

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**REPERCUSIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES
SIN CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA 2005 - 2009**

TESIS

Presentada por:

Bach. ALEXIS JAVIER LOZANO VARGAS

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA - PERÚ

2011

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**REPERCUSIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES
SIN CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA 2005 - 2009**

TESIS

Presentada por:

Bach. ALEXIS JAVIER LOZANO VARGAS

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobado por _____, ante el siguiente Jurado:



Dr. Claudio Ramírez Atencio
Presidente



Méd. Jacinto Bárcena Quintana
Miembro



Méd. Mauro Robles Mejía
Miembro



Dr. Manuel Ticona Rendón
Asesor

Agradecimiento

Agradezco a mi asesor, por el apoyo académico brindado y por sus invalorable consejos.

Agradezco a la Dra. Diana Huanco Apaza por el apoyo académico brindado y sus invalorable consejos.

Dedicatoria

En memoria de mi abuelita Mercedes Alvites Valverde, por el apoyo incondicional que me brindó, por su cariño y amor de siempre.

En memoria de mi abuelito Juan Vargas Vásquez, por su apoyo, cariño y amor de siempre.

A mis queridos padres, Javier Lozano Marreros y Vilma Vargas Alvites, por su amor, comprensión y apoyo incondicional.

A mis hermanas, Laura y Raquel por su amor y cariño de siempre.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iii
CONTENIDO	iv
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Planteamiento del problema	4
1.1.1. Descripción del problema	4
1.1.2. Formulación del problema	6
1.2. Justificación de la investigación	6
1.3. Objetivos de la investigación	7
1.3.1. Objetivo general	7
1.3.2. Objetivos específicos	7

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes del problema	9
2.2.	Marco teórico conceptual	13

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1.	Diseño metodológico	19
3.2.	Población	19
3.3.	Criterios de estudio	19
3.3.1.	Criterios de inclusión	19
3.3.2.	Criterios de exclusión	20
3.4.	Método y técnica de recolección de datos	20
3.5.	Procesamiento y análisis de datos	21
3.6.	Variables de estudio	21
3.6.1.	Variable independiente	21
3.6.2.	Variable dependiente	22

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.	Incidencia de gestantes sin CPN	23
4.2.	Factores asociados en ausencia de CPN	24
4.3.	Repercusiones maternas	31
4.4.	Repercusiones perinatales	34

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

5.1.	Discusión y comentarios	43
5.2.	Conclusiones	50
5.3.	Recomendaciones	51
5.4.	Referencias bibliográficas	52

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1. Frecuencia de las gestantes sin CPN	23
TABLA 2. Edad materna de gestantes sin y con CPN adecuado	24
TABLA 3. Ocupación de las gestantes sin y con CPN adecuado	25
TABLA 4. Grado de instrucción de gestantes sin y con CPN adecuado	26
TABLA 5. Estado civil de gestantes sin y con CPN adecuado	27
TABLA 6. Paridad de gestantes sin y con CPN adecuado	28
TABLA 7. Antecedentes obstétricos de gestantes sin y con CPN adecuado	29
TABLA 8. Estado nutricional en gestantes sin y con CPN adecuado	30
TABLA 9. Morbilidad materna en gestantes sin y con CPN adecuado	31
TABLA 10. Patologías en el embarazo en gestantes sin y con CPN adecuado	32
TABLA 11. Terminación del embarazo en gestantes sin y con CPN adecuado	33
TABLA 12. Peso del recién nacido de madre sin y con CPN adecuado	34
TABLA 13. Edad gestacional de los hijos de madres sin y con CPN	35

	adecuado	
TABLA 14.	Apgar al minuto de hijos de madres sin y con CPN adecuado	36
TABLA 15.	Apgar a los 5 minutos de los hijos de madres sin y con CPN adecuado	37
TABLA 16.	Morbilidad neonatal de hijos de madres sin y con CPN adecuado	38
TABLA 17.	Patología neonatal de hijos de madres sin y con CPN adecuado	39
TABLA 18.	Mortalidad perinatal en hijos de madres sin y con CPN adecuado	40
TABLA 19.	Factores asociados a la ausencia de CPN y repercusiones maternas y perinatales asociadas significativamente	41

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La falta de control prenatal ocasiona alto riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. El objetivo fue conocer las repercusiones maternas y perinatales de la ausencia del control prenatal en gestantes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio analítico, comparativo, en 1 625 gestantes sin control prenatal atendidas en el Hospital Hipólito Unanue del 2005 al 2009, comparado con gestantes con cuatro a más controles prenatales, seleccionadas al azar dos controles por caso. La información se obtuvo de la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP). Se presenta tablas comparativas utilizando la prueba Chi².

RESULTADOS: La frecuencia de gestantes sin control prenatal fue 8,94%. Los factores asociados ($p < 0,05$) fueron: alta dependencia económica (76,62%), baja escolaridad (12,98%), inestabilidad conyugal (19,2%), y desnutrición materna (1,6%). La repercusión materna negativa asociada significativamente ($p < 0,05$) fue: hemorragias del tercer trimestre (1,11%); y las repercusiones perinatales fueron: bajo peso al nacer (10,95%), prematuridad (15,08%), depresión al minuto (5,98%) y a los cinco minutos (2,1%), síndrome de dificultad respiratoria (3,05%), asfixia al nacer (2,1%) y mayor mortalidad perinatal (5,66%).

CONCLUSIÓN: La ausencia de control prenatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna es una de las más bajas a nivel nacional y ocasiona mayor morbilidad materna y morbimortalidad perinatal.

PALABRAS CLAVE: Control Prenatal, Repercusiones maternas y perinatales.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The lack of high-risk prenatal causes of morbidity and maternal and perinatal mortality. The objective was to determine maternal and perinatal impact of absence of prenatal care in pregnant women in Hospital Hipolito Unanue Tacna.

MATERIAL AND METHODS: Analytical, comparative study, 1 625 pregnant women without prenatal treated in Hospital Hipolito Unanue from 2005 to 2009, compared to pregnant women with four or more prenatal visits, randomly selecting two controls per case. The information was obtained from the database of the Perinatal Information System (SIP). Comparative tables are presented using the Chi2 test.

RESULTS: The frequency of pregnant women without prenatal care was 8,94%. Factors associated ($p < 0,05$) were high economic dependence (76,62%), low education (12,98%), marital instability (19,2%), and maternal malnutrition (1,6%). Maternal negative impact significantly associated ($p < 0,05$) was: third trimester bleeding (1,11%) and perinatal implications were: low birth weight (10,95%), prematurity (15,08%) , depression minute (5,98%) and five minutes (2,1%), respiratory distress syndrome (3,05%), birth asphyxia (2,1%) and increased perinatal mortality (5,66%).

CONCLUSION: The absence of prenatal care in the Hospital Hipolito Unanue Tacna is one of the lowest nationally and causes increased morbidity and perinatal morbidity.

KEY WORDS: Prenatal care, maternal and perinatal implications.

INTRODUCCIÓN

El control prenatal es la evaluación que efectúa el Médico Ginecólogo-Obstetra en la mujer embarazada, con enfoque de riesgo, lo cual significa que se toma en consideración la presencia de ciertos factores, los cuales pueden aumentar el riesgo de enfermar o morir de dicha mujer.

A través del control prenatal se puede vigilar el bienestar tanto de la mujer como del producto de la gestación, de tal manera que se puede establecer y predecir el curso normal del embarazo, parto y puerperio.

La ausencia del control prenatal se traduce en un aumento del riesgo de alguna complicación materna y perinatal, lo cual alteraría su bienestar, incluso ocasionando la muerte del binomio madre e hijo durante el embarazo, parto o puerperio.

