



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



EFFECTO DEL NÚMERO DE VISITAS DE ATENCIÓN PRENATAL SOBRE COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL III ESSALUD – JULIACA, 2023

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. MELINA ASQUI FLORES

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO - CIRUJANO

PUNO – PERÚ

2024



Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

EFFECTO DEL NÚMERO DE VISITAS DE ATENCIÓN PRENATAL SOBRE COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTAN

AUTOR

MELINA ASQUI FLORES

RECuento DE PALABRAS

18123 Words

RECuento DE CARACTERES

98520 Characters

RECuento DE PÁGINAS

89 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

2.6MB

FECHA DE ENTREGA

Jul 24, 2024 11:20 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jul 24, 2024 11:22 PM GMT-5

● **18% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 13% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 8 palabras)

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
U.N.A. - PUNO

DOC. JUAN CRUZ DE LA CRUZ
EPMH - PHTT



Med. Esp. GRISELDA C. LUNA RAMIREZ
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
FMH - UNA



DEDICATORIA

A mis padres, Reyna E. Flores Barrientos y Alfonso Asqui Torres, a mi hermano Guido R. Asqui Flores, quienes fueron mi soporte durante todos los años de la carrera de Medicina y siempre creyeron en mí.

A mi hermana Janeth, a mi amiga Fiorella quienes junto a Dios guían cada uno de mis pasos.

Melina Asqui Flores



AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Altiplano y al Hospital III EsSalud Juliaca por facilitarme el desarrollo del presente estudio.

Quiero agradecer a mi asesor el Dr. Juan C. Cruz porque sin su confianza inicial y su constante apoyo nada de este sueño hubiera sido posible.

Quiero agradecer a mis jurados, Dr. Dante E. Hanco, Dr. Vidal A. Quispe y Dr. Alfredo Tumi por todo el apoyo brindado en la disipación de dudas, consejos, correcciones durante y elaboración de este trabajo.

Quiero agradecer a mis amigos que me ayudaron en este camino.

Melina Asqui Flores



ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
ÍNDICE GENERAL	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
ÍNDICE DE ANEXOS	
ACRÓNIMOS	
RESUMEN	13
ABSTRACT	14
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	
1.1. JUSTIFICACIÓN	15
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	18
1.3.1. Pregunta general.....	18
1.3.2. Pregunta específica	18
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
1.4.1. Objetivo general.....	18
1.4.2. Objetivo específico	19
1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.5.1. Hipótesis general.....	19
1.5.2. Hipótesis específica	19



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES	20
2.1.1. Nivel internacional.....	20
2.1.2. Nivel nacional	24
2.1.3. Nivel local.....	27
2.2. MARCO TEÓRICO	29
2.2.1. Control prenatal.....	29
2.2.1.1. Definición.....	29
2.2.1.2. Primer control	30
2.2.1.3. Controles posteriores.....	33
2.2.2. Complicaciones maternas	37
2.2.2.1. Infección urinaria	37
2.2.2.2. Anemia	38
2.2.2.3. Preeclampsia	39
2.2.2.4. Ruptura prematura de membranas	40
2.2.2.5. Diabetes mellitus gestacional	41
2.2.3. Complicaciones perinatales	42
2.2.3.1. Reanimación neonatal	42
2.2.3.2. Sufrimiento fetal agudo.....	42
2.2.3.3. Síndrome de dificultad respiratoria.....	43
2.2.3.4. Macrosomía fetal.....	43
2.2.3.5. Prematuridad	44
2.2.3.6. Bajo peso al nacer	45



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	46
3.2. DELIMITACIÓN ESPACIAL	46
3.2.1. Población	46
3.2.2. Muestra	47
3.2.3. Técnica de muestreo	47
3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN	48
3.3.1. Criterios de inclusión.....	48
3.3.2. Criterios de exclusión.....	48
3.4. MÉTODO	48
3.4.1. Procedimiento de recolección de datos	48
3.4.1.1. Técnica.....	48
3.4.1.2. Instrumentos.....	49
3.4.2. Procedimientos.....	49
3.4.3. Análisis estadístico	49
3.4.4. Consideraciones éticas	50
3.4.5. Operacionalización de variables.....	51

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS.....	52
4.2. DISCUSIÓN	61
V. CONCLUSIONES.....	69
VI. RECOMENDACIONES	70
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71



ANEXOS 80

AREA: Ciencias Biomédicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Ciencias Médicas Clínicas

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 31 de Julio de 2024



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Operacionalización de variables.	51
Tabla 2 Características de las gestantes con control prenatal atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, durante el año 2023.....	52
Tabla 3 Complicaciones materno perinatales de gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, durante el año 2023.....	57
Tabla 4 Efecto del número de visitas de atención prenatal sobre las complicaciones maternas en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, durante el año 2023.....	58
Tabla 5 Efecto del número de visitas de atención prenatal sobre las complicaciones perinatales en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, durante el año 2023.....	60



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Control prenatal según la edad de las gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca durante el año 2023.....	53
Figura 2 Estado civil de las gestantes con control prenatal atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca durante el año 2023.....	54
Figura 3 Control prenatal según el lugar de procedencia de las gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca durante el año 2023.	55
Figura 4 Control prenatal según el tipo de parto de las gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca durante el año 2023.	56



ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1 Esquema básico de la atención prenatal según la norma técnica de salud para la atención integral de salud materna.....	80
Anexo 2 Hoja de recolección de datos.	81
Anexo 3 Validación de instrumento de hoja de datos por expertos.	82
Anexo 4 Solicitud de autorización al director del Hospital III EsSalud Juliaca.....	85
Anexo 5 Constancia del comité institucional de ética en investigación CIEI – Hospital III EsSalud Juliaca.....	86
Anexo 6 Matriz de consistencia de la investigación.....	87
Anexo 7 Declaración jurada de autenticidad de tesis.	88
Anexo 8 Autorización para el depósito de tesis en el repositorio institucional.....	89



ACRÓNIMOS

OMS:	Organización Mundial de la Salud
CPN:	Control prenatal
RPM:	Ruptura Prematura de Membranas
SFA:	Sufrimiento fetal agudo
OR:	Odds ratio
IC:	Intervalo de confianza
Chi²:	Chi cuadrado
ACOG:	The American College of Obstetricians and Gynecologists.
LCF:	Latidos cardíofetales
VIH:	Virus de la inmunodeficiencia
ITU:	Infección del tracto urinario
SC:	Sífilis congénita
DMG:	Diabetes mellitus gestacional
UCIN:	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
SDR:	Síndrome de distrés respiratorio



RESUMEN

El objetivo del estudio es analizar el efecto del número de visitas prenatales sobre las complicaciones materno-perinatales en las gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, durante el año 2023. **Materiales y métodos:** El tipo de estudio es observacional, analítico, transversal y de diseño no experimental, con una muestra de 202 gestantes que presentaron complicaciones. Se utilizó estadística descriptiva, además de pruebas de odds ratio y chi-cuadrado, con un intervalo de confianza al 95% y nivel de significancia del 5%. **Resultados:** Del total de las gestantes, el 26,2% tuvieron ≤ 5 controles prenatales (CPN) y el 73,8% presentaron ≥ 6 CPN. Las complicaciones maternas fueron: anemia gestacional (42,1%), preeclampsia (17,8%), ruptura prematura de membranas (RPM) (16,8%), infección urinaria (15,8%) y diabetes mellitus gestacional (DMG) (2,0%). Las complicaciones perinatales incluyeron: síndrome de distrés respiratorio (SDR) (24,3%), bajo peso al nacer (11,9%), reanimación fetal (4,0%), sufrimiento fetal agudo (SFA) (2,5%) y muerte fetal (2,5%). Tener ≤ 5 CPN está asociado a infección urinaria (OR:5,84; IC95%:2,62-13,0; $p=0,001$), diabetes mellitus gestacional (OR:1,26; IC95%: 1,25-1,48) y reanimación neonatal del recién nacido (OR:5,06; IC95%:1,16-22,00; $p=0,01$). **Conclusión:** Un mayor número de visitas prenatales (≥ 6) se asocia con una menor incidencia de complicaciones materno-perinatales específicas. Esto resalta la importancia de fomentar y facilitar el acceso a un número adecuado de controles prenatales.

Palabras clave: Atención prenatal, Cuidado prenatal, Complicaciones perinatales
Complicaciones maternas, Gestantes.



ABSTRACT

The objective of the study is to analyze the effect of the number of prenatal visits on maternal and perinatal complications in pregnant women at Hospital III EsSalud Juliaca during 2023. **Materials and methods:** The observational, analytical, cross-sectional, and non-experimental study included a sample of 202 pregnant women who presented complications. Descriptive statistics, as odds ratio and chi-square tests were used, with a 95% confidence interval and a significance level of 5%. **Results:** Of the total pregnant women, 26.2% had ≤ 5 prenatal check-ups (PNC), and 73.8% had ≥ 6 PNC. Maternal complications included gestational anemia (42.1%), preeclampsia (17.8%), premature rupture of membranes (PRM) (16.8%), urinary tract infection (UTI) (15.8%), and gestational diabetes mellitus (GDM) (2.0%). Perinatal complications included respiratory distress syndrome (RDS) (24.3%), low birth weight (11.9%), neonatal resuscitation (4.0%), acute fetal distress (AFD) (2.5%), and fetal death (2.5%). Having ≤ 5 PNCs is associated with urinary tract infection (OR:5.84; 95%CI:2.62-13.0; $p=0.001$), gestational diabetes mellitus (OR:1.26; 95%CI:1.25-1.48), and neonatal resuscitation (OR:5.06; 95%CI:1.16-22.00; $p=0.01$). **Conclusion:** More prenatal visits (≥ 6) are associated with a lower incidence of specific maternal and perinatal complications. This highlights the importance of promoting and facilitating access to an adequate prenatal check-up.

Keywords: Prenatal care, Prenatal check-ups, Perinatal complications, Maternal complications, Pregnant women.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El incremento de casos de morbilidad perinatal y sus complicaciones se debe probablemente a la reducción de visitas en el control prenatal de las gestantes (1). La atención prenatal constituye una intervención de vital importancia para el éxito de la salud materna e infantil. Una asistencia de menos del 50% de las visitas de atención prenatal recomendadas se asocia con resultados adversos durante el embarazo y parto. Las muertes fetales son un reflejo de la falta de accesibilidad y utilización de la atención prenatal de parte de las gestantes. Los embarazos sin un adecuado control prenatal tienen un riesgo significativamente mayor de muerte fetal; además las diversas investigaciones revelan que la mortalidad y morbilidad de las madres y los recién nacidos se redujo para aquellos que tuvieron una utilización óptima de los servicios de atención prenatal.

En la actualidad, no se conoce cómo el número de visitas prenatales durante el embarazo influye en las complicaciones materno perinatales en el contexto del Hospital III EsSalud de Juliaca. Si bien existen estudios que denotan la gran importancia de las visitas prenatales y su relación con las complicaciones perinatales, aun no se cuenta con información de esta relación en los diversos establecimientos de salud del departamento de Puno.

Sin embargo, a pesar de que el MINSA ha establecido que al menos seis controles prenatales son los necesarios para un adecuado control prenatal, aún existen disparidades en el número de controles prenatales, esto constituye un obstáculo para continuar mejorando los resultados de salud y alcanzar así las metas de reducción de mortalidad



materna y neonatal. Para esto es necesario analizar y poner en evidencia de cuál es el efecto del número de visitas prenatales sobre las complicaciones materno-perinatales en gestantes del Hospital III EsSalud de Juliaca durante el año 2023.

1.2. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial existe la necesidad de mejorar los indicadores de salud materno infantil (2). En los últimos 5 años se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después, estas se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría pudieron haberse evitado. En la actualidad, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos se redujo en un 5,5% cada año (3), Sin embargo, aún se presenta en el 60% durante el puerperio, el 32,5% en el embarazo y 6,6% en el parto, por lo que sigue constituyendo un problema de salud pública (4).

En tal sentido, lo controles prenatales son intervenciones efectivas de costo relativamente bajos, para prevenir o dar tratamiento de las complicaciones maternas y neonatales potencialmente mortales. El período prenatal constituye una importante oportunidad de llegar a las mujeres embarazadas con intervenciones que pueden ser de suma importancia para su salud y bienestar así como el de sus hijos (5).

