles prenatales y planificación del embarazo</p>	<p>Factores sociodemográficos y obstétricos</p>	Edad	a) Adolescente (12- 17) b) Joven (18-29 años) c) Adulto (30-59)	Intervalo
				Estado civil	a) Soltera b) Casada c) Conviviente	Nominal
				Grado de instrucción	a) Primaria b) Secundaria c) Superior Universitario d) Superior no universitario	Ordinal
				Ocupación	a) Ama de casa b) Empleada c) Independiente d) Estudiante e) Comerciante	Nominal
				Paridad	a) Nulípara b) Primípara c) Múltipara	Ordinal
				Edad gestacional	a) 13 a 26 sem. (II trimestre) b) 27 a 40 sem. (III trimestre)	Razón
				Numero de controles prenatales	a) Menores a 6 controles b) Mayores iguales a 6 controles	Ordinal
				Planificación del embarazo	a) Planificado b) No planificado	Nominal

### **3.5. Técnicas e instrumentos para recolección de datos**

Se utilizó la técnica de análisis documental de historias clínicas y libros de seguimiento como fuente principal de información de donde se extrajo los datos. Esta estrategia implicó un proceso de documentación sistemático, válido y fiable, aplicado en diferentes ocasiones. Los datos adquiridos se registraron en una ficha de recopilación de información creada de manera específica conforme a los propósitos de la investigación.

El instrumento es una ficha de recolección de datos, elaborado por el autor y validado por juicio de expertos, la ficha está compuesto por tres componentes: datos sociodemográficos y obstétricos, datos de control prenatal tardío y datos sobre patología del embarazo.

### **3.6. Consideraciones éticas**

Este estudio respeta las normativas éticas, asegurando que no provoca perjuicios físicos, mentales o emocionales, ya que la data obtenida salvaguarda el anonimato y la confidencialidad de gestantes al estar resguardada dentro de sus respectivos expedientes médicos. Se obtuvo el permiso del Centro de Salud para acceder a la información contenida en dichas historias clínicas. El enfoque alinea con los principios de la Declaración de Helsinki y las normas de bioética. Esto implica el cumplimiento de los dos principios éticos fundamentales: El principio de no maleficencia ya que el presente trabajo no busca dañar a las gestantes, la información obtenida no será divulgada con otros fines más que académicos y con el objetivo de enriquecer el conocimiento científico aplicándose así el principio de beneficencia. Serán expuestos únicamente los datos analizados y filtrados que conciernen al estudio.

### **3.7. Procesamiento y análisis de datos**

Después de haber obtenido la información se pasó a elaborar una base de datos en el programa Excel 2016 en donde se codificó y ordenó, posteriormente, se realizó el análisis estadístico utilizando el programa SPSS versión 26 para analizar la información en tablas y gráficos.

Para el análisis estadístico de las variables de estudio; se analizó con medidas de frecuencia y porcentaje, los resultados se presentaron en tablas descriptivas, se utilizó la estadística de frecuencia con el propósito de hallar la asociación de las variables, además para la prueba de hipótesis utilizó el Chi cuadrado de Pearson

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

RESULTADOS ESTADÍSTICOS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS DEL EMBARAZO ASOCIADAS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO EN GESTANTES DEL C.S. LA ESPERANZA, TACNA AÑO 2021- 2022.

**Tabla 1**

*Características sociodemográficas en gestantes con control prenatal tardío C.S. La Esperanza, Tacna Año 2021- 2022*

<b>Características sociodemográficas</b>		<b>N°</b>	<b>%</b>
Edad	Adolescente (12 - 17) Años	5	6,0
	Joven (18 - 29) Años	37	44,0
	Adulto (30 - 59) Años	42	50,0
	Total	84	100,0
Estado civil	Soltera	23	27,3
	Conviviente	57	67,9
	Casada	4	4,8
	Total	84	100,0
Grado de instrucción	Primaria	4	4,8
	Secundaria	50	59,5
	Superior no universitario	14	16,7
	Superior universitario	16	19,0
	Total	84	100,0
Ocupación	Estudiante	8	9,5
	Ama de casa	34	40,5
	Comerciante	23	27,4
	Empleada	15	17,8
	Independiente	4	4,8
	Total	84	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

## **Interpretación**

En la tabla 1, se observa que el 50,0% comprende entre las edades de 30 a 59 años que corresponde a la edad adulta, un 67,9% son mujeres con estado civil conviviente, el 59,5% corresponde a mujeres con grado de instrucción secundaria, el 40,5% de gestantes eran ama de casa.

**Tabla 2**

*Características obstétricas en gestantes con control prenatal tardío C.S. La Esperanza, Tacna Año 2021- 2022*

<b>Características obstétricas</b>		<b>N°</b>	<b>%</b>
Paridad	Primípara	33	39,3
	Nulípara	37	44,0
	Múltipara	14	16,7
	Total	84	100,0
Edad gestacional CPN	13 a 26 sem. (Segundo Trimestre)	70	83,3
	27 a 40 sem. (Tercer Trimestre)	14	16,7
	Total	84	100,0
Numero de control prenatal	Menores a 6 controles	25	29,8
	Mayores iguales a 6 controles	59	70,2
	Total	84	100,0
Planificación del embarazo	No planificado	54	64,3
	Planificado	30	35,7
	Total	84	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

### **Interpretación**

En la tabla 2, se observa que el 44,0% son nulípara, un 83,3% iniciaron su control prenatal entre 13 a 26 sem. (Segundo Trimestre), el 70,2% tuvieron mayores iguales a 6 controles, un 64,3% su embarazo no fue planificado.

