

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Obstetricia

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA
ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DEL INSTITUTO
NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA
DURANTE EL 2014”**

TESIS

Presentada por:

Bach. Ruth Silvia Mamani Mendoza

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

TACNA - PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Obstetricia

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN
GESTANTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA
DURANTE EL 2014

TESIS

PRESENTADA POR:

BACH. RUTH SILVIA MAMANI MENDOZA

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente jurado:



MGR. NÉRIDA PÉREZ CABANILLAS
PRESIDENTA



DRA. CARMEN LINARES TORRES
JURADO



LIC. OBSTA. EDITH GODOY GONZALES
JURADO



MSC. JUANA INÉS BARREDA GRADOS
ASESORA DE TESIS INTERNA



OBSTA. MARÍA LUZ DÍAZ GALLEGOS
ASESORA DE TESIS EXTERNA

AGRADECIMIENTO

A Dios maravilloso que aunque no lo vemos, sentimos su presencia, guía y dirección en la realización de este trabajo y en nuestras labores diarias y nuestras vidas.

A mis padres por el amor infinito que siempre me brindan y el apoyo inagotable durante toda mi vida.

A mi asesora la MSc. Juana Inés Barreda Grados, por dedicación, guía, paciencia, comprensión, interés.

DEDICATORIA

A mis padres Amalio y Mercedes por su amor infinito, paciencia, apoyo, consejos y sobretodo, valor para seguir adelante.

A mis hermanos que siempre me brindaron su amor y que nunca dudaron en que lograría, porque siempre me brindaron su apoyo.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
CONTENIDO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema.....	3
1.2. Formulación del problema.....	5
1.3. Justificación e importancia.....	5
1.4. Objetivos.....	7
1.4.1. Objetivo General.....	7
1.4.2. Objetivos específicos.....	7
1.5. Hipótesis.....	8
1.5.1. Hipótesis general.....	8
1.5.2. Hipótesis específica.....	8

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema.....	10
2.1.1. A nivel Internacional.....	10
2.1.2. A nivel Nacional.....	15
2.1.3. A nivel Local.....	17
2.2 Bases teóricas.....	18
2.2.1 Gestación.....	18

2.2.2 Atención Prenatal.....	20
2.2.3 Importancia de la Atención Prenatal.....	22
2.2.4 Atención Prenatal Reenfocada.....	25
2.2.5 Maternidad Saludable y Segura.....	39
2.2.6 factores que influyen en el inicio de la Atención Prenatal.....	41
2.3. Definición de términos.....	46

CAPÍTULO III:

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación.....	48
3.2. Diseño de la investigación.....	48
3.3. Población y Muestra.....	48
3.3.1. Población.....	48
3.3.2. Muestra.....	48
3.4. Variables de estudio.....	50
3.5. Operacionalización de variables.....	51
3.6. Métodos y técnicas de recolección de datos.....	52

CAPÍTULO IV:

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados.....	55
4.2. Proceso de contratación de hipótesis.....	68
4.2.1. Primera hipótesis específica.....	68
4.2.2. Segunda hipótesis específica.....	81
DISCUSIÓN.....	94
CONCLUSIONES.....	99
RECOMENDACIONES.....	101
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
ANEXOS.....	108

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
TABLA 1:	GESTANTES ATENDIDAS DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014	55
TABLA 2:	GESTANTES SEGÚN EDAD GESTACIONAL DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014	57
TABLA 3:	GESTANTES SEGÚN INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014	59
TABLA4:	GESTANTES SEGÚN INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014	60
TABLA 5:	GESTANTES SEGÚN INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014	62
TABLA6:	GESTANTES SEGÚN CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014	64
TABLA7:	GESTANTES SEGÚN DATOS GÍNECO-OBSTÉTRICOS DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014	67
TABLA 8:	ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN EDAD DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014	69
TABLA 9:	ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014	72

TABLA 10:	ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN ESTADO CIVIL DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014	75
TABLA 11:	ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN OCUPACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014	78
TABLA 12:	ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN CONSEJERÍA EN SALUD MATERNA Y PERINATAL DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014	82
TABLA 13:	ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE APN DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014	85
TABLA 14:	ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN IMPORTANCIA APN PRECOZ Y OPORTUNO DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014	88
TABLA 15:	ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE LOS RIESGO DE NO ACUDIR A LA APN DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014	91

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1: GESTANTES ATENDIDAS DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014	56
GRÁFICO 2: GESTANTES SEGÚN EDAD GESTACIONAL DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014	58
GRÁFICO 3: GESTANTES SEGÚN OCUPACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014	61
GRÁFICO 4: GESTANTES SEGÚN CONSEJERÍA DE SALUD MATERNA Y PERINATAL DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014	66

RESUMEN

La presente tesis tiene como objetivo determinar los factores que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el 2014.

MATERIALES Y MÉTODOS: Descriptivo, analítico, prospectivo, de corte transversal y no probabilístico, muestra de 400 casos (14 374). Se utilizó el SPSS versión 16, Microsoft Office Excel y la prueba estadística del chi cuadrado con un 95% de confiabilidad significancia de $P > 0,05$.

RESULTADOS: Los factores sociodemográficos: Edad entre los 18 a 29 años (44,8%), son de San Juan de Lurigancho (32,5%), secundaria completa (41,5%), conviviente (61%), amas de casa (64,5%), apoyo familiar (81,5), relación regular con su pareja (50%), asistió a su atención prenatal sola (62,5%), no accede a servicios de salud (45%); los factores educacionales: No recibieron Consejería en Salud Materna Perinatal (69,5%), no conocen la atención prenatal (55%), no conocen la importancia (97%) y los riesgos de la inasistencia (52,5%) de la atención prenatal precoz y oportuno.

CONCLUSIONES: Los factores sociodemográficos (edad, grado de escolaridad y estado civil) y los factores educacionales (consejería en Salud Materna Perinatal), influyen significativamente en el inicio tardío de la atención prenatal.

PALABRAS CLAVES: Factores, atención prenatal, inicio tardío.

ABSTRACT

This thesis aims to determine the factors that influence the later onset of prenatal care in pregnant the National Maternal and Perinatal Institute in Lima in 2014.

MATERIALS AND METHODS: Descriptive, analytical, prospective, cross-sectional and non-probabilistic sample of 400 cases (14 374). SPSS version 16 was used, Microsoft Office Excel and statistical chi square test with 95% confidence significance of $P > 0.05$.

RESULTS: The sociodemographic factors: age between 18-29 years (44,8%) are San Juan de Lurigancho (32,5%), complete secondary (41,5%), partner (61%), housewives home (64,5%), family support (81,5), regular relationship with their partner (50%), attended his single prenatal care (62,5%), no access to health services (45%); educational factors not receive counseling Maternal Perinatal (69,5%) do not know the prenatal care (55%) do not know the importance (97%) and the risk of the absence (52,5%) of the Early and timely prenatal care.

CONCLUSIONS: demographic factors (age, education level and marital status) and educational factors (Perinatal Maternal Health counseling) significantly influence the late start of antenatal care.

KEY WORDS: factors, prenatal care, late start.

INTRODUCCIÓN

La presente tesis ha sido elaborada con el objetivo de determinar los factores que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el 2014.

Es de vital importancia la identificación de los factores y los impactos que se generan por el ingreso tardío de las gestantes a la atención prenatal, para que permita a la Institución tomar medidas correctivas, preventivas y de mejoramiento.

Con el fin de lograr la reducción de la Morbi-Mortalidad Materna y Perinatal, se hace necesario establecer parámetros mínimos que garanticen una atención periódica, continúa, precoz y de calidad.

La atención prenatal involucra una serie de visitas por parte de la gestante a la Institución de Salud y es uno de los elementos indispensables para prevenir y en lo posible tratar patologías maternas que pueden afectar el desarrollo y condición del feto, causando así Morbi-Mortalidad Materna y Perinatal;¹ la finalidad de la atención prenatal es de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido. Lo cual constituye un gran problema la ausencia o por inicio tardío de la atención prenatal ya que la falta de educación de la gestante influye sobre los cuidados prenatales y la

evolución del embarazo, de este modo refleja necesariamente elaborar estrategias para la adecuada captación a la gestante. Por tanto afecta la salud del binomio Madre-Hijo al no detectar oportunamente posibles alteraciones generando muertes en el neonato y/o madre.

El presente informe de investigación consta de cuatro Capítulos en el Capítulo I: Se plantea el problema de investigación, la formulación, la justificación, los objetivos y las hipótesis del presente estudio. En el Capítulo II: Se exponen los antecedentes de este estudio tanto a nivel local como a nivel Nacional e Internacional, las bases teóricas de la gestación, atención prenatal, atención prenatal reenfocada y factores influyentes, así como también se definen términos para la comprensión del tema que tratamos. En el Capítulo III: Se aborda la metodología de la investigación, se identifican las variables, se describe la población y muestra de estudio y se describe el instrumento de recolección de datos. En el Capítulo IV: Se presentan los resultados de la investigación. Cada dato estadístico es interpretado y se realizan las asociaciones necesarias entre las variables medidas, lo cual deriva en la contrastación de la hipótesis de la investigación. Asimismo se presenta la discusión de los resultados y a continuación las conclusiones del estudio y un conjunto de recomendaciones que posibilitan intervenir en la situación problemática sobre la base de hallazgos efectuados.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los factores sociodemográficos y educacionales son determinantes para el inicio tardío de la atención prenatal por cuanto influye sobre la evolución y cuidados del embarazo.

En nuestro país, se ha propuesto disminuir la Morbi-Mortalidad Materna y Perinatal que es uno de los objetivos del Milenio.² Diversas investigaciones han podido demostrar que estas consultas prenatales contribuyen a descender la Mortalidad Materna y Perinatal, evidenciándose un efecto positivo tanto en países altamente desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo.

En países como Cuba, Japón, Canadá y los Estados Unidos la concurrencia de las gestantes a consulta es muy elevada, es decir, la asistencia oscila entre un 75 a 95%, sin embargo, en países como África, Asia y Latinoamérica, las gestantes no reciben atención prenatal en un 35%; y el 70% de las gestantes que acude

lo realiza tardíamente, siendo los factores causales variados, ocasionando retraso en la salud materna.³

En el Perú, la atención prenatal (APN) es considerada como uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. El Ministerio de Salud (MINS) la conceptualiza como "la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre"¹, estando destinada a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los componentes que puedan condicionar Morbi-Mortalidad Materna y Perinatal.⁴

Asimismo las condiciones de salud de la mujer continúa siendo una causa de gran preocupación pues es importante una adecuada calidad de vida para desarrollar todo su potencial y realizar su rol de madres, esposas y miembros productivos de la sociedad. La mujer debe tener la posibilidad de sobrellevar el embarazo, el parto y el puerperio en forma segura y libre de complicaciones, para que el resultado sea exitoso en términos de sobrevivencia y bienestar, tanto para ella como para su hijo o hija.

También se ha observado en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima; donde se apreció un alto porcentaje de gestantes vulnerables que no acuden a su atención prenatal precozmente, continuamente, no lo hacen en sus fechas de cita o realizan sus controles en diferentes Centros de Salud; esto ya sea por diferentes factores que llevan a la gestante al no acudir temprana y continuamente a la atención prenatal.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

Por todo lo anterior descrito surgió la interrogante siguiente:

¿Qué factores influyen en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el 2014?

1.3. JUSTIFICACIÓN O IMPORTANCIA

Según el Ministerio de Salud del Perú; en su informe sobre la razón de Mortalidad Materna, es un grave problema de Salud Pública que afecta a la mayoría de países del mundo y tiene gran impacto familiar, social, y económico; en la actualidad se

encuentra un 93/100,000 n.v. de mujeres que mueren por complicaciones en el embarazo, en el parto y el puerperio.²

En el Perú según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2013), revelan que el 77 % de gestantes realizó su control prenatal en los primeros tres meses de gestación, pero ese porcentaje baja a 70 % en el área rural y sube a 80 % en las zonas urbanas.⁵

Para solucionar el problema del inicio tardío de la atención prenatal; es necesario que las gestantes puedan tener una atención prenatal precoz, integral, periódica y de calidad; que les permita asegurar su salud hasta después del momento del parto. Asimismo es de interés social porque afecta e involucra a toda la población de nuestra ciudad; en las diferentes etapas de vida (adolescente, joven y adulto).

Desde el punto de vista práctico, los resultados de este trabajo nos ayudarán a tomar medidas preventivas y decisiones respecto al problema sobre los factores que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal de las gestantes; tales como educar acerca de la importancia de recibir una adecuada atención prenatal de forma periódica, temprana o precoz, lo cual permitirá disminuir la

Morbilidad y Mortalidad Materna - Perinatal, es por eso que es importante su estudio para poner un alto a todo esto.

Los conocimientos sobre qué factores influyen en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes, son nuevos para la población de nuestra región y ayudará a incrementar conocimientos nuevos sobre el tema.

Por tanto los resultados servirán de base para futuras investigaciones sobre el tema del inicio tardío de la atención prenatal en gestantes.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General:

Determinar los factores que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el 2014.

1.4.2. Objetivos Específicos:

- Identificar los factores sociodemográficos de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal.
- Identificar los factores educacionales de las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal.

- Señalar los factores sociodemográficos que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal.
- Señalar los factores educacionales que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal.

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.5.1. Hipótesis general

Ho: Los factores no influyen en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el 2014.

H₁: Los factores influyen en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el 2014.

1.5.2. Hipótesis específica

Ho: Los factores sociodemográficos como la edad, el grado de escolaridad, la ocupación y el estado civil no influyen significativamente en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el 2014.

H₁: Los factores sociodemográficos como la edad, el grado de escolaridad, la ocupación y el estado civil influyen significativamente en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno perinatal de Lima durante el 2014.

H₀: El factor educacional bajo no influye significativamente en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el 2014.