La Organización Mundial de Salud (OMS) recomienda que el número mínimo de controles de atención prenatal es cuatro visita prenatales, la primera visita se desarrolla durante el primer trimestre (6), esta desempeña un papel importante en la reducción del riesgo y la gravedad de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal (7). Mediante los controles se podrán detectar algunas alteraciones que ponga en riesgo la gestación y al producto; a través del control pre natal se podrá prevenir y derivar a las gestantes a centros de salud de mayor complejidad de manera oportuna (8). Desde el año 2015, el Ministerio



de Salud de Perú (MINSA) establece que el número de visitas prenatales deberán ser al menos seis, la primera se tiene que realizar durante el primer trimestre del embarazo (9).

A pesar de estos beneficios del control prenatal en el primer trimestre, el número de estos controles sigue siendo baja en el Perú. Según la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES), indica que, durante el año 2021, el 79.1% de mujeres gestantes tuvieron su primer control prenatal durante el primer trimestre del embarazo. En el área urbana fue del 80,9% y en el área rural 73,3% (10). Estas cifras que se encuentran por debajo del objetivo recomendado de asistencia que constituye el 90%, por lo que no es posible prevenir las complicaciones maternas como la preeclampsia, anemia materna, diabetes gestacional y complicaciones perinatales más frecuentes como el bajo peso al nacer, hipoglicemia, ictericia neonatal y sepsis neonatal, las cuales podrían ser evitadas con un tratamiento oportuno y adecuado. Dada la importancia del número de atenciones prenatal de forma oportuna ya adecuada, se permite el adecuado manejo preventivo de las complicaciones materno perinatales por lo que se va a contribuir a disminuir la morbimortalidad tanto materna como perinatales.

La relevancia científica radica en establecer que el número de controles prenatales es importante incluso en embarazos saludables, además que los controles prenatales regulares ayudan a identificar gestantes con mayor riesgo tanto obstétrico como perinatal, lo cual es esencial para promover conductas saludables durante el embarazo. Al identificar y analizar estos factores, la investigación contribuirá al conocimiento de la salud materna, proporcionando una comprensión más profunda de las motivaciones y comportamientos por parte de las gestantes. Por otro lado, los resultados serán útiles como referencia como base para futuras investigaciones que se desarrollan en materia de controles prenatales, además para la práctica clínica y las políticas de salud relacionados



a los factores que influyen en las complicaciones materno perinatales de la población del departamento de Puno.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Pregunta general

¿Cuál es el efecto del número de visitas de atención prenatal sobre complicaciones materno perinatales en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023?

1.3.2. Pregunta específica

- ¿Cuáles son las características de las gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023?
- ¿Cuáles son las complicaciones materno perinatales en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023?
- ¿Cuál es el efecto del número de visitas de atención prenatal sobre complicaciones materno en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023?
- ¿Cuál es el efecto del número de visitas de atención prenatal sobre complicaciones perinatales en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo general

Analizar el efecto del número de visitas de atención prenatal sobre las complicaciones materno perinatales en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023.



1.4.2 Objetivo específico

- Describir las características sociodemográficas de las gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023.
- Identificar las complicaciones materno perinatales en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023.
- Evaluar el efecto del número de visitas de atención prenatal sobre complicaciones materno en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023.
- Evaluar el efecto del número de visitas de atención prenatal sobre complicaciones perinatales en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023.

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Hipótesis general

Las complicaciones materno perinatales tiene una relación inversamente proporcional con la disminución del número mínimo visitas prenatales en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023.

1.5.2. Hipótesis específica

- Hay un efecto entre el número de número de visitas de atención prenatal en la presentación sobre complicaciones materno en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023.
- Hay un efecto entre el número de visitas de atención prenatal en la presentación sobre complicaciones perinatales en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Nivel internacional

Miikkulainen et al. en el año 2023 en Somalia realizó un estudio con el objetivo de cuantificar la asistencia a la atención prenatal y los factores asociados a ella. Método: Se utilizó una encuesta por grupos de la OMS, los datos de interés fueron acceso a al menos una consulta de atención prenatal, finalización de al menos cuatro consultas de atención prenatal, inicio de la lactancia materna y lugar del parto, mientras que las exposiciones incluyeron factores relacionados con el último embarazo y las características demográficas. Las asociaciones se evaluaron mediante regresión logística. Los resultados fueron: 85% asistió al menos a una y el 23% a cuatro consultas de atención prenatal, el 95% inicio lactancia materna y 51% presentó parto institucional. La asistencia a la atención prenatal aumentó las probabilidades de asistir al menos a una consulta (aOR = 8,22, IC 95% 4,36–15,49), mientras que la actitud negativa de un familiar disminuyó las probabilidades (aOR = 0,33, IC 95% 0,16–0,69). Saber que hay un profesional de salud aumentó las probabilidades de realizar al menos cuatro visitas (aOR = 1,87; IC95%: 1,03–3,41). Asistir al menos a cuatro consultas aumentó las probabilidades de dar a luz en una estructura de salud (ORa = 1,50, IC 95% 1,01–2,24), y asistir al menos a una consulta se asoció con mayores probabilidades de iniciar la lactancia materna (ORa = 2,69, IC 95% 1,07 –6,74). Concluyen: La familia tiene una fuerte influencia en la asistencia de las mujeres a la atención



prenatal, lo que aumenta la probabilidad de parto institucional e inicio de la lactancia materna. (11)

Saaka y Sulley en el año 2023 en Ghana realizaron un trabajo con el objetivo de una correcta utilización de atención prenatal relacionada con el riesgo de bajo peso al nacer y parto prematuro. Material: estudio transversal analítico, se controló los factores de confusión, y gestantes que cumplieron todas las recomendaciones de la OMS Resultado: una correcta atención prenatal redujo en un 71% contra el parto prematuro (OR = 0,29, IC del 95 %: 0,15, 0,59) y en un 56% contra bajo peso al nacer (OR = 0,44 IC del 95 %: 0,23, 0,83). Concluyen: un control prenatal adecuado redujo significativamente la presentación de parto prematuro que bajo peso al nacer.(12)

Rodríguez et al. en el año 2022 en Brasil elaboraron una investigación con el objetivo de analizar la relación entre el número de visitas de control prenatal y la aparición de resultados perinatales adversos en una ciudad promedio del estado de Minas Gerais, Brasil. Método: Prospectivo y observacional, variables fueron obtenidas a través de cuestionarios realizadas a puérperas e información contenida en fichas prenatales divididas en grupos: I, <3 visitas de control prenatal; II, 3 a 5 visitas de atención prenatal; y III, ≥ 6 visitas de atención prenatal. Resultados: la prevalencia de ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales (11,6 vs. 4,2%, $p=0,02$) y la tasa de mortalidad neonatal dentro de las primeras 72 horas de vida (2,3 vs. 0%, $p<0,001$) fueron mayores en el Grupo I que en el Grupo III. El grupo II tuvo una mayor prevalencia de ingreso a la unidad de cuidados intensivos de adultos (5,7 vs. 0,6%, $p<0,001$) y una mayor tasa de mortalidad neonatal dentro de las primeras 72 horas de vida (1,6% vs. 0%, $p<0,001$) que el Grupo III. Concluye: tener mayor cantidad de visitas prenatales se asocia con tasas más bajas



de ingreso a unidades de cuidados intensivos neonatales y del adulto, así como una tasa baja de mortalidad neonatal. (13)

Alfaro et al. durante el año 2002 en México elaboraron un estudio con el objetivo que buscaba determinar la oportunidad y continuidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo y la frecuencia de cesáreas. Método: descriptivo transversal, población 222 gestantes de bajo riesgo. Resultados: 41,9% de las gestantes acudieron a una visita oportuna, 92.5% se realizó acciones mínimas de atención prenatal. A pesar que ser embarazadas de bajo riesgo, a los que se les realizó atención prenatal inicial oportuna el 12,6% (OR = 0,34, IC95% 0,16-0,63) y por control prenatal continua el 19,3% (OR=0,23, IC95% 0,07-0,70) les practicaron cesaría. Concluye: A pesar de control prenatal oportuna y continua tuvieron mayor número de cesarías. (14)

Yehualashet et al. en el año 2022 en Etiopia realizaron una investigación cuyo Objetivo fue identificar factores asociados con visitas óptimas de atención prenatal entre mujeres embarazadas. Método: Análisis de datos secundarios de la mini encuesta demográfica y de salud. Resultado: el 43% de las mujeres tuvieron visitas óptimas de atención prenatal durante su último embarazo. Las mujeres con mayor educación tienen 3,99 veces más probabilidades (OR = 3,99; IC 95%: 2,62–6,02) de tener visitas óptimas de atención prenatal que las mujeres sin educación formal. Las probabilidades de una visita prenatal óptima son un 42% más bajas en las mujeres rurales (OR = 0,58, IC del 95%: 0,41–0,83) en comparación con las mujeres que viven en áreas urbanas. Concluye: el nivel educativo, el nivel económico, la exposición a los medios de comunicación, el lugar de residencia y la región de las mujeres son factores que se asocian significativamente con una visita óptima a la atención prenatal.(15)



Fatma et al. en el año 2019 en Arabia realizaron una investigación cuyo objetivo fue conocer la relación entre la atención prenatal y el resultado del embarazo. Método: retrospectivo, muestra fue de 300 mujeres. Resultados: el 73% de ellos a las 16 semanas de gestación o antes, tuvieron su primer control. El 46,3% tiene 8 o más visitas. También el trabajo materno se relacionó significativamente con el estado del bebé al nacer, donde $X^2 = 36,7$ y $p=0,001$. Concluyen: que la atención prenatal inadecuada tiene impactos negativos en la salud de la madre y del niño.(16)

Chen et al. en el año 2017 en EEUU efectuaron un estudio cuyo objetivo fue examinar la asociación entre la adecuación de la atención prenatal y la mortalidad neonatal en presencia y ausencia de condiciones prenatales de alto riesgo. Método: Cohorte retrospectivo. El riesgo relativo de muerte neonatal asociado con la adecuación de la atención prenatal se estimó mediante regresiones logísticas multivariadas con ajuste de factores de confusión. Resultados: La atención prenatal inadecuada se asoció con una mayor mortalidad neonatal cuando los embarazos se complicaron con anemia, enfermedades cardíacas, enfermedades pulmonares, hipertensión crónica, diabetes, enfermedades renales e hipertensión inducida por el embarazo. y nacimiento prematuro/pequeño para la edad gestacional. Concluyen: una atención prenatal inadecuada se relacionada con el incremento de la muerte neonatal (17)

McDuffie et al. en el año 2016 en Estado Unidos llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue determinar las reacciones adversas perinatales cuando se atiende a mujeres de bajo riesgo en un programa de visitas de atención prenatal con menos visitas de las recomendadas habitualmente. Materiales y Métodos: Ensayo controlado aleatorio. Población: 2.764 embarazadas que



presentaban un riesgo bajo de sufrir resultados perinatales adversos (parto prematuro, preeclampsia, parto por cesaría, bajo peso al nacer y satisfacción del paciente con la atención. Resultados: Se observaron 2,7 visitas menos en el grupo experimental que en el grupo control. No existió diferencias significativas en los resultados principales del grupo experimental; parto prematuro OR=1,08 IC95% 0,92-1,27; p=0,19. Preeclampsia OR 0,94, IC95% 0,78-1,14; p =0,74. Cesaría parto OR=1,04 IC95% 0,93-1,17; p=0,25. Bajo peso al nacer OR=0,94 IC95% 0,78-1,12; p=0,76. Conclusión: Las gestantes que cumplieron con visitas prenatales propuesto se mantuvieron buenos resultados perinatales. (18)

2.1.2. Nivel nacional

Tello Torres et al. en el año 2021 en el Perú condujeron un estudio cuyo objetivo fue determinar la idoneidad del cumplimiento de la atención prenatal por mujeres embarazadas e identificar los factores asociados” Método: estudio analítico transversal. Resultado: Análisis un total de 18 336 mujeres, el 35% de ellas cumplieron su control prenatal, cuyas edades fueron 20 a 34 años, nivel de educación secundaria o superior, que pertenecieron a un quintil de riqueza distinto de los más pobres, tener un segundo y tercer embarazo, y tener un embarazo deseado aumento la probabilidad de presentar cumplimiento adecuado de la atención prenatal. Concluyen que solo 3 de cada 10 mujeres mostraron un cumplimiento adecuado de atención prenatal.(19)