Por lo tanto, la presente tesis tiene el propósito de determinar las repercusiones que conlleva la ausencia de control prenatal en la madre y su producto; asimismo conocer la frecuencia de las gestantes sin control prenatal; y los factores asociados a la ausencia de control prenatal; en partos que fueron atendidos en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna, en un periodo de tiempo comprendido desde el año 2005 al 2009.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1. 1 Planteamiento del problema

1.1.1 Descripción del problema

La morbilidad materna y perinatal en los países en desarrollo, es uno de los principales problemas de salud pública que reflejan las consecuencias de no brindar un buen cuidado materno y perinatal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en los países desarrollados más de 5 000 000 de mujeres padecen cada año de enfermedades severas asociadas e inducidas por la maternidad y 585 000 fallecen debido a complicaciones del embarazo, parto y puerperio.¹

Según la ENDES 2000 (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) la razón de mortalidad materna en países en vías de desarrollo es del orden de 185 por 100 000 nacido vivos, lo que representa aproximadamente 1 258 muertes anuales; así mismo,

¹ OMS. Las muertes maternas ocurren en el posparto, cuando no suele haber estrategias preventivas. http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v17_4/postpartum.htm. (Julio 2006).

según las tasas de mortalidad, los países de América del Sur quedan distribuidos en los siguientes niveles: Mortalidad materna baja: Uruguay y Chile; media: Argentina; alta: Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay y Venezuela y muy alta: Perú y Bolivia. Además del índice materno, la mortalidad materna y fetal, particularmente en países en desarrollo permanece casi inalterable: cada minuto en algún lugar del mundo ocho niños mueren en el primer mes de vida. 99% de estas muertes ocurren en países del tercer mundo. Aunado a la problemática expuesta se observa una gran incidencia mundial de embarazos en la adolescencia con una alta tasa de mortalidad infantil.²

Lo expresado en los párrafos anteriores lo desconocen la mayoría de las madres gestantes es decir, el nivel de conocimiento es muy bajo en relación a la repercusión de un control prenatal inadecuado o la ausencia de este.

No hay razón para que las mujeres tengan que morir en el parto. Hay que proporcionar a las mujeres jóvenes la información y el apoyo que necesitan para controlar su salud reproductiva durante el embarazo, y proporcionarles cuidados a ellas y a sus retoños, hasta que esté bien avanzada la niñez. La inmensa mayoría de las muertes maternas se evitaría si las mujeres

² Benavides B. Reducción de la mortalidad materna en el Perú; http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/anales/v62_n3/reduccion.htm. (Julio 2006).

tuvieran acceso a servicios de planificación familiar de calidad, atención competente durante el embarazo, el parto y el primer mes después del alumbramiento; 15% de los embarazos y los partos necesitan cuidados obstétricos de urgencia debido a riesgos difíciles de predecir, el mismo que se incrementa si se agrega la falta de control prenatal. Un sistema de salud dotado de personal especializado es decisivo para salvar la vida de esas mujeres.³

1.1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las repercusiones maternas perinatales en gestantes sin control prenatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna?

1.2 Justificación de la investigación

En los últimos cinco años en el Hospital Hipólito Unanue se ha evidenciado un incremento en el porcentaje de madres sin control prenatal que llegan a atenderse el parto, lo que ocasiona serios problemas de manejo médico por el desconocimiento de antecedentes obstétricos negativos. Este hecho ha ocurrido debido a la reducción de la cobertura de atención del Seguro Integral de Salud

³ OMS. ¿Por qué siguen muriendo tantas mujeres durante el embarazo y el parto? <http://www.who.int/features/qa/12/es/index.html>. (Junio 2006).

(SIS), lo que ocasiona repercusiones negativas en la salud de la madre y su recién nacido, los mismos que no se han analizado.

Siendo el Hospital Hipólito Unanue de Tacna el único Hospital del Ministerio de Salud de la Región, se hace necesario el análisis de este problema tan evidente, para contribuir a mejorar la salud tanto de la madre como del niño tacneño.

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

- Determinar las repercusiones maternas y perinatales en gestantes sin control prenatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2005-2009.

1.3.2 Objetivos específicos

- Conocer la frecuencia de las gestantes sin control prenatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el periodo del 2005 – 2009.
- Conocer los factores asociados a la ausencia del control prenatal en las gestantes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Identificar las repercusiones en el embarazo en gestantes sin control prenatal atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

- Identificar las repercusiones en el parto en las gestantes sin control prenatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Identificar las repercusiones perinatales en gestantes sin control prenatal atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema

En un estudio observacional-descriptivo con una muestra constituida por todos los neonatos nacidos y fallecidos en el Hospital de Sullana, durante julio a diciembre junio del 2003, se obtuvo que de los 36 neonatos que fallecieron, existieron 32 en el grupo de Mortalidad Neonatal Precoz (MNP) y 4 en el grupo de mortalidad neonatal tardía (MNT). La tasa de mortalidad neonatal para este período fue 19,67 por 1 000. El 50% de las madres no había tenido previamente una gestación. (77,78%) tuvieron control prenatal. El 80,56% de los neonatos tuvo presentación cefálica. El 52,78% de los neonatos tuvo parto eutócico. El 55,56% de los neonatos fueron prematuros y el 69,44% fueron adecuados para la edad gestacional, el 41,67% presentó depresión (hipoxia) severa al minuto de vida. El peso promedio de los neonatos fue de 2 218,6 gramos. La edad gestacional en promedio fue de 34,5 semanas. La edad materna en promedio fue de 26,1 años. Del total de las madres: 28 (77,78%) tuvieron control prenatal y 8 (22,22%) no tuvieron control durante el embarazo. La mayoría de las madres 24 (66,66%) no presentó ninguna complicación, 4 (11,11%) tuvieron infección del tracto urinario, 3 (8,33%) presentaron hemorragia, y

otras 3 (8,33%) presentaron preeclampsia. Solamente dos madres (5,56%) tuvieron hiperemesis gravídica. Se obtuvo que el 22,22% de las madres de recién nacidos que fallecieron en periodo neonatal no tuvieron control prenatal, y para muchas de ellas su primer contacto con alguna institución de salud ocurre cuando se encuentran en trabajo de parto. La falta de vigilancia del embarazo es un problema que afecta a toda nuestra población.⁴

En un estudio realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins sobre la tasa de mortalidad perinatal y sus características, se efectuó la revisión de todas las historias clínicas de gestantes portadoras de óbito fetal (mayor de 28 semanas de gestación o mayor de 1 000 gramos), de recién nacidos que fallecieron dentro de los primeros 7 días de vida y de sus madres durante el año 2000. Se obtuvo que la tasa de mortalidad perinatal fue de 10,5 por 1 000 nacidos vivos. La edad promedio materna fue de 31,6 años, y un rango entre 14 y 44 años. El 30,1% de partos correspondió a nulíparas, el 61,6% a multíparas y el 8,3% a gran multíparas. El promedio de visitas al control prenatal fue de 4,8. El 53,4% de las madres tuvo algún antecedente relacionado a mala historia obstétrica, siendo los más frecuentes historia de aborto previo (27,4%), cesárea anterior (13,7%) y pre eclampsia (12,3%). Las causas asociadas a mortalidad perinatal fueron madres con pre eclampsia severa (38,4%) y

⁴ Clever Humberto Leiva Herrada, Omar Castro Atarama. Factores asociados a mortalidad neonatal en el Hospital de Sullana (Perú). *Electron J Biomed* 2005.

hemorragia en el tercer trimestre (15,1%) y fetos con malformaciones congénitas severas (27,4%). La vía de parto fue abdominal en 68,5% y vaginal en 31,5%. Se tuvo 83,6% de gestaciones únicas y 16,4% de gestaciones múltiples. El peso de los productos fue 1 985,2. El 61,6% de muertes perinatales correspondieron a prematuros. Pese a que en la institución, las pacientes aseguradas no realizan pago alguno por consulta, el 59% de las madres estudiadas no tuvo control prenatal. Estos datos evidencian la necesidad de educar a la población en la importancia del control prenatal precoz y continuo para evitar complicaciones en la gestación y posteriores consecuencias irremediables para la madre o el feto⁵.