H₁: El factor educacional bajo influye significativamente en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el 2014.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

PÉCORA Alicia, SAN MARTÍN María, CANTERO Andrea, FURFARO Karina, JANKOVIC Paula y LLOMPART Vanesa, Argentina (2008), realizaron un estudio titulado “Control Prenatal tardío: ¿Barreras en el Sistema de Salud?”, donde se identificó que el 84% tuvo edades entre 18 y 45 años, el 48% eran argentinas, el 68% tenía unión estable, el 39% tenía sólo estudios primarios, el 61% provenía de la Provincia de Buenos Aires, un 51% tardaba en llegar al hospital entre 2 a 4 h, el 43% era nulíparas y el 76% no concurreó de manera precoz al control prenatal. Los factores principales fueron: el 33% no consiguió turno para la apertura de la historia clínica en el primer trimestre, el 19% realizó algún control previo en un Centro de Salud u otro establecimiento, el 13% por razones laborales, el 11% por atención a otros hijos, el 9% por la distancia, el otro 9% por desconocimiento y sólo 6% por razones económicas.⁶

CÓRDOBA Ramiro, ESCOBAR Lina Paola y GUZMÁN Lyda, Argentina (2009), realizaron un estudio sobre los “Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del Control Prenatal en mujeres gestantes de la E.S.E. San Sebastián de la Plata, Huila”, donde se concluyó que los principales factores de riesgo sociodemográficas asociados al inicio tardío de los controles prenatales fueron: Ser gestante adolescente, estado civil soltera, bajo nivel educativo. El principal factor de riesgo Gineco-obstétricos asociado al inicio tardío a los controles prenatales fue determinado por las mujeres que tenían entre cuatro a seis embarazos previos. Se encontró asociación estadística entre el inicio tardío de los controles y el hecho de no tener servicios médicos de seguridad social, condición que generalmente se comporta como factor de riesgo.⁷

CRESSWELL y asociados, Reino Unido (2013), llevaron a cabo una investigación titulada “Los predictores de la fecha de inicio de la atención prenatal en una cohorte urbana étnicamente diversa en el Reino Unido”, donde observaron que el inicio tardío de la atención prenatal se

asoció con la edad materna menor de 20 años, la alta paridad y el vivir en alojamientos temporales.⁸

SUNIL ET AL, USA (2010), en su investigación titulada “Iniciación y obstáculos al uso de la atención prenatal entre las mujeres de bajos ingresos en San Antonio, Texas”. Encontraron que las menos educadas, que vivían solas o que no habían planeado su embarazo eran más propensas a iniciar tardíamente el control de atención prenatal.⁹

FANEITE A. Pedro, RIVERA Clara, RODRÍGUEZ AMATO Fátima, MORENO Rosanna y CANGEMI Lynmer, Venezuela (2009), realizó un trabajo sobre “Consulta prenatal: motivos de inasistencia, ¿Se justifica?”, donde se llegó a la conclusión que la falta a la consulta prenatal está relacionada con múltiples factores, tales como el grado de estudio fue secundaria, estado civil soltera; con los factores sociales predominó el domicilio lejano, el desempleo y el desconocimiento de la importancia del control prenatal; esto conlleva a la instauración de actividades educativas, incluye desarrollar acciones efectivas para elevar la calidad de vida, rescate de programas preventivos de salud, además de

reparación y dotación de las instalaciones de salud; sin olvidar mejoras del acto médico.¹⁰

PELÁEZ MOSQUERA, PEREZ PULGARÍN, Colombia (2008), realizaron un estudio sobre “Ingreso tardío de gestantes al Programa de Control Prenatal en la E.S.E Hospital Tobías Puerta de Uramita”, donde se concluyó que las gestantes que ingresan tardíamente a los controles se le clasifica como alto riesgo porque no se puede determinar la FUM y por lo tanto no se tendrá claro la FPP, la desinformación y la falta de interés principalmente por las multíparas ha sido una de las causas por las cuales las gestantes ingresan tardíamente o no ingresan al programa, la falta de sistemas de información y registros incompletos en las historias clínicas dificulta obtener una estadística más completa y llevar control sobre la situación en la que se encuentra la gestante y las inasistentes al programa. La satisfacción está determinada principalmente por la oportunidad de la atención, la información suministrada y la confianza que brindan los profesionales a las gestantes, la alta rotación del personal asistencial dificulta la continuidad de los programas, además no se evidencia el sentido de

pertenencia con la institución, y la responsabilidad que se debe asumir para que funcione correctamente todos los programas de Prevención y Promoción de la Salud.¹¹

COBOS MARTÍNEZ Libeth, Ecuador (2012-2013), en su investigación sobre los “Factores que influyen en la atención prenatal en adolescentes que acuden a la consulta del Sub Centro de Salud Zapotal - Santa Elena”; Se obtuvo como resultado que el 70% de las gestantes se encuentran entre la edades de 15 a 17 años, el 77% de las gestantes adolescentes no ha recibido charlas por el personal de salud dentro de la institución, el 40% desconoce sobre los riesgos que ocasionan al no asistir a las consultas prenatales periódicamente, el 60% no sabe la importancia de un control prenatal oportuno, y el 54% no acude a la institución por la distancia, lo económico y el tiempo que genera al llegar a la institución. Para lo cual se plantea la propuesta de elaborar un programa continuo para madres adolescentes gestantes.¹²

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

BARRERA HUAMÁN Patricia, Perú (2007), realizó un estudio sobre “Factores que influyen en el inicio de la atención prenatal de gestantes adolescentes atendidas en la consulta prenatal del Hospital Santa Rosa de Octubre a Diciembre”, donde se evidenció que existen factores que influyen en el momento en el cual la gestante está decidiendo iniciar su APN. El inicio temprano (I trimestre) de la APN fue un 54,4%, asimismo el 38,3% tuvo inicio intermedio (II trimestre) y el inicio tardío (III trimestre) fue un 7,3%. Las Características de una gestante adolescente que inició tempranamente su atención prenatal fueron las siguientes: gestante que vive con su pareja y/o familia de su pareja, con buena relación con sus padres y cuenta con el apoyo familiar y es acompañada a su primera APN por su pareja; asimismo el ser casada o conviviente, tener aceptación de embarazo por parte de la pareja y que la pareja tenga escolaridad secundaria completa o superior, así también gestante con nivel de secundaria completa o superior, el conocer sobre que es APN, el apoyo económico de los padres y la pareja al embarazo, aquella gestante que

decide informar tempranamente a su familia sobre su gestación durante los 3 primeros meses de gestación, y el no tener dificultades de acceso son características favorables encontradas en la muestra para el inicio temprano de la APN. Asimismo el Factor institucional y el Factor psicológico tuvieron más influencia al inicio tardío de la APN. Los embarazos pueden desarrollarse bajo dificultades específicas según la edad de la madre.¹³

VELA MOSCOSO Luis, Tacna (2007), en su investigación "Calidad de atención del Control Prenatal en gestantes, en el P.S. Cono Norte - Ciudad Nueva", se concluye que más del 50% de las gestantes se encontró en el intervalo de 20 a 30 años, siendo el promedio de edad de 26 años, el 60,81% tiene menos de 4 CPN y las gestantes tuvieron un promedio de 28 semanas de gestación, el 68,06% se encontró en el 3er trimestre. En cuanto a la calidad de atención decimos que el 43,24% de profesionales no pregunta por molestias a la gestante, y en promedio más del 80% del personal cumple con la evaluación de dieta de las gestantes. Gran parte del personal profesional no cumple con la aplicación de los criterios que el personal profesional

debe aplicar durante el CPN, 16,22% no aplica la técnica adecuada. Los indicadores de calidad de atención en la interacción proveedor usuario, el 77,61% refirió sentirse satisfecha y en contraparte, a pesar de haberle prestado atención, el 22,39% quedo insatisfecha.¹⁴

2.1.3. A NIVEL LOCAL

ARISPE Claudia, SALGADO Mary, GONZÁLEZ Carmen y ROJAS José Luis, Perú (2010), los cuales realizaron el estudio denominado “Frecuencia de Control Prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia”. Se realizó en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre agosto 2010 y enero 2011, se evidenció que el 66,05% recibieron 6 ó más controles prenatales y sólo 7,36% tuvo CPN adecuado. Ciento cuarenta y cinco puérperas tuvieron su primer CPN antes de las 12 semanas. El CPN inadecuado se asoció con paridad mayor a 2 y gestación no planificada.¹⁵

MUNARES GARCÍA Oscar, Perú (2011), realizó un estudio sobre “Factores asociados al abandono al Control Prenatal – Instituto Nacional Materno Perinatal”; donde se concluyó que existen factores sociales (dificultad de

permisos en el trabajo y dificultad por quehaceres doméstico), institucionales (trato inadecuado, profesional de la salud-paciente insatisfactoria, relación profesional de la salud paciente impersonal, episodios de maltrato por parte del profesional, poca prioridad para su atención prenatal, incoordinación entre los servicios, tiempo de espera largo, servicios incompletos, calidad inadecuada del control prenatal, consultorio prenatal difícil de ubicar) y personales (olvido de las citas, dificultad para el cuidado de los hijos y multiparidad) asociados al abandono al control prenatal.¹⁶

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 GESTACIÓN

El embarazo o gravidez (del latín gravitas), es el período de la implantación en el útero del cigoto o producto de la concepción que dará origen a un nuevo ser. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas utilizan ambos términos como sinónimos.

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extra útero sin soporte médico).

En 2007 el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del producto de la concepción en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto.

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza

cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.¹⁷

2.2.2 ATENCIÓN PRENATAL

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre. Considerar que todo embarazo es potencialmente de riesgo.¹⁸

a. Objetivos:^{18,19,20}

- Evaluar integralmente a la gestante y al feto.
- Identificar la presencia de signos de alarma o enfermedades asociadas que requieran un tratamiento especializado para la referencia oportuna
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo
- Prepararse física y mentalmente para el parto, así como al entorno familiar, plan de parto

- Realizar el planeamiento individualizado del parto institucional con participación de la pareja, la familia y la propia comunidad
- Promover el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal
- Promover la lactancia materna en la crianza del recién nacido
- Promover la salud reproductiva y la planificación familiar.
- Prevenir el tétanos neonatal
- Detectar el cáncer de cérvix uterino.

b. Frecuencia con la que se deben realizar las atenciones

La atención prenatal debe iniciarse lo más temprano posible debiéndose ser precoz, periódica, integral y de amplia cobertura.¹⁸

Según las diferentes Guías del Perú (Guía de Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive, Guía del Instituto Nacional Materno Perinatal), consideran como mínimo que una

gestante reciba 6 atenciones prenatales, distribuidas de la siguiente manera:^{19,20}

- Dos atenciones antes de las 22 semanas
- La tercera entre las 22 a 24 semanas
- La cuarta entre las 27 a 29 semanas
- La quinta entre las 33 a 35 semanas
- La sexta entre las 37 a 40 semanas

Así también la frecuencia óptima de atención prenatal es la siguiente:

- Una atención mensual hasta las 32 semanas
- Una atención quincenal entre las 33 y las 36 semanas
- Una atención semanal desde las 37 semanas hasta el parto.

2.2.3 IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN LA GESTANTE

La Atención Prenatal es un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con

la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.²¹

En el Área Obstétrica la Atención prenatal es un recurso primario, el cual debe ser:

A. Precoz.- Debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer fidedignamente la edad gestacional, posibilitar acciones de prevención y promoción de la salud y detectar factores de riesgo.

B. Periódico.- La frecuencia dependerá del nivel de riesgo médico, social y psicológico.

C. Completo o integral.- La atención prenatal debe ser completa en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de las atenciones e intervenciones requeridos según edad gestacional.

D. Debe ofrecer amplia cobertura.- Se debe promover la atención prenatal a la mayor cantidad de población posible, garantizando la igualdad, accesibilidad y gratuidad de la atención.

Una de las finalidades de la atención prenatal es asegurar el crecimiento y desarrollo adecuado del feto, asimismo asegurar la administración de hierro y ácido fólico durante el embarazo. Algunos estudios plantean que a medida que la captación es más tarde aumentan las complicaciones, sobre todo el riesgo de anemia y sepsis urinaria se hacen más evidentes. Concluyéndose así que la falta de atención prenatal oportuno está asociado con a la presencia de anemia, deficiencia de hierro y zinc.

Para la prevención de complicaciones es muy importante la realización de la primera atención prenatal dentro del primer trimestre. Porque durante la primera atención prenatal se brinda una atención integral, en la cual el personal de salud evalúa el aspecto emocional y el estado psíquico, que con frecuencia se encuentran alterados en muchas gestantes sobre todo las adolescentes. Asimismo en la primera atención prenatal, se determina si existen factores de riesgo psicosociales y se puede predecir si la gestación evolucionará normalmente; pues se ha demostrado que los factores negativos del entorno psicosocial, tales como la

falta de comunicación pueden traer consecuencias para la gestación y también pueden relacionarse con el aborto.²²

Asimismo tenemos que entender que la ausencia de la atención prenatal por parte de la gestante no sólo comprende la ausencia de atención profesional, sino que además es el resultado de: la falta de un entorno social favorable que le permita a la mujer gestante acudir en busca de ayuda profesional; la falta de fe de la mujer y su familia hacia los profesionales de la salud y por último la falta de una actitud mental positiva y activa hacia el cuidado de su propia salud y la de su hijo.¹²

2.2.4 ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA

En todo establecimiento de salud según nivel de complejidad, se brindará la atención prenatal reenfocada que consiste en: vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar Morbi-Mortalidad Materna y Perinatal, para lograr una/un recién nacida/o sana/o, sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad.²²

La primera consulta de atención prenatal deberá tener una duración no menor de 30 minutos y en las consultas de seguimiento debe durar no menos de 15 minutos.

Una de las características de la atención prenatal reenfocada es: Ser precoz, periódica, oportuna, de calidad y con completa cobertura.

La periodicidad mínima es 6 atenciones:

- La primera atención antes de las 14 semanas.
- La segunda atención entre las 14 y 21 semanas.
- La tercera entre las 22 a 24 semanas.
- La cuarta entre las 25 a 32 semanas.
- La quinta entre las 33 a 36 semanas.
- La sexta entre las 37 a 40 semanas.

La atención prenatal debe ser realizada por médico Gineco-Obstetra, y en su ausencia por médico cirujano u obstetra, según el nivel de complejidad del establecimiento de salud. En establecimientos donde no existan dichos profesionales, puede ser realizado por el profesional o personal de salud capacitado en atención de gestantes.

Toda complicación del embarazo detectada en cualquier momento de la atención de la gestante debe ser atendida por médico ginecólogo-obstetra.

Brindar educación a la mujer gestante, su familia y la comunidad sobre cuidados durante la gestación, parto, puerperio.

Brindar educación sobre la identificación de signos de alarma durante la gestación, parto, puerperio.

En toda atención prenatal se debe llenar la Historia Clínica Materno Perinatal.

Brindar la atención prenatal reenfocada según esquema básico de la atención prenatal.

Realizar evaluación nutricional, orientación/consejería y suplementación con ácido fólico, calcio y hierro.

Elaborar el plan de parto para la atención institucional del parto con adecuación intercultural, de corresponder.