RESULTADOS DE LAS PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO EN GESTANTES  
CON CONTROL PRENATAL TARDÍO

**Tabla 3**

*Patologías del embarazo en gestantes con control prenatal tardío del C.S. La Esperanza, Tacna Año 2021- 2022*

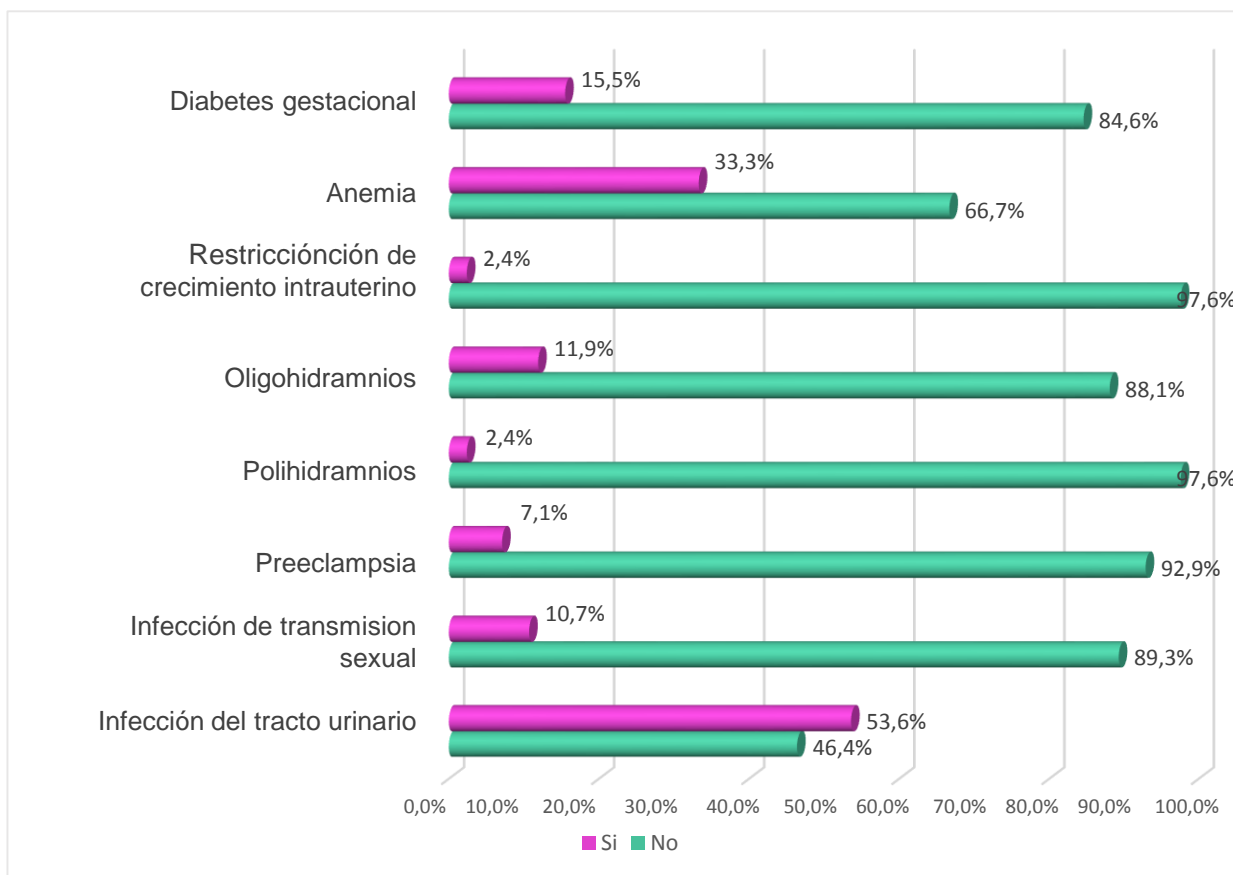
Patologías del embarazo	No		Si		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Infección del Tracto Urinaria	39	46,4	45	53,6	84	100,0
Infección de transmisión sexual	75	89,3	9	10,7	84	100,0
Preeclampsia	78	92,9	6	7,1	84	100,0
Polihidramnios	82	97,6	2	2,4	84	100,0
Oligohidramnios	74	88,1	10	11,9	84	100,0
Restricción de crecimiento intrauterino	82	97,6	2	2,4	84	100,0
Anemia	56	66,7	28	33,3	84	100,0
Diabetes Gestacional	71	84,6	13	15,5	84	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

### Interpretación

En la tabla 3 y figura 1, se presentan los resultados de las patologías del embarazo en gestantes con CPT: donde observamos que , el 97,6% gestantes no tienen polihidramnios y Restricción de crecimiento intrauterino frente a un 2,4% que si tienen polihidramnios y Restricción de crecimiento intrauterino, seguido de un 92,9% de las gestantes no tienen preclamsia frente a un 7,1%

que si tienen preclamsia, el 89,3 %, 88,1% y 84,6% de la gestantes no tienen ITS, oligohidramnios y diabetes frente 10,7%, 11,9% y 15,5% que si tienen ITS, oligohidramnios y diabetes, finalmente el 66,7% y 46,4% de las gestantes no tienen anemia e infección urinaria frente a un 33,3% y 53,6% de las gestantes que si tienen anemia e infección urinaria.



Fuente: Tabla 3.

### Gráfico 1

*Patologías del embarazo en gestantes con control prenatal tardío del C.S. La Esperanza, Tacna Año 2021- 2022*

## Contrastación de Hipótesis Estadístico

H0.- Las patologías: anemia, infección urinaria, infección de transmisión sexual, polihidramnios, oligohidramnios, restricción de crecimiento intrauterino, preeclampsia, diabetes gestacional no se asocian significativamente con el control prenatal tardío en gestantes que acuden al C.S. la Esperanza durante los años 2021-2022.

H1.- Las patologías: anemia, infección urinaria, infección de transmisión sexual, polihidramnios, oligohidramnios, restricción de crecimiento intrauterino, preeclampsia, diabetes gestacional se asocian significativamente con el control prenatal tardío en gestantes que acuden al C.S. la Esperanza durante los años 2021-2022.