Laos y Paola en el año 2020 en Lima realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar la asociación entre control prenatal inadecuado y complicaciones perinatales en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el período enero a julio del año 2019. Método: estudio retrospectivo, observacional,



analítico, de casos y controles. Resultados: De los casos el 68% presentaron algunas complicaciones y solo 20% en los controles. Asimismo, el 37,2% de las pacientes tuvieron controles prenatales inadecuados, finalmente los que no presentaron control prenatal tuvo 9 veces mayor de presentar alguna complicación (IC: 5.820-14.034). Concluye: número de controles prenatales inadecuado es un factor de riesgo para que presente una complicación perinatal.(20)

Aramburu en el año 2019 en Lima efectuó un estudio cuyo objetivo fue establecer la relación entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao. Método: estudio tipo cuantitativo, diseño descriptivo, correlacional de corte transversal, retrospectivo, tuvo como muestra 63 gestantes. Resultados: 71,4% de las gestantes tuvieron \leq de 5 CPN y 28,6% tuvieron \geq 6 CPN, dentro de las complicaciones maternas el 7,9% fue por aborto, el 33% hipertensión, 6,3% preeclampsia, 11,1% eclampsia. Concluyen, CPN incompleto es el principal factor de riesgo en las complicaciones en el embarazo. (21)

Chávez en el año 2019 en Lima realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a complicaciones obstétricas del embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales, durante el periodo 2017-2018. Materiales y métodos: Observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles, poblaciones gestantes adolescentes. Resultados: presentaron complicaciones como el 33,6% ruptura prematura de membranas, y el 24,2% de trastorno hipertensivo del embarazo. Los factores de riesgo asociados fueron: obesidad, sobrepeso, baja ganancia de peso y alta ganancia de peso. Concluye: las complicaciones obstétricas estuvieron asociadas a la obesidad, el sobrepeso, la baja y alta ganancia de peso. (22)



Siña y Alejandra en el año 2018 en Lima llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue determinar la asociación existente entre número de controles prenatales y parto distócico en el servicio de Gineco Obstetricia en el Hospital Nacional Dos de Mayo del periodo enero a diciembre 2016. Método: observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles. Resultado: las gestantes con una cantidad inadecuada de controles prenatales (menor a 6) presentan 12.55 veces más riesgo de presentar parto distócico. Concluye: existe una asociación entre el número de controles prenatales y parto distócico.(23)

Muñante Cornejo en el año 2021 en Ica efectuó una investigación cuyo objetivo fue determinar los efectos de los Controles Prenatales en la gestación, trabajo de parto y la salud neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2021. Método: investigación de tipo no experimental, transversal, comparativo, con un tamaño de muestra de 312 gestantes, divididos en 156 gestantes tuvieron menor o igual a 5 CPN y 156 gestantes tuvieron mayor o igual a 6 CPN. Resultados: las complicaciones maternas fueron, 11,9% preeclampsia; 11,2% cesaría y 10,9% parto prematuro. Menor o igual a 5 CPN está asociado a desarrollar preeclampsia (OR:2.3; IC95%:1,1,-4,7; p=0,023), a la rotura prematura de membranas (OR:2.7, IC95%:1,3,-6,0; p=0,007), al parto por cesárea (OR:2, IC95%:1,2-3,1; p=0,004) y al parto prematuro (OR:2,9, IC95%:1,1-7,5; p=0,027). Concluye, que las complicaciones preeclampsia, rotura prematura de membranas, parto por cesaría y parto prematuro están asociadas a un menor número de controles prenatales.(24)

Núñez Herrera en el año 2019 en Lima efectuó una investigación cuyo objetivo fue evaluar las complicaciones obstétricas asociadas al control prenatal inadecuado en las púerperas atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María



del Triunfo. Método: Estudio analítico transversal, para ello se evaluó a 66 gestantes las características sociodemográficas, las complicaciones de acuerdo a la historia clínica y el número de controles prenatales (CPN) de acuerdo al carné perinatal. Resultados: El 39.39% de las gestantes presentaron un CPN inadecuado. Las complicaciones en las gestantes fueron inadecuada ganancia de peso (IC 95%: 54.99-78.34%), infecciones del tracto urinario (IC 95%: 45.55-69.81%) y la anemia (IC 95%: 25.86-49.89%). El menor a igual a 5 CPN resultó ser un factor de riesgo significativo de infecciones del tracto urinario (OR: 1.54; IC 95%: 1.03-2.3) y anemia (OR: 1.96; IC 95%: 1.05-3.64). Concluye: La presencia de anemia e infecciones del tracto urinario se asociaron a menor a igual a 5 CPN. (25)

2.1.3. Nivel local

Quispe en el año 2023 en Puno llevo a cabo un estudio cuyo objetivo fue determinar como la anemia en el tercer trimestre del embarazo se asocia a complicaciones maternas y perinatales en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano. Método: diseño observacional, retrospectivo y analítico tipo casos y controles. Resultado: Encontró asociación entre las complicaciones maternas y anemia del tercer trimestre (OR =2.07, IC 95% 1.09-3.93). El control prenatal fue asociado a complicaciones maternas (OR= 2.50, IC95% 1.31-4.74), complicaciones perinatales, parto pretérmino (OR=5.2; % 2.143-12.61), bajo peso al nacer (OR=3.39, IC95%,1.406-8.180). Concluye que existe una asociación entre anemia y las complicaciones maternas y el control prenatal se asoció con la rotura prematura de membranas, parto pretérmino, complicaciones perinatales y bajo peso al nacer.(26)



Choquehuanca en el año 2017 en Puno realizo una investigación cuyo objetivo fue identificar los factores socioculturales, obstétricos e institucionales asociados al inicio tardío del control prenatal de gestantes que acuden al consultorio externo de obstetricia del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo. Métodos: descriptivo-relacional, prospectivo y de corte transversal. Resultados: el 70.9% tuvieron un inicio tardío en su primer control prenatal, un 82.73% consideran importante al control prenatal; el 34.62% de gestantes manifestaron que no acudieron a su primer control prenatal en el primer trimestre de su embarazo por miedo y/o vergüenza. Concluye que los factores que se asocian con el inicio tardío del primer control prenatal de las gestantes no darle importancia al control prenatal.(27)

Quispe Sanca en el año 2023 en Puno llevo a cabo un estudio cuyo objetivo fue demostrar la asociación de los factores de riesgo gineco-obstétricos y la mortalidad perinatal del HCMM-Juliaca, 2021. Metodología: Estudio analítico, retrospectivo, tipo casos y controles. Resultados: los controles prenatales inadecuados P de 0,001 ($p < 0,05$) con (OR: 11,9; IC: 5,8-24,6); Parto por cesárea, valor P de 0,1 con (OR: 0,7; IC: 0,3-1,5); embarazo múltiple, P de 0,04 con (OR: 2,8; IC: 1,0-8,0); Sufrimiento fetal, P de 0,001 con (OR: 3,9; IC: 1,9-8,1) ; Parto pretérmino, P de 0,001 con (OR: 3,2; IC: 1,5-6,6) ; Preeclampsia, P de 0,03 con (OR: 2,7; IC 95%: 1,07-7,06) ; ITU, P de 0,002 ($p < 0,05$) con (OR: 3,09; IC: 1,6-5,8) Concluye: La mortalidad perinatal está asociada con los factores de riesgo gineco-obstétricos: edad materna >35 años, embarazo en adolescentes, multiparidad, antecedente de aborto, CPN inadecuado, embarazo múltiple, sufrimiento fetal, Preeclampsia, ITU y el parto pretérmino; pero se encontró como factor protector el parto por cesárea indicada. (28)



2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Control prenatal

2.2.1.1. Definición.

Se entiende por control prenatal a una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la gestante con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el periodo neonatal y la prevención de complicaciones asociadas al embarazo. (3)

Los controles prenatales son importantes, incluso en embarazos saludables, dichos controles ayudaran a identificar gestantes con mayor riesgo tanto obstétricos como perinatal, así mismo contribuyen a desarrollar conductas saludables durante el embarazo (1), los estudios revelan que los hijos nacidos de madres sin controles prenatales tienen tres veces más riesgo de nacer con bajo peso y hasta más de cinco veces más la probabilidad de muerte, respecto a hijos de madres que reciben control prenatal. (29)

La OMS precisa que ocho controles prenatales, como mínimo, ayudan a disminuir los decesos perinatales hasta en ocho por 1000 nacimientos; el nuevo modelo implementado por este organismo recomienda tener un primer control a las 12 semanas de gestación y el posterior en la semana 20. (29)

Los objetivos del control prenatal son:



- Evaluar el estado de salud de la madre y el feto, además controlar la evolución de la gestación.
- Establecer la Edad Gestacional y fomentar estilos de vida saludable
- Evaluar posibles riesgos, complicaciones y corregirlos
- Planificar los controles prenatales
- Indicar ácido fólico lo antes posible, para la prevención de defectos del tubo neural
- Preparar a la madre, su pareja y familia, física y psíquicamente para el parto y nacimiento, ayudándoles a desarrollar sus respectivos roles parentales.

Según la NTS-105-MINSA/DGSP.V.01 (Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna) la atención pre natal consistirá en vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que podrían condicionar morbilidad materna y perinatal y además deberá ser realizada como mínimo en 6 oportunidades (9). La frecuencia de controles prenatales recomendada para un embarazo sin complicaciones es:

- Cada 4 semanas durante las primeras 28 semanas.
- Cada 2–3 semanas entre la semana 28 a la semana 36.
- Semanalmente después de las 36 semanas (30).

2.2.1.2. Primer control

Durante la primera visita se debe realizar una historia medica completa, un examen físico adecuado, control de peso y medir el índice de masa corporal (IMC), para controlar la ganancia de peso recomendada;



además se deberá solicitar exámenes complementarios e impartir conocimientos acerca de un embarazo saludable.

El examen físico general en la gestante se evalúa la función respiratorio y cardiovascular y un examen gineco obstétrico a partir de las 12 semanas, se podrá palpar las características del cuerpo y cuello uterino. A partir de las 20 semanas se puede medir la altura uterina utilizando como referencia a la sínfisis púbica hasta la parte más alta del fondo del útero, ya que la altura del útero en centímetros es prácticamente igual a la edad gestacional en semanas.

Durante este primer control prenatal se realiza exámenes de laboratorio como establecer el grupo Rh y Coombs, que podrá identificar si la gestante es Rh negativo, además establecer si estan o no sensibilizados y de esta forma se podrá realizar prevención o manejo de madres Rh positivas. (30)

El hemograma, nos permite el diagnóstico de anemia y su tratamiento. Por otro lado, el nivel de células blancas detecta eventuales infecciones y enfermedades de baja frecuencia, pero con mucha significancia como las leucemias. Asimismo, el nivel de plaquetas para detectar trombocitopenia.

La determinación del nivel de glucosa en ayuda permitirá identificar la presencia de diabetes gestacional y a través de un examen del sedimento de orina y/o urocultivo se identificar infecciones del tracto urinario y bacteriuria asintomática de la gestante, para un tratamiento oportuno y no desarrollo complicaciones como la pielonefritis.



Los niveles de las VDRL (por sus siglas en inglés, venereal disease research laboratory) o las pruebas de reaginas rápidas o Rapid plasma reagin (RPR) permite el diagnóstico de embarazos con sífilis y tratamiento oportuno para prevenir infección fetal o reducir el riesgo de daño orgánico.

El examen de VIH, se realiza con el fin de prevenir transmisión vertical, cuyo examen se repetirá a las 32 a 34 semanas en pacientes con conductas sexuales de riesgo.

La Hepatitis B antígeno de superficie, se lleva a cabo para detectar pacientes portadoras y prevenir el contagio de recién nacido, mediante la administración de la vacuna.

El Ultrasonido, la misma que se deberá realizar entre las 11 a 14 semana para precisar la edad gestacional según la longitud céfalo nalgas y determinar el riesgo de aneuploidías, con evaluación de translucencia nugal, hueso nasal más bioquímica materna (PPAPA, hCG) se obtienen cifras de detección de un 95% para síndrome de Down con 5% de falsos positivos. Además, es posible en este examen evaluar el riesgo de desarrollo futuro de preeclampsia o restricción de crecimiento fetal, a través de la evaluación por Doppler de las arterias uterinas, si se detecta este riesgo, se recomienda administrar ácido acetilsalicílico de dosis bajas antes de las 16 semanas para reducirlo. (31)

Considerando lo mencionado es necesario evaluar el estado de salud de la madre y el feto, la edad gestacional, además de establecer la fecha de parto, establecer y planificar los controles prenatales, e indicar



ácido fólico lo antes posible, para la prevención de defectos del tubo neural.