Detección y manejo temprano de complicaciones. Realizar dosaje de proteinuria con tira reactiva o ácido sulfosalicílico.

Promover y preparar para la lactancia materna.

Facilitar la presencia de un acompañante durante la atención de preferencia la pareja.

En el primer nivel de atención la primera o segunda atención prenatal debe ser realizada por médico Ginecólogo-Obstetra o médico cirujano según el nivel de atención, a fin de realizar el examen físico completo, evaluar los resultados de laboratorio, identificar patologías o complicaciones asociadas, e iniciar manejo en los casos que requiera. En el segundo y tercer nivel de atención es realizada por el médico Ginecólogo-Obstetra.

a. Consultas en la Atención Prenatal Reenfocada:

Aspectos específicos para la primera consulta:

- Brindar información completa, veraz, clara y oportuna sobre la importancia de la atención prenatal, Derechos y responsabilidades de la atención prenatal y recibir información sobre las posibilidades de tener un producto con malformaciones congénitas, especialmente cuando existan antecedentes familiares o factores de riesgo.
- Es recomendable realizar el examen vaginal en la primera atención prenatal, esto incluye especuloscopia para detección de vaginosis bacteriana, toma de muestra para Papanicolaou y

valoración de pelvis. Puede posponerse hasta la siguiente consulta si es que la gestante no se encuentra preparada.

- Los análisis de laboratorio (hemoglobina, sífilis, VIH, glicemia basal y Urocultivo o examen de orina completo) se deben de actualizar a partir de las 33 semanas y con un intervalo mínimo de 3 meses en relación a la primera muestra.
- Durante la atención se brindará información a la pareja o familiar que acompaña, sobre los cuidados necesarios que debe tener una mujer durante la gestación, parto y puerperio.
- En toda consulta se realizará la detección de síntomas y signos de alarma.

b. Procedimientos de la primera atención prenatal

Elaboración de la Historia Clínica Materno Perinatal:

- Anamnesis: Utilizan la Historia Clínica Materno Perinatal.
- Precisar los datos de filiación, antecedentes familiares, antecedentes personales, antecedentes

obstétricos, evaluar la edad gestacional e indagar sobre violencia y salud mental.

- Examen físico: Incluye funciones vitales y el examen de los diferentes órganos (corazón, pulmones, abdomen, mamas, Odonto-estomatológico, etc.).
- Tomar funciones vitales: pulso (técnica de los 3 dedos), respiración, temperatura (el termómetro se debe lavar y guardar en su protector) y presión arterial (después de 5 minutos de reposo, en posición sentada, tomar la presión arterial en el brazo derecho).
- Tomar medidas antropométricas: peso (las balanzas deben ser calibradas diariamente con un peso estándar) y talla. Valorar el estado nutricional. Graficar en las tablas de ganancia de peso CLAP/OPS del Carné y la Historia Clínica Materno Perinatal. Aplicar las tablas CLAP/OPS/OMS de peso/talla para la edad gestacional. Si el gráfico denota riesgo nutricional, el seguimiento incluirá el uso de la tabla de índice de masa corporal (IMC) pre gestacional del CENAN.

- Valorar el edema; 0: No presenta edema, 1+: Edema leve, fóvea perceptible sólo al tacto, 2+: Edema evidente sólo en miembros inferiores, 3+: Edema de miembros inferiores, superiores y cara, 4+: Anasarca con ascitis.
- Se consideran cifras hipertensivas, si: Presión arterial (PA) >140/90 o presión arterial media (PAM) >106, o presión arterial sistólica <140 y diastólica <90 mmHg, con un incremento de 30 mmHg en la cifra sistólica y de 15 mmHg en la diastólica, de los valores basales, o PAM<106 mmHg, con un aumento de 20 mmHg, en comparación a cifras basales.
- 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 en los establecimientos que cumplen FONP se identifican signos de alarma referir a establecimientos que cumplen FONB o FONE. Consignar en la historia clínica materno perinatal todos y cada uno de los datos solicitados. En los casos de hospitalización en

establecimientos FONE o FONI usar historia clínica según normatividad vigente.

c. Examen obstétrico completo:

- Valoración obstétrica según edad gestacional, determinar: altura uterina, número de fetos, latidos cardiacos fetales y movimientos fetales. Registrar el incremento de la altura uterina y graficar en la tabla CLAP/OPS.
- Utilizar la cinta métrica obstétrica para tomar la altura uterina a la gestante en posición de decúbito dorsal, semi flexión y apertura de miembros inferiores, juntando los talones.
- Valoración ginecológica: realizar examen en el momento oportuno, preferentemente desde la primera consulta, previa preparación de la gestante y explicación del procedimiento a realizar: examen de mamas y examen ginecológico, que incluye toma de muestra cérvico-uterino (Papanicolaou).

d. Exámenes auxiliares basales

- Tamizaje de proteínas (albúmina) en orina a través de métodos cuantitativos (prueba rápida en primera

consulta: tira reactiva o prueba de reacción con ácido sulfosalicílico).

- Hemoglobina (se evaluará según altitud sobre el nivel del mar de cada lugar), grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, pruebas rápidas para sífilis y VIH (para diagnóstico precoz y tratamiento oportuno) o RPR y ELISA, urocultivo, excepcionalmente examen completo de orina en establecimientos que no cuentan con microbiología.
- Ecografía obstétrica será solicitada antes de las 14 semanas para confirmar la edad gestacional, en gestantes mayores de 35 años solicitar evaluación del pliegue nucal entre las 10 y 14 semanas.

Cuando sea necesario se solicitará otros exámenes de acuerdo a las necesidades:

- Prueba de Coombs indirecto en gestantes con Rh negativo. Si el resultado es negativo, se repetirá la prueba mensualmente hasta la semana 28. Si la gestante no está sensibilizada se deberá administrar 250mcg de inmunoglobulina anti-D entre las 28 y 32 semanas.

- Luego del parto y confirmado el grupo sanguíneo de la/el recién nacida/o como Rh positivo y test de Coombs directo negativo se deberá aplicar a la madre 250 mcg de inmunoglobulina anti-D dentro las primeras 72 horas.

Prueba de glicemia en ayunas:

- Cifras mayores de 105 mg/dl: repetir en ayunas estricto (al menos 12 horas), derivar a médico especialista si continua la cifra mayor a 105.
- Cifras menores de 105 mg/dl; realizar prueba de tolerancia a la glucosa, si tiene: antecedente familiar de diabetes, obesidad, abortos u óbitos fetales a repetición, malformaciones congénitas fetales, polihidramnios, macrosomía fetal.

e. Prescripción de ácido fólico

- Prescripción y entrega de ácido fólico (500 mcg) a toda gestante en la primera consulta durante el primer trimestre (hasta la semana 13).

f. Prescripción de ácido fólico y sulfato ferroso

- Prescripción y entrega de ácido fólico (400 mcg) y sulfato ferroso (60 mg) a toda gestante a partir de las 14 semanas hasta el parto.

g. Prescripción de calcio

- Prescripción y entrega de calcio durante la gestación es de 2000 mg al día, a partir de las 20 semanas hasta el parto.

h. Evaluación odontológica

- De contar con odontólogo solicitar la evaluación; de no contar, referir al establecimiento más cercano o coordinar su atención con la red de servicios.

i. Vacunación antitetánica y contra Influenza Estacional

- La gestante no vacunada debe recibir su primera dosis de vacuna DT al término de la primera consulta y continuar según el Esquema Nacional de Vacunación.
- Toda gestante debe recibir una dosis de vacuna contra la influenza a partir de las 20 semanas de gestación.

j. Información para la gestante en la primera consulta:

- Informar sobre los efectos nocivos y sus repercusiones en el feto por el consumo de tabaco, coca, alcohol y otras sustancias dañinas.
- Brindar información sobre dónde acudir en caso de presentar algún signo/síntoma de alarma.
- Solicitar a la gestante que registre fecha y hora de los primeros movimientos fetales presentes desde el segundo trimestre.
- Solicitar a la gestante que acuda a las siguientes consultas, de ser posible, acompañada por su pareja o un miembro de la familia o una persona de confianza para que la apoyen en el cuidado de su salud durante el embarazo, parto, puerperio. Brindar información sobre sexo seguro, enfatizando el riesgo de adquirir ITS y/o VIH.
- Informar sobre los beneficios del Seguro Integral de Salud y Aseguramiento Universal.
- Programar la cita de la segunda atención prenatal con el médico para evaluar los resultados de exámenes de laboratorio, dicha cita no deberá exceder los 15

días de la primera consulta, se registrará en el carné la fecha de la siguiente cita.

k. Mantener los registros completos

- Revisar y completar los datos de la Historia Clínica Materno Perinatal.
- Completar el Carné Materno Perinatal y entregar a la gestante recomendando que lo lleve cada vez que acuda a un establecimiento de salud.
- Registrar la atención prenatal en el Libro de Registro de Seguimiento de la Gestante y Puerpera.
- Registrar la atención en el formato de registro del HIS.

l. Referencia en caso de complicación obstétrica:

- Comunicar la referencia al establecimiento de mayor nivel de complejidad, para que el equipo de salud se encuentre preparado para la recepción y atención inmediata.
- La referencia debe realizarse con el formato correspondiente.
- Los casos derivados a establecimientos que cumplen FONE o FONI deben ser recibidos por el médico Gineco-Obstetra.

m. Procedimientos en las atenciones prenatales posteriores

- Interrogar por signos y síntomas de alarma asociados a la gestación y evaluación integral.
- Indagar sobre el cumplimiento de las indicaciones, exámenes auxiliares y de laboratorio.
- Controlar el aumento de peso materno, las funciones vitales (especialmente presión arterial), reflejos y presencia de edemas.
- Control del crecimiento fetal intrauterino mediante la vigilancia de la altura uterina.
- Realizar prueba de proteinuria con ácido sulfosalicílico o tira reactiva en toda gestante.
- Evaluar edad gestacional, auscultación de latidos fetales y detección de movimientos fetales (desde las 20 semanas).
- Interpretación de exámenes auxiliares.
- indicar suplemento de hierro con ácido fólico a partir de las 14 semanas.

ESQUEMA BÁSICO DE LA APN REENFOCADA.²²

ACTIVIDAD	1ra. Atención < 14 sem	2da. Atención 14-21 sem	3ra. Atención 22-24 sem	4ta. Atención 25-32 sem	5ta. Atención 33-36 sem	6ta. Atención 37-40 sem
Confirmación del embarazo	+					
Orientación/consejería y evaluación nutricional	+					
Anamnesis	+					
Detección de signos de alarma	+	+	+	+	+	+
Medición de la talla	+					
Control del peso	+	+	+	+	+	+
Determinación de la presión arterial, pulso y temperatura	+	+	+	+	+	+
Examen Gineco-Obstétrico	+					
Evaluación clínica de la pelvis	+				+	
Estimación de edad gestacional	+	+	+	+	+	+
Diagnóstico del número de fetos (Ecografía y/o palpación)	+	+	+	+	+	+
Medir altura uterina		+	+	+	+	+
Auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler)		+	+	+	+	+
Evaluación clínica del volumen de líquido amniótico			+	+	+	+
Diagnóstico presentación, situación fetal				+	+	+
Determinar grupo sanguíneo y Rh	+					
Determinación de Hb o Hto	+				+	
Urocultivo o examen de orina completa	+				+	
Detección diabetes gestacional	+			+		
Pruebas de Tamizaje para VIH/SIFILIS (Prueba rápida / ELISA/RPR) previa consejería	+				+	
Proteína en orina (Con tira Reactiva o Ac. Sulfosalicílico)	+	+	+	+	+	+
Vacuna antitetánica		+	+			
Toma de PAP(*)	+					
Evaluación odontostomatológica		+	+			
Evaluación con Ecografía	+		+			
Administración ácido fólico	+					
Bienestar fetal. Test no estresante					+	+
Administración de hierro + ácido fólico		+	+	+	+	+
Administración de calcio			+	+	+	+
Información sobre salud sexual y reproductiva y Planificación Familiar	+	+	+	+	+	+
Psicoprofilaxis/ Estimulación Prenatal		+	+	+	+	+

* Gestante en condiciones adecuadas para la toma de PAP.

2.2.5 MATERNIDAD SALUDABLE Y SEGURA

La celebración de la Maternidad Saludable y Segura surge en el año 1987 cuando las Naciones Unidas convocaron a la Primera Conferencia Mundial en Nairobi (Kenia), que formuló

un "Llamado a la Acción" para reducir los riesgos del embarazo y disminuir la mortalidad materna. Esta iniciativa fue liderada por un Grupo Interagencial, compuesto por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de actividades de Población (FNUAP), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), el Consejo de Población y el Banco Mundial.

En el año 1998 el Ministerio de Salud del Perú asumió este compromiso, declarando la tercera semana de Mayo, de cada año, como la "Semana de la Maternidad Saludable y Segura", con la finalidad de sensibilizar, motivar y comprometer a todas las instituciones públicas y privadas, así como a la población en general, en el tema de la maternidad sin riesgos.

Es un desafío que requiere de cambios significativos profundos, no sólo en la provisión de servicios, sino un esfuerzo conjunto de todos que contribuya a evitar la muerte de una mujer y/o su niño/a alrededor del embarazo, parto o puerperio. La Salud Materna y Neonatal está rodeada por todo un contexto cultural y socioeconómico, que influye en el

comportamiento reproductivo de la mujer y los que se encuentran en su entorno.²³

2.2.6 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Los factores son aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos.

a. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS:

La palabra sociodemográfico se puede descomponer en dos palabras: Socio que quiere decir sociedad, de la sociedad y demografía que quiere decir estudio estadístico sobre un grupo de población humana, en consecuencia sociodemográfico será un estudio estadístico de las características sociales de una población.²⁴

DEMOGRÁFICO.- La gestación requiere cuidado materno, de tal manera que puedan identificarse y controlarse los riesgos de forma oportuna; este cuidado se espera que lo brinde el personal de salud entrenado. Por ello un aspecto a tener en cuenta dentro de los

factores que explican la salud materna es el acceso de la familia gestante a los servicios de salud, en este sentido, habría que analizar en primer lugar la distancia de los profesionales en salud con respecto a la población que demanda atención.