Establecer el nivel de significancia: Nivel de significancia 5%:

Prueba de hipótesis seleccionada: Prueba estadística de chi-cuadrado

**Tabla 4**

*Patologías del embarazo asociadas al control prenatal tardío en gestantes del C.S. La Esperanza, Tacna Año 2021- 2022*

Patologías del embarazo	Control prenatal tardío				Total		GI	Chi	P
	13 a 26 Sem (Segundo Trimestre)		27 a 40 Sem (Tercer Trimestre)						
	N°	%	N°	%	N°	%			
<b>Infección del tracto urinario</b>									
No	29	34,5	10	11,9	39	46,4	1	4,222	0,040
Si	41	48,8	4	4,8	45	53,6			
<b>Infección de transmisión sexual</b>									
No	64	76,2	11	13,1	75	89,3	1	2,016	0,156
Si	6	7,1	3	3,6	9	10,7			
<b>Preeclampsia</b>									
No	66	78,6	12	14,3	78	92,9	1	1,292	0,256
Si	4	4,8	2	2,4	6	7,1			
<b>Polihidramnios</b>									
No	68	81,0	14	16,7	82	97,6	1	0,410	0,522
Si	2	2,4	0	0,0	2	2,4			
<b>Oligohidramnios</b>									
No	62	73,8	12	14,3	74	88,1	1	0,091	0,763
Si	8	9,5	2	2,4	10	11,9			
<b>Restricción de crecimiento intrauterino</b>									
No	68	81,0	14	16,7	82	97,6	1	0,410	0,522
Si	2	2,4	0	0,0	2	2,4			
<b>Anemia</b>									
No	44	52,4	12	14,3	56	66,7	1	2,743	0,049
Si	26	31,0	2	2,4	28	33,3			
<b>Diabetes Gestacional</b>									
No	57	67,9	14	16,7	71	84,5	1	3,076	0,032
Si	13	15,5	0	0,0	13	15,5			
Total	70	83,3	14	16,7	84	100,0			

Fuente: C.S. La Esperanza, Tacna Año 2021- 2022.

## **Interpretación**

En la tabla 4, se presenta la relación entre las patologías del embarazo y control prenatal tardío, mediante la prueba estadística Chi cuadrado.

Las patologías del embarazo que presentaron una asociación significativa con el control prenatal tardío fueron: infección del tracto urinaria (P= 0,040), anemia (P= 0,049), diabetes gestacional (P= 0,032).

Con respecto a las patologías del embarazo que no encontraron asociación con control prenatal tardío fueron: Infección de transmisión sexual (P= 0,156), preeclampsia (P= 0,256), polihidramnios (P= 0,522), oligohidramnios (P= 0,763) y retardo de crecimiento intrauterino (P= 0,522)

## **Conclusión**

Como el estadístico chi cuadrado calculado es menor al valor crítico (0,05) obtenido para los indicadores infección del tracto urinario, anemia y diabetes gestacional lo que significa que, si existe relación significativa con control prenatal tardío, entonces se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula con un nivel de confianza de un 95%

## **CAPÍTULO V**

### **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

Al analizar los resultados cuantitativos producto de esta investigación como respuesta al objetivo general y específicos propuestos y con la finalidad de obtener conclusiones de la población estudiada se logró analizar lo siguiente:

Tal como lo indica la OMS (4) es alarmante que mujeres embarazadas mueran cada día en todo el mundo debido a dificultades en el embarazo o el parto, esto se relaciona principalmente con complicaciones como hemorragia posparto, hipertensión gestacional y aborto espontáneo que causan la mortalidad materna.

Las patologías que se producen en la madre como el recién nacido sigue siendo una intranquilidad para la salud pública pese a que se ha vuelto una tendencia descendente en los últimos años, son diversos los factores que afectan en la aparición de estas patologías, no obstante, en numerosos estudios nos dan a conocer la importancia de reducir estas patologías a través de un control prenatal adecuado con un mínimo de 6 controles prenatales.

En referencia a las características sociodemográficas se hallaron los siguientes resultados: en su totalidad de gestantes atendidas en el C.S. la Esperanza, el rango predominante corresponde edades entre 30 y 49 años (50%), estos resultados no coinciden con el estudio realizado por Gómez (12), quien encontró que el 41% se encuentran entre 20 a 29 años. Asimismo, solo un 67,9 % son convivientes, estos datos son semejantes a los hallados por Marreros (14), quien halló que un 48,8% de las personas evaluadas su estado civil es de conviviente. También solo el 59,5 % tienen estudios secundarios, que son similares a los encontrados por Poma y Ramon (15), seguido de Cano y Marrero (8), quienes tuvieron un 75,9% y 37,91%. Por último, se obtuvo que

40,5% de las gestantes son ama de casa, lo mismo ocurre con Quispe (19) con un 60,40%. Podríamos intuir que las mujeres adultas que solo tuvieron estudio hasta la secundaria y que son amas de casa, son factores importantes de riesgo para el estudio.

Con respecto a las características obstétricas, un 44% de las gestantes son nulíparas, estos hallazgos son semejantes a los que tuvo Poma y Ramon (15), quienes reportaron que el 60,3% también lo era. Por otro lado, el 70,2 % de las gestantes tienen más de 6 controles, estos datos son iguales a de Quispe (19), con un 62,11%. Seguido de las gestantes que iniciaron su control prenatal en el II trimestre con un 83,3%, que son similares de Poma y Ramon (15), con un 83,6%. Por último, se halló que un 64,3% de los embarazos no eran planificados, así mismo ocurre en el estudio de Apaza (16). Entonces frente a los datos descritos podemos mostrar preocupación ante la edad materna que está iniciando tardíamente su control prenatal, pudiéndose deber a muchos factores como la falta de información, el factor económico o zona en la que habita, por consiguiente, otro dato que alarma es el embarazo no planificado dado que se puede relacionar que inicien tardíamente los controles.

En relación a las patologías asociadas con el control prenatal tardío en gestantes del C.S. la Esperanza, se halló que la anemia, infección de tracto urinario y diabetes gestacional si tuvieron asociación en nuestro estudio. Estos resultados son similares a las investigaciones realizadas por Vivanco y Reyes (9), Barros y Velasco (10), que encontraron que la anemia, infección de tracto urinario si se asocian al CPT, así mismo el estudio de Gómez (12) también asocia la diabetes gestacional. En cambio, no se encontró asociación con polihidramnios, oligohidramnios, ITS, RCIU y preeclampsia, pero hubo un estudio que si logro la asociación con preeclampsia. que es de Barros (10).