En un estudio, con el objetivo de determinar el efecto del control prenatal sobre la morbimortalidad materna e infantil se revisaron los ingresos obstétricos del Hospital General Regional de Orizaba, Veracruz de 1991 a 1992. Se estudiaron 2 595 pacientes quienes se clasificaron en dos grupos de acuerdo al antecedente de haber estado o no en el programa de control prenatal. Se analizaron los datos de la madre, del producto y las características de la atención obstétrica. El 73% de las mujeres tuvo control prenatal con 9,4% de complicaciones comparado con 8,9% de mujeres sin control prenatal institucional. Las complicaciones maternas más frecuentes fueron ruptura prematura de membranas de más

⁵ Díaz Ledesma Lizeth, Huaman Guerrero Moisés. Mortalidad perinatal en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (2000). Rev Med Hered 14 (3), 2003.

de 12 horas, toxemia y endometritis. No hubo asociación entre la frecuencia de complicaciones globales en el producto y la asistencia al control prenatal (RM=1.4, IC= 1.05 - 2.09). El grupo sin control prenatal tuvo mayor tasa de prematuridad.⁶

Con el objetivo de conocer la tasa de mortalidad neonatal en el Instituto Materno Perinatal y los factores maternos sociodemográficos relacionados con éste, se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. En el Instituto Materno Perinatal, donde se obtuvo que en el primer semestre de 1996, ocurrieron 210 muertes neonatales, siendo la tasa de mortalidad neonatal institucional de 19,7% y la tasa de mortalidad neonatal precoz de 13,2%. Al analizar los factores maternos sociodemográficos se halló 64,5% de gestantes entre 20 y 34 años de edad, 70% con instrucción secundaria, 67,5% convivientes, 47,5% tenía de 1 a 4 hijos, 26,5% tenía antecedentes de aborto y 40,5% no tuvo control prenatal; 94,5% de estos embarazos fueron considerados de riesgo alto.⁷

⁶ Rivera López, Tayde; Salas Ramírez, Maribel; Amato Martínez, José Dante. Influencia del control prenatal sobre la morbimortalidad materna y perinatal en un centro hospitalario de 2° nivel de atención. *Ginecología-obstetricia de México*; 62(7):185-8, jul. 2004.

⁷ Villamonte, Wilfredo; Lam Figueroa, Nelly Maritza. Factores maternos sociodemográficos y tasa de mortalidad neonatal en el Instituto Materno Perinatal en 2006. *Ginecología y obstetricia*; 44(3):177-81, oct.2008.

2.2 Marco teórico conceptual

CONTROL PRENATAL

Los centros de atención prenatal surgieron en Estados Unidos de Norte América, entre los años 1910 y 1915.⁸ Desde 1983 el Perú adoptó los esquemas del control prenatal, de acuerdo a lo estipulado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP).⁹

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbimortalidad materna y perinatal. Se caracteriza por contactos sistemáticos entre la gestante y el personal de salud y se considera adecuado si es precoz, periódico y completo e inadecuado si no cumple con los tres criterios.¹⁰

El control prenatal esencialmente es una evaluación frecuente y con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de salud en una mujer gestante, vigilando el bienestar de la embarazada y del producto, permite

⁸ Cunningham, Mac Donald, Gant, Leveno, Gilstrap, Hankins, Clark. "Williams Obstetricia" 22º edición 2006. Madrid- España. Págs. 209-227.

⁹ Centro Latinoamericano de Perinatología. 2001. Salud reproductiva Materna Perinatal. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo". Págs. 82-84.

¹⁰ Mongrut Steane, Andrés. "Tratado de Obstetricia Normal y Patológica". Cuarta edición 2000. Págs. 241-255.

establecer y predecir el curso normal del embarazo, parto y del puerperio, determinando precozmente los riesgos y daños maternos y fetales.¹¹

CLASIFICACIÓN

Eficiencia del control prenatal, es aquel que cumple con cuatro criterios básicos: precoz, periódico, completo y de amplia cobertura.¹²

Se define como control prenatal **precoz** a aquel que se inicia lo más temprano posible, tratando de que sea antes del primer trimestre de la gestación.¹³

Se define al control prenatal como periódico, cuando su frecuencia es mensual hasta las 32 semanas, cada dos semanas entre las 33 a 36 semanas y semanal de las 37 a 40 semanas, eventualmente hasta las 42 semanas.¹⁴

OBJETIVOS DEL CONTROL PRENATAL

Según Las normas de atención al grupo materno-infantil nos define como control prenatal "El contacto y evaluación programada de la gestante por el equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo

¹¹ Pacheco Romero, José. 1999. "Ginecología y Obstetricia". Primera edición. Impreso en el Perú. Pág. 859.

¹² Schwarcz Ricardo Duverges C. A. Díaz G. H. Fescina R. 2005. "Obstetricia". Sexta Edición. Editorial. El "Ateneo". Págs. 146-160.

¹³ Botero o. Jaime. "Obstetricia". Séptima edición 2004. Pág. 84.

¹⁴ Guillen A. Falta de control prenatal entre las causas de elevadas cifras de mortalidad infantil. 2006. http://www.eluniversal.com/2006/06/26/ccs_art_26404G.shtml. (Junio 2006)

y contribuir a una adecuada preparación para el parto y la atención del niño”.

Entre los objetivos más importantes del control prenatal podemos mencionar:

- La detección de enfermedades maternas.
- La prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- La prevención del tétano neonatal.
- La vigilancia del crecimiento y de la vida fetal.
- La disminución de las molestias asociadas al embarazo.
- La preparación psicofísica para el parto.
- La importancia del control postnatal.

REPERCUSIONES NEGATIVAS DE LA AUSENCIA DE CONTROL PRENATAL

Es un hecho establecido que la atención prenatal adecuada reduce la morbilidad y la mortalidad materna. Sin embargo, muchos países en desarrollo no disponen de ese tipo de atención o lo tienen de modo deficitario. Además, los estudios indican que las mujeres pobres, rurales o adolescentes, acuden con menos frecuencia a los servicios de salud que las mujeres con mejores recursos económicos, urbanas y de más edad; generalmente, buscan atención sólo durante etapas

avanzadas del embarazo. Probablemente se debe a factores culturales que hacen que estas mujeres tengan limitaciones; también puede ser en parte problema de educación: simplemente no saben reconocer que están embarazadas o desconocen la conveniencia del control prenatal o piensan que todos los embarazos son normales y no es necesario controlarse.^{15 16}

Los riesgos del embarazo para la salud de la madre y su hijo en mujeres que no han tenido controles prenatales, han sido documentadas ampliamente, trataremos de dar a conocer brevemente cuales son los más relevantes.

El estado nutricional de la madre con estas características se halla entre los parámetros que condicionan el riesgo del embarazo. Este parámetro es muy variable según la zona descrita. En general se ha encontrado que la relación peso/talla preconcepcional está disminuida en muchas embarazadas y con frecuencia se observa en ellas una ganancia de peso disminuida durante la gestación lo que luego se asocia a menor peso de nacimiento del producto. Además tienden a presentar alza de

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud. La Salud Materna, un Perenne Desafío. Serie de Publicaciones: Comunicación para la Salud N° 1. 1990.

¹⁶ Munitz M, Silber T. El embarazo en adolescentes: Enfoque Clínico Epidemiológico. Salud Reproductiva en las Américas. Organización Panamericana de la Salud 1992. p. 96-124.

peso insuficiente en el embarazo constituyendo las enflaquecidas un grupo de mayor riesgo.¹⁷

Entre las complicaciones que amenazan la vida de las gestantes sin control prenatal prevalentemente descritas en la mayoría de los estudios se encuentran: la hipertensión inducida por el embarazo, anemia por deficiencia de hierro, ruptura prematura de membranas, infección urinaria, parto prematuro y mortalidad materna y perinatal.¹⁸

La hipertensión inducida por el embarazo se atribuía a la edad per se. Actualmente se ha elaborado otras teorías que consideran la influencia de otros factores tales como la paridad, factores inmunológicos y genéticos. La anemia, se debe en parte a los malos hábitos alimentarios y a la condición socioeconómica baja. Con respecto a la prematuridad y a la mortalidad materna y perinatal, actualmente se considera que sólo hay mayor morbilidad cuando la atención prenatal es inadecuada para la salud o esta se encuentra ausente.

En recientes estudios se ha informado que la morbilidad del embarazo podría deberse más bien a un embarazo mal controlado o sin

¹⁷ Ambrosi V, Henríquez P, Kopplin E, Marshall T, Romaggi M, Péres L, et al. Compromisos antes de Tiempo. Sexualidad y Embarazo. Corporación de Salud y Políticas Sociales. Chile, 1990.