Asimismo se sabe que existe una gran distancia cultural entre la población y los servicios de salud, de tal forma que la gente acude a ellos sólo cuando se siente enferma. Otro problema relacionado con el acceso a los servicios, lo constituyen las limitaciones económicas y la afiliación al sistema general de seguridad social en salud. En este sentido, cobran importancia las relaciones interpersonales que logren establecer vínculo entre el personal de salud y la pareja que demanda el servicio, de manera que se posibilite la comunicación y mediante esta se establezca un compromiso mutuo para llevar a feliz término la gestación y el parto. Las dificultades de acceso al establecimiento de salud obstaculizan la búsqueda de atención por parte de la gestante.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS:

- Escolaridad

- Ocupación
- Lugar de Procedencia
- Edad
- Estado Civil

FACTORES SOCIALES: son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren.

INDICADORES SOCIALES

FAMILIAR.- La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los microambientes en donde permanece la persona y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia.²⁵

Del mismo modo la gestante de una familia tipo disfuncional presenta falta de apoyo familiar, esto trae consigo la privación material, el aumento de los eventos negativos en la vida, la falta de afecto, el escaso nivel de educación y la falta de acceso a la información. Por todo ello el apoyo familiar es muy importante durante el

embarazo ya que favorece y permite un adecuado cuidado prenatal y buen pronóstico para el futuro de la gestante. Asimismo la reacción de los padres, la familia y la pareja ante la gestación influye directamente en la actitud de la gestantes hacia su primer embarazo.²⁶

PAREJA.- Las políticas y acciones de intervención de las instituciones de salud suelen estar dirigidas hacia la madre, aportando de esta forma a la construcción de la invisibilidad del varón. La participación de la pareja en la toma de decisiones para la atención prenatal está condicionada por las representaciones que tengan acerca de la paternidad.

Los estudios reflejan que aquellas parejas que acompañan a sus parejas gestantes a la atención prenatal no pertenecen al sector más marginal, pues la participación del varón está asociado con el estrato social y el nivel educativo.²⁷

b. FACTORES EDUCACIONALES:

La ausencia de programas de educación en salud, y en particular para la gestante, incluyendo captación precoz de la misma se ve reflejada en el desconocimiento de la

importancia de la atención prenatal y la falta de motivación; esta grave falla del sistema de salud fue reportado hace mucho tiempo por diferentes autores.²⁸

NIVEL DE CONOCIMIENTO.- La falta de conocimiento en sexualidad, la importancia de la atención prenatal, es decir la total desinformación se asocia con padres de bajo nivel educacional, sin conocimiento o tabú respecto del tema. Los mandatos culturales, socioeconómicos y educacionales marcan la conducta de las personas. Presentando una conducta deficitaria con respecto a la prevención en salud. Los futuros profesionales deben de mejorar las políticas y/o estrategias institucionales de primer nivel de atención para incentivar los controles prenatales a tiempo y periódicos.

La educación tiene un efecto importante en el embarazo. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien, la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones.

La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo. Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica. Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza.

El nivel educativo y la fecundidad se relacionan directamente ya que a mayor educación menor número de embarazos; como también relaciona el bajo nivel educativo con la iniciación sexual precoz.²¹

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **ATENCIÓN PRENATAL:** es el conjunto de acciones médicas y asistenciales para el cuidado integral y la vigilancia que toda gestante debe recibir por el profesional de salud para lograr el bienestar de la madre y el niño por nacer.²⁹
- **INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL:** Se refiere al inicio de la atención prenatal desde las 14 a más semanas de gestación.²⁰

- **EMBARAZO:** Es gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un individuo en el seno materno abarca desde la concepción hasta el nacimiento pasando por los periodos embrionarios y fetales.²⁹
- **MORTALIDAD:** Se define como la muerte de la persona.
- **MORBILIDAD:** Se define como la enfermedad de la gestante ya sea por diferentes factores donde afecta la salud del niño por nacer.
- **PERINATAL:** Recién nacido menor de 7 días.
- **EDAD:** Tiempo de existencia desde el nacimiento.³⁰
- **ESTADO CIVIL:** Es la situación jurídica en la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indivisible, indisponible e imprescriptible, y su asignación correspondiente a la ley.³¹
- **LUGAR DE PROCEDENCIA:** La procedencia es el origen o principio de donde nace o se deriva algo.³²
- **OCUPACIÓN:** Trabajo u oficio que tiene la persona.³³
- **GRADO DE ESCOLARIDAD:** Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.³⁴

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Según la clasificación de Canales F. y col., la investigación es de tipo descriptivo y analítico.³⁵

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se trató de un diseño prospectivo y de corte transversal.³⁵

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 Población:

La población total estuvo constituida por 14 374 casos de gestantes que acudieron a los consultorios externos del Servicio de Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el 2014

3.3.2. Muestra:

Se consideraron solo a las gestantes que inician tardíamente su primera atención prenatal y que acudieron a los consultorios externos del Servicio de Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el 2014; que son 400 casos.

3.3.3. Tipo de muestreo

No probabilístico, intencional o de conveniencia, es una técnica donde los sujetos son seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador.

a. Criterios de Inclusión

- Todas las gestantes que iniciaron tardíamente (con edad gestacional de 14 a más semanas) su atención prenatal.

b. Criterios de exclusión

- Todas las gestantes que no desearon participar en el estudio
- Gestante con factores de riesgo inminente.
- Gestante sin atención prenatal.
- Gestante con atención prenatal en el primer trimestre.

3.4. VARIABLES DE ESTUDIO.

3.4.1. VARIABLE INDEPENDIENTE:

- **FACTORES**

Definición conceptual: Son aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución de los hechos.

Definición operacional: Es aquel factor que medirá los indicadores sociodemográficos y características educacionales de las gestantes.

3.4.2. VARIABLE DEPENDIENTE:

- **INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL:**

Definición conceptual: Es el momento que la gestante acude por primera vez a su atención prenatal, realizado por el profesional de Salud; después del primer trimestre.

Definición operacional: Número de casos de gestantes con EG desde las 14 a más semanas.

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA
INDEPENDIENTE : Factores	Factores Sociodemográficos	Edad	-12 - 17 a. -18 - 29 a. ->30 a.	Razón
		Lugar de procedencia	-Distritos (domicilios)	Nominal
		Grado de escolaridad	-Primaria. -Secundaria incompleta -Secundaria completa. -Superior universitario -Superior no universitario.	Ordinal
		Estado Civil	-Casada. -Conviviente. -Soltera.	Nominal
		Ocupación	-Estudiante. -Ama de casa. -trabaja	Nominal
		Apoyo familiar	-SI -NO	Nominal
		Relación con la pareja	-Buena -Regular -Mala	Nominal
		Acompañamiento a la primera APN	-Padres -Pareja -Familiares -Nadie	Nominal

		Acceso a servicios de Salud	-SI -NO -A veces	Nominal
	Factores Educativos	Consejería en Salud Materna Perinatal	-SI -NO	Nominal
		Conocimiento sobre APN	-SI -NO	Nominal
		Importancia APN precoz y oportuna	-SI -NO	Nominal
		Riesgos que ocasionan no asistir APN precoz.	-SI -NO Pocos	Nominal
DEPENDIENTE: Inicio tardío de la Atención Prenatal	Inicio en el II Trimestre.	Edad Gestacional.	-14-27 semanas.	Ordinal
	Inicio en el III Trimestre.	Edad Gestacional.	-28-40 semanas.	Ordinal
INTERVINIENTE : Datos Gineco-Obstétrico	_____	Paridad.	-Primigestas. -Multigestas.	Ordinal
		Planificación del embarazo	-SI -NO	Nominal

3.6. MÉTODO Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.6.1. Método: Los métodos de recolección de datos que se utilizó:

- a. Se encuestó a las gestantes que representan la muestra.
- b. Se vació los datos en una base del programa de SPSS versión 16.

3.6.2. Técnica: Las técnicas de recolección de datos que se utilizó:

- a. Técnicas estadísticas: estadística descriptiva, tablas de frecuencia con sus respectivos gráficos. Software: IBMSPSS VS 16.statistics y Microsoft office Excel.
- b. Para la contrastación de la hipótesis se utilizó el estadístico de prueba de chi cuadrado.

3.6.3. Instrumento:

El instrumento que se utilizó fue un cuestionario con 16 preguntas con alternativas múltiples, para determinar los factores que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal, el cual estuvo estructurado en tres partes: la primera conformada por 10 preguntas donde se recopiló información sobre los factores sociodemográficos, la segunda parte estuvo conformada por 4 preguntas sobre factores educacionales y la tercera conformada por dos preguntas sobre datos Gineco-Obstétricos. Este cuestionario fue de elaboración propia, validada por tres expertos aplicando el formato de validación por expertos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIONES

4.1. RESULTADOS

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014”

TABLA N° 1:
SEGÚN GESTANTES ATENDIDAS

GESTANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Gestantes con APN	13974	97,2%
Gestantes con inicio tardío de APN	400	2,8%
Total	14374	100,0%

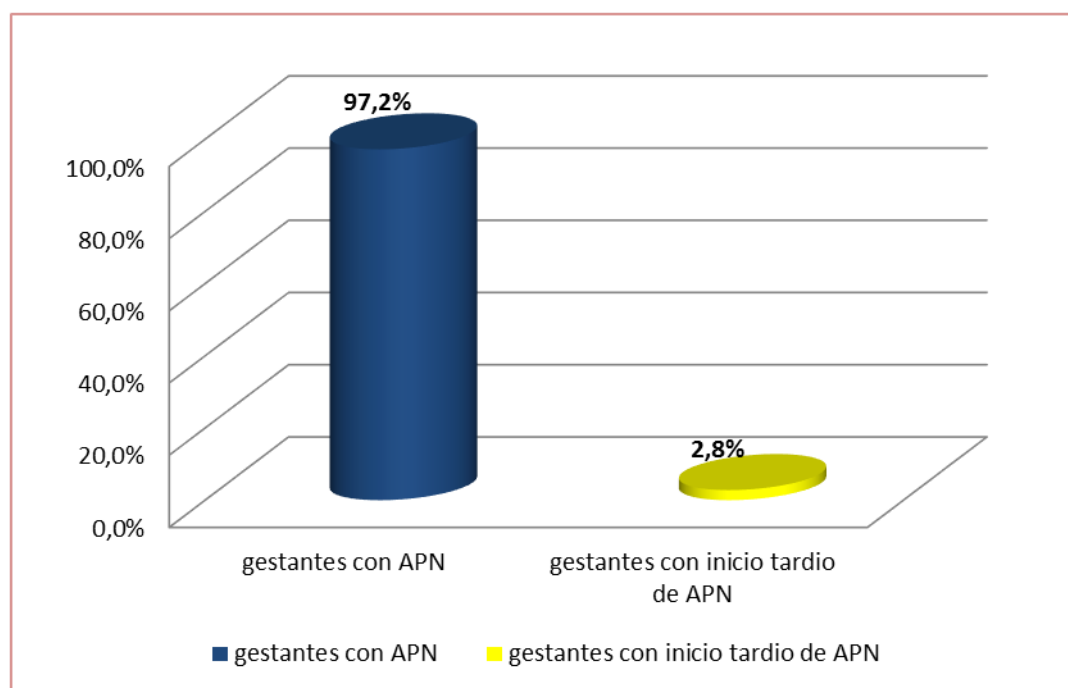
Fuente: Cuestionario aplicado en C.Ext. de Obstetricia del INMP-Lima-2014

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según gestantes atendidas se aprecia que el 97,2% son gestantes que acudieron a los consultorios de Obstetricia para la atención prenatal, mientras que el 2,8% de las gestantes tuvo inicio tardío de la Atención Prenatal.

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN
PRENATAL EN GESTANTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014”

GRÁFICO 1:
SEGÚN GESTANTES ATENDIDAS



Fuente: Tabla 1

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN
PRENATAL EN GESTANTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014”

TABLA 2:
SEGÚN EDAD GESTACIONAL

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primer Trimestre (1 a 13 Semanas)	0	0,0%
Segundo Trimestre (14 a 27 Semanas)	350	87,5%
Tercer Trimestre (28 a 40 Semanas)	50	12,5%
Total	400	100,0%

Fue

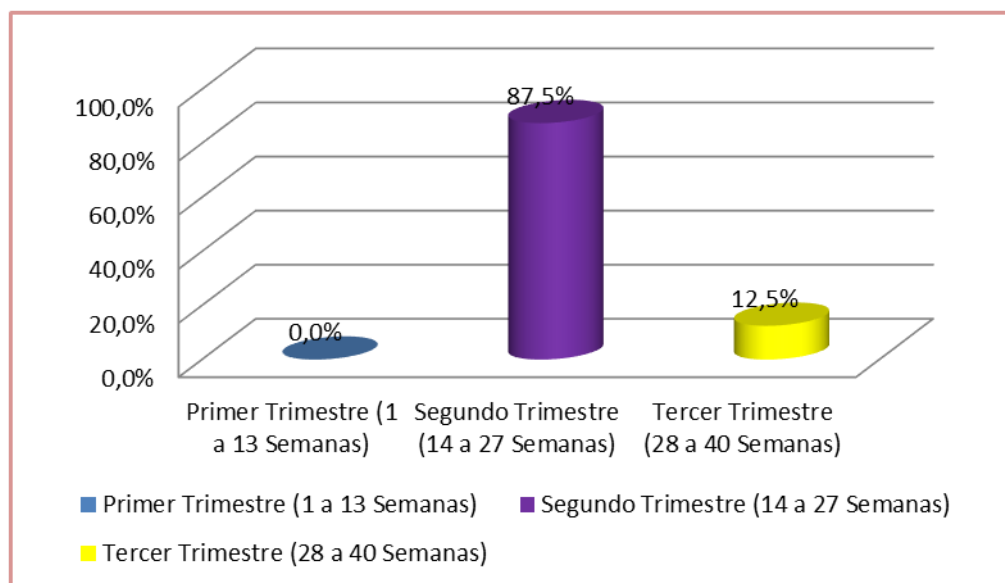
nte: Cuestionario aplicado en C.Ext. de Obstetricia del INMP-Lima-2014

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según edad gestacional, se puede apreciar que el 87,5% de las gestantes tuvieron su primera atención prenatal en el segundo trimestre (14 a 27 semanas), el 12,5% están entre el tercer trimestre (28 a 40 semanas) y finalmente que el 0,0% de gestantes es del primer trimestre.