2.2.1.3. Controles posteriores

La Organización Mundial de la Salud sugiere que el primer control se lleve hasta las 12 semanas de gestación, mientras que los controles posteriores se lleven a cabo a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas de gestación. (32)

Durante las 20 a 24 semanas se realizar la ultrasonografía de la anatomía fetal con la finalidad de detectar malformaciones congénitas, así mismo se deberá evaluar la longitud cervical para detección de riesgo de parto prematuro (cervix menor de 25 mm tiene tres veces más riesgo de parto prematuro) y además evaluación Doppler de arterias uterinas para predecir el riesgo de presentación de preeclampsia y restricción en el crecimiento fetal (33).

Durante las 26 a 28 semanas de gestación, se determina la situación, posición, presentación fetal y numero de fetos, así mismo se tomará el número de latidos cardiacos por minuto, además de la prueba de Gant si la presión arterial diastólica aumenta en 20 mmHg es considerada prueba positiva, que indicaría mayor riesgo de presentar hipertensión arterial inducida por el embarazo y del mismo modo también se deberá realizar las pruebas para sífilis y VIH y descarte de diabetes gestacional. (34)

A partir de las 35 semanas de gestación, debe evaluar pelvimetría interna y valoración feto pélvica especialmente en primigestas y gestantes



que tienen tallas menores de 140 cm, del mismo modo se determinará el encajamiento fetal y presentación fetal. Por otro lado, se deberá solicitar pruebas de bienestar fetal o test no estresante según el caso. Además, la gestante deberá recibir consejería en el control de movimientos fetales, las mismas que deberán ser controladas 4 veces al día cada uno de ellos por un tiempo de 30 minutos, si los movimientos fetales son iguales o menores a 10 deberán acudir a un centro de salud. (35)

Por lo tanto, el Ministerio de Salud (MINSA) recomienda que estas atenciones prenatales posteriores en cada control se deberán tener presente las siguientes consideraciones. (7):

- Examinar las señales de advertencia e indicaciones relacionadas con el embarazo, así como realizar una evaluación exhaustiva.
- Determinar el cumplimiento de protocolos recomendados, exámenes complementarios y pruebas de laboratorio.
- Vigilar el aumento de peso de la madre, parámetros fisiológicos esenciales, reflejos y la presencia de hinchazón.
- Supervisar la progresión del desarrollo fetal intrauterino mediante la medición de la altura uterina.
- Tamizar a todas las personas embarazadas para detectar proteinuria usando ácido sulfosalicílico o tiras reactivas.
- Evaluar la etapa del embarazo, escuchar los sonidos del latido fetal e identificar los movimientos fetales (a partir de la semana 20).
- Analizar los resultados de pruebas adicionales.
- Prescribir suplementos de hierro con ácido fólico a partir de la semana 14 en adelante.



- Prescribir suplemento con hierro como prevención o tratamiento de anemia durante la gestación.

A. A partir de las 28 semanas:

- Identificar la posición, presentación y número de fetos, así como monitorear los latidos cardíacos fetales y evaluar la presencia de movimientos fetales.
- Realizar una prueba de Gantt o rollover test (prueba de rodamiento) entre las semanas 28 y 32 de la gestación. Esto implica medir la presión arterial en la posición lateral izquierda en el brazo derecho, luego colocar a la mujer embarazada en posición supina y esperar 5 minutos antes de volver a verificar la presión arterial. Se indica una prueba positiva si la presión diastólica aumenta de 20 a 37 mmHg o si la presión arterial promedio supera los 85 mmHg. Esta prueba es una herramienta clínica para predecir la hipertensión inducida por el embarazo que es simple de administrar y altamente efectiva.
- Adicionalmente, solicitar una prueba de hemoglobina repetida, una prueba rápida de sífilis y/o RPR, una prueba Elisa o prueba rápida de VIH, y un cultivo de orina a partir de las 33 semanas de gestación, con un intervalo mínimo de tres meses desde las pruebas iniciales.
- La detección de diabetes gestacional (glucosa en sangre en ayunas) debe realizarse entre las semanas 25 y 33.

B. A partir de las 35 semanas



- Pelvimetría interna y evaluación feto-pélvica, particularmente en primigrávidas y en gestantes menores de 1,40 m.
- Evaluación del encajamiento fetal.
- Valoración de la posición fetal.
- Reevaluación del estado general de salud materna.
- Revisión de los exámenes auxiliares, en caso de que se estime necesario.
- Solicitar evaluaciones de bienestar fetal o pruebas sin estrés según corresponda.
- Instruir a la futura madre para que observe los movimientos fetales. A la futura madre se le educa en reconocer los movimientos fetales a través de la palpación abdominal y debe monitorearlos 4 veces al día, cada sesión con una duración de 30 minutos; al final del día, debe haber más de 10 movimientos, cualquier conteo de 10 o menos requiere evaluación inmediata en un centro de salud.
- La derivación a las instalaciones adheridas al FONE (Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales) es necesaria para los casos que ameriten una cesárea electiva para asegurar la programación oportuna.
- Las mujeres embarazadas que llegan a las 40 semanas sin dar a luz deben ser dirigidas a las instalaciones que cumplen con el FONE, con notificación previa sobre los fundamentos de la derivación.
- En los casos en que resida en áreas remotas o inaccesibles, se recomienda dirigir a la persona embarazada a un hogar de espera



de maternidad cerca de una instalación compatible con FONB o FONE para la atención institucional del parto.

- Estos controles tienen como objetivo vigilar la evolución del embarazo, detectar oportunamente posibles complicaciones y preparar a la madre y al bebé para un parto y puerperio saludables.

2.2.2. Complicaciones maternas

2.2.2.1. Infección urinaria

Las infecciones del tracto urinario (ITU) constituye la segunda patología más frecuente durante el embarazo. Además, es considerada un factor de riesgo significativo con relación a los cambios anatómicos, fisiológicos y de inmunosupresión. Durante la gestación el útero aumenta de tamaño y ocasiona un estrechamiento de la vejiga y un aumento de la frecuencia urinaria. Por otro lado, los niveles elevados de progesterona causan estasis acompañada de dilatación y peristaltismo uretral, lo que genera un entorno óptimo para el crecimiento bacteriano. (36)

Los factores de riesgo para desarrollar ITU durante el embarazo son: tener relaciones sexuales frecuentes, malos hábitos higiénicos, edad materna, retención de micción, antecedentes de ITU, diabetes mellitus, edad gestacional, IMC mayor 35 kg/m², la anemia y la paridad. El agente etiológico más frecuente es la *Escherichia coli* (E.coli) (80,47%), seguido de *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus spp.*, *Pseudomonas spp.*, *Streptococcus B hemolítico*, *Staphylococcus spp.* El diagnóstico se realiza mediante el examen auxiliar de laboratorio denominado urocultivo en donde se



evidencia la presencia de bacterias en orina mayor a 100 000 unidades formadoras de colonia/mL. (37)

Una de las principales causas de hospitalización de las gestantes que cursan con ITU, es la pielonefritis aguda y podrían complicarse el 10% de los casos que pondrían en riesgo la vida fetal y la materna. Por tal motivo durante los controles prenatales se deberá identificar los signos y síntomas, además de los agentes etiológicos con alto riesgo (*Streptococcus* del grupo B) de producir complicaciones como la rotura prematura de membranas, parto prematuro que incrementará hasta 12 veces más riesgo de presentar infección neonatal. Así mismo, investigaciones orientan a que el riesgo se incrementa en los neonatos en desarrollar sepsis neonatal si durante la gestación con ITU no recibieron tratamiento alguno. (38)

2.2.2.2. Anemia

Durante el embarazo la anemia se define como una concentración de hemoglobina inferior a 11,0 g/dL en el primer trimestre e inferior a 10,5 o 11,0 g/dL en el segundo o tercer trimestre. Es la complicación más común durante el embarazo. Que se asocia con resultados adversos fetales, neonatales e infantiles, pero no se ha establecido la causalidad. La anemia materna aumenta la probabilidad de transfusión en el momento del parto. Además de la hemodilución, la deficiencia de hierro es la causa más común de anemia durante el embarazo.(39)

Las manifestaciones clínicas y las complicaciones en la gestante con anemia perjudican la salud y el bienestar de las mujeres y plantea la posibilidad de consecuencias desfavorables para las madres y los recién



nacidos. El parto prematuro, el bajo peso al nacer, los abortos espontáneos, la muerte fetal y otras morbilidades se encuentran entre los riesgos de anemia materna que afectan tanto a la madre como al niño. (40)

Teniendo en cuenta que la anemia en gestantes es una complicación que se puede prevenir, ya que existen diversos factores que constituyen en la presentación de esta patología. Dentro de ellos están el no asistir en forma regular o acudir después de los recomendados a sus controles prenatales, además en una investigación realizada en gestantes peruanas hacen mención que iniciar control prenatal en el tercer mes (OR: 1,4; IC 95%: 0,74-1,58; $p= 0,03$) y encontrarse en el segundo trimestre de embarazo (OR: 1,35; IC 95%: 0,74-1,58; $p= 0,04$), además de tener niveles inferiores de educación, trae consigo el desconocimiento de los cuidados antes y durante el embarazo. (41)

2.2.2.3. Preeclampsia

Es un trastorno hipertensivo del embarazo que está relacionado con el 2 al 8% de las complicaciones relacionados con el embarazo y el 9 al 29% de las muertes maternas, que se define específicamente como una presión arterial sistólica de 140 mmHg o más o una presión arterial diastólica de 90 mmHg o más de dos ocasiones con al menos de 4 horas de diferencia después de las 20 semanas de gestación. (42)

Cuya presentación inicial surge al final del embarazo, con alteración clínicas que incluyen proteinuria, trombocitopenia, perfil hepático alterada, dolor epigástrico o cuadrante superior derecho severo. Además, otros síntomas como la cefalea de inicio que no responde a todas



las formas de tratamiento, edema pulmonar o insuficiencia renal con valores de laboratorio anormales. (43).

La investigación revela que una correcta asistencia a controles prenatales, no evita la aparición del trastorno hipertensivo, donde la presencia de trastornos hipertensivos se presenta independientemente asistan o no a los controles prenatales. Ya que en la actualidad los trastornos hipertensivos en el embarazo presentan un elevado riesgo de morbimortalidad materna y fetal, por lo que el elemento fundamental vendría hacer el diagnóstico precoz, así como un manejo adecuado para obtener la mejor eficacia en el control prenatal y disminución de las complicaciones materno perinatales. En tal sentido se deberá considerar la importancia de la asistencia al control prenatal, cuyo objetivo principal será identificar aquellos pacientes de mayor riesgo, con la finalidad de realizar intervenciones en forma oportuna que permitirá prevenir dichos riesgos y así lograr un buen resultado perinatal. (44)

2.2.2.4. Ruptura prematura de membranas

Ocurre antes del inicio del trabajo de parto y/o después de las 37 semanas, cuyo pronóstico está determinado por la edad gestacional, clínica de infección y la existencia de un daño fetal. Las complicaciones más significativas para el feto son: prematuridad, dificultad respiratoria, sepsis, enterocolitis necrosante y hemorragia intraventricular. Por otro lado, una RPM asociado con clínica de inflamación uterina, incrementa el daño en el neurodesarrollo y lesión en la sustancia blanca. (45)



De las gestantes que presentan RPM, el 15% padecen de infección intra amniótica y el 20% está asociado a infecciones posparto y de estos más del 50% se deben a la invasión microbiana de la cavidad amniótica y corioamnionitis. Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) (2016) realizaron dos modificaciones primeras antes de las 23 semanas se puede aplicar esteroides y segundo después de las 23 semanas se indica profilaxis antibiótica y hospitalización. (46)

Según Lucero en el año 2017 en su estudio factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes encontró que gestantes con controles prenatales menor igual a 5 presentó 4,46 veces mayor riesgo de desarrollar RPM con relación a mayor o igual a 6 CPN (47). En tal sentido una correcta vigilancia durante los controles prenatales reducirá la presencia de RPM, ya que si acudiera la gestante a consulta prenatal se podría identificar factores de riesgo para desarrollar RPM.