Con respecto a las patologías planteadas en nuestra investigación se encontró que la anemia si se asocia con el CPT. Los resultados encontrados son similares a los encontrados por otros estudios como el de Vivanco y Reyes (9), Barros (10) de Ecuador y Bazán (13) de Cajamarca – Perú en donde encontraron que un porcentaje significativo presenta anemia durante el embarazo, lo cual sugiere que el problema no es aislado a la muestra evaluada, sino que puede ser un fenómeno más amplio en la región o incluso a nivel nacional como internacional. Por tanto, cabe señalar que la anemia puede ser causada por malos hábitos alimentarios los cuales no tiene la presencia del hierro y que este problema de la mala alimentación también persiste en las personas mayores, asimismo, la anemia durante el embarazo también se puede asociar a tener un bebé con bajo peso al nacer y también puede sufrir depresión posparto, de igual modo algunos estudios demuestran un mayor riesgo de muerte infantil anteriormente o después del nacimiento.

Seguido con la infección del tracto urinario encontramos que si existe una asociación con el CPT. Por otra parte, los resultados encontrados son parecidos a los estudios hallados por Vivanco et al. (9) de Ecuador, Bazán et al. (13) Cajamarca – Perú y Quispe (19) de Tacna en donde halló que las mujeres durante la gestación presentan infecciones urinarias, esto sugiere que el problema puede ser un fenómeno más amplio en la región debido a que tiene una mayor incidencia de dificultades en el parto.

Las infecciones de transmisión sexual no se asociaron con el CPT, estos datos no se relacionan a los que encontró Barros y Velasco (10) de Ecuador, donde señaló que las mujeres embarazadas si lo presentan. Como parte del cuidado prenatal, es crucial realizar pruebas de ITS a las gestantes como protocolo de atención, Las ITS durante el embarazo pueden inducir un parto prematuro y

una infección en el útero posteriormente del parto y finalmente pueden transferirse de la madre al bebé durante el nacimiento.

En cuanto al polihidramnios no existe una asociación con el CPT, En relación a este objetivo específico no se encontraron otras investigaciones que hayan encontrado algún resultado. Esta afección suele ser asintomático y la mayoría de las veces es leve y se manifiesta durante la mitad o final del embarazo, pero cuando es grave causa distensión uterina, tienen dificultad para poder respirar y/o contracciones pretérmino-dolorosas como parto prematuro y otros.

Con relación al oligohidramnios también no existe una asociación con el CPT., El oligohidramnios, también conocido como nivel bajo de líquido amniótico, es una enfermedad grave. Se produce cuando la cantidad de líquido amniótico no es la esperada en relación con la edad gestacional del bebé, el oligohidramnios no causa síntomas maternos, solo causa una sensación de reducción de los movimientos fetales.

La restricción de crecimiento intrauterino, los resultados hallados en este objetivo fueron que no existe una asociación con el CPT, y no se encontró similitudes con otras investigaciones. Por otra parte, el RCIU es una causa de morbi-mortalidad perinatal, con consecuencias que pueden tener implicancias hasta en la vida adulta en la cual no existen estrategias terapéuticas a la fecha por lo que, su manejo consiste principalmente en su diagnóstico y seguimiento para definir el momento de finalizar el embarazo, es por ello la importancia de iniciar tempranamente los controles prenatales.

Respecto a la preeclampsia no tiene una asociación con el CPT. Sin embargo, los resultados son diferentes a los encontradas por estudios como el de Barros y Velasco (10), Román (17) y Julca (20), en donde un porcentaje significativo lo presentó. De la misma forma, se debe tener en cuenta la información que

brinda el área de Estadística Institucional de Hospital Hipólito Unanue de Tacna, el cual refiere que en el año 2022 del total de gestantes atendidas 124 cursaron con preeclampsia.

Finalmente, la diabetes gestacional si se asocia con el CPT. Los resultados encontrados son semejantes a otro, como el de Gómez (12), en donde hallaron que un 58% de gestantes lo presentaron. Debemos de tener en cuenta los que nos dice Schwartz, la diabetes gestacional modifica diversos sistemas en el feto; el control tardío de la composición corporal, como la macrosomía y la dificultad respiratoria, se afecta a la organogénesis debido al pobre control glicémico desde el comienzo del embarazo.

## CONCLUSIONES

1. Las patologías del embarazo que se asocian al control prenatal tardío en gestantes fueron: anemia, infección de tracto urinario y diabetes gestacional.
2. Las patologías del embarazo que no se asocian al control prenatal tardío en gestantes fueron: polihidramnios, oligohidramnios, infección de transmisión sexual, restricción de crecimiento intrauterino, y preeclampsia.
3. Las Características sociodemográficas de las gestantes con control prenatal tardío con mayor frecuencia fueron: Edad de 30 y 59 años, convivientes, con estudios secundarios, amas de casa.
4. Las Características obstétricas de las gestantes con control prenatal tardío con mayor frecuencia fueron: nulíparas, con inicio de control prenatal en el II Trimestre, con 6 a más controles, la mayoría fueron embarazos no planificados.

## RECOMENDACIONES

1. A la jefatura del servicio de obstetricia del Centro de Salud la Esperanza, fomentar actividades de promoción y educación dirigidas a la población en general sobre el control prenatal precoz mediante programas de comunicación con difusión masiva para reducir las patologías que puedan presentarse durante la gestación.
2. Al personal de obstetricia detectar precozmente las señales de alerta sobre presencia de patologías en gestantes que acuden a su control prenatal para luego realizar atención y manejo integral especializada tendientes a disminuir los problemas asociados a patologías que se evidencian en nuestro estudio como: anemia, infección del tracto urinario y diabetes gestacional.
3. A los investigadores de que se encuentren en etapas de pregrado y postgrado, se les motiva a continuar investigando con mayor profundidad las patologías asociadas al control prenatal tardío, ampliando la inclusión de factores adicionales además de los que hasta ahora han sido objeto de estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo [Internet]. Washington, D.C; 2018 [citado el 3 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49550>
2. Organización Mundial de la Salud. La OMS insta a ofrecer atención de calidad a las mujeres y los recién nacidos en las primeras semanas cruciales después del parto [Internet]. 2022 [citado el 3 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-3-2022-oms-insta-ofrecer-atencion-calidad-mujeres-recien-nacidos-primeras-semanas>
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Unicef. 2022 [citado el 3 de mayo de 2023]. La atención prenatal es esencial para proteger la salud de las mujeres y sus hijos por nacer. Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>
4. Organización Mundial de la Salud. OMS. 2023 [citado el 3 de mayo de 2023]. Mortalidad materna. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
5. Gil F. Situación epidemiológica de la vigilancia de la mortalidad materna en el Perú. 2022.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores de resultados de los programas presupuestales, primer semestre 2022 encuesta demográfica y de salud familiar. 2022 [citado el 3 de mayo de 2023];1–132. Disponible en:[https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/ppr/Indicadores\\_de\\_Programas\\_Presupuestales\\_I\\_Semestre\\_2022.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/ppr/Indicadores_de_Programas_Presupuestales_I_Semestre_2022.pdf)
7. Red de salud Tacna. Informe de evaluación e implementación del POI-I semestre 2020. 2020;1–78.