¹⁸ The Pathfinder Fund and Population Council. La Actividad Sexual y la Maternidad en América Latina y el Caribe: Riesgos y consecuencias. 1990.

control, a factores ambientales psico-sociales (ausencia de pareja, familia de origen desestructurada, agresión sexual, etc.).¹⁹

Existen estudios que demuestran que la ausencia de control prenatal condiciona a hijos con mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer por prematuridad y desnutrición intrauterina (RCIU) y en consecuencia más probabilidades de morir. A menor control prenatal, existe una tendencia hacia la prematuridad, a tener menor peso al nacimiento y tienden a concentrar la incidencia de menor Apgar del niño al nacer. Sin embargo, la alta frecuencia de bajo peso al nacer puede ser explicada al escaso aumento de peso en la gestación, el bajo peso de la madre (actual y cuando nació), la condición social de la pobreza y el abuso de sustancias tóxicas. Las madres sin control prenatal son más propensas a tener muchos embarazos, uno tras otro, aumentando aún más el riesgo de salud para ellas y sus hijos.²⁰

¹⁹ Belitzky R, Cruz C, Marinho E, Tenzer S. Resultados perinatales en madres jóvenes: Estudio Comparativo en Maternidades Latinoamericanas. OPS/OMS. Washington E.U.A. 1985. Public. Científ. N° 489. p. 221-231.

²⁰ Salazar I, Alvarez J. Relación de la edad materna y de la paridad con el Puntaje de Apgar y el Peso de Nacimiento en el Hospital de Peñaflores. Boletín del Hospital San Juan de Dios. Santiago de Chile. 31:413. 1984.

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Diseño metodológico

El presente estudio es analítico, retrospectivo y comparativo.

3.2 Población de estudio

La población estará conformada por todas las gestantes sin control prenatal cuyo parto fue atendido en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna del 2005 al 2009, haciendo un total de 1 625 madres. Este grupo se comparó con un grupo de gestantes con cuatro a más controles prenatales, se seleccionó al azar dos controles por cada caso.

3.3 Criterios de selección

3.3.1. Criterios de inclusión

- Gestantes cuyo parto fue atendido en Hospital Hipólito Unánue.
- Gestantes que no tengan controles prenatales.
- Gestantes con cuatro a más controles prenatales.
- Información que se encuentra en la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP).

3.3.2. Criterios de exclusión

- Gestantes con uno, dos o tres controles prenatales.
- Información incompleta de variables de estudio que se encuentra en la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP).

3.4 Método y técnica de recolección de datos

Se utilizó el método científico. Para la recolección de datos se utilizó la historia clínica perinatal (HCP) oficial del Ministerio de Salud, la información es recogida desde el ingreso de la gestante al Hospital Hipólito Unanue por el servicio de Emergencia, donde se solicita el carnet perinatal a la gestante, pero si no ha tenido controles prenatales y se indica su hospitalización para atención de parto, la historia clínica perinatal es llenada en Sala de Partos por el personal de Obstetricia, mediante entrevista de la gestante, de inmediato se toma los análisis de laboratorio requeridos y los resultados son llenados en la HCP. Cuando ocurre el parto, los datos de este son llenados de inmediato así como los datos del recién nacido, al día siguiente y antes del alta del niño se llena los datos de este por personal del Servicio de Neonatología.

Al alta de la gestante y su recién nacido, la HCP pasa a la Unidad de Investigación e Informática del Departamento de Gineco-Obstetricia para su procesamiento respectivo en el Sistema Informático Perinatal por personal de Obstetricia.

3.5. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de datos se realizó a diario, ingresando todas las variables de la HCP a la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP). Para el análisis de datos se revisó la Base de datos del SIP desde el año 2005 hasta el año 2009, considerando los criterios de selección.

Luego de seleccionar las variables de estudio se importó la base de datos del SIP a una hoja de cálculo de Excel para su análisis posterior. Se eliminó todas las historias clínicas que no reunieron los criterios de inclusión y con esta información se procedió a realizar el análisis.

Se forma dos grupos, uno conformado por gestantes sin control prenatal y otro con gestantes con cuatro a más controles prenatales. La información se presentó en forma ordenada mediante Tablas comparativas de todas las variables de estudio, mostrando frecuencias absolutas y relativas de ambos grupos.

Para el análisis estadístico se comparó ambos grupos y se utilizó la prueba Chi², considerando asociación significativa cuando la "p" fue menor que 0,05.

3.6. Variables de estudio

3.6.1. Variable independiente

- Gestante sin control prenatal

3.6.2.Variable dependiente

- Repercusiones maternas
- Repercusiones perinatales

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se presentará tablas y gráficos comparativos de las gestantes con y sin control prenatal, para cumplir los objetivos propuestos se analizarán de la siguiente forma:

4.1. Incidencia de las gestantes sin control prenatal

TABLA N° 1

Frecuencia de las gestantes sin control prenatal

Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 - 2009

AÑO	PARTOS	SIN CPN	%
2005	3 714	404	10,88
2006	3 553	383	10,78
2007	3 642	249	6,84
2008	3 567	188	5,27
2009	3 703	401	10,83
TOTAL	18 179	1 625	8,94

Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

Durante los años 2005 a 2009 en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna se atendió un total de 18 179 partos, de los cuales, se encontró que 1 625

correspondían a madres que no tuvieron ningún control prenatal, representando un porcentaje de 8,94%.

4.2. Factores asociados a la ausencia de control prenatal

TABLA N° 2

Edad Materna de Gestantes sin y con Control Prenatal Adecuado

Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 - 2009

EDAD MATERNA	SIN CPN		CPN ADECUADO		Chi2	P
	Nº	%	Nº	%		
Menor de 20	296	18,22	566	17,11	1,43	0,49
20 a 34	1 146	70,52	2 345	72,15		
35 a más	183	11,26	349	10,74		
TOTAL	1 625	100,00	3 250	100,00		

Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

Como factores asociados a la ausencia de control prenatal se analizó la variable edad materna, encontrándose predominio de las gestantes entre 20 a 34 años de edad con 70,52%, seguida de gestantes adolescentes menores de 20 años con 18,22% y en menor proporción gestantes añosas de 35 años a más años con 11,26%.

Comparando con gestantes con cuatro a más controles prenatales, podemos observar que no existe asociación entre la edad materna y la presencia o no de control prenatal.

TABLA N° 3

Ocupación de las Gestantes sin y con Control Prenatal Adecuado

Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 - 2009

OCUPACIÓN	SIN CPN		CPN ADECUADO		Chi2	P
	Nº	%	Nº	%		
Trabaja	380	23,38	959	29,51	24,57	0,00
No trabaja	1 105	68,00	1 979	60,89		
Estudia	140	8,62	312	9,60		
TOTAL	1 625	100,00	3 250	100,00		

Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

Analizando la ocupación de las gestantes sin control prenatal, encontramos que la ocupación actual predominante fue el no desempeñar ningún trabajo con 68%, es decir se dedican a labores de casa, seguidos por 23,38% por gestantes que trabajan y 8,62% por gestantes que estudian.

Comparando con gestantes con cuatro a más controles prenatales, podemos observar que 29,51% de ellas trabaja, siendo mayor este porcentaje a las gestantes sin control prenatal. Por lo tanto, existe asociación entre la ocupación y la presencia o no de controles prenatales, es decir que las gestantes sin control prenatal se asocian a mayor dependencia económica.

TABLA N° 4

Grado de instrucción de Gestantes sin y con Control Prenatal Adecuado

Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 - 2009

GRADO DE INSTRUCCIÓN	SIN CPN		CPN ADECUADO		Chi2	P
	Nº	%	Nº	%		
Analfabeta	9	0,55	8	0,25	11,63	0,01
Primaria	202	12,43	390	12,00		
Secundaria	1 109	68,25	2 121	65,26		
Superior	305	18,77	731	22,49		
TOTAL	1 625	100,00	3 250	100,00		

Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

Respecto al grado de instrucción, en las gestantes sin control prenatal predominó el grado de instrucción secundaria con 68,25%, seguido por gestantes con instrucción superior con 18,77% y primaria con 12,43%. Existe un escaso porcentaje de gestantes sin control prenatal que son analfabetas con 0,55%.