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN
PRENATAL EN GESTANTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014”

GRÁFICO 2:
SEGÚN EDAD GESTACIONAL



Fuente: Tabla 2

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN
PRENATAL EN GESTANTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014”

TABLA N° 3:

SEGÚN INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS

INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS	N= 400	%=100%
EDAD		
12 a17	81	20,3%
18 a 29	179	44,8%
Mayores de 30	140	35,0%
LUGAR DE PROCEDENCIA		
Chorrillos	20	5,0%
Ate Vitarte	22	5,5%
Villa el Salvador	18	4,5%
Carabaylo	12	3,0%
San Juan de Lurigancho	130	32,5%
Rímac	30	7,5%
Cercado de Lima	60	15,0%
San Juan de Miraflores	12	3,0%
San Martín de Porres	8	2,0%
Independencia	8	2,0%
Los Olivos	32	8,0%
El Agustino	36	9,0%
Callao	12	3,0%

Fuente: Cuestionario aplicado en C.Ext. de Obstetricia del INMP-Lima-2014.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se observa con respecto a los indicadores sociodemográficos que:

1. El 44,8% están entre las edades de 18 a 29 años, mientras que el 20,3% están entre las edades de 12 a 17 años.
2. El 32,5% son de San Juan de Lurigancho, mientras que el 2,0 % es de Independencia y San Martín de Porres.

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN
PRENATAL EN GESTANTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014”

TABLA N° 4:

SEGÚN INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS

INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS	N= 400	%=100%
GRADO DE ESCOLARIDAD		
Primaria	50	12,5%
Secundaria incompleta	78	19,5%
Secundaria completa	166	41,5%
Superior universitario	48	12,0%
Superior no universitario	58	14,5%
ESTADO CIVIL		
Casada	90	22,5%
Conviviente	244	61,0%
Soltera	66	16,5%
OCUPACIÓN		
Estudiante	56	14,0%
Ama de casa	258	64,5%
Trabaja	86	21,5%

Fuente: Cuestionario aplicado en C.Ext. de Obstetricia del INMP-Lima-2014

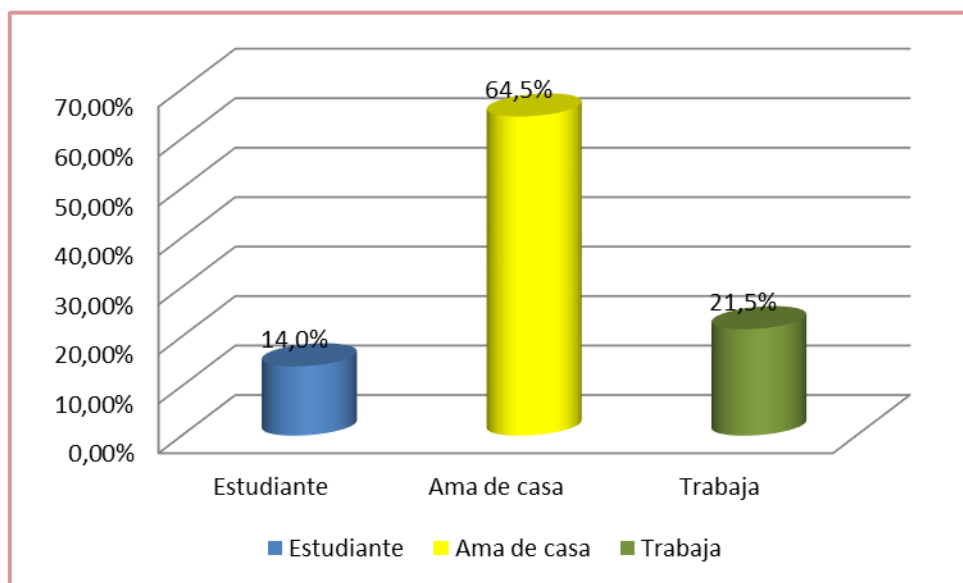
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se observa con respecto a los indicadores sociodemográficos que:

1. El 41,5% tienen secundaria completa, mientras que el 12,0% superior universitario.
2. El 61,0 % son convivientes y el 16,5% son solteras.
3. El 64,5% es ama de casa y el 14% es estudiante.

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN
PRENATAL EN GESTANTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014”

GRÁFICO 3:
SEGÚN OCUPACIÓN



Fuente: Tabla 4

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN
PRENATAL EN GESTANTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014”

TABLA N° 5:
SEGÚN INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS

INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS	N= 400	% = 100%
APOYO FAMILIAR		
Si	326	81,5%
No	74	18,5%
RELACIÓN CON LA PAREJA		
Buena	120	30%
Regular	200	50%
Mala	80	20%
ACOMPANAMIENTO A LA PRIMERA APN		
Padres	50	12,5%
Pareja	30	7,5%
Familiares	70	17,5%
Nadie	250	62,5%
ACCESO A SERVICIOS DE SALUD		
SI	70	17,5%
NO	180	45,0%
AVECES	150	37,5%

Fuente: Cuestionario aplicado en C.Ext. de Obstetricia del INMP-Lima-2014.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se observa con respecto a los indicadores sociodemográficos que:

1. El 81,5% ha recibido apoyo familiar durante su embarazo, mientras que el 18,5% no tuvo apoyo familiar durante su embarazo.
2. El 50% tiene una relación regular con su pareja, mientras que el 20% tiene una relación mala.
3. El 62,5% de las gestantes refiere que nadie la acompañó a su primera atención prenatal, en cambio el 7,5% fueron acompañadas por su pareja.
4. El 45% de las gestantes y su familia no acceden a los servicios de salud cuando tienen un problema de salud y el 17,5% si accede a los servicios de salud.

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN
PRENATAL EN GESTANTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014”

TABLA N° 6:
SEGÚN CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES

CARACTERÍSTICAS EDUCACIONALES	N= 400	%=100%
Consejería en Salud Materna y Perinatal		
Si	122	30,5%
No	278	69,5%
Conocimiento sobre atención prenatal		
Si	180	45,0%
No	220	55,0%
Conocimiento sobre la importancia de la atención prenatal precoz y oportuno		
Si	12	3,0%
No	388	97,0%
Conocimientos sobre riesgos que ocasiona al no asistir a la atención prenatal precozmente		
Si	40	10,0%
No	210	52,5%
Pocos	150	37,5%

Fuente: Cuestionario aplicado en C.Ext. de Obstetricia del INMP-Lima-2014

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se observa con respecto a las características educacionales que:

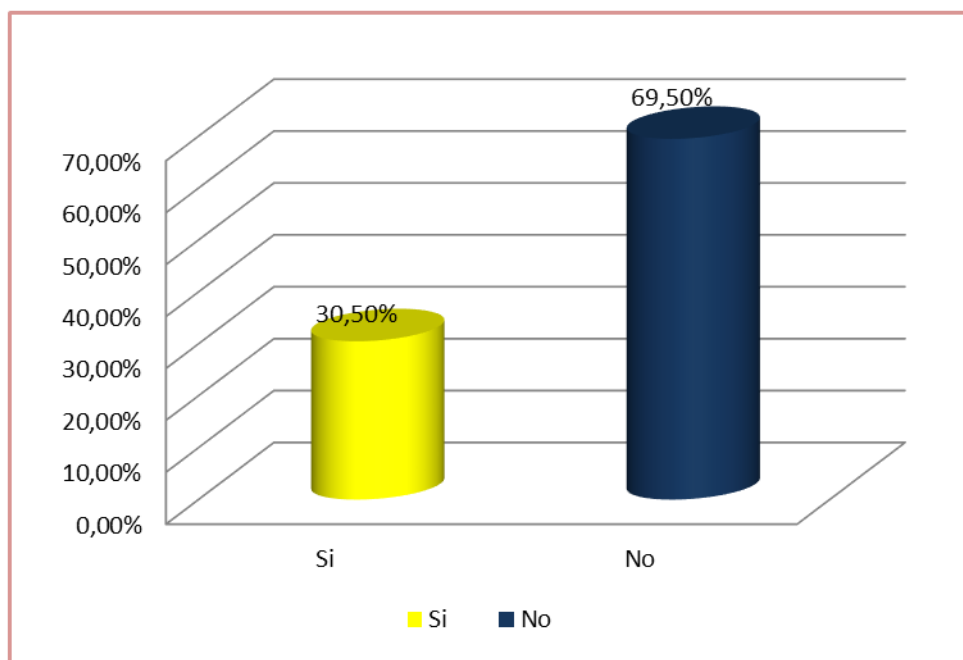
1. El 69,5% de las gestantes no han recibido charlas o consejería en Salud Materna y Perinatal por parte del personal de salud en la consulta, mientras que el 30,5% nos dice que si han recibido charlas o consejería.

2. El 55% de las gestantes no conocen o no saben lo que es la atención prenatal, en cambio el 45% si sabe y conoce que es la atención prenatal.
3. El 97,0% no saben sobre cuál es la importancia de realizarse una atención prenatal precoz y oportuno y el 3,0 % manifiestan que si conoce la importancia sobre atención prenatal precoz y oportuna.
4. El 52,5% no conocen los riesgos que ocasiona el no asistir a la atención prenatal precoz y el 10% si saben los riesgos.

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN
PRENATAL EN GESTANTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014”

GRÁFICO 4:

CONSEJERÍA DE SALUD MATERNA Y PERINATAL



Fuente: Tabla 6

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN
PRENATAL EN GESTANTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014”

TABLA N° 7:

DATOS GÍNECO-OBSTÉTRICOS

DATOS GÍNECO-OBSTÉTRICOS	N= 400	% = 100%
PARIDAD		
Primigestas	192	48,0%
Multigestas	208	52,0%
PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO		
SI	40	10%
NO	360	90%

Fuente: Cuestionario aplicado en C.Ext. de Obstetricia del INMP-Lima-2014

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se observa con respecto a los datos Gineco-obstétricos que:

1. El 52% de las gestantes son multigestas, y el 48% de las gestantes son primigestas.
2. El 90% de las gestantes no planificó su embarazo, mientras que el 10% fue planificado.

4.2. PROCESO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

4.2.1. PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

- **Ho:** Los factores sociodemográficos como la edad, el grado de escolaridad, la ocupación y el estado civil no influyen significativamente en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el 2014.
- **H1:** Los factores sociodemográficos como la edad, el grado de escolaridad, la ocupación y el estado civil influyen significativamente en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el 2014.

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN
PRENATAL EN GESTANTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014”

TABLA N° 8:

INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN EDAD

EDAD	INICIO TARDÍO DE LA APN				TOTAL	
	Segundo Trimestre (14 a 27 Semanas)		Tercer Trimestre (28 a 40 Semanas)			
	N°	%	N°	%	N°	%
12 a 17 Años	65	16,3%	16	4,0%	81	20,3%
18 a 29 Años	152	38,0%	27	6,8%	179	44,8%
Mayores de 30 Años	133	33,3%	7	1,8%	140	35,0%
TOTAL	350	87,5%	50	12,5%	400	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado en C.Ext. de Obstetricia del INMP-Lima-2014

Prueba estadística de chi - cuadrado

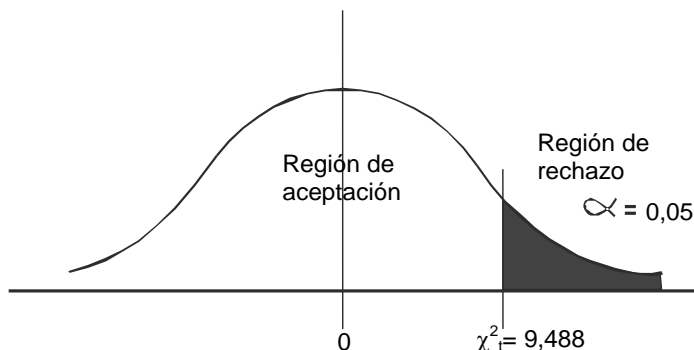
- **Tipo de prueba:** Para el caso en estudio, resulta conveniente realizar una prueba unilateral cola a la derecha.
- **Nivel de significación de la prueba:** Se asume el nivel de significación del 5%.
- **Distribución apropiada para la prueba:** Utilizaremos la distribución muestral chi - cuadrado.
- **Los grados de libertad son: (C-1) (F-1)**

$$Gl = (2 - 1) * (3 - 1); \quad Gl = 2$$

- **Estadístico Chi en tablas:**

$$\alpha = 0,05 \quad \chi^2_t = 9,488$$

- **Esquema gráfico de la prueba**



- **Matriz de operaciones auxiliares**

Celdas	Fo	Fe	Fo-Fe	(Fo-Fe) ²	(Fo-Fe) ² /Fe
1	65	70,875	-5,875	34,515625	0,487
2	152	156,625	-4,625	21,390625	0,137
3	133	122,5	10,5	110,25	0,900
4	16	10,125	5,875	34,515625	3,409
5	27	22,375	4,625	21,390625	0,956
6	7	17,5	-10,5	110,25	6,300
TOTAL	400	400	0	332,3125	12,189

$$\chi^2_c = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{Fe}; \chi^2_c = 12,189$$

- **Regla de decisión**

Si $\chi^2_c \leq \chi^2_t$: Se Acepta la H₀

Si $\chi^2_c > \chi^2_t$: Se rechaza la H₀

- **Contraste de resultados**

$$\chi^2_c = 12,189$$

$$\chi^2_t = 9,488 \quad \alpha = 0,05$$

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Como el estadístico chi-cuadrado calculado (χ^2_c) es mayor al valor crítico obtenido de la tabla (χ^2_t) ($12,189 > 9,488$), entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, este resultado nos permite comprobar con un nivel de confianza del 95%, que la edad influye significativamente en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN
PRENATAL EN GESTANTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014”

TABLA N°9:
INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN GRADO DE
ESCOLARIDAD

GRADO DE ESCOLARIDAD	INICIO TARDÍO DE LA APN				TOTAL	
	Segundo Trimestre (14 a 27 Semanas)		Tercer Trimestre (28 a 40 Semanas)			
	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	50	12,5%	0	0,0%	50	12,5%
Secundaria incompleta	78	19,5%	0	0,0%	78	19,5%
Secundaria completa	136	34,0%	30	7,5%	166	41,5%
Superior universitario	40	10,0%	8	2,0%	48	12,0%
Superior no universitario	46	11,5%	12	3,0%	58	14,5%
TOTAL	350	87,5%	50	12,5%	400	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado en C.Ext. de Obstetricia del INMP-Lima-2014.