2.2.2.5. Diabetes mellitus gestacional

La diabetes mellitus gestacional (DMG) se define como la intolerancia a la glucosa que se detecta por primera vez durante la gestación, Según la Organización Mundial de la Salud, la proporción de gestantes con diabetes mellitus puede llegar hasta el 30%. (48)

La DMG presenta diversos efectos negativos sobre la madre y el feto a corto, mediano y largo plazo. Algunas de las complicaciones maternas más comunes son: preeclampsia, hipertensión gestacional, ruptura prematura de membranas, inducción del trabajo de parto, cesárea, hemorragia obstétrica, lesiones perineales, infecciones de vías urinarias,



parto prematuro y abortos espontáneos. Los desenlaces neonatales negativos más frecuentes son: macrosomía, bajo peso al nacer, distocia de hombros, síndrome de distrés respiratorio (SDR), sufrimiento fetal agudo (SFA), hipoglucemia, intubación, utilización de oxígeno, ictericia, polihidramnios, oligohidramnios, hospitalización, malformaciones congénitas y muerte intrauterina. A largo plazo, la DMG ha sido claramente relacionada tanto en la madre como en el feto con sobrepeso/obesidad, diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica, síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular. (49)

Estudios realizados sugieren que la edad materna avanzada y el índice de masa corporal elevado al inicio de la gestación son factores de riesgo para desarrollar diabetes gestacional, y por otro lado el 41,32% de las gestantes iniciaron controles prenatales son sobrepeso u obesidad, en tal sentido un número adecuado de controles prenatales reducirá el riesgo de que la gestante desarrolle diabetes gestacional.(50)

2.2.3. Complicaciones perinatales

2.2.3.1. Reanimación neonatal

Implica enfoques algorítmicos para lograr el retorno de la circulación espontánea, que se realiza inmediatamente si un paciente presenta cianosis, asistolia o paro respiratorio, pero puede iniciarse si el paciente tiene mal aspecto y su frecuencia cardíaca es menor de 60 latidos por minuto (lpm). (51)

2.2.3.2. Sufrimiento fetal agudo



El sufrimiento fetal agudo (SFA) es una condición que requiere diagnóstico oportuno porque genera hipoxia, acidosis e incluso muerte intrauterina. Estudios revelan que el 33,3% de las madres presentan al menos un antecedente para desarrollar SFA y además estuvo asociado a enfermedad hipertensiva del embarazo, oligohidramnios, perinatalmente el 28.7% requirió maniobras avanzadas de reanimación neonatal y el 7.55 ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). (52)

2.2.3.3. Síndrome de dificultad respiratoria

El síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (SDRN), es una causa común que se presenta a pocas horas después del nacimiento, con mayor frecuencia inmediatamente después del parto. El SDRN afecta principalmente a los recién nacidos prematuros y con poca frecuencia, a los recién nacidos a término. La incidencia del SDRN es inversamente proporcional a la edad gestacional del recién nacido, siendo la enfermedad más grave en los recién nacidos más pequeños y prematuros. Si bien las modalidades de tratamiento, incluidos los corticosteroides prenatales, los surfactantes y la atención respiratoria avanzada del recién nacido, han mejorado los resultados para los pacientes afectados por el SDRN, sigue siendo una de las principales causas de morbilidad en el recién nacido prematuro (53).

2.2.3.4. Macrosomía fetal

Los factores maternos como el exceso de peso antes del embarazo y la diabetes durante el embarazo aumentan la probabilidad de macrosomía en el recién nacido. El exceso de peso modifica el ambiente intrauterino y



conlleva un mayor riesgo de complicaciones obstétricas y neonatales, según investigaciones el aumento excesivo de peso gestacional fue una de las variables con mayor efecto sobre la probabilidad de un recién nacido con macrosomía. (54) Otro aspecto asociado a la aparición de macrosomía fue la diabetes mellitus gestacional. Los estados de hiperglucemia se asocian linealmente con el aumento del peso del recién nacido. (55)

En un estudio los factores asociados a la macrosomía fueron, lactantes madres jóvenes, con nivel educación secundaria o universitaria, edad > 35 años, mayor número de hijos, pocos controles prenatales y diabetes gestacional. (56)

2.2.3.5. Prematuridad

La prematuridad ocupa la primera causa de mortalidad entre los niños menores de cinco años de edad, que ocurren de forma espontánea, existen factores que desencadenantes de un parto prematuro, dentro de ellos el factor materno, sociales, circunstancias como la pobreza, la estructura familiar, calidad de vida, acceso de alimentos nutritivos, accesos a los servicios de salud, acceso a empleo y situación laboral, políticas de promoción a la salud entre otros. (57)

Cuyas complicaciones pueden ser la hemorragia intraventricular o sub endimaria, asfixia, encefalopatía hipóxica isquémica, el edema cerebral, la hidrocefalia, la retinopatía de la prematuridad, la parálisis cerebral infantil, el retraso mental, problemas del lenguaje y el aprendizaje, trastornos por déficit de atención, deterioro sensorial, visual y auditivo. En el aparato cardiovascular, la persistencia del conducto arterioso,



hipotensión arterial y el foramen oval permeable. En el aparato respiratorio la enfermedad de la membrana hialina, edema pulmonar, crisis de apnea, hipertensión pulmonar persistente, hemorragia pulmonar y displasia broncopulmonar. En el aparato digestivo la intolerancia digestiva y la Enterocolitis necrosante. En lo hematológico la anemia del prematuro. Dentro de los trastornos metabólicos la hipotermia, hiperbilirrubinemia, hipoglicemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hiponatremia, hiperpotasemia y acidosis metabólica. (58)

2.2.3.6. Bajo peso al nacer

Termino que se utiliza cuando al nacer pesan menor a 2500 gramos dentro de las causas se encuentran el nacimiento prematuro y la restricción del crecimiento intrauterino y otros factores como tener infecciones durante el embarazo, no incremento de peso, tabaquismo, consumo de drogas o alcohol y gestantes menores de 17 años y mayores de 35 años. (59)

El bajo peso al nacer según ENDES 2015 hacen mención que el 8% de los recién nacidos presentaron bajo peso al nacimiento, debido a los inadecuados cuidados prenatales, hasta la actualidad estas cifras aún permanecen pese al incremento de la cobertura de control prenatal, en una reciente investigación realiza concluyen que para 1 a 3 controles prenatales presenta 5,7 veces mayor riesgo en desarrollar recién nacido con bajo peso al nacer. Esto refleja que la labor preventiva en el control prenatal no se viene manejando de forma acertada, entre ellos la falta de adherencia al control prenatal siendo el factor más importante.(60)



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo: Investigación observacional, retrospectivo, analítica con enfoque cuantitativo.

Nivel: relacional se pretende establecer la influencia del número de vistas de control prenatal y las complicaciones materno perinatales. (61)

3.2. DELIMITACIÓN ESPACIAL

El presente trabajo se realizó en el Hospital III EsSalud situado en Jirón José Santos Chocano s/n Urbanización la Capilla de la Provincia de Juliaca y Distrito de San Román, departamento de Puno, siendo un establecimiento de salud de referencia y está capacitado para brindar atención especializada a mujeres gestantes.

3.2.1. Población

La población de estudio estuvo constituida por gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud III Juliaca durante el periodo de 01 de enero al 31 de diciembre del año 2023.

Según el informe de la oficina institucional de estadística el departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital III EsSalud Juliaca atendió 987 gestantes, del 01 de enero hasta el mes de diciembre del 2023 (Estadística Institucional, EsSalud, 2023); de estas, 514 gestantes presentaron complicaciones materno perinatales.

3.2.2. Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se consideró el total de gestantes que presentaron complicaciones materno perinatales, que haciende a un total de 514 gestantes, aplicando la fórmula de población conocida, y la técnica de muestreo aleatorio.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

n: Tamaño de muestra.

N: Tamaño de población: 514 gestantes

Z: Nivel de confianza de 90%: 1,645.

P: Probabilidad de que ocurra el evento estudiado: 68%. (Laos & Paola, 2020)

q: Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado: 32%.

e: Error de estimación máximo aceptado: 5%

$$n = \frac{514 \times (1,96)^2 \times 0,68 \times 0,32}{(0,05)^2 \times (514 - 1) + (1,96)^2 \times 0,68 \times 0,32}$$

n = 202 gestantes que presentaron complicaciones maternas y/o perinatales

3.2.3. Técnica de muestreo

La técnica muestro empleada fue el muestreo probabilístico aleatorio simple, se utilizó tablas de números aleatorios con ayuda del programa Excel, de numero de historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud de Juliaca durante el año 2023. Para ello se seleccionaron al azar 202 gestantes.



3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.3.1. Criterios de inclusión

- Gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca con alguna complicación materno perinatal.
- Recién nacidos con alguna complicación.
- Partos eutócicos y/o cesarías que fueron atendidos en el Hospital III EsSalud Juliaca.
- Gestantes con historia clínica con datos requeridos para la presente investigación.

3.3.2. Criterios de exclusión

- Gestantes que no fueron atendidos en Hospital III EsSalud Juliaca.
- Recién nacidos de parto domiciliario o atendidos en otros establecimientos de salud.
- Gestantes con historia clínica incompleta con ausencia de datos necesarios para el desarrollo de investigación.

3.4. MÉTODO

3.4.1. Procedimiento de recolección de datos

3.4.1.1. Técnica

Se utilizó una ficha de recolección de datos aplicada a las historias de gestantes que acudieron para su control prenatal, además del parto en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III EsSalud Juliaca, durante el periodo 2023.



3.4.1.2. Instrumentos

Se utilizó la ficha de recolección de las variables, que está constituido por 6 ítems (Anexo 1).

El instrumento fue válido por el juicio de expertos, mediante el índice de Aiken (Anexo 2).

3.4.2. Procedimientos

- Se solicitó la autorización para la ejecución del proyecto al director del Hospital III EsSalud Juliaca (Anexo 3).
- Se solicitó la autorización al presidente del comité de ética en investigación CIEI del Hospital III EsSalud Juliaca (Anexo 4).
- Después de todas las coordinaciones se tuvo acceso a las historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, posterior a ello se registró los datos de la ficha de recolección en Microsoft® Excel® Office debidamente codificados, después fueron extrapolados al programa IBM® SPSS® Statistics versión 29, para su evaluación estadística.
- Los valores obtenidos estuvieron sometidos a un análisis y su respectiva interpretación de acuerdo a los objetivos planteados en el presente trabajo.

3.4.3. Análisis estadístico

De acuerdo con las variables de la matriz de consistencia se realizó un análisis descriptivo calculando las medidas de frecuencia relativa y absoluta, los cuales se presentaron mediante tablas y gráficos.

- Se precisará cuáles son las complicaciones materno perinatales en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023.



- Se aplicará la estadística analítica considerando un índice de confianza (IC) al 95% con un nivel de confianza que se estableció fue del 5%.
- Posteriormente se determinó el riesgo utilizando el odds ratio (OR) y se estableció el nivel de asociación mediante la prueba del chi cuadrado de Pearson, prueba exacta de Fisher para establecer la asociación entre las variables de estudio.

3.4.4. Consideraciones éticas

La investigación se realizó siguiendo las recomendaciones establecidas en la Declaración de Helsinki, con ello se pretendió que se cumplan los estándares de principio ético para que se lleve la investigación en forma ética y guardando los principios de confiabilidad y privacidad en los pacientes a los que se recolecto la información.

El investigador no tiene conflicto de interés, de esta manera garantiza la transparencia y objetividad de la realización del presente trabajo de investigación.

3.4.5. Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de variables.

VARIABLE INDEPENDIENTE					
VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO	ESCALA
Número de visitas del control prenatal	Control prenatal	Considerado como la atención médica recomendada durante el embarazo, que incluye atención de salud, educación y asesoramiento sobre el parto (6).	- Mayor o igual a 6 CPN. - Menor o igual a 5 CPN.	Independiente Cualitativo	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE					
VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	TIPO	ESCALA	
Complicaciones maternas	Infección urinaria	SI /NO	Cualitativo	Nominal	
	Anemia	SI /NO		Nominal	
	Preeclampsia	SI /NO		Nominal	
	Ruptura prematura de membranas	SI /NO		Nominal	
	Diabetes mellitus	SI /NO		Nominal	
Complicaciones perinatales	Reanimación neonatal	SI /NO		Nominal	
	Sufrimiento fetal agudo	SI /NO	Nominal		
	Síndrome de dificultad respiratoria	SI /NO	Nominal		
	Prematuridad	SI /NO	Nominal		
	Bajo peso al nacer	SI /NO	Nominal		

Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Tabla 2

Características de las gestantes con control prenatal atendidas en el Hospital III EsSalud

Juliaca durante el año 2023.