Comparando este grupo con el de gestantes con cuatro a más controles prenatales, encontramos asociación entre el bajo grado de instrucción y la ausencia de control prenatal.

TABLA N° 5

Estado civil de Gestantes sin y con Control Prenatal Adecuado

Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 - 2009

ESTADO CIVIL	SIN CPN		CPN ADECUADO		Chi2	P
	Nº	%	Nº	%		
Casada	255	15,69	597	18,37	14,88	0,00
Conviviente	1 057	65,05	2 145	66,00		
Soltera	312	19,20	502	15,45		
Viuda	1	0,06	6	0,18		
TOTAL	1 625	100,00	3 250	100,00		

Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

En esta tabla podemos apreciar que el estado civil predominante de las gestantes sin control prenatal fue conviviente con 65,05%, seguido de solteras con 19,2%, y 15,69% fueron casadas, solo encontramos 1 madre viuda.

Si comparamos estos resultados con gestantes con cuatro a más controles prenatales, encontramos mayor porcentaje de mujeres que conviven y menor porcentaje de mujeres solteras. Por lo tanto, existe asociación entre la ausencia de control prenatal y la presencia de soltería ($p < 0,05$).

TABLA N° 6

Paridad de Gestantes sin y con Control Prenatal Adecuado

Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 - 2009

PARIDAD	SIN CPN		CPN ADECUADO		Chi2	P
	Nº	%	Nº	%		
Primípara	777	47,82	1 565	48,16	3,42	0,18
Múltipara	778	47,88	1 579	48,58		
Gran múltipara	70	4,31	106	3,26		
TOTAL	1 625	100,00	3 250	100,00		

Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

Analizando la paridad de las gestantes sin control prenatal, encontramos que 47,88% fueron múltiparas, en semejante proporción fueron primíparas con 47,82% y en pequeña proporción grandes múltiparas con 4,31%.

Si comparamos estos resultados con gestantes con cuatro a más controles prenatales, encontramos semejantes porcentajes de mujeres por diferente paridad. Por lo tanto, no existe asociación entre la ausencia de control prenatal y la paridad ($p=0,18$).

TABLA N° 7

Antecedentes Obstétricos de Gestantes sin y con CPN Adecuado

Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 - 2009

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	SIN CPN		CPN ADECUADO		Chi2	P
	Nº	%	Nº	%		
Mort. Fetal	19	1,17	51	1,57	1,22	0,27
Mort. Neonatal	19	1,17	37	1,14	0,01	0,92

Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

En relación a los antecedentes obstétricos, los antecedentes de mortalidad fetal y mortalidad neonatal se presentaron en 1,17% de gestantes sin control prenatal respectivamente.

Si comparamos estos resultados con gestantes con cuatro a más controles prenatales, encontramos discreto mayor porcentaje de mujeres con mortalidad fetal. Por lo tanto, no existe asociación entre la ausencia de control prenatal y antecedentes de mortalidad fetal ni neonatal ($p=0,27$ y $0,92$ respectivamente).

TABLA N° 8

Estado nutricional en Gestantes sin y con Control Prenatal Adecuado

Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 - 2009

ESTADO NUTRICIONAL	SIN CPN		CPN ADECUADO		Chi2	P
	Nº	%	Nº	%		
Menor de 18.5	26	1,60	31	0,95	7,85	0,049
18.5 a 24.9	896	55,14	1 731	53,26		
25 a 29.9	531	32,68	1 105	34,00		
30 a más	161	9,91	376	11,57		
Sin dato	11	0,68	7	0,22		
TOTAL	1 625	100,00	3 250	100,00		

Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

En relación al estado nutricional, las gestantes desnutridas con índice de masa corporal (IMC) menor de 18,5 Kg/m² fueron 26 (1,60%), normales con IMC entre 18,5 a 24,9 Kg/m² fueron 896 (55,14%), con sobrepeso ó IMC entre 25 a 29,9 Kg/m² fueron 531 (32,68%) y obesas con IMC igual o mayor de 30 Kg/m² fueron 161 (9,91%).

Si comparamos estos resultados con gestantes con cuatro a más controles prenatales, encontramos asociación entre la ausencia de control prenatal y la desnutrición materna ($p < 0,05$).

4.3. Repercusiones maternas

TABLA N° 9

Morbilidad materna en gestantes sin y con Control Prenatal Adecuado

Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 - 2009

MORBILIDAD MATERNA	SIN CPN		CPN ADECUADO		Chi2	P
	Nº	%	Nº	%		
SI	716	44,06	1 869	57,51	78,63	0,00
NO	909	55,94	1 381	42,49		
TOTAL	1 625	100,00	3 250	100,00		

Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

En relación a la morbilidad materna, las gestantes que tuvieron algún padecimiento o morbilidad durante el embarazo o parto fueron 716 casos con 44,06%.

Si comparamos estos resultados con gestantes con cuatro a más controles prenatales, encontramos mayor porcentaje de mujeres con morbilidad materna. Por lo tanto existe asociación entre la ausencia de control prenatal y la ausencia de patologías maternas ($p < 0,05$).

TABLA N° 10

Patologías en el embarazo en gestantes sin y con CPN Adecuado

Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO	SIN CPN		CPN ADECUADO		Chi2	p
	Nº	%	Nº	%		
Anemia	447	27,51	1420	43,69	120,09	0,00
ITU	194	11,94	10,43	32,09	232,38	0,00
Enf. Hipertensiva Embarazo (EHE)	32	1,97	98	3,02	4,57	0,03
RPM	22	1,35	29	0,89	2,23	0,14
Embarazo multiple	20	1,23	52	1,60	1,01	0,31
Hemorragias III Trim.	18	1,11	13	0,40	8,59	0,00
Amenaza de aborto	9	0,55	49	1,51	8,38	0,00
Alteraciones del LA	3	0,18	10	0,31	0,24	0,62
Hiperemesis	1	0,06	29	0,89	12,23	0,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

Analizando la presencia de patologías durante el embarazo, encontramos que la anemia fue la más frecuente y fue hallada en 447 casos (27,51%), seguida de infección del tracto urinario en 194 casos (11,94%) y enfermedad hipertensiva del embarazo en 32 casos (1,97%).

Si comparamos estos resultados con gestantes con cuatro a más controles prenatales, encontramos asociación entre la ausencia de control prenatal y las hemorragias del III trimestre ($p < 0,05$).

TABLA N° 11**Terminación del embarazo en gestantes sin y con CPN Adecuado****Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009**

TERMINACIÓN DEL EMBARAZO	SIN CPN		CPN ADECUADO		Chi2	P
	Nº	%	Nº	%		
Espontánea	1 152	70,89	2 098	64,55	19,59	0,00
Cesárea	473	29,11	1 152	35,45		
TOTAL	1 625	100,00	3 250	100,00		

Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

En relación a la terminación del embarazo, las gestantes que no tuvieron controles prenatales, 1 152 terminaron su parto en forma espontánea que corresponden a 70,89% y 473 terminaron en cesárea (29,11%).

Si comparamos estos resultados con gestantes con cuatro a más controles prenatales, encontramos asociación entre la ausencia de control prenatal y la terminación del parto en forma espontánea ($p < 0,05$).

4.4. Repercusiones perinatales

TABLA N° 12

Peso del recién nacido de madres sin y con Control Prenatal Adecuado

Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

PESO DEL RECIEN NACIDO	SIN CPN		CPN ADECUADO		Chi2	P
	Nº	%	Nº	%		
Menor de 2500 g	178	10,95	110	3,39	116,25	0,00
De 2500 g a 3999 g	1 282	78,89	2 709	83,35		
4000 g a más	165	10,15	431	13,26		
TOTAL	1 625	100,00	3 250	100,00		

Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

Analizando el peso al nacer de hijos de madres sin control prenatal, el peso menor a 2 500 gramos fue encontrado en 178 casos (10,95%), el peso entre 2 500 a 3 999 gramos fue hallado en 1 282 casos (78,89%) y el peso igual o mayor a 4 000 gramos fue hallado en 165 casos (10,15%).

Si comparamos estos resultados con hijos de gestantes con cuatro a más controles prenatales, encontramos asociación entre la ausencia de control prenatal y el bajo peso al nacer ($p < 0,05$).