Prueba estadística de chi - cuadrado

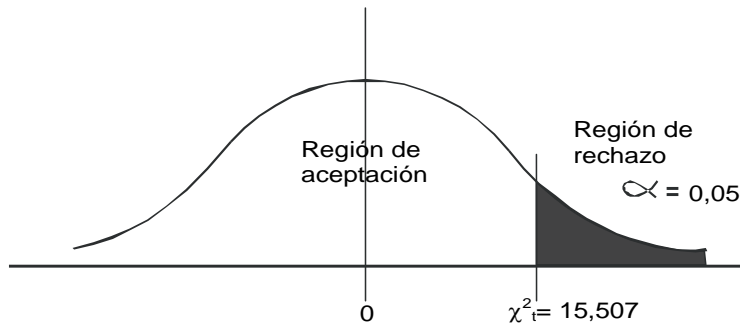
- **Tipo de prueba:** Para el caso en estudio, resulta conveniente realizar una prueba unilateral cola a la derecha.
- **Nivel de significación de la prueba:** Se asume el nivel de significación del 5%.
- **Distribución apropiada para la prueba:** Utilizaremos la distribución muestral chi - cuadrado.
- **Los grados de libertad son: (C-1) (F-1)**

$$GI = (2 - 1) * (5 - 1); \quad GI = 4$$

- Estadístico Chi en tablas:

$$\alpha = 0,05 \quad \chi^2_t = 15,507$$

- Esquema gráfico de la prueba



- Matriz de operaciones auxiliares

Celdas	Fo	Fe	Fo-Fe	(Fo-Fe) ²	(Fo-Fe) ² /Fe
1	50	43,75	6,25	39,0625	0,893
2	78	68,25	9,75	95,0625	1,393
3	136	145,25	-9,25	85,5625	0,589
4	40	42	-2	4	0,095
5	46	50,75	-4,75	22,5625	0,445
6	0	6,25	-6,25	39,0625	6,250
7	0	9,75	-9,75	95,0625	9,750
8	30	20,75	9,25	85,5625	4,123
9	8	6	2	4	0,667
10	12	7,25	4,75	22,5625	3,112
TOTAL	400	400	0	492,5	27,317

$$\chi^2_c = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{Fe} ; \quad \chi^2_c = 27,317$$

- Regla de decisión

Si $\chi^2_c \leq \chi^2_t$: Se Acepta la H_0

Si $\chi^2_c > \chi^2_t$: Se rechaza la H_0

- Contraste de resultados

$$\chi^2_c = 27,317$$

$$\chi^2_t = 15,507 \quad \alpha = 0,05$$

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Como el estadístico chi-cuadrado calculado (χ^2_c) es mayor al valor crítico obtenido de la tabla (χ^2_t) ($27,317 > 15,507$), entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, este resultado nos permite comprobar con un nivel de confianza del 95%, que el grado de escolaridad influye significativamente en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN
PRENATAL EN GESTANTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014”

TABLA N°10:

INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	INICIO TARDIO DE APN				TOTAL	
	Segundo Trimestre (14 a 27 Semanas)		Tercer Trimestre (28 a 40 Semanas)			
	N°	%	N°	%	N°	%
Casada	90	22,5%	0	0,0%	90	22,5%
Conviviente	206	51,5%	38	9,5%	244	61,0%
Soltera	54	13,5%	12	3,0%	66	16,5%
TOTAL	350	87,5%	50	12,5%	400	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado en C.Ext. de Obstetricia del INMP-Lima-2014

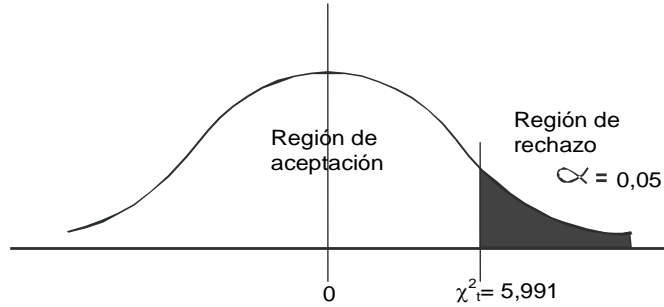
Prueba estadística de chi - cuadrado

- **Tipo de prueba:** Para el caso en estudio, resulta conveniente realizar una prueba unilateral cola a la derecha.
- **Nivel de significación de la prueba:** Se asume el nivel de significación del 5%.
- **Distribución apropiada para la prueba:** Utilizaremos la distribución muestral chi - cuadrado.
- **Los grados de libertad son: (C-1) (F-1)**

$$Gl = (2 - 1) * (3 - 1); \quad Gl = 2$$
- **Estadístico Chi en tablas:**

$$\alpha = 0,05 \quad \chi^2_t = 5,991$$

- **Esquema gráfico de la prueba**



- **Matriz de operaciones auxiliares**

Celdas	Fo	Fe	Fo-Fe	(Fo-Fe) ²	(Fo-Fe) ² /Fe
1	90	78,75	11	126,5625	1,607
2	206	213,5	-7,5	56,25	0,263
3	54	57,75	-3,75	14,0625	0,244
4	0	11,25	-11,25	126,5625	11,250
5	38	30,5	7,5	56,25	1,844
6	12	8,25	3,75	14,0625	1,705
TOTAL	400	400	0	393,75	16,913

$$\chi^2_c = \frac{\sum (F_o - F_e)^2}{F_e}; \chi^2_c = 16,913$$

- **Regla de decisión**

Si $\chi^2_c \leq \chi^2_t$: Se Acepta la H_0

Si $\chi^2_c > \chi^2_t$: Se rechaza la H_0

- **Contraste de resultados**

$$\chi^2_c = 16,913$$

$$\chi^2_t = 5,991 \quad \alpha = 0,05$$

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Como el estadístico chi-cuadrado calculado (χ^2_c) es mayor al valor crítico obtenido de la tabla (χ^2_t) ($16,913 > 5,991$), entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, este resultado nos permite comprobar con un nivel de confianza del 95%, que estado civil influye significativamente en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN
PRENATAL EN GESTANTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014”

TABLA N°11:

INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	INICIO TARDÍO DE APN				TOTAL	
	Segundo Trimestre (14 a 27 Semanas)		Tercer Trimestre (28 a 40 Semanas)			
	N°	%	N°	%	N°	%
Estudiante	46	11,5%	10	2,5%	56	14,0%
Ama de casa	226	56,5%	32	8,0%	258	64,5%
Trabaja	78	19,5%	8	2,0%	86	21,5%
TOTAL	350	87,5%	50	12,5%	400	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado en C.Ext. de Obstetricia del INMP-Lima-2014

Prueba estadística de chi - cuadrado

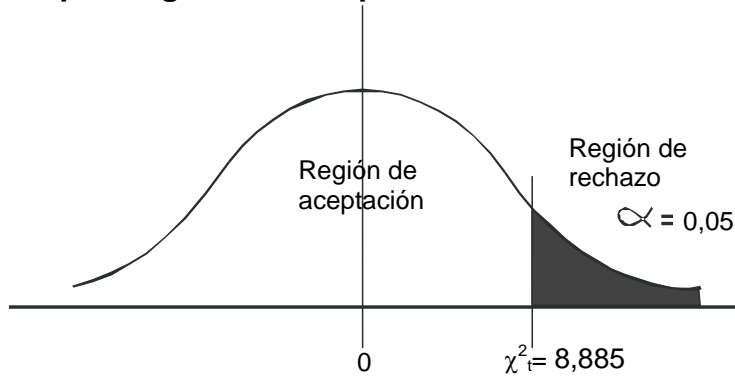
- **Tipo de prueba:** Para el caso en estudio, resulta conveniente realizar una prueba unilateral cola a la derecha.
- **Nivel de significación de la prueba:** Se asume el nivel de significación del 5%.
- **Distribución apropiada para la prueba:** Utilizaremos la distribución muestral chi - cuadrado.
- **Los grados de libertad son: (C-1) (F-1)**

$$Gl = (2 - 1) * (3 - 1); \quad Gl = 2$$

- **Estadístico Chi en tablas:**

$$\alpha = 0,05 \quad \chi^2_t = 8,885$$

- **Esquema gráfico de la prueba**



- **Matriz de operaciones auxiliares**

Celdas	Fo	Fe	Fo-Fe	(Fo-Fe) ²	(Fo-Fe) ² /Fe
1	46	49	-3	9,0000	0,184
2	226	225,75	0,25	0,0625	0,000
3	78	75,25	2,75	7,5625	0,100
4	10	7	3	9	1,286
5	32	32,25	-0,25	0,0625	0,002
6	8	10,75	-2,75	7,5625	0,703
TOTAL	400	400	0	33,25	2,276

$$\chi^2_c = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{Fe} ; \chi^2_c = 2,276$$

- **Regla de decisión**

Si $\chi^2_c \leq \chi^2_t$: **Se Acepta la H₀**

Si $\chi^2_c > \chi^2_t$: **Se rechaza la H₀**

- **Contraste de resultados**

$$\chi^2_c = 2,276$$

$$\chi^2_t = 8,885 \quad \alpha = 0,05$$

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Como el estadístico chi-cuadrado calculado (χ^2_c) es menor al valor crítico obtenido de la tabla (χ^2_t) ($2.276 < 8,885$), entonces se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa, este resultado nos permite comprobar con un nivel de confianza del 95%, que ocupación no influye significativamente en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.

4.2.2. SEGUNDA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Ho: El factor educacional bajo no influye significativamente en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el 2014.

H₁: El factor educacional bajo influye significativamente en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el 2014.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN
 PRENATAL EN GESTANTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
 PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014"

TABLA N°12:

INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN CONSEJERÍA
 EN SALUD MATERNA Y PERINATAL

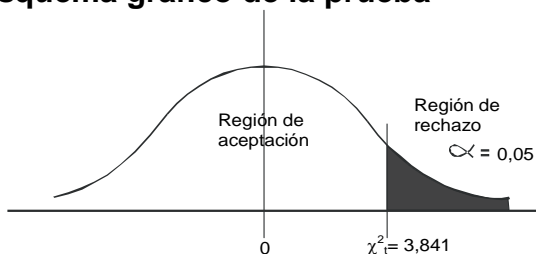
CONSEJERÍA EN SALUD MATERNA PERINATAL	INICIO TARDÍO DE APN				TOTAL	
	Segundo Trimestre (14 a 27 Semanas)		Tercer Trimestre (28 a 40 Semanas)			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	92	23,0%	30	7,5%	122	30,5%
No	258	64,5%	20	5,0%	278	69,5%
TOTAL	350	87,5%	50	12,5%	400	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado en C.Ext. de Obstetricia del INMP-Lima-2014

Prueba estadística de chi - cuadrado

- **Tipo de prueba:** Para el caso en estudio, resulta conveniente realizar una prueba unilateral cola a la derecha.
- **Nivel de significación de la prueba:** Se asume el nivel de significación del 5%.
- **Distribución apropiada para la prueba:** Utilizaremos la distribución muestral chi - cuadrado.
- **Los grados de libertad son: (C-1) (F-1)**
 $Gl = (2 - 1) * (2 - 1); Gl = 1$
- **Estadístico Chi en tablas:**
 $\alpha = 0,05 \quad \chi^2_t = 3,841$

- **Esquema gráfico de la prueba**



- **Matriz de operaciones auxiliares**

Celdas	Fo	Fe	Fo-Fe	(Fo-Fe) ²	(Fo-Fe) ² /Fe
1	92	106,75	-14,75	217,5625	2,038
2	258	243,25	15	217,5625	0,894
3	30	15,25	14,75	217,5625	14,266
4	20	34,75	-14,75	217,5625	6,261
TOTAL	400	400	0	870,25	23,460

$$\chi^2_c = \frac{\sum (F_o - F_e)^2}{F_e}$$

$$\chi^2_c = 48,735$$

Regla de decisión

Si $\chi^2_c \leq \chi^2_t$: Se Acepta la H_0 ; Si $\chi^2_c > \chi^2_t$: Se rechaza la H_0

- **Contraste de resultados**

$$\chi^2_c = 48,735; \chi^2_t = 3,841 \quad \alpha = 0,05$$

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Como el estadístico chi-cuadrado calculado (χ^2_c) es mayor al valor crítico obtenido de la tabla (χ^2_t) ($48,735 > 3,841$), entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, este resultado nos permite comprobar con un nivel de confianza del 95%, que el no recibir Consejería en Salud Materna y Perinatal influye significativamente en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN
 PRENATAL EN GESTANTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
 PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014”

TABLA N°13:
 INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN
 CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN PRENATAL

CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN PRENATAL	INICIO TARDÍO DE APN				TOTAL	
	Segundo Trimestre (14 a 27 Semanas)		Tercer Trimestre (28 a 40 Semanas)			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	146	36,5%	34	8,5%	180	45,0%
No	204	51,0%	16	4,0%	220	55,0%
TOTAL	350	87,5%	50	12,5%	400	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado en C.Ext. de Obstetricia del INMP-Lima-2014

Prueba estadística de chi - cuadrado

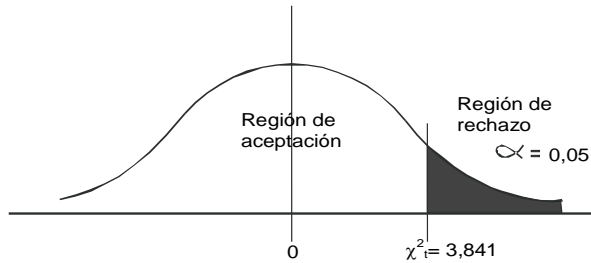
- **Tipo de prueba:** Para el caso en estudio, resulta conveniente realizar una prueba unilateral cola a la derecha.
- **Nivel de significación de la prueba:** Se asume el nivel de significación del 5%.
- **Distribución apropiada para la prueba:** Utilizaremos la distribución muestral chi - cuadrado.
- **Los grados de libertad son: (C-1) (F-1)**

$$Gl = (2 - 1) * (2 - 1); \quad Gl = 1$$

- **Estadístico Chi en tablas:**

$$\alpha = 0,05 \quad \chi^2_t = 3,841$$

- **Esquema gráfico de la prueba**



- **Matriz de operaciones auxiliares**

Celdas	Fo	Fe	Fo-Fe	(Fo-Fe) ²	(Fo-Fe) ² /Fe
1	146	94,5	-20,5	420,25	4,447
2	204	255,5	21	420,2500	1,645
3	34	13,5	20,5	420,25	31,130
4	16	36,5	-20,5	420,25	11,514
TOTAL	400	400	0	1681	48,735

$$\chi^2_c = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{Fe}$$

$$\chi^2_c = 48,735$$

- **Regla de decisión**

Si $\chi^2_c \leq \chi^2_t$: Se Acepta la H_0 ; Si $\chi^2_c > \chi^2_t$: Se rechaza la H_0