8. Cano M.; Marrero D. Percepción de embarazadas sobre las barreras para el acceso al control prenatal. Revista Eugenio Espejo [Internet]. el 23 de enero de 2024 [citado el 29 de junio de 2024];18(1):39–57. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Documents/ANGIE%20TESIS/TESIS%20GUIAS/Percepci%C3%B3n%20de%20embarazadas%20sobre%20las%20barreras.pdf>
9. Vivanco K.; Reyes E. Factores que influyen en el Control Prenatal. Polo del Conocimiento. 2023.
10. Barros L. Factores asociados a la falta de control prenatal en américa latina y su relación con las complicaciones obstétricas. Ecuador; 2021.
11. Monsalve H.; Obando G.; Sandoval B.; Fernando J. Morbilidad materna por no adherencia a controles prenatales en Palmira-Valle. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [Internet]. 2019;38. Disponible en: <http://orcid.org/0000-0002-2779-1522>
12. Gómez A. Control prenatal tardío y complicaciones en el embarazo, hospital comunitario puente de Ixtla. 2018.
13. Bazán D.; Sánchez J. Complicaciones maternas relacionadas con el ausentismo del control prenatal en gestantes del Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca, 2021-2022 [Internet]. [Cajamarca]: Universidad privada Antonio Guillermo Urrelo; 2023 [citado el 29 de junio de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/2756>
14. Marreros Y. Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Yungay, 2022. [Huaraz]; 2023.
15. Poma M.; Ramón G. Caracterización de la atención prenatal tardía en gestantes de establecimientos de salud de nivel I-4 de Huancayo, 2022 [Internet]. [Huancavelica]: Universidad Nacional de Huancavelica; 2022. Disponible en: <https://orcid.org/0000-0003-1544-8863>

16. Apaza D. Características socioculturales como factores de riesgo del control prenatal reenfochado tardío. [Trujillo]: Universidad Cesar Vallejo; 2021.
17. Román H. Control prenatal y su relación con las complicaciones del embarazo en gestantes atendidas en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión Callao – 2018 [Internet]. [Callao]: Universidad Nacional del Callao; 2019. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/7492/TESIS%20DOCTORAL%20%2815%20ENERO%202020%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Vega M. Factores asociados al inicio tardío de atención prenatal en gestantes que asisten al C.S. la Esperanza, Tacna, 2021. 2022.
19. Quispe Y. Factores de riesgo asociados a complicaciones materno - perinatales en gestante adolescente en el HHUT, año 2019 [Internet]. 2020 [citado el 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/items/744cb29b-9224-4a32-9761-2f6368569f23>
20. Julca K. Factores de riesgo asociados a morbilidad materna extrema en el hospital Hipólito Unanue de Tacna año 2017-2018. [Tacna]: Universidad Privada de Tacna; 2019.
21. Ministerio de Salud. Embarazadas deben recibir como mínimo 6 atenciones durante la gestación [Internet]. 2014 [citado el 3 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/31002-embarazadas-deben-recibir-como-minimo-6-atenciones-durante-la-gestacion>
22. Cancino E.; León H.; Otálora R.; Pérez E.; Sarmiento R.; Yates A. Guía de control prenatal y factores de riesgo. Bogotá; 2015.

23. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural. el 21 de julio de 2016.
24. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Argentina; 2013.
25. Ministerio de salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. el 24 de diciembre de 2013.
26. Sociedad española de ginecología y obstetricia. Control prenatal del embarazo normal; 2010.
27. Gonzales G.; Olavegoya P. Fisiopatología de la anemia durante el embarazo: ¿anemia o hemodilución? Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. el 2 de octubre de 2019;65(4):489–502.
28. Nolazco M.; Rodríguez L. Morbilidad materna en gestantes adolescentes. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina [Internet]. abril de 2006 [citado el 4 de mayo de 2023];1–6. Disponible en: [https://med.unne.edu.ar/revistas/revista156/4\\_156.pdf](https://med.unne.edu.ar/revistas/revista156/4_156.pdf)
29. Organización Mundial de la Salud. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado [Internet]. 2016 [citado el 4 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
30. López A.; Castillo A.; López C.; González E.; Espinosa P.; Santiago S. Incidente de infección urinaria en embarazadas y sus complicaciones. Actual Medica. el 30 de abril de 2019;104(806):8–11.
31. Víquez M.; Chacón C.; Rivera S. Infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas. Revista Médica Sinergia. el 1 de mayo de 2020