TABLA N° 13

Edad gestacional de hijos de madres sin y con CPN Adecuado

Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

EDAD GESTACIONAL DEL RECIEN NACIDO	SIN CPN		CPN ADECUADO		Chi2	P
	Nº	%	Nº	%		
Menor de 37 sem.	245	15,08	127	3,90	222,18	0,00
37 a 41 sem.	1 355	83,38	3 115	95,85		
42 sem. a más	25	1,54	8	0,25		
TOTAL	1 625	100,00	3 250	100,00		

Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

Analizando la edad gestacional (EG) de hijos de madres sin control prenatal, los neonatos nacidos con EG menor a 37 semanas fue de 245 casos (15,08%), de 37 a 41 semanas fue de 1 355 casos (83,38%), y con 42 semanas a más fue de 25 casos (1,54%).

Si comparamos estos resultados con hijos de gestantes con cuatro a más controles prenatales, encontramos asociación entre la ausencia de control prenatal y la prematuridad ($p < 0,05$).

TABLA N° 14

Apgar al minuto de hijos de madres sin y con CPN Adecuado

Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

APGAR AL MINUTO	SIN CPN		CPN ADECUADO		Chi2	P
	Nº	%	Nº	%		
0 a 3	36	2,29	25	0,77	21,78	, 0.00
4 a 6	58	3,69	94	2,91		
7 a más	1 479	94,02	3 115	96,32		
TOTAL	1 573	100,00	3 234	100,00		

Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

Analizando el Apgar al minuto de recién nacidos de madres sin control prenatal, el puntaje de 0 a 3 fue hallado en 36 casos (2,29%), el puntaje de 4 a 6 fue hallado en 58 casos (3,69%) y el puntaje de 7 a más fue hallado en 1 479 casos (94,02%).

Si comparamos estos resultados con hijos de gestantes con cuatro a más controles prenatales, encontramos asociación entre la ausencia de control prenatal y el Apgar menor de 7 al minuto ($p < 0,05$).

TABLA N° 15

Apgar a los 5 minutos de hijos de madres sin y con CPN Adecuado

Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

APGAR A LOS 5 MINUTOS	SIN CPN		CPN ADECUADO		Chi2	P
	Nº	%	Nº	%		
0 a 3	17	1,08	1	0,03	40,10	0,00
4 a 6	16	1,02	11	0,34		
7 a más	1 540	97,90	3 222	99,63		
TOTAL	1 573	100,00	3 234	100,00		

Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

En relación al Apgar a los 5 minutos de nacido, el puntaje de 0 a 3 fue hallado en 17 casos (1,08%), el puntaje de 4 a 6 fue hallado en 16 casos (1,02%) y el puntaje de 7 a más fue hallado en 1540 casos (97,90%).

Si comparamos estos resultados con hijos de gestantes con cuatro a más controles prenatales, encontramos asociación entre la ausencia de control prenatal y el Apgar menor de 7 a los 5 minutos ($p < 0,05$).

TABLA N° 16

Morbilidad Neonatal de hijos de madres sin y con CPN Adecuado

Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

MORBILIDAD NEONATAL	SIN CPN		CPN ADECUADO		Chi2	P
	Nº	%	Nº	%		
SI	311	19,14	663	20,50	0,35	0,55
NO	1 262	77,66	2 571	79,50		
TOTAL	1 573	96,80	3 234	100,00		

Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

En relación a la morbilidad neonatal, se encontró 311 casos (19,14%) en que el neonato padeció alguna patología al nacimiento.

Si comparamos estos resultados con hijos de gestantes con cuatro a más controles prenatales, no encontramos asociación entre la ausencia de control prenatal y la mayor probabilidad de morbilidad neonatal ($p=0,55$).

TABLA N° 17

Patología Neonatal de hijos de madres sin y con CPN Adecuado

Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

PATOLOGÍA NEONATAL	SIN CPN		CPN ADECUADO		Chi2	P
	Nº	%	Nº	%		
Alteraciones HE	109	6,93	278	8,60	3,97	0,05
SDR	48	3,05	32	0,99	27,49	0,00
Asfixia	33	2,10	32	0,99	9,75	0,00
Malformaciones	12	0,76	19	0,59	0,51	0,48
Hipoglicemia	11	0,70	19	0,59	0,21	0,64
Síndrome icterico	10	0,64	26	0,80	0,40	0,53
Infecciones	9	0,57	16	0,49	0,12	0,73
Trauma obstétricos	6	0,38	19	0,59	0,87	0,35

Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

En relación a las patologías neonatales de hijos de madres que no tuvieron control prenatal, se encontró mayor frecuencia de alteraciones hidroelectrolíticas con 109 casos (6,93%), Síndrome de dificultad respiratoria (3,05%) y asfixia al nacer (2,10%).

Si comparamos estos resultados con hijos de gestantes con cuatro a más controles prenatales, encontramos asociación significativa entre la ausencia de control prenatal y la mayor probabilidad de presentar Síndrome de Dificultad Respiratoria y asfixia ($p < 0,05$).

TABLA N° 18

Mortalidad perinatal en hijos de madres sin Control Prenatal Adecuado

Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

MORTALIDAD PERINATAL	SIN CPN		CPN ADECUADO		Chi2	P
	Nº	%	Nº	%		
Mortalidad fetal	52	3,20	16	0,49	57,75	0,00
Mortalidad neonatal	40	2,54	19	0,58	33,38	0,00
Mortalidad perinatal	92	5,66	35	1,07	89,74	0,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

En relación a la mortalidad perinatal, los fallecimientos en etapa fetal fueron de 52 casos (3,2%), los fallecimientos en la etapa neonatal fueron 40 casos (2,54%), siendo el total de casos de fallecimientos en la etapa perinatal de 92 (5,66%).

Si comparamos estos resultados con hijos de madres que tuvieron cuatro a más controles prenatales, encontramos asociación significativa entre la ausencia de control prenatal y la mayor probabilidad de mortalidad fetal, neonatal y perinatal ($p < 0,05$).

TABLA N° 19

**Factores asociados a la ausencia de control prenatal y repercusiones
maternas y perinatales asociadas significativamente**

Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

FACTORES ASOCIADOS	%	Chi2	p
No trabaja/Estudia	76,62	24,57	0,00
Analfabeta/Primaria	12,98	11,63	0,01
Solteras	19,20	14,88	0,00
Desnutrición	1,60	7,85	0,04
REPERCUSIONES MATERNAS			
Hemorragia del III Trimestre	1,11	8,59	0,00
REPERCUSIONES PERINATALES			
Bajo peso al nacer	10,95	116,25	0,00
Prematuridad	15,08	222,18	0,00
Depresión al nacer	5,98	21,78	0,00
Depresión a los 5 min.	2,10	40,10	0,00
Síndrome de Dificultad Respiratoria	3,05	27,49	0,00
Asfixia al nacer	2,10	9,75	0,01
Mortalidad perinatal	5,66	89,74	0,00

Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2005 – 2009

Los factores que presentaron asociación significativa con la ausencia de control prenatal fueron: la dependencia económica, baja escolaridad, soltería y desnutrición materna.

Mientras que la repercusión materna asociada significativamente a la ausencia de control prenatal fue: hemorragia del tercer trimestre. Y las repercusiones perinatales fueron: bajo peso al nacer, prematuridad, depresión al nacer y a los 5 minutos, Síndrome de dificultad respiratoria, asfixia al nacer y mayor mortalidad perinatal, tanto en el componente fetal como en el neonatal.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La ausencia de control prenatal es un problema de salud pública mundial muy conocido por sus efectos negativos que ocasiona tanto para la madre como para el recién nacido, en este estudio analizaremos como este problema afecta a la población materno infantil en la Región de Tacna.

El Hospital Hipólito Unanue es el único establecimiento hospitalario de la Región perteneciente al Ministerio de Salud y se atienden aproximadamente las dos terceras partes de los nacimientos de la región. En los últimos diez años gracias a los diferentes seguros públicos como el Seguro Integral de Salud (SIS), la mayoría de las gestantes fue afiliada a este seguro, lo que permitió que la gran mayoría tenga controles prenatales y atención de parto institucional, pero a raíz de la disminución de recursos para financiar el SIS, en la Región de Tacna, se han reducido las afiliaciones al SIS y con ello se ha reducido la cobertura de la atención prenatal.