- **Contraste de resultados**

$$\chi^2_c = 48,735; \quad \chi^2_t = 3,841 \quad \alpha = 0,05$$

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Como el estadístico chi-cuadrado calculado (χ^2_c) es mayor al valor crítico obtenido de la tabla (χ^2_t) ($48,735 > 3,841$), entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, este resultado nos permite comprobar con un nivel de confianza del 95%, que el bajo conocimiento sobre la atención prenatal influye significativamente en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN
 PRENATAL EN GESTANTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
 PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014”

TABLA N°14:

INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN IMPORTANCIA
 ATENCIÓN PRENATAL PRECOZ Y OPORTUNO

IMPORTANCIA SOBRE APN PRECOZ Y OPORTUNO	INICIO TARDÍO DE APN				TOTAL	
	Segundo Trimestre (14 a 27 Semanas)		Tercer Trimestre (28 a 40 Semanas)			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	8	2,0%	4	1,0%	12	3,0%
No	342	85,5%	46	11,5%	388	97,0%
TOTAL	350	87,5%	50	12,5%	400	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado en C.Ext. de Obstetricia del INMP-Lima-2014

Prueba estadística de chi - cuadrado

- **Tipo de prueba:** Para el caso en estudio, resulta conveniente realizar una prueba unilateral cola a la derecha.
- **Nivel de significación de la prueba:** Se asume el nivel de significación del 5%.
- **Distribución apropiada para la prueba:** Utilizaremos la distribución muestral chi - cuadrado.
- **Los grados de libertad son: (C-1) (F-1)**
 $Gl = (2 - 1) * (2 - 1); \quad Gl = 1$
- **Estadístico Chi en tablas:**
 $\alpha = 0,05 \quad \chi^2_t = 3,841$

- **Esquema gráfico de la prueba**



- **Matriz de operaciones auxiliares**

Celdas	Fo	Fe	Fo-Fe	(Fo-Fe) ²	(Fo-Fe) ² /Fe
1	8	10,5	-2,5	6,25	0,595
2	342	339,5	3	6,2500	0,018
3	4	1,5	2,5	6,25	4,167
4	46	48,5	-2,5	6,25	0,129
TOTAL	400	400	0	25	4,909

$$\chi^2_c = \frac{\sum (F_o - F_e)^2}{F_e}$$

$$\chi^2_c = 4,909$$

- **Regla de decisión**

Si $\chi^2_c \leq \chi^2_t$: Se Acepta la H_0 ; Si $\chi^2_c > \chi^2_t$: Se rechaza la H_0

- **Contraste de resultados**

$$\chi^2_c = 4,909; \quad \chi^2_t = 3,841 \quad \alpha = 0,05$$

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Como el estadístico chi-cuadrado calculado (χ^2_c) es mayor al valor crítico obtenido de la tabla (χ^2_t) ($4,909 > 3,841$), entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, este resultado nos permite comprobar con un nivel de confianza del 95%, que el no conocer la importancia sobre de atención prenatal influye significativamente en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN
 PRENATAL EN GESTANTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO
 PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014”

TABLA N°15:

INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL SEGÚN
 CONOCIMIENTO SOBRE LOS RIESGO DE NO ACUDIR A LA
 ATENCIÓN PRENATAL PRECOZ.

RIESGOS AL NO ACUDIR A LA ATENCIÓN PRENATAL PRECOZ.	INICIO TARDÍO DE APN				TOTAL	
	Segundo Trimestre (14 a 27 Semanas)		Tercer Trimestre (28 a 40 Semanas)			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	34	8,5%	6	1,5%	40	10,0%
No	194	48,5%	16	4,0%	210	52,5%
Pocos	122	30,5%	28	7,0%	150	37,5%
TOTAL	350	87,5%	50	12,5%	400	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado en C.Ext. de Obstetricia del INMP-Lima-2014

Prueba estadística de chi - cuadrado

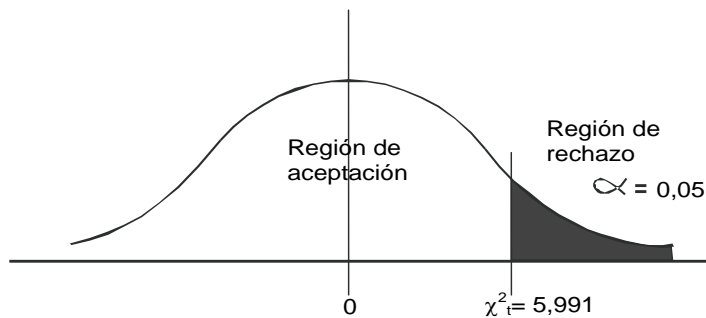
- **Tipo de prueba:** Para el caso en estudio, resulta conveniente realizar una prueba unilateral cola a la derecha.
- **Nivel de significación de la prueba:** Se asume el nivel de significación del 5%.
- **Distribución apropiada para la prueba:** Utilizaremos la distribución muestral chi - cuadrado.
- **Los grados de libertad son: (C-1) (F-1)**

$$Gf = (2 - 1) * (3 - 1); Gf = 2$$

- **Estadístico Chi en tablas:**

$$\alpha = 0,05 \quad \chi^2_t = 5,991$$

- **Esquema gráfico de la prueba**



- **Matriz de operaciones auxiliares**

Celdas	Fo	Fe	Fo-Fe	(Fo-Fe) ²	(Fo-Fe) ² /Fe
1	34	35	-1	1	0,029
2	194	183,75	10	105,0625	0,572
3	122	131,25	-9,25	85,5625	0,652
4	6	5	1	1	0,200
5	16	26,25	-10,25	105,0625	4,002
6	28	18,75	9,25	85,5625	4,563
TOTAL	400	400	0	383,25	10,018

$$\chi^2_c = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{Fe}; \chi^2_c = 10,018$$

- **Regla de decisión**

Si $\chi^2_c \leq \chi^2_t$: Se Acepta la H_0

Si $\chi^2_c > \chi^2_t$: Se rechaza la H_0

- **Contraste de resultados**

$$\chi^2_c = 10,018$$

$$\chi^2_t = 5,991 \quad \alpha = 0,05$$

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Como el estadístico chi-cuadrado calculado (χ^2_c) es mayor al valor crítico obtenido de la tabla (χ^2_t) ($10,018 > 5,991$), entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, este resultado nos permite comprobar con un nivel de confianza del 95%, que el no conocer el riesgo de no acudir a la atención prenatal precoz influye significativamente en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima.

DISCUSIONES

La adecuada Atención Prenatal permite a la gestante lograr la obtención de mejores resultados maternos y perinatales, esto se expresa en menores tasas de complicaciones, por lo que es justificable una atención prenatal precoz, continua, oportuna y de calidad.

En esta investigación se encontró que las gestantes tuvieron su primera atención prenatal en el II trimestre con un 87,5% y un 12,5% durante el III trimestre, Según Pécora y colaboradores⁶, refiere que el 76% no concurrió de manera precoz al control prenatal. Debiendo de motivarse la importancia de la atención prenatal precoz para erradicar los inicios tardíos de la atención prenatal que de por si son situación de riesgo para la evolución del embarazo. Asimismo las publicaciones revisadas señalan que el inicio de la atención prenatal se ve influenciado por diversos factores, a su vez estos factores pueden actuar como obstaculizadores de la búsqueda de la atención prenatal precoz.

Este estudio clasificó en dos a los factores que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal: factores sociodemográficos y factores educacionales.

En cuanto a los factores sociodemográficos; este estudio indagó sobre la edad promedio de la gestante que fue de 18 a 29 años que pertenece al grupo etéreo joven en 44,8%, cabe resaltar que se encontró en promedio menor en un 20,3% la etapa de vida adolescente; ello difiere con la literatura revisada, pues la literatura muestra que la población gestante adolescente es el sector que más tardíamente acude en busca de una atención por el personal de salud a comparación de las personas adultas por ser más vulnerables y por los casos de aumento de embarazos en la adolescencia, esto se podría explicar ya que en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima se cuenta con consultorios diferenciados para los adolescentes y por políticas del Instituto es poco posible trabajar con ese grupo de vida.

Respecto al estado civil se encontró que el 61,0% son conviviente y el 16,5% son solteras. Un 41,5% estudiaron secundaria completa. Con respecto a la ocupación un 64,5% son ama de casa y el 32,5% proviene de San Juan de Lurigancho la cual es una zona no cercana al Instituto Nacional Materno Perinatal.

La prueba resulto significativa porque la probabilidad es menor a 0,05. Pudiendo decir así que los factores sociodemográficos como la edad, estado civil, y grado de escolaridad influyen en la decisión

de acudir tardíamente a la atención del embarazo, mientras que la ocupación no influye. Asimismo concuerdo con el estudio de Córdova y colaboradores⁷, donde identificó que los factores de riesgo sociodemográficos se relacionaban directamente con la ausencia de las gestantes al control médico en el primer trimestre de embarazo. Según Pécora y colaboradores⁶, refiere que las gestantes con inicio tardío tenían edades entre 18 y 45 años y tenían unión estable. Según Faneite y colaboradores¹⁰, en su estudio se observa también semejanzas; que la falta de consulta prenatal está relacionada a múltiples factores como el grado de estudio que fue secundaria, estado civil soltera, domicilio lejano.

Respecto a los factores educacionales, en nuestro estudio se halló que el 69,5% de las gestantes no han recibido Consejerías de Salud Materna y Perinatal, el 55,0% no conocen o no saben lo que es la atención prenatal, un 97,0% no sabe cuál es la importancia de realizarse una atención prenatal precoz y oportuna, y el 52,5% no conoce los riesgos que ocasiona el no asistir a la atención prenatal precozmente. Asimismo existe un pequeño porcentaje de gestantes que si ha recibido Consejería de Salud Materna y Perinatal en un 30,5%, el 45% si conoce que es la atención prenatal, el 3% cree que es importante la atención prenatal precoz

y oportuna, y el 10% si conoce los riesgos que ocasiona al no asistir a la atención prenatal precoz. Por tanto estas gestantes inician tardíamente sus atenciones prenatales por otros diversos factores como lo refiere Barreda¹³ que concluye que los factores institucionales y psicológicos influyen en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes adolescentes. También Munares¹⁶ en su estudio revela que el no tener permisos en el trabajo, tener dificultades por quehaceres domésticos aumenta la probabilidad de abandono de la atención prenatal. Por tal estos podrían ser algunos factores por los cuales las gestantes no acuden a sus controles prenatales.

Así podemos decir que el factor educacional bajo o poco conocimiento según la relación estadística influye en el inicio tardío de la atención prenatal.

Diversos estudios revisados refieren que la educación de la gestante es un factor protector ante los cuidados y acciones que se toma ante su salud, y el desconocimiento nos lleva al inicio tardío. Es así también que coincido con las investigaciones encontradas por Peláez¹¹, en su estudio realizado demostró la desinformación y falta de interés ha sido una de las causas por las cuales ingresan tardíamente o no al programa. También coincido con Cobos¹², en

su trabajo con gestantes adolescentes, donde el 77% no ha recibido charlas por el personal de salud dentro de la institución, el 40% desconoce sobre los riesgos que ocasiona al no asistir a las consultas prenatales periódicamente, el 60% no sabe la importancia de un control prenatal oportuno.

Se observa que en el grupo de gestantes con respecto a datos Gineco-obstétricos según paridad que el 52% son multigestas y el 48% primigestas, el 90% no planificó su embarazo. Según Sunil⁹, donde refiere que las gestantes que no habían planeado su embarazo eran más propensas a iniciar tardíamente el control de atención prenatal.

CONCLUSIONES

1. En el presente trabajo se identificó que los factores sociodemográficos (edad, grado de escolaridad, estado civil) y los factores educacionales (Consejería en Salud Materna y Perinatal), influyen significativamente en el inicio tardío de la atención prenatal y por tanto limitan su captación temprana en el programa de atención prenatal de la institución. A su vez son factores que limitan la identificación precoz de problemas del embarazo, parto y puerperio.
2. Los factores sociodemográficos en gestantes con inicio tardío de atención prenatal fueron: El 44,8% están entre las edades de 18 a 29 años, el 32,5% según lugar de procedencia son de San Juan de Lurigancho, el 41,5% tienen secundaria completa, el 61,0% son convivientes, el 64,5% son amas de casa, el 81,5% tuvo apoyo familiar, el 50% tiene una relación regular con su pareja, el 62,5% de las gestantes refiere que nadie la acompañó a su primera atención prenatal y el 45% no accede a los servicios de salud cuando tiene problemas de salud.
3. Los factores educacionales en gestantes con inicio tardío de atención prenatal fueron: El 69,5% no han recibido Consejería en Salud Materna y Perinatal por parte del personal de salud en la consulta, el 55% no

conocen o no saben lo que es la atención prenatal, el 97,0% no saben sobre cuál es la importancia de realizarse una atención prenatal precoz y oportuno, el 52,5% no conocen los riesgos que ocasiona el no asistir a la atención prenatal precozmente.

4. La edad, el grado de escolaridad y el estado civil influyen significativamente en el inicio tardío de la atención prenatal.
5. El no recibir consejería en Salud Materna y Perinatal, no conocer que es la atención prenatal, no conocer la importancia sobre de atención Prenatal precoz u oportuna y no conocer los riesgos de la inasistencia a la atención prenatal precoz influye significativamente en el inicio tardío de la atención prenatal.

RECOMENDACIONES

1. Las(os) Obstetras, conociendo que la Educación en Salud Materna y Perinatal es importante porque contribuye a identificar los factores de riesgo; y habiendo obtenido resultados con bajo conocimiento de estos temas de la Consejería durante la atención prenatal; se recomienda como una necesidad prioritaria la apertura de un consultorio de Consejería en Salud Materna y Perinatal, cumpliendo así con la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva según la normativa del Ministerio de Salud.
2. Se realice el monitoreo y cumplimiento de la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva por parte de los responsables encargados en la Dirección General de Salud de Lima; a fin de sensibilizar a las madres gestantes en acudir tempranamente a sus atenciones prenatales, que permita brindar una atención de calidad, con trato humanizado y de mayor cobertura fomentando la confianza y seguridad de la usuaria.
3. Promover la sensibilización a través de los diferentes medios de comunicación la asistencia precoz y periódica de la atención prenatal para disminuir la Morbi- Mortalidad Materna y Perinatal.