32. Ministerio de salud de Nicaragua. Protocolo para el abordaje de las patologías más frecuente del alto riesgo obstétrico. 2011 [citado el 4 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://nicaragua.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PROTOCOLO-DE-ALTO-RIESGO.pdf>
33. Oficina para la Salud de la Mujer. Infecciones de transmisión sexual, embarazo y lactancia materna [Internet]. 2021 [citado el 4 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/stis-pregnancy-and-breastfeeding>
34. División de Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (DSTDP). Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el embarazo - Hoja informativa de los CDC [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.cdc.gov/>
35. Ministerio de salud pública. Trastornos hipertensivos del embarazo: guía de práctica clínica. Ministerio de Salud Pública; 2013.
36. El colegio americano de obstetras y ginecólogos. ACOG. 2020 [citado el 7 de mayo de 2023]. Hipertensión en el embarazo. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/06/gestational-hypertension-and-preeclampsia>
37. Cerviño N.; Pagés G. Patología del líquido amniótico [Internet]. 2012 [citado el 4 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://issuu.com/dr.ppach/docs/liquido\\_amniotico](https://issuu.com/dr.ppach/docs/liquido_amniotico)
38. Ramírez J. Fisiopatología del líquido amniótico. [citado el 4 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://www.uv.es/jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-17.pdf>
39. Muñoz L.; Hernández R. Retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) y sus alteraciones bioquímicas. 2005 [citado el 4 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://revistas.unicolmayor.edu.co/index.php/nova/article/view/37/73>

40. Mittelmark R. Manual MSD. 2021 [citado el 30 de junio de 2024]. Evaluación de la paciente obstétrica. Disponible en: [https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/abordaje-de-la-mujer-embarazada-y-atenci%C3%B3n-prenatal/evaluaci%C3%B3n-de-la-paciente-obst%C3%A9trica#Tratamiento\\_v1154293\\_es](https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/abordaje-de-la-mujer-embarazada-y-atenci%C3%B3n-prenatal/evaluaci%C3%B3n-de-la-paciente-obst%C3%A9trica#Tratamiento_v1154293_es)
41. Kaneshiro N.; Dugdale D.; Conaway B. MedlinePlus. 2023 [citado el 30 de junio de 2024]. Edad gestacional. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002367.htm>
42. Ishikawa S.; Raine A. Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia. 2003 [citado el 30 de junio de 2024]. Complicaciones Obstétricas y Agresión. Disponible en: <https://www.encyclopedia-infantes.com/agresividad-agresion/segun-los-expertos/complicaciones-obstetricas-y-agresion#:~:text=Las%20complicaciones%20obst%C3%A9tricas%20se%20refieren,en%20el%20per%C3%ADodo%20neonatal%20inicial.>
43. Ministerio de Salud. Argentina.gob.ar. [citado el 30 de junio de 2024]. Parto, nacimiento y puerperio respetados. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/1000dias/corresponsabilidad-en-la-crianza-y-los-cuidados/parto-nacimiento-y-puerperio>
44. Jacobson J.; Dugdale D. Medlineplus. 2023 [citado el 30 de junio de 2024]. Cuello uterino. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002317.htm>
45. Pearl E.; Joseph B. Nenours TeensHealth. 2017 [citado el 30 de junio de 2024]. Papanicolau. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/teens/pap-smears.html>
46. Ramírez J. Conducción clínica del embarazo normal: Control médico del embarazo.

47. Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico. 2024 [citado el 30 de junio de 2024]. Disuria. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/disuria>
48. Slideplayer [Internet]. [citado el 30 de junio de 2024]. Niveles de Investigación Dr. José Supo SEMINARIOS DE INVESTIGACIÓN El sistema de aprendizaje más efectivo para generar datos de calidad. Disponible en: <https://slideplayer.es/slide/17495826/>

# **ANEXOS**

## Anexo 01: Matriz de consistencia

**TÍTULO:** Patologías del embarazo asociadas al control prenatal tardío en gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021- 2022

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	MUESTRA	DISEÑO	INSTRUMENTO	ESTADÍGRAFO
<p><b>Principal</b></p> <p>¿Cuáles son las patologías del embarazo asociadas al control prenatal tardío en las gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021-2022?</p>	<p><b>General</b></p> <p>Identificar las patologías del embarazo asociadas al control prenatal tardío en gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021- 2022.</p> <p><b>Específico</b></p> <p>a) Determinar si la anemia se asocia al control prenatal tardío en gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021-2022.</p> <p>b) Determinar si la infección de tracto urinario se asocia al control prenatal tardío en gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021-2022.</p> <p>c) Determinar si la infección de transmisión sexual se asocia al control prenatal tardío en gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021-2022.</p> <p>d) Determinar si el polihidramnios se asocia al control prenatal tardío en gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021- 2022.</p>	<p><b>H1:</b> Las patologías: anemia, infección del tracto urinario, infección de transmisión sexual, polihidramnios, oligohidramnios, restricción de crecimiento intrauterino, preeclampsia, diabetes gestacional se asocian significativamente con el control prenatal tardío en gestantes del C.S la Esperanza, Tacna año 2021-2022.</p> <p><b>H0:</b> Las patologías: anemia, infección del tracto urinario, infección de transmisión sexual, polihidramnios, oligohidramnios,</p>	<p><b>Variable Independiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Control prenatal tardío</li> </ul> <p><b>Variable dependiente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Patologías del embarazo</li> </ul> <p><b>Variable aleatoria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Factores sociodemográficos</li> </ul>	<p><b>V1:</b> Control prenatal realizada después de las 13 semanas</p> <p><b>V2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anemia</li> <li>- Infección del tracto urinario</li> <li>- infección de transmisión sexual</li> <li>- preeclampsia</li> <li>- polihidramnios</li> <li>- oligohidramnios</li> <li>- restricción de crecimiento intrauterino</li> <li>-diabetes gestacional</li> </ul> <p><b>V. ALEATORIA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad</li> <li>- Estado civil</li> <li>- Grado de instrucción</li> <li>- Ocupación</li> <li>- Paridad</li> <li>- Planificación del embarazo</li> </ul>	<p><b>Población</b> 84 gestantes que asistieron a su primer control prenatal tardíamente al C.S. la Esperanza de Tacna en el año 2021-2022.</p> <p><b>Muestra</b> La muestra de estudio es una muestra censal que estuvo constituida por el total de la población, es decir, 84 gestantes que asistieron a su primer control prenatal tardíamente al C.S. la Esperanza</p>	<p><b>Tipo</b> Es una investigación cuantitativa</p> <p><b>Nivel</b> Es correlacion al debido a su objetivo de reconocer, detallar y establecer conexiones entre ambas variables.</p> <p><b>Diseño</b> Se trata de una investigación no experimental, transversal y retrospectivo.</p>	Ficha de recolección de datos	Para el procesamiento de datos se diseñó una base de datos en el programa estadístico SPSS v.26 y Excel 2016, utilizando la estadística descriptiva, como: tablas descriptivas de frecuencia, porcentaje. Para la prueba de hipótesis se utilizó el Chi cuadrado