Durante los cinco años de estudio del 2005 al 2009, se han atendido 18 179 partos de los cuales 1 625 (8,94%) gestantes no tuvieron ningún control prenatal, pero podemos observar en la Tabla N° 1 que esta frecuencia ha ido disminuyendo hasta el año 2008, para incrementarse en el último año 2009 hasta 10,83% muy parecido al año 2005, probablemente por la menor afiliación del SIS durante este último año.

Debido a que este porcentaje se ha incrementado en el último año, el porcentaje del quinquenio se incremento, si comparamos con cifras nacionales, podemos observar que este porcentaje es mayor, lo que causa preocupación.

A nivel nacional, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDES Continua 2009²¹, la ausencia de control prenatal en el Perú fue de 2,9%, Doig²² en el Instituto Especializado Materno Perinatal en el año 2003, encontró 6,3% de partos sin control prenatal, Yu²³ en el hospital Daniel Alcides Carrión en los años 2005-2007 encontró 4,6% de gestantes sin control prenatal, cifras menores a nuestro estudio.

A nivel internacional, Donoso²⁴ en Chile en el año 2005, reportó 5,61% de nacidos vivos correspondientes a madres sin control prenatal, Romano²⁵ en Corrientes Argentina encontraron 4,9%, 7,9% y 6,5% respectivamente, Amaya²⁶ en Bogotá Colombia 18,1% y Campo²⁷ en Sevilla España, encontró 5,2% de partos en sin control prenatal, cifras muy variadas respecto a la nuestra.

En relación a los factores asociados a la ausencia de control prenatal podemos mencionar que la edad materna no presenta relevancia ya que la

²¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES Continua 2009. Perú Lima, Mayo 2010.

²² Doig J. Indicadores perinatales en hijos de madres del Instituto Especializado Materno Perinatal durante el año 2003. Revista Peruana de Pediatría 2006; Enero-Abril: 6-11.

²³ Yu Tang J. Complicaciones perinatales y vía de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías 1995-1997. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2000.

²⁴ Donoso E. Embarazo adolescente: un problema país. Rev Chil Obstet Ginecol 2008; 73(5): 291-292.

²⁵ Romano M, Blanc L. ¿Factor de riesgo para bajo peso al nacer y prematuridad? Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina (Corrientes Argentina) 2008; (179): 5-7.

²⁶ Amaya J, Borrero C, Ucrós S. Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 y 29 años en Bogotá. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2005; 56(3): 216-224.

²⁷ Campo A, Carranza V, Flor C, Duran L, González A. Morbilidad perinatal en el Hospital Universitario Virgen Macarena en el año 2005. Anales de Pediatría 2007; 66(2): 216.

mayoría se presenta en edad adecuada. Pero si analizamos los factores negativos, encontramos que estas mujeres en el 76,6% no trabajan o estudian, es decir son económicamente dependientes de sus parejas o de sus familias. Además, 12,98% son analfabetas o tienen solo educación primaria, es decir tienen bajo grado de instrucción, 19,2% de las gestantes sin control prenatal son madres solteras, es decir, no tienen pareja, situación que no les permite tener seguridad ni apoyo de sus parejas y algunas veces de sus familias para ir sus controles prenatal y probablemente cuentan con otros problemas psico sociales adicionales.

Uno de los componentes claves de la calidad de vida de las personas y el desarrollo económico y social de un país es el nivel educativo de su población y a su vez, es uno de los factores utilizados más frecuentemente en los análisis socio demográficos por su ascendencia sobre diferentes aspectos de la salud reproductiva, acceso y uso a métodos anticonceptivos, salud de los niños, entre otros. La participación en el sistema educativo ofrece a las personas diversos medios para incrementar su bienestar tanto desde el punto de vista del ingreso como por la posibilidad de acceder y disfrutar de diferentes manifestaciones culturales.

Las sociedades han cambiado, más concretamente se han urbanizado y la educación se ha expandido, y con ello también las características de las mujeres, tanto madres como no madres. Para los países de mayor desarrollo relativo de la región, el ingreso a la educación secundaria en el marco de una

trayectoria educativa “normal” tendrá cada vez menos efecto en la probabilidad de ser madre; esto redobla la necesidad de acciones específicas destinadas a que las decisiones sexuales y reproductivas de las muchachas, libres por definición, sean tomadas de manera informada, responsable, empoderada y protegida. Y si bien la educación puede contribuir a postergar la actividad sexual, no es claro si su efecto es directo, sea porque empodera a la mujeres y reduce la iniciación sexual forzada o presionada; porque modifica las prioridades, los intereses y el uso del tiempo libre hacia actividades no eróticas o sexuales, o porque induce conductas preventivas ante la ausencia de otros mecanismos de protección, o si mas bien es el simple resultado de la iniciación temprana de las que previamente han desertado de la escuela.²⁸

La situación económica mayoritaria entre las madres de Latinoamérica es la de “labores del hogar”; por lo tanto la maternidad tiene muy poco que ver con la autonomización o liberación. Peor aún, el estudio y la maternidad temprana todavía resultan incompatibles, lo que puede deberse a limitaciones de los programas de permanencia en la escuela de las madres sobre todo adolescentes, a la acción de fuerzas expulsivas que no se abaten con programas focalizados, o al hecho que las muchachas desertan antes de ser madres y

²⁸ Cusminsky M, Roberts E. Demografía, nivel de salud y metas propuestas para el año 2000. Publicación científica N° 461. OPS, Washington 1984.

luego es el proceso de reincorporación difícil, el que se hace inviable con la maternidad.²⁹

En cuanto a los antecedentes obstétricos como mortalidad fetal y neonatal, no se asocia a la falta de control prenatal.

Otro factor asociado que encontramos en estas gestantes es la presencia de desnutrición materna, probablemente asociado a gestantes adolescentes, con mala situación socio económica y baja escolaridad, acompañado por la falta de orientación de la nutrición que debe tener toda gestante durante su embarazo y el cual se educa durante sus controles, pero este al ser ausente la madre no cuenta con los cuidados necesarios de nutrición.³⁰

Analizando las repercusiones negativas para la madre, encontramos que durante el embarazo existe un alto porcentaje de madres que presentaron alguna patología durante el embarazo, siendo la única patología asociada a la falta de control prenatal la hemorragia del tercer trimestre como placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta (1,11%). No se aprecian repercusiones negativas en el parto, ya que la mayoría terminó su parto en forma espontánea y la duración del mismo fue normal.

Respecto a las repercusiones negativas para el hijo de madres que no tuvo controles prenatales, encontramos en este estudio la mayor presencia de

²⁹ OPS-OMS. Análisis preliminar de la situación de salud de Venezuela. Gobierno y Población: El desafío para la salud y el desarrollo. 2002; disponible en: www.OMS-OPS.com.

³⁰ Ticona M. El Recién Nacido. Morbi-Mortalidad. Universidad Nacional Jorge Basadre G. de Tacna. Perú. 1995.

recién nacidos con bajo peso con un 10,95%, mayor frecuencia de prematuridad con 15,08%, depresión al minuto y a los 5 minutos, medido por el puntaje de Apgar (5,9% y 2,1%).

Asimismo se aprecia mayor morbilidad neonatal en un 19,14%; siendo las patologías más frecuentes el síndrome de dificultad respiratoria (SDR) con 3,05%, seguido de asfixia con 2,10%. La mortalidad perinatal encontrada en este estudio fue de 5,66%, estando por debajo de la población neonatal hospitalaria.