4. En general se recomienda a las Obstetras, que en los establecimientos del primer nivel realizar medidas preventivas promocionales mediante la educación a la población escolar, adolescente y a las mujeres en edad fértil sobre sexualidad humana y el compromiso de la persona en la búsqueda y conservación de la salud, haciendo énfasis en los riesgos reproductivos, mediante consejerías, charlas o talleres educativos en los colegios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Cáceres F. El control prenatal: una reflexión urgente. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2009, 60 (2) p: 165-170
2. Ministerio de Salud.
URL: <http://www.minsa.gob.pe> avances y logros en salud materna.
3. Munares O. Calidad del control prenatal en establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Unidad de postgrado de maestría. Lima-Perú, 2005.
4. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. MINSA. Lima-Perú, 2007.
URL:<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiasAtencionIntegral>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática–Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Proporción de gestantes con 1ra APN en el primer trimestre de gestación según área de residencia. Perú, 2010.
6. Pécora A, San Martín M, Cantero A, Furfaro K, Jankovic P, Llompart V. Control Prenatal Tardío: ¿Barreras En El Sistema De Salud?; Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Argentina, 2008; 27(3): 114-119.
7. Córdoba Ramiro, Escobar Lina Paola, Guzmán Lyda Lucero. Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la E.S.E. San Sebastián de la Plata,

Huila. Argentina, 2009.

8. Cresswell JA, Yu G, Hatherall B, Morris J, Jamal F, Harden A, et al. Predictors of the timing of initiation of antenatal care in an ethnically diverse urban cohort in the UK. BMC Pregnancy Childbirth. Reino Unido, 2013 May 3; 13:103.
9. Sunil T, Spears WD, Hook L; Castillo J, Torres C. Iniciación y obstáculos al uso de la atención prenatal entre las mujeres de bajos ingresos en San Antonio, Texas. Matern Child Health J. USA, 2010; 14(1):133-40.
10. Faneite A. Pedro, Rivera Clara, Rodríguez Amato Fátima, Moreno Rosanna Shirley, Cangemi Lynmer. Consulta prenatal: motivos de inasistencia, ¿se justifica?. Venezuela, 2009.
11. Peláez Mosquera, Pérez Pulgarin. Ingreso tardío de gestantes al Programa de Control Prenatal En La E.S.E Hospital Tobias Puerta De Uramita, Colombia, 2008.
12. Cobos Martínez. Factores que influyen en la Atención Prenatal en adolescentes que acuden a la consulta del Sub Centro de Salud Zapotal - Santa Elena. Ecuador, 2012-2013.
13. Barrera Huamán Patricia. Factores que influyen en el inicio de la atención prenatal de gestantes adolescentes atendidas en la consulta

prenatal del Hospital Santa Rosa de Octubre a Diciembre. Tesis Mg. Obstetricia. UNMSM. Lima, 2007.

14. Vela Moscoso L. Calidad de atención del control prenatal en gestantes, en el P.S. Cono Norte - Ciudad Nueva - Tacna, 2007.
15. Arispe Claudia, Salgado Mary, González Carmen, Rojas José Luis. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia, Perú, 2010.
16. Munares García Oscar. Factores asociados al abandono al control prenatal – Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. Tesis de Mgr en Ciencias de la Salud. UNMSM. Lima- Perú, 2011.
17. Organización Mundial de la Salud. Embarazo. 2010. (Consulta 16 de julio del 2013).

URL:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs963/es/index.html>

18. Ministerio de Salud–Atención Obstétrica, Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima-Perú: MINSA, 2004.
19. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal, 2010.
20. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Guía de Práctica Clínica para la atención de Emergencias Obstétricas

según nivel de capacidad resolutive: Guía Técnica. Lima: MINSA, 2007.

21. Casini Sergio, Sáinz Lucero, Hertz Martín y Andina Elsa. Artículo original-Guía de control prenatal. Embarazo normal. Rev.2007.
22. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. Lima-Perú, 2013.
23. Ministerio de Salud del Perú:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/maternidad/index.html>.
24. WORDREFERENCE.COM, disponible en:
<http://forum.wordreference.com/showthread.php?t=262314&langid=24>
25. Baeza W. Bernardita y otros. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región”. Rev Chil Obstet Ginecol 2007; 72(2):76-81.
26. Mirabal M. Grisell y otros. Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Enfermer v.18 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2002.
27. Mogensen Cristina. Un análisis relacional de la participación del varón en la atención prenatal: el caso de las embarazadas adolescentes que se atienden en los Servicios Públicos de Salud de la Ciudad de Mar del Plata. En libro: Jornadas Gino Germani. IIFCS, Instituto de

- Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina. 2000. p. 11.
28. Faneite Pedro, Rivera Clara, y otros. ¿Por qué no se controla la embarazada? Rev Obstet Ginecol. Venezuela 2002;62(2):77-81.
 29. Schwarcz Ricardo. "Obstetricia". Editorial El ateneo. 6º Edición Argentina.2005.
 30. WORDREFERENCE.COM, disponible en:
[Http://www. Wordreference.com /definición /edad.](http://www.Wordreference.com/definición/edad)
 31. SECRETARIASENADO.GOV.CO, disponible en:
[http://www. secretariasenado.gov.co/ senado/ basedoc/ decreto/ 1970/ decreto_1260_1970.html.](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto/1970/decreto_1260_1970.html)
 32. WORDREFERENCE.COM, disponible en:
[Http://www. Wordreference.com /definición /procedencia.](http://www.Wordreference.com/definición/procedencia)
 33. WORDREFERENCE.COM, disponible en:
[http://www.wordreference.com/definicion/ocupacion.](http://www.wordreference.com/definicion/ocupacion)
 34. WORDREFERENCE.COM, disponible en:
[http://www.wordreference.com/definicion/escolaridad.](http://www.wordreference.com/definicion/escolaridad)
 35. Canales F, Alvarado E, Pineda E. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. OPS-Limusa, 1986.

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO PARA EVALUAR:

“LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL (APN) EN GESTANTES DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014”.

CUESTIONARIO

Estamos haciendo una encuesta anónima con el objeto de saber sus opiniones acerca de que los factores influyen o no en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el 2014.

Colocar un (x) aspa al lado de la respuesta seleccionada. Favor de ser sincero en sus respuestas. Se agradece a los entrevistados por su importante colaboración de atención al cuestionario, que contribuirá en el cumplimiento del objetivo planteado en la investigación.

FECHA DE ENTREVISTA:.....

N° 01: LA PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL FUE:

- FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

N° 02: Edad:	N° 03: Lugar de procedencia:
---------------------	-------------------------------------

N° 04: Grado de Escolaridad:

- a) Primaria. ()
- b) Secundaria incompleta. ()
- c) Secundaria completa. ()
- d) Superior universitario. ()
- e) Superior no universitario ()

N° 05: Estado Civil:

- a) Casada. ()
- b) Conviviente. ()
- c) Soltera. ()

N° 06: ¿Cuál es su ocupación actualmente?

- a) Estudiante ()
- b) Ama de casa ()
- c) Trabaja () 6.1 especificar_____

N° 07: ¿Ha recibido apoyo de la familia durante el embarazo?

- a) SI ()
- b) NO ()

N°08: ¿Cómo es la relación con su pareja?

- a) Buena ()
- b) Regular ()
- c) Mala ()

N° 09: ¿Quién te acompañó a tu primera Atención Prenatal?

- a) Padres ()
- b) Pareja ()
- c) Familiares ()
- d) Nadie ()

N° 10: ¿tú o tú familia acceden a los servicios de salud cuando tienen algún problema de salud?

- a) SI ()
- b) NO ()
- c) A veces ()

- FACTORES EDUCACIONALES

N° 11: ¿Has recibido charlas o consejería en Salud Materna y Perinatal en la consulta por el personal de salud?

- a) SI ()
b) NO ()

N° 12: ¿Conoce y/o sabe que es la Atención Prenatal?

- a) SI ()
b) NO ()

N° 13: ¿Conoce cuál es la importante de realizarse una atención prenatal precoz (en los tres primeros meses) y oportuna?

- a) SI ()
b) NO ()

N° 14: ¿Conoce los riesgos que ocasionan al no asistir a una atención prenatal precozmente?

- a) SI ()
b) NO ()
c) Pocos ()

- DATOS GÍNECO-OBSTÉTRICOS

N° 15: Número de hijos

- a) Primigestas (1er hijo) ()
b) Multigestas(más de 2 hijos) ()

N° 16: ¿Su embarazo actual fue planificado?

- a) SI ()
b) NO ()

Gracias

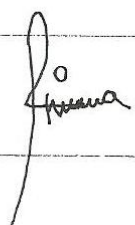
ELABORADO POR : Ruth Silvia Mamani Mendoza
FECHA : Enero 2014

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DIRIGIDO A OBSTETRAS, PARA FINES ACADÉMICOS DEL
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

"FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DEL
 INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014"

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS.				
SECCIÓN I: DATOS GENERALES DE LA PERSONA ENCUESTADA				
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO. Determinar los factores que influyen en el inicio tardío de la Atención Prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el 2014.				
Muy mala/ Muy Insatisfactoria	Mala / Insatisfactoria	Normal / Indiferente	Buena /Satisfactoria	Muy buena/Muy Satisfactoria
1	2	3	4	5

Nº	Ítems	Redacción Adecuada	Pertinencia con los objetivos	Claridad	Observación
1	La primera atención prenatal fue	4	4	4	
2	Edad	4	4	4	
3	Lugar de procedencia	4	4	4	
4	Grado de Escolaridad	4	4	4	
5	Estado Civil	4	4	4	
6	¿Cuál es su ocupación actualmente?	4	4	4	
7	¿Ha recibido apoyo de la familia durante el embarazo?	4	4	4	
8	¿Cómo es la relación con su pareja?	4	4	4	
9	¿Quién te acompañó a tu primera Atención Prenatal?	4	4	4	
10	¿Tú o tu familia acceden a los servicios de salud cuando tienen algún problema de salud?	4	4	4	
11	¿Has recibido charlas o consejería en Salud Materna y Perinatal en la consulta por el personal de salud?	4	4	4	
12	¿Conoce y/o sabe que es la Atención Prenatal?	4	4	4	
13	¿Conoce cuál es la importante de realizarse una Atención Prenatal precoz (en los tres primeros meses) y oportuna?	4	4	4	
14	¿Conoce los riesgos que ocasionan al no asistir a una atención prenatal precozmente?	4	4	4	
15	Número de hijos	4	4	4	
16	¿Su embarazo actual fue planificado?	4	4	4	

Nº DNI o Nº de Colegio al que pertenece:	00514773/6539	
Nivel Académico / Profesión:	Dr en Cs de la Salud	
Cargo:	Docente	

Nombre: Rina Pilco Velasquez

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DIRIGIDO A OBSTETRAS, PARA FINES ACADÉMICOS DEL
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

"FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DEL
 INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014"

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS.				
SECCIÓN I: DATOS GENERALES DE LA PERSONA ENCUESTADA				
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los factores que influyen en el inicio tardío de la Atención Prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el 2014.				
Muy mala/ Muy Insatisfactoria	Mala / Insatisfactoria	Normal / Indiferente	Buena / Satisfactoria	Muy buena/Muy Satisfactoria
1	2	3	4	5

N°	Ítems	Redacción Adecuada	Pertinencia con los objetivos	Claridad	Observación
1	La primera atención prenatal fue	4	4	4	
2	Edad	5	5	5	
3	Lugar de procedencia	4	4	4	
4	Grado de Escolaridad	5	5	5	
5	Estado Civil	5	5	5	
6	¿Cuál es su ocupación actualmente?	4	4	4	
7	¿Ha recibido apoyo de la familia durante el embarazo?	5	4	4	
8	¿Cómo es la relación con su pareja?	4	4	4	
9	¿Quién te acompañó a tu primera Atención Prenatal?	4	4	4	
10	¿Tú o tu familia acceden a los servicios de salud cuando tienen algún problema de salud?	4	3	4	
11	¿Has recibido charlas o consejería en Salud Materna y Perinatal en la consulta por el personal de salud?	5	3	4	
12	¿Conoce y/o sabe que es la Atención Prenatal?	5	5	5	
13	¿Conoce cuál es la importante de realizarse una Atención Prenatal precoz (en los tres primeros meses) y oportuna?	4	4	4	
14	¿Conoce los riesgos que ocasionan al no asistir a una atención prenatal precozmente?	5	5	5	
15	Número de hijos	4	4	4	
16	¿Su embarazo actual fue planificado?	4	4	4	


N° DNI o N° de Colegio al que pertenece:	044 32960-COP 9033
Nivel Académico / Profesión:	Doctor - Obstetra
Cargo:	Docente UNJBG.

Nombre: Lois Choque Ilamari

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DIRIGIDO A OBSTETRAS, PARA FINES ACADÉMICOS DEL
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:
"FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DEL
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA DURANTE EL 2014"

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS.				
SECCIÓN I: DATOS GENERALES DE LA PERSONA ENCUESTADA				
OBJETIVO DEL CUESTIONARIO: Determinar los factores que influyen en el inicio tardío de la Atención Prenatal en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el 2014.				
Muy mala/ Muy Insatisfactoria	Mala / Insatisfactoria	Normal / Indiferente	Buena / Satisfactoria	Muy buena/Muy Satisfactoria
1	2	3	4	5

N°	Ítems	Redacción Adecuada	Pertinencia con los objetivos	Claridad	Observación
1	La primera atención prenatal fue	4	4	4	
2	Edad	5	5	5	
3	Lugar de procedencia	5	5	5	
4	Grado de Escolaridad	5	4	4	
5	Estado Civil	5	4	4	
6	¿Cuál es su ocupación actualmente?	4	4	4	
7	¿Ha recibido apoyo de la familia durante el embarazo?	4	4	4	
8	¿Cómo es la relación con su pareja?	4	4	4	
9	¿Quién te acompañó a tu primera Atención Prenatal?	4	4	4	
10	¿Tú o tu familia acceden a los servicios de salud cuando tienen algún problema de salud?	4	4	4	
11	¿Has recibido charlas o consejería en Salud Materna y Perinatal en la consulta por el personal de salud?	4	4	4	
12	¿Conoce y/o sabe que es la Atención Prenatal?	4	4	4	
13	¿Conoce cuál es la importante de realizarse una Atención Prenatal precoz (en los tres primeros meses) y oportuna?	4	4	4	
14	¿Conoce los riesgos que ocasionan al no asistir a una atención prenatal precozmente?	4	4	4	
15	Número de hijos	4	5	5	
16	¿Su embarazo actual fue planificado?	5	5	5	

N° DNI o N° de Colegio al que pertenece:	0815	
Nivel Académico / Profesión:	Obstetriz	
Cargo:	Docente	

Nombre: Celia Uvanco Canchay