	<p>e) Determinar si el oligohidramnios se asocia al control prenatal tardío en gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021- 2022.</p> <p>f) Determinar si la restricción de crecimiento intrauterino se asocia al control prenatal tardío en gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021- 2022.</p> <p>g) Determinar si la preeclampsia se asocia al control prenatal tardío en gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021- 2022.</p> <p>h) Determinar si la diabetes gestacional se asocia al control prenatal tardío en gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021- 2022.</p> <p>i) Describir las características sociodemográficas en gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021- 2022.</p> <p>j) Describir las características obstétricas en gestantes del C.S. la Esperanza, Tacna año 2021- 2022</p>	<p>restricción de crecimiento intrauterino, preeclampsia, diabetes gestacional no se asocian significativamente con el control prenatal tardío en gestantes del C.S la Esperanza, Tacna año 2021- 2022.</p>			<p>de Tacna en el año 2021- 2022.</p>			
--	--	---	--	--	---------------------------------------	--	--	--

## Anexo 02: Instrumento de recolección de datos

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° de Ficha \_\_\_\_\_

N° de HC

\_\_\_\_\_

#### I. Información sociodemográfica

1. Edad: \_\_\_\_\_ años

2. Estado civil:

Soltera ( )

Conviviente ( )

Casada ( )

3. Grado de instrucción:

Primaria ( )

Secundaria ( )

Superior Univ. ( )

Superior no Univ. ( )

4. Ocupación:

Ama de Casa ( )

Empleada ( )

Estudiante ( )

Independiente ( )

Comerciante ( )

#### II. Datos de CPN tardío

5. Paridad:

Nulípara ( )

Primípara ( )

Multípara ( )

6. Fecha de primer control prenatal \_\_\_\_\_

7. Edad gestacional en su primer control prenatal \_\_\_\_\_

8. Número de controles prenatales \_\_\_\_\_

9. Planificación del embarazo \_\_\_\_\_

#### III. Complicaciones maternas:

a.- Anemia

Si ( ) No ( )

b.- Infección tracto urinaria

Si ( ) No ( )

c.- Infección de transmisión sexual

Si ( ) No ( )

d.- Preeclampsia

Si ( ) No ( )

e.- Polihidramnios

Si ( ) No ( )

f.- Oligohidramnios

Si ( ) No ( )

g.- Restricción de crecimiento intrauterino

Si ( ) No ( )

h.- Diabetes gestacional

Si ( ) No ( )

## Anexo 03: Validación del Instrumento de recolección de datos

### Anexo 03: Validación del Instrumento de recolección de datos

#### CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS

#### DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

- a. Apellidos y nombres del experto: *Sánchez Montañez Cynthia Liset.*  
 b. Grado académico: *Maestra*  
 c. Cargo e institución donde labora: *Obst. Asist. C.S. La Esperanza*  
 d. Profesión: *Lic. en Obstetricia*  
 e. Título de la investigación: *Patologías del embarazo asociados al control prenatal Tardío en gestantes del C.S. La Esperanza, Tacna 2021-2022*  
 f. Autor del instrumento: *Angie Isabel Chilo Córdova*  
 g. Nombre del instrumento: *Ficha de recolección de datos*

INDICADORES DE EVALUACIÓN	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	DEFICIENTE (1)	REGULAR (2)	BUENO (3)	MUY BUENO (4)	EXCELENTE (5)
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					✓
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				✓	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				✓	
4. ORGANIZACIÓN.	Existe una organización lógica.					✓
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.				✓	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los aspectos del estudio.				✓	
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos-científicos y del tema en estudio.				✓	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.				✓	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.				✓	
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.				✓	
SUB TOTAL					32	10
TOTAL (Suma de todas las categorías)						42

#### VALORACIÓN CUANTITATIVA:

#### VALORACIÓN CUALITATIVA:

Lugar y fecha: *Tacna, 28 de Julio 2023*

De 10 a 17:	<input type="checkbox"/>
De 18 a 25:	<input type="checkbox"/>
De 26 a 34:	<input type="checkbox"/>
De 35 a 42:	<input checked="" type="checkbox"/>
De 43 a 50:	<input type="checkbox"/>

Deficiente  
 Regular  
 Bueno  
 Muy bueno  
 Excelente

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE

*Cynthia Liset Sánchez Montañez*  
 CYNTHIA L. SÁNCHEZ MONTAÑEZ  
 MGR. EN OBSTETRICIA  
 C.O.P. 17276  
 Firma del experto

DNI: *40201341*

**VALIDACION DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS**

N° de ítem	CLARIDAD		OBJETIVIDAD		CONSISTENCIA		COHERENCIA		PERTINENCIA		SUFICIENCIA		OBSERVACIONES
	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión		Están expresados en conductas observables, medibles.		Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría		Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable		La categoría de respuestas y sus valores son apropiados		Son suficientes la cantidad y calidad de ítems en el instrumento		
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1	✓		✓		✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		✓		✓		

  
 CYNTHIA L. SÁNCHEZ MONTÁNCHEZ  
 MGR. EN OBSTETRICIA  
 C.O.P. 17276

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS**  
**DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION**

- a. Apellidos y nombres del experto: **Choque Mamani, Luis**  
 b. Grado académico: **Doctor**  
 c. Cargo e institución donde labora: **Docente ES03-FACS-UNJBG**  
 d. Profesión: **Obstetra**  
 e. Título de la investigación: **Patologías del embarazo asociadas al control prenatal tardío en gestantes del C.S. La Esperanza, Tacna año 2021 y 2022.**  
 f. Autor del instrumento: **Angie Isobel Chile Colque**  
 g. Nombre del instrumento: **Ficha de recolección de datos**