La cobertura y calidad de la atención prenatal, durante y después del parto, constituyen factores estrechamente ligados a la salud materno-infantil y son, por lo tanto, elementos que deben ser tomados en cuenta al evaluar la situación general de salud del país.³¹

El control médico durante el embarazo es muy importante para la salud de la madre y su hijo. Durante el control, la mujer embarazada es examinada y se le toman varias pruebas para detectar situaciones (ej., presión alta, anemia, etc.) que pueden poner en peligro su salud y el desarrollo normal del embarazo. Además, durante las visitas se vacuna a la madre con toxoide tetánico para evitar el tétano neonatal, también se le aconseja acerca de cómo alimentarse durante el embarazo, los síntomas y signos de posibles complicaciones del parto y cómo cuidar y alimentar al recién nacido o recién nacida. En muchos de los

³¹ Ticona M, Huanco D. Mortalidad perinatal hospitalaria en el Perú: Factores de riesgo. Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70(5): 313-317.

controles prenatales, también se orienta a la madre sobre la planificación familiar.

El control prenatal es uno de los factores asociados con la presencia o no de complicaciones materno fetales, puesto que la realización de controles prenatales adecuados permite vigilar de la evolución del embarazo facilitando así la detección y corrección oportuna de los problemas relacionados con la gestación, que puedan influir negativamente con el desarrollo normal del mismo. En esta investigación como en otras se ha encontrado que la ausencia de control prenatal de las madre los embarazos de las adolescentes no solamente son insuficientes sino que además son tardíos, perdiéndose la ventaja de la “captación precoz” de la gestación que favorece la salud del binomio madre-hijo.

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de gestantes sin control prenatal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante los años 2005 a 2009 fue de 8,94%.
2. Los factores asociados significativamente a la ausencia de control prenatal en gestantes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna fueron: dependencia económica (76,6%), bajo grado de instrucción (12,98%), soltería (19,2%) y desnutrición materna (1,6%).
3. Las repercusiones maternas negativas asociadas significativamente ($p < 0,05$) a las gestantes sin control prenatal fueron: hemorragia del tercer trimestre (1,11%).
4. Las repercusiones perinatales negativas en hijos de madres sin control prenatal asociadas significativamente ($p < 0,05$) fueron: bajo peso al nacer (11%), prematuridad (15,1%), depresión al minuto (6%) y a los 5 minutos (2,1%), síndrome de dificultad respiratoria (3,1%), asfixia al nacer (2,1%) y alta mortalidad perinatal (5,66%).

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar algunas estrategias de intervención para incrementar la cobertura de control prenatal, como la mayor afiliación al Sistema Integral de Salud o la afiliación a otros tipos de seguros a fin de garantizar la gratuidad en la atención de la madre y su recién nacido.
- Se debe considerar a las gestantes sin control prenatal como un grupo de alto riesgo, al ingreso del hospital para la atención de parto, a fin de evaluar minuciosamente sus patologías o presencia de otros factores de riesgo o factores asociados que incrementen su morbi-mortalidad.
- Es importante difundir por los medios de comunicación a toda la población las bondades y ventajas de un control prenatal precoz y continuo y los riesgos que conlleva si este no se realiza, a fin de motivar a las gestantes a que acudan a los establecimientos de salud a penas se enteren de su embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amaya J, Borrero C, Ucrós S. Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 y 29 años en Bogotá. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2005; 56(3): 216-224.
2. Ambrosi V, Henríquez P, Kopplin E, Marshall T, Romaggi M, Péres L, et al. *Compromisos antes de Tiempo. Sexualidad y Embarazo*. Corporación de Salud y Políticas Sociales. Chile, 1990.
3. Belitzky R, Cruz C, Marinho E, Tenzer S. Resultados perinatales en madres jóvenes: Estudio Comparativo en Maternidades Latinoamericanas. OPS/OMS. Washington E.U.A. 1985. Public. Científ. Nº 489. p. 221-231.
4. Benavides B. Reducción de la mortalidad materna en el Perú; http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/anales/v62_n3/reduccion.htm. (Julio 2006).
5. Botero o. Jaime. "Obstetricia". Séptima edición 2004. Pág. 84.
6. Campo A, Carranza V, Flor C, Duran L, González A. Morbilidad perinatal en el Hospital Universitario Virgen Macarena en el año 2005. *Anales de Pediatría* 2007; 66(2): 216.
7. Centro Latinoamericano de Perinatología. 2001. *Salud reproductiva Materna Perinatal. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo*". Págs. 82-84.

8. Clever Humberto Leiva Herrada, Omar Castro Atarama. Factores asociados a mortalidad neonatal en el Hospital de Sullana (Perú). *Electron J Biomed* 2005.
9. Cunningham, Mac Donald, Gant, Leveno, Gilstrap, Hankins, Clark. "Williams Obstetricia" 22º edición 2006. Madrid- España. Págs. 209-227.
10. Cusminsky M, Roberts E. Demografía, nivel de salud y metas propuestas para el año 2000. Publicación científica N° 461. OPS, Washington 1984.
11. Díaz Ledesma Lizeth, Huaman Guerrero Moisés. Mortalidad perinatal en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (2000). *Rev Med Hered* 14 (3), 2003.
12. Doig J. Indicadores perinatales en hijos de madres del Instituto Especializado Materno Perinatal durante el año 2003. *Revista Peruana de Pediatría* 2006; Enero-Abril: 6-11.
13. Donoso E. Embarazo adolescente: un problema país. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008; 73(5): 291-292.
14. Guillen A. Falta de control prenatal entre las causas de elevadas cifras de mortalidad infantil. 2006. http://www.eluniversal.com/2006/06/26/ccs_art_26404G.shtml. (Junio 2006).
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES Continua 2009. Perú Lima, Mayo 2010.
16. Mongrut Steane, Andrès. "Tratado de Obstetricia Normal y Patológica". Cuarta edición. 2000 Págs. 241-255.

17. Munitz M, Silber T. El embarazo en adolescentes: Enfoque Clínico Epidemiológico. Salud Reproductiva en las Américas. Organización Panamericana de la Salud 1992. p. 96-124.
18. OMS. ¿Por qué siguen muriendo tantas mujeres durante el embarazo y el parto? <http://www.who.int/features/qa/12/es/index.html>. (Junio 2006).
19. OMS. Las muertes maternas ocurren en el posparto, cuando no suele haber estrategias preventivas. http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v17_4/postpartum.htm. (Julio 2006).
20. OPS-OMS. Análisis preliminar de la situación de salud de Venezuela. Gobierno y Población: El desafío para la salud y el desarrollo. 2002; disponible en: www.OMS-OPS.com.
21. Organización Panamericana de la Salud. La Salud Materna, un Perenne Desafío. Serie de Publicaciones: Comunicación para la Salud N° 1. 1990.
22. Pacheco Romero, José. 1999. "Ginecología y Obstetricia". Primera edición. Impreso en el Perú. Pág. 859.
23. Rivera López, Tayde; Salas Ramírez, Maribel; Amato Martínez, José Dante. Influencia del control prenatal sobre la morbimortalidad materna y perinatal en un centro hospitalario de 2° nivel de atención. Ginecología-obstetricia de México; 62(7):185-8, jul. 2004.
24. Romano M, Blanc L. ¿Factor de riesgo para bajo peso al nacer y prematuridad? Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina (Corrientes Argentina) 2008; (179): 5-7.

25. Salazar I, Alvarez J. Relación de la edad materna y de la paridad con el Puntaje de Apgar y el Peso de Nacimiento en el Hospital de Peñaflores. Boletín del Hospital San Juan de Dios. Santiago de Chile. 31:413. 1984.
26. Schwarcz Ricardo Duverges C. A. Días G. H. Fescina R. 2005. "Obstetricia". Sexta Edición. Editorial. El "Ateneo". Págs. 146-160.
27. The Pathfinder Fund and Population Council. La Actividad Sexual y la Maternidad en América Latina y el Caribe: Riesgos y consecuencias. 1990.
28. Ticona M, Huanco D. Mortalidad perinatal hospitalaria en el Perú: Factores de riesgo. Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70(5): 313-317.
29. Ticona M. El Recién Nacido. Morbi-Mortalidad. Universidad Nacional Jorge Basadre G. de Tacna. Perú. 1995.
30. Villamonte, Wilfredo; Lam Figueroa, Nelly Maritza. Factores maternos sociodemográficos y tasa de mortalidad neonatal en el Instituto Materno Perinatal en 2006. Ginecología y obstetricia; 44(3):177-81, oct.2008.
31. Yu Tang J. Complicaciones perinatales y vía de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías 1995-1997. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2000; 61(1).