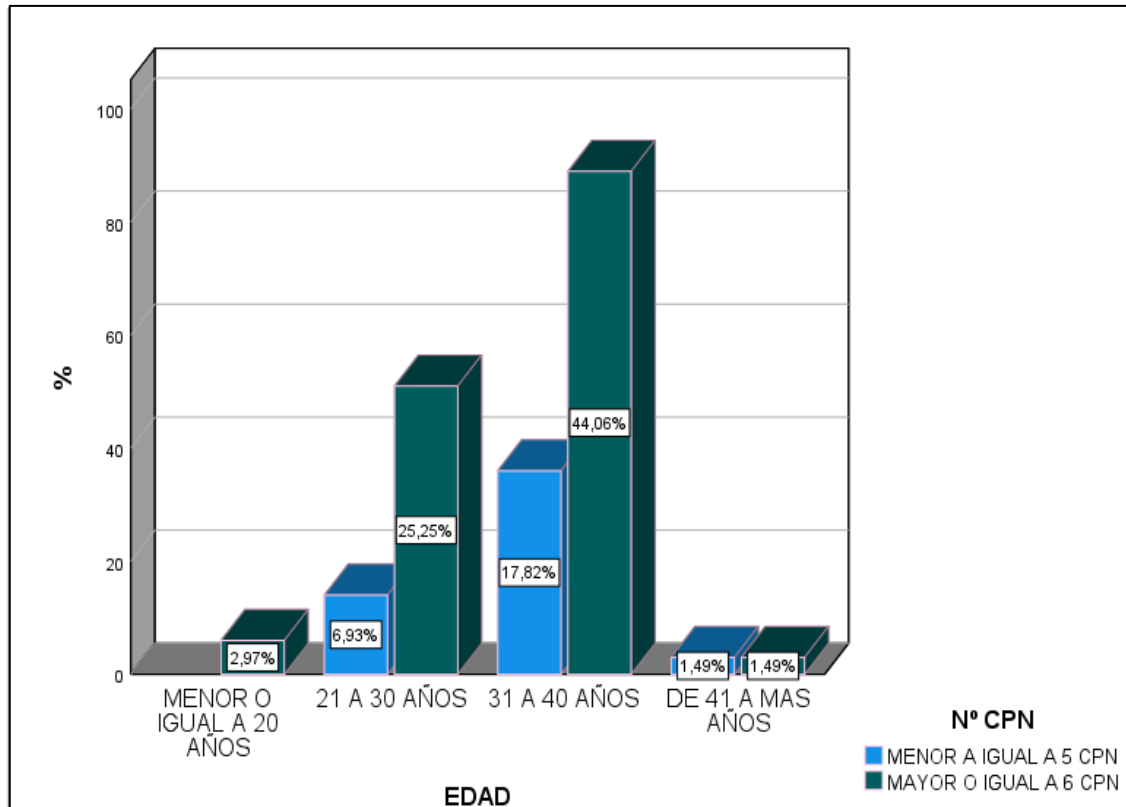
		CONTROL PRENATAL			
		≤ 5 CPN		≥ 6 CPN	
		N°	%	N°	%
Edad	≤ 20 años	0	0,0	6	4,0
	20 a 30 años	14	26,4	51	34,2
	31 a 40 años	36	67,9	89	59,7
	≥ 41 años	3	5,7	3	2,0
	Total	53	100,0	149	100,0
Estado civil	Casada	8	15,1	26	17,4
	Conviviente	40	75,5	113	75,8
	Soltera	5	9,4	10	6,7
	Total	53	100,0	149	100,0
Procedencia	Juliaca	43	81,1	122	81,9
	Otros distritos	10	18,9	27	18,1
	Total	53	100	149	100,0
Tipo de parto	Vaginal	21	39,6	50	33,6
	Cesaría	32	60,4	99	66,4
	Total	53	100	149	100,0

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 2 se observa del total de gestantes (n=202), de los que recibieron ≤ 5 CPN las edades de las gestantes fueron, 67,9% (n=36) tienen 31 a 40 años, el 26,4% (n=14) tuvieron 20 a 30 años, seguido de 5,7% (n=3) que corresponde a la edad de ≥ de 41 años y 0,0% (n=0) tienen ≤ a 20 años. Mientras los que recibieron ≥ 6 CPN, el 59,7% (n=89) tienen 31 a 40 años, el 34,2% (n=51) tiene 20 a 30 años, seguido del 4,0% (n=6) tienen ≤ a 20 años y finalmente el 2,0% (n=3) son gestantes de ≥ 41 años.

Figura 1

Control prenatal según la edad de las gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca durante el año 2023.

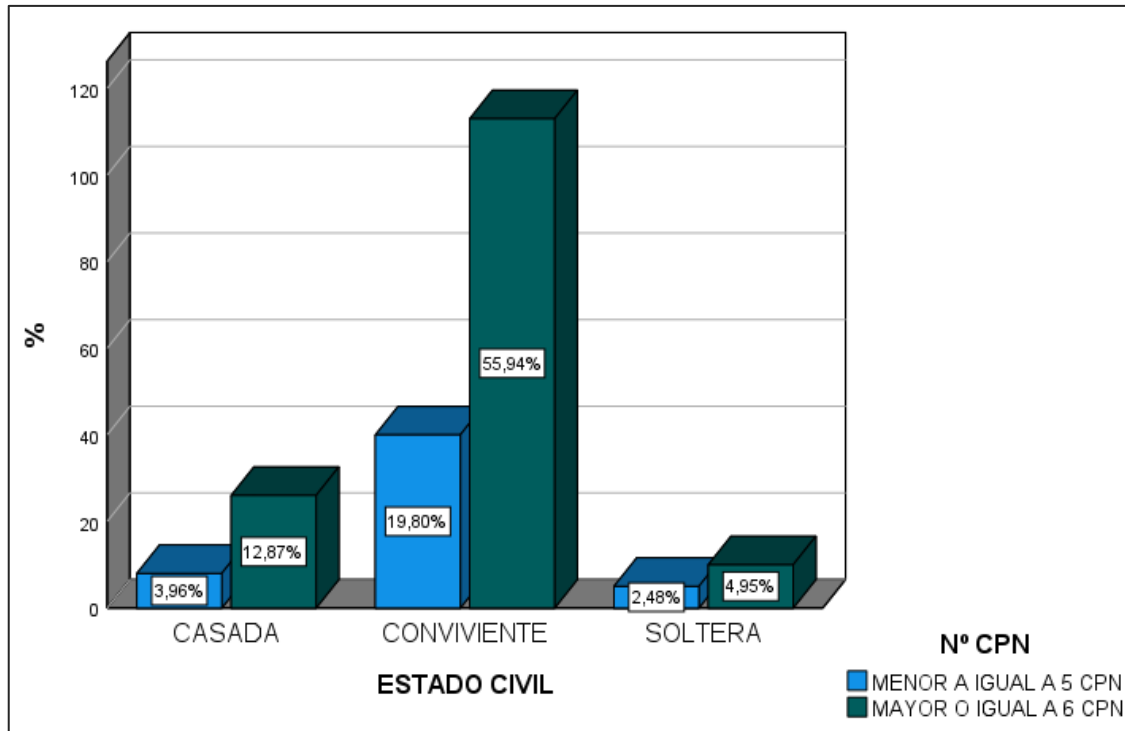


Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 2 se observa del total de gestantes ($n=202$), según el estado civil las gestantes que recibieron ≤ 5 CPN, el 75,5% ($n=40$) tienen estado civil de conviviente, el 15,1% ($n=8$) son casadas y el 9,4% ($n=5$) son solteras. Mientras los que recibieron ≥ 6 CPN, el 75,8% ($n=113$) son convivientes, el 17,4% ($n=26$) son casadas, y el 6,7% ($n=10$) son solteras.

Figura 2

Estado civil de las gestantes con control prenatal atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca durante el año 2023.



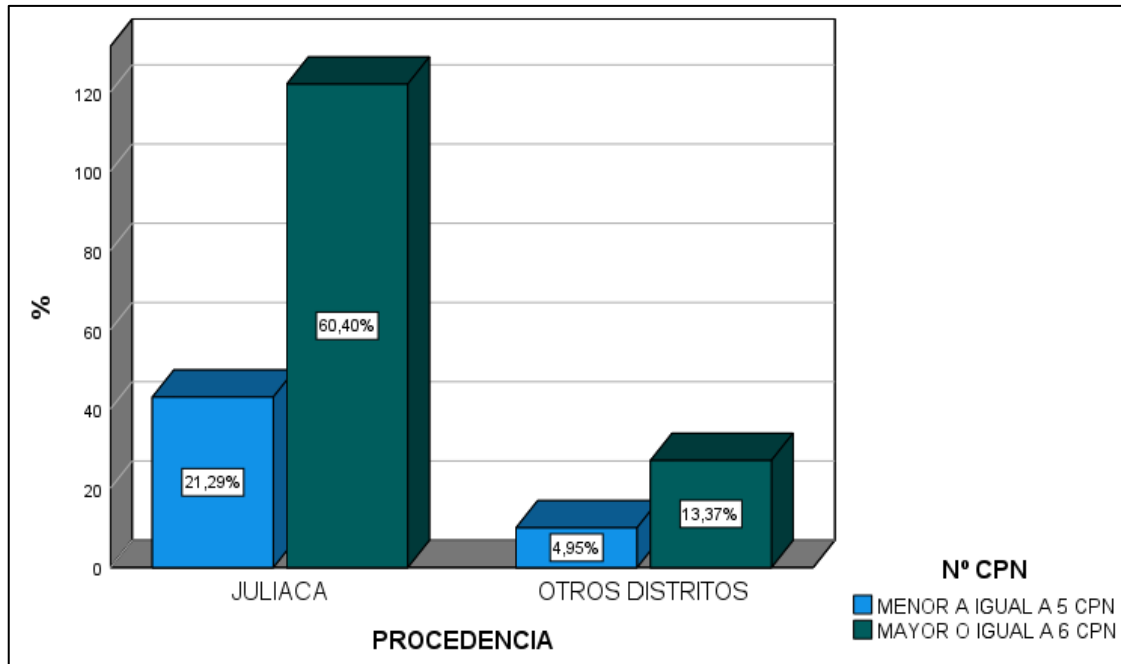
Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 2 se observa del total de gestantes (n=202), según el lugar de procedencia las gestantes que recibieron ≤ 5 CPN, el 81,1% (n=43) son procedentes de la provincia de Juliaca (San Román) y el 18,9% (n=10) tienen procedencia de otras provincias del departamento de Puno. Mientras los que recibieron ≥ 6 CPN, el 81,9% (n=122) son procedentes de la provincia de Juliaca (San Román) y el 18,1% (n=27) tienen procedencia de otras provincias del departamento de Puno.

Figura 3

Control prenatal según el lugar de procedencia de las gestantes atendidas en el Hospital

III EsSalud Juliaca durante el año 2023.

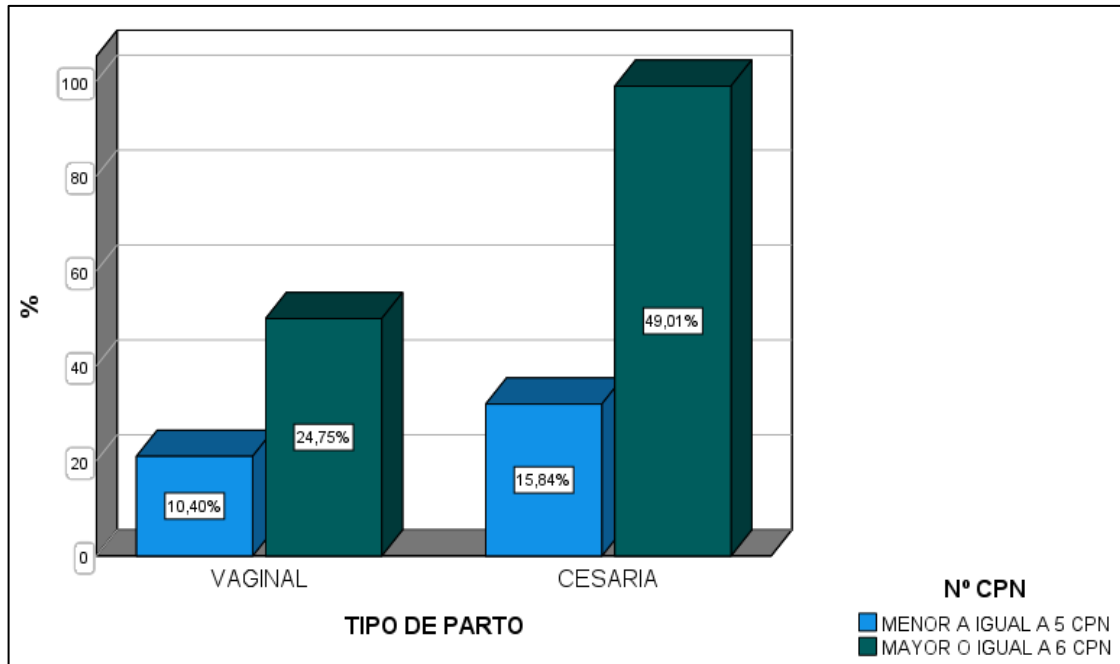


Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 2 se observa del total de gestantes ($n=202$), según el tipo de parto las gestantes que recibieron ≤ 5 CPN, el 60,4% ($n=32$) el tipo de parto fue cesaría y el 39,6% ($n=21$) el tipo de parto fue vaginal. Mientras los que recibieron ≥ 6 CPN, el 66,4% ($n=99$) el tipo de parto fue cesaría y el 33,6% ($n=50$) el tipo de parto fue vaginal.

Figura 4

Control prenatal según el tipo de parto de las gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca durante el año 2023.



Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 3 se observa las complicaciones materno perinatal, dentro de las complicaciones maternas; el 84,2% (n=170) de las gestantes no tuvieron complicación de infección urinaria y el 15,8% (n=32) si desarrollo infección urinaria. El 57,9% (n=117) de las gestantes no desarrollo anemia y el 42,1% (n=85) si desarrollo anemia de la gestación. Dentro de las gestantes el 82,2% (n=166) no desarrolla preeclampsia y el 17,8% (n=36) si desarrollo preeclampsia. Por otro lado, el 83,2% (n=168) de las gestantes no desarrollo ruptura prematura de membrana y el 16,8% (n=34) de las gestantes si desarrollaron ruptura prematura de membrana. Por último; el 98,0% (n=198) de las gestantes no desarrollaron diabetes gestacional y el 2% (n=4) de las gestantes desarrollo diabetes gestacional.

Tabla 3

Complicaciones materno perinatales de gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, durante el año 2023.

	SI		NO	
	N°	%	N°	%
Infección urinaria	32	15,8	170	84,2
Anemia	85	42,1	117	57,9
Preeclampsia	36	17,8	166	82,2
Ruptura prematura de membrana	34	16,8	168	83,2
Diabetes gestacional	4	2,0	198	98,0
Reanimación fetal	8	4,0	194	96,0
Sufrimiento fetal agudo	5	2,5	197	97,5
Síndrome distrés respiratorio	49	24,3	153	75,7
Muerte fetal	5	2,5	197	97,5
Bajo peso al nacer	24	11,9	178	88,1

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, dentro de las complicaciones perinatales se observa, que el 96,0% (n=194) de los recién nacidos de las gestantes no se les practico reanimación neonatal y el 4,0% (n=8) de los recién nacidos de las gestantes si se les practico reanimación neonatal; además el 97,5% (n=197) de los recién nacidos desarrollaron sufrimiento fetal agudo y el 2,5% (n=5) desarrollo sufrimiento fetal agudo. El 75,5% (n=153) de los recién nacidos desarrollaron síndrome distrés respiratorio y el 24,3% si desarrollan síndrome distrés respiratorio. Además, el 97,5% (n=197) de los recién nacidos no presentaron muerte fetal y el 2,5% (n=5) si presento muerte fetal y por último el 88,1% (n=178) no nacieron con bajo peso y el 11,9% (n=24) de los recién nacidos presentaron bajo peso al nacer.

Tabla 4

Efecto del número de visitas de atención prenatal sobre las complicaciones maternas en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, durante el año 2023.

Infección urinaria	N° CPN				Total		Chi2	(p)	OR	Min	- Max	
	≤ 5		≥ 6		N°	%						
Sí	19	35,8	13	8,7	32	15,8	21,57	0,001	5,84	2,62	- 13,0	
No	34	64,2	136	91,3	170	84,2						
Total	53	100,0	149	100,0	202	100						
Anemia												
Si	25	47,2	60	40,3	85	42,1	0,76	0,38	1,32	0,70	- 2,48	
No	28	52,8	89	59,7	117	57,9						
Total	53	100,0	149	100,0	202	100,0						
Preeclampsia												
Si	8	15,1	28	18,8	36	17,8	0,36	0,54	0,76	0,32	- 1,81	
No	45	84,9	121	81,2	166	82,2						
Total	53	100,0	149	100,0	202	100,0						
RPM												
Si	9	17,0	25	16,8	34	16,8	0,001	0,97	1,01	0,44	- 2,34	
No	44	83,0	124	83,2	168	83,2						
Total	53	100,0	149	100,0	202	100,0						
Diabetes												
Si	0	0,0	4	2,7	4	2,0	Fisher	1,45	0,57	1,26	1,25	- 1,48
No	53	100,0	145	97,3	198	98,0						
Total	53	100,0	149	100,0	202	100,0						

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 4, se observa el efecto del número de controles prenatales sobre la presentación de complicaciones durante el embarazo, indica que existe una mayor proporción de casos de infección urinaria en gestantes con ≤ 5 CPN (35,8%, n=19) que en las gestantes que tuvieron ≥ 6 CPN (8,7%, n=13). Según la prueba de Chi-cuadrado de Pearson se tiene un valor $p=0,001$ es menor al nivel de significancia 0,05; también se observa un valor de (OR=5,84 IC 95% [2,62-13,0]; $p<0,05$).

Y también se observa, que existe menos casos de anemia en gestantes con ≤ 5 CPN (47,2%, n=25) que en las gestantes que tuvieron ≥ 6 CPN (40,3%, n=60). Según la prueba de Chi-cuadrado de Pearson se tiene un valor $p = 0,38$ es mayor al nivel de significancia 0,05, además se observa un valor de (OR=1,32 IC 95% [0,70-2,48]).



Además, se observa menos de casos de proporción de preeclampsia en gestantes con ≤ 5 CPN (15,1%, n=8) en comparación de las gestantes que tuvieron ≥ 6 CPN (18,8%, n=28). Según la prueba de Chi-cuadrado de Pearson se tiene un valor $p = 0,54$ es mayor al nivel de significancia 0,05; además se observa un valor de (OR=0,54 IC 95% [0,32-1,81]).

Del mismo modo, se aprecia que existen menos casos de proporción que desarrollaron ruptura prematura de membrana en gestantes con ≤ 5 CPN (17,0%, n=9) en comparación de las gestantes que tuvieron ≥ 6 CPN (16,8%, n=25). Según la prueba de Chi-cuadrado de Pearson se tiene un valor $p = 0,97$ es mayor al nivel de significancia 0,05; además se observa un valor de (OR=1,01 IC 95% [0,44-2,34]).

Por último, se observó cero casos de proporción que desarrollaron diabetes gestacional en gestantes con ≤ 5 CPN (0,0%, n=0) en comparación de las gestantes que tuvieron ≥ 6 CPN (2,7%, n=4). Según la prueba exacta de Fisher se tiene un valor $p = 0,57$ es mayor al nivel de significancia 0,05; además se observa un valor de (OR=1,26 IC 95% [1,25-1,48]).

Tabla 5

Efecto del número de visitas de atención prenatal sobre las complicaciones perinatales en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, durante el año 2023.

Reanimación neonatal	N° CPN				Total		Chi2	(p)	OR	Min	- Max
	≤ 5		≥ 6		N°	%					
Si	5	9,4	3	2,0	8	4,0					
No	48	90,6	146	98,0	194	99,7	5,66	0,01	5,06	1,16	- 22,00
Total	53	100,0	149	100,0	202	100					
Sufrimiento Fetal Agudo											
Si	1	1,9	4	2,7	5	2,5	Fisher				
No	52	98,1	145	97,3	197	97,5	0,103	1,00	0,69	0,07	- 6,38
Total	53	100,0	149	100,0	202	100,0					
Síndrome Distrés Respiratorio											
Si	16	30,2	33	22,1	49	24,3					
No	37	69,8	116	77,9	153	75,7	1,37	0,24	1,52	0,753	- 3,06
Total	53	100,0	149	100,0	202	100,0					
Muerte Fetal											
Si	2	3,8	3	2,0	5	2,5					
No	51	96,2	146	98,0	197	97,5	0,50	0,60	1,90	0,31	- 11,74
Total	53	100,0	149	100,0	202	100,0					
Bajo peso al nacer											
Si	4	7,5	20	13,4	24	11,9					
No	49	92,5	129	86,6	178	88,1	1,289	0,25	0,52	0,17	- 1,61
Total	53	100,0	149	100,0	202	100,0					

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 5, se observa el efecto del número de controles prenatales sobre la presentación de complicaciones perinatales, indica que existe una mayor proporción de casos de a los recién nacidos que se les realizó reanimación neonatal de las gestantes con ≤ 5 CPN (9,4%, n=5) que en las gestantes que tuvieron ≥ 6 CPN (2,0%, n=3). Según la prueba de Chi-cuadrado de Pearson se tiene un valor $p=0,01$ es menor al nivel de significancia 0,05; también se observa un valor de (OR=5,06 IC 95% [1,16-22,0]).

Y también se observa, que existe menos proporción de casos de recién nacidos quienes desarrollaron sufrimiento fetal agudo en gestantes con ≤ 5 CPN (1,9%, n=1) que en las gestantes que tuvieron ≥ 6 CPN (2,7%, n=4). Según la prueba exacta de Fisher se



tiene un valor $p = 1,00$ es mayor al nivel de significancia 0,05, además se observa un valor de (OR=0,05 IC 95% [0,07-6,38]).

Además, se observa menos proporción de casos de recién nacidos con síndrome de distrés respiratorio en gestantes con ≤ 5 CPN (30,2%, $n=16$) en comparación de las gestantes que tuvieron ≥ 6 CPN (22,1%, $n=33$). Según la prueba de Chi-cuadrado de Pearson se tiene un valor $p = 0,24$ es mayor al nivel de significancia 0,05; además se observa un valor de (OR=1,52 IC 95% [0,753-3,06]).

Del mismo modo, se aprecia que existen menos proporción de casos de recién nacidos muertos en gestantes con ≤ 5 CPN (3,8%, $n=2$) en comparación de las gestantes que tuvieron ≥ 6 CPN (2,0%, $n=3$). Según la prueba de Chi-cuadrado de Pearson se tiene un valor $p = 0,60$ es mayor al nivel de significancia 0,05; además se observa un valor de (OR=1,90 IC 95% [0,31-11,74]).

Y; por último, se observó que existe menor proporción de casos de recién nacido con bajo peso en gestantes con ≤ 5 CPN (7,5%, $n=4$) en comparación de las gestantes que tuvieron ≥ 6 CPN (13,4%, $n=20$). Según la prueba de Chi-cuadrado de Pearson se tiene un valor $p = 0,25$ es mayor al nivel de significancia 0,05; además se observa un valor de (OR=0,25 IC 95% [0,17-1,61]).

4.2. DISCUSIÓN

El número de controles prenatales son actividades que previenen complicaciones que se podrían desarrollar durante la gestación y en el posparto, que deberían cumplir con el mínimo de controles prenatales que recomienda el MINSA; sin embargo, existen gestantes que no cumplieron por lo que se expusieron a desarrollar algunas complicaciones durante la gestación o en el puerperio. En tal sentido se evaluó la influencia del número de visitas prenatales sobre el desarrollo de las complicaciones



materno perinatales en las gestantes que fueron atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, durante el año 2023. Al respecto la presenta investigación, indica que el 26,2% (n=53) tuvieron ≤ 5 CPN y el 73,8% (n=149) presentaron ≥ 6 CPN. Al contrastarlo con el estudio de Núñez-Herrera, R.H. (2019). Estudio titula: “Complicaciones obstétricas asociadas al control prenatal inadecuado en las puérperas atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo, en Lima”. Con ello encontró similar proporción con los resultados obtenidos, el 39,39% de las gestantes presentaron ≤ 5 CPN y el 60,61% tuvieron ≥ 6 CPN. Al contrario, comparado con el estudio de Román Aramburu, H.B. (2019). Estudio titulado “Relación entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao” el 71,4% de las gestantes tuvieron \leq de 5 CPN y 28,6% tuvieron ≥ 6 CPN, con proporciones diferentes.

Las complicaciones maternas en las gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca durante el año 2023 son: Anemia (42,1%), Preeclampsia (17,8%), RPM (16,8%), infección urinaria (15,8%) y diabetes gestacional (2,0%). Al comparar con el estudio de Muñante Cornejo, L. A. (2021). Titulado “Efectos de los Controles Prenatales en la gestación, trabajo de parto y la salud neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro-Ica, 2021”. Cuyo tamaño de la muestra fue de 312 gestantes, las complicaciones maternas fueron, 11,9% preeclampsia y 10,9% parto prematuro y con el estudio de Chávez Jurado (2019) titulado “Factores asociados a complicaciones obstétricas del embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernal, durante el periodo 2017-2018”, presentaron complicaciones como el 33,6% ruptura prematura de membranas y el 24,2% de trastorno hipertensivo del embarazo, estos resultados son distintos a los obtenidos en la presente investigación.



Al demostrar la relación entre \leq de 5 CPN e infección urinaria en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, durante el año 2023, se obtuvo un valor de $p=0,001$ siendo inferior al nivel de significancia del 0,05 mediante la prueba estadística de chi cuadrado de Pearson, la que se interpreta que si existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Además, se obtuvo OR=5,84 IC 95% [2,62-13,0]; en tal sentido se puede concluir que las gestantes que tuvieron \leq de 5 CPN presenta 2,43 veces el riesgo de presentar infección urinaria frente a los que tuvieron \geq 6 CPN; estos resultados son similares a los expuestos por Quispe Sanca (2023) donde indica que las gestantes con controles prenatales inadecuados (menos a 6 CPN) tuvieron infección urinaria $p<0,002$, OR= 3,09; IC: 1,6-5,8; $p<0,05$. Así mismo en el estudio realizado por Núñez-Herrera, R.H. (2019). Titulada “Complicaciones obstétricas asociadas al control prenatal inadecuado en las puérperas atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo, en Lima” el menor 0 igual a 5 CPN resulto ser un factor de riesgo significativo de infección del tracto urinario (OR: 1.54; IC 95%: 1.03-2.3).

Al describir la asociación entre \leq de 5 CPN y la anemia gestacional en gestantes que asisten al Hospital III EsSalud Juliaca, durante el año 2023, obtuvo un valor de $p=0,38$ comparado con el nivel de significancia es mayor ($p=0,05$) mediante la prueba del chi cuadrado indica que no existe una asociación significativa entre ambas variables; y se obtuvo un valor de OR=0,38 con un IC 95% [0,70-2,48], en tal sentido algunos valores de las variables no sobrepasaron la unidad. Ello nos da a entender que las gestantes con menor a igual a 5 CPN no es un factor de riesgo de desarrollar anemia gestacional. Al contrastar con el estudio realizado por Quispe López. (2023), titulado “La anemia en el tercer trimestre del embarazo se asocia a complicaciones maternas y perinatales en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano” hace mención que las gestantes con anemia presentaron mayores complicaciones maternas (OR =2.07,



IC 95% 1.09-3.93), con la investigación de Núñez-Herrera, R.H. (2019). Titulada “complicaciones obstétricas asociadas al control prenatal inadecuado en las puérperas atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo, en Lima”, evaluada en 66 gestantes las complicaciones en las gestantes fueron inadecuada ganancia de peso (IC 95%: 54.99-78.34%), infecciones del tracto urinario (IC 95%: 45.55-69.81%) y la anemia (IC 95%: 25.86-49.89%).

Al describir la asociación entre igual o menor a 5 CPN y la ruptura prematura de membranas en gestantes que asisten al Hospital III EsSalud Juliaca, durante el año 2023, obtuvo un valor de $p=0,54$ comparado con el nivel de significancia es mayor ($p=0,05$) mediante la prueba del chi cuadrado indica que no existe una asociación significativa entre ambas variables; y se obtuvo un valor de OR=1,01 con un IC 95% [0,44-2,34], en tal sentido algunos valores de las variables no sobrepasaron la unidad. Ello nos da a entender que las gestantes con menor a igual a 5 CPN no influye en el desarrollo de la RPM. En este trabajo de investigación el 16.8% de las gestantes presentaron como complicación a la ruptura prematura de membranas. Este resultado es inferior a lo reportado por, Chávez Jurado (2019), quien indica que el 33,6% de las gestantes presentaron ruptura prematura de membrana (20), Y todo lo contrario comparado con el estudio de Muñante Cornejo, L. A. (2021). Titulado “Efectos de los Controles Prenatales en la gestación, trabajo de parto y la salud neonatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro-Ica, 2021”. En 312 gestantes, con menor o igual a 5 CPN está asociado a desarrollar preeclampsia (OR:2.3; IC95%:1,1,-4,7; $p=0,023$), a la rotura prematura de membranas (OR:2.7, IC95%:1,3,-6,0; $p=0,007$).

Al determinar si el \leq de 5 CPN es un factor de riesgo para desarrollar preeclampsia en gestantes que asisten al Hospital III EsSalud Juliaca, durante el año 2023. Se pudo encontrar un valor de $p=0,54$ comparado con el nivel de significancia es mayor ($p=0,05$),



y según la prueba estadística chi cuadrado de Pearson no existe una asociación significativa entre las variables; de la misma manera presenta un valor $OR=1,32$ con IC: $0,70-2,48$ y según el intervalo de confianza no existe asociación entre las variables. Esto nos indica que las gestantes que tuvieron menos de \leq de 5 CPN no tienen riesgo de desarrollar preeclampsia durante la gestación. Por lo expuesto se rechaza la hipótesis del investigador. En tal sentido que las gestantes que tuvieron \leq de 5 CPN o \geq 6 CPN no están asociados a que las gestantes desarrollen preeclampsia, siendo considerado un factor de protección. Estos resultados son similares a lo mencionado por McDuffie et al (2016), indican que las gestantes con menor número de CPN obtuvo una $OR=1,04$ con un IC95% $0,93-1,17$. (17), para presentar preeclampsia, no existe diferencia significativa, del mismo modo Quispe Sancca (2023), hace mención que las gestantes con controles prenatales inadecuados tuvieron un ($OR: 2,7$; IC 95%: $1,07-7,06$) de desarrollar preeclampsia. (24)

Al identificar si existe diferencias significativas entre \leq de 5 CPN con diabetes mellitus en gestantes al Hospital III EsSalud Juliaca, durante el año 2023. Se pudo obtener un $p=0,57$ comparado con el nivel de significancia es mayor ($p=0,05$) mediante el uso de la prueba estadística exacta de Fisher, indica que no hay diferencias significativas entre las variables a asociar, además obtuvo un $OR=1,26$ con un IC95% $1,25-1,48$. Esto se interpreta de la siguiente manera: que las gestantes que tuvieron igual o menor a 5 CPN tienen 1,26 veces más probabilidad de presentar diabetes gestacional frente a los que presentaron mayor o igual a 6 CPN, a lo dicho se acepta la hipótesis alterna. Mencionar que los resultados obtenidos son similares a los expuestos por Chen et al (2017) donde indica que las gestantes con atención prenatal inadecuada se asociaron con una mayor mortalidad neonatal cuando el embarazo presentó complicaciones como la diabetes gestacional. (16)

Con relación a las complicaciones perinatales en los recién nacidos de las gestantes en la presente investigación el 24,3% tuvieron síndrome de distrés respiratorio, el 11,9% bajo peso al nacer; el 4,0% reanimación fetal, y 2,5% muerte fetal, 2,5% sufrimiento fetal aguda.

Al demostrar que \leq de 5 CPN están asociado a presentar síndrome de distrés respiratorio en los recién nacidos de las gestantes que acudieron al Hospital III EsSalud Juliaca, durante el año 2023, obtuvo un $p=0,24$ valor que es mayor al nivel de significancia $p=0,05$ mediante la prueba estadística chi cuadrado, indica que no existe relación significativamente entre ambas variables; del mismo modo, se encontró un OR= 1,52 con IC al 95%: 0,753-3,06 que algunos valores de la variable no supero la unidad, dando a conocer que al tener \leq de 5 CPN no es un factor de riesgo, asociado a que los recién nacidos presenten síndrome de distrés respiratorio.

Al comparar el número de menos o igual a 5 CPN están al bajo peso al nacer en los recién nacidos de las gestantes que acudieron al Hospital III EsSalud Juliaca, durante el año 2023, obtuvo un $p=0,25$ valor que es mayor al nivel de significancia $p=0,05$ mediante la prueba estadística chi cuadrado, indica que si existe relación significativamente entre ambas variables; además se encontró un OR= 0,52 con IC al 95%: 0,17- 1,61, pero según el IC hubo valores que se encontraron sobre la unidad, por lo tanto el número de menor o igual a 5 CPN no es un factor de riesgo a que los recién nacidos tengan bajo peso al nacimiento, Además, se puede llegar a la conclusión que un número mayor o igual a 6 CPN redujo significativamente la presentación de partos con bajo peso al nacer. .

Resultados son respaldados por McDuffie et al, (2016) obtuvo OR=0,94 IC95% 0,78-1,12; $p=0,76$, concluyen que las gestantes que cumplieron con visitas prenatales



propuestos presentaron buenos resultados (17) ; también se encontró resultados similares con el estudio hecho por Quispe López (2023) donde el número de controles prenatales presento asociación significativa (OR: 3,39 IC95% 1,406-8,180), pero hubo variables que estuvieron comprendidos dentro de la unidad, por lo tanto no es un factor de riesgo (22), sin embargo, estos resultados fueron contrarios a los mencionado por, Saaka y Sulley (2018) quien menciona que las gestantes con una cantidad mayor a 6 CPN, (OR = 0,44 IC del 95 %: 0,23, 0,83) el 75% de los partos redujo significativamente la presentación de partos con bajo peso al nacer. (18)

Al identificar si existe diferencias significativas entre el menor o igual a 5 CPN y muerte fetal en gestantes atendidas em el Hospital III EsSalud Juliaca, durante el año 2023. Se pudo obtener un $p=0,60$ comparado con el nivel de significancia es mayor ($p=0,05$) mediante el uso de la prueba estadística chi cuadrado, indica que existe diferencias significativas entre las variables a asociar, además obtuvo un OR=1,90 con un IC95% 0,31-11,74. Esto se interpreta de la siguiente manera: que las gestantes que tuvieron igual o menor a 5 CPN no es un factor de riesgo de presentar muertes fetales en las gestantes. Mencionar que los resultados obtenidos son similares a los expuestos por Chen et al (2017) donde indica que las gestantes con atención prenatal inadecuada se asociaron con una mayor mortalidad neonatal (17). Además, para Rodríguez et al., (2022) Brasil. En su estudio titulado “relación entre el número de visitas de control prenatal y la aparición de resultados perinatales adversos en una ciudad promedio del estado de Minas Gerais, Brasil”. La tasa de mortalidad neonatal y el ingreso a unidades de cuidados intensivos neonatales durante las primeras 72 horas fue en aquellas gestantes con controles prenatales de 3 a 5.

Al comparar si existe relación entre el menor o igual a 5 CPN y sufrimiento fetal agudo en gestantes atendidas em el Hospital III EsSalud Juliaca, durante el año 2023. Se



pudo obtener un $p=1,00$ comparado con el nivel de significancia es mayor ($p=0,05$) mediante el uso de la prueba estadística exacta de Fisher, indica que no existe diferencias significativas entre las variables a asociar, además obtuvo un $OR=0,69$ con un $IC95\%$ $0,07-6,38$; Esto nos indica que las gestantes que tuvieron igual o menor a 5 CPN no es un factor de riesgo de desarrollar en los recién nacidos sufrimiento fetal agudo. Al contractar con el estudio realizado por Quispe Sanca. (2023) con el título de “Factores de riesgo gineco-obstétricos y la mortalidad perinatal del HCMM-Juliaca, 2021” los controles prenatales inadecuados estas asociados a desarrollar