INDICADORES DE EVALUACIÓN	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	DEFICIENTE (1)	REGULAR (2)	BUENO (3)	MUY BUENO (4)	EXCELENTE (5)
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					✓
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					✓
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					✓
4. ORGANIZACIÓN.	Existe una organización lógica.					✓
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					✓
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los aspectos del estudio.					✓
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos-científicos y del tema en estudio.					✓
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.				✓	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.					✓
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					✓
SUB TOTAL					4	45
TOTAL (Suma de todas las categorías)						49

VALORACIÓN CUANTITATIVA:

VALORACIÓN CUALITATIVA:

Lugar y fecha: **Tacna, 28 de julio del 2023**

De 10 a 17:	<input type="checkbox"/>
De 18 a 25:	<input type="checkbox"/>
De 26 a 34:	<input type="checkbox"/>
De 35 a 42:	<input type="checkbox"/>
De 43 a 50:	<input checked="" type="checkbox"/>

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE

Deficiente

Regular

Bueno

Muy bueno

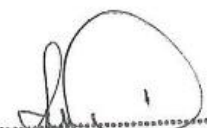
Excelente

  
**DR. LUIS CHOQUE MAMANI**  
 Especialista en Ultrasonido Fetal y Ecografía Obstétrica  
 Cdr. 9038 RNE N° 2536-E.02.4  
 Doctor Ciencias de la Salud  
 Firma del experto

DNI:

**VALIDACION DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS**

N° de ítem	CLARIDAD		OBJETIVIDAD		CONSISTENCIA		COHERENCIA		PERTINENCIA		SUFICIENCIA		OBSERVACIONES
	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión		Están expresados en conductas observables, medibles.		Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría		Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable		La categoría de respuestas y sus valores son apropiados		Son suficientes la cantidad y calidad de ítems en el instrumento		
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1	/		/		/		/		/		/		
2	/		/		/		/		/		/		
3	/		/		/		/		/		/		
4	/		/		/		/		/		/		
5	/		/		/		/		/		/		
6	/		/		/		/		/		/		
7	/		/		/		/		/		/		
8	/		/		/		/		/		/		
9	/		/		/		/		/		/		
10	/		/		/		/		/		/		

  
**DR. LUIS CHOQUE MAMANI**  
 Especialista en Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica  
 COP. 9038 RNE N° 2536-E.02.4  
 Doctor en Ciencias de la Salud

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS**  
**DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION**

- a. Apellidos y nombres del experto: *Delbe Colpato Jayessa.*  
 b. Grado académico: *Maestro*  
 c. Cargo e institución donde labora: *Docente*  
 d. Profesión: *Obstetra*  
 e. Título de la investigación: *Patologías del embarazo asociadas al control prenatal terciario en gestantes del C.S. La Esperanza, Tacna año 2021-2022*  
 f. Autor del instrumento: *Angie Isabel Chile Colque*  
 g. Nombre del instrumento: *Ficha de recolección de datos*

INDICADORES DE EVALUACIÓN	CRITERIOS CUALITATIVOS/CUANTITATIVOS	DEFICIENTE (1)	REGULAR (2)	BUENO (3)	MUY BUENO (4)	EXCELENTE (5)
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					/
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					/
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					/
4. ORGANIZACIÓN.	Existe una organización lógica.					/
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad.					✓
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar los aspectos del estudio.					/
7. CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos-científicos y del tema en estudio.					/
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores, dimensiones y variables.				/	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.					/
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas en la investigación y construcción de teorías.					/
SUB TOTAL					4	45
TOTAL (Suma de todas las categorías)						49

**VALORACIÓN CUANTITATIVA:**

**VALORACIÓN CUALITATIVA:**

Lugar y fecha: *Tacna, 28 de Julio 2023*

De 10 a 17:	<input type="checkbox"/>
De 18 a 25:	<input type="checkbox"/>
De 26 a 34:	<input type="checkbox"/>
De 35 a 42:	<input type="checkbox"/>
De 43 a 50:	<input checked="" type="checkbox"/>

- Deficiente
- Regular
- Bueno
- Muy bueno
- Excelente

**OPINIÓN DE APLICABILIDAD: APLICABLE**

*Angie Isabel Chile Colque*

Firma del experto  
 DNI: *42659156*

**VALIDACION DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS**

N° de ítem	CLARIDAD		OBJETIVIDAD		CONSISTENCIA		COHERENCIA		PERTINENCIA		SUFICIENCIA		OBSERVACIONES
	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión		Estan expresados en conductas observables, medibles.		Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría		Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable		La categoría de respuestas y sus valores son apropiados		Son suficientes la cantidad y calidad de ítems en el instrumento		
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1	/		/		/		/		/		/		
2	/		/		/		/		/		/		
3	/		/		/		/		/		/		
4	/		/		/		/		/		/		
5	/		/		/		/		/		/		
6	/		/		/		/		/		/		
7	/		/		/		/		/		/		
8	/		/		/		/		/		/		
9	/		/		/		/		/		/		
10	/		/		/		/		/		/		

*[Handwritten signature]*

**"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"**

**ASUNTO:** SOLICITO  
AUTORIZACIÓN PARA  
RECOLECCIÓN DE DATOS DE  
PROYECTO DE TESIS

**GERENTE DEL CENTRO DE SALUD LA ESPERANZA**  
**Dr. Alex Eduardo Tapia Tenorio**

Yo, ANGIE ISABEL CHILE COLQUE, identificada con DNI Nro° 77475841, con código de estudiante 2017-112017, bachiller de la carrera Profesional de Obstetricia, y con celular 982773857, ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

Que, siendo necesario para lograr obtener el título profesional de licenciada en obstetricia, es que recorro a Ud. para que me brinde permiso para poder revisar historias clínicas para la ejecución de mi proyecto de tesis titulada: **PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO ASOCIADAS AL CONTROL PRENATAL TARDÍO EN GESTANTES DEL C.S. LA ESPERANZA, TACNA AÑO 2021-2022** por el cual adjunto lo siguiente:

- Resolución de la aprobación del proyecto de tesis
- Proyecto de tesis

Por lo expuesto:

Ruego a Ud. acceder a mi solicitud por ser de justicia



Tacna, 08 de noviembre del 2023



Angie Isabel Chile Colque  
Gmail: achilec@unjbg.edu.pe  
DNI: 77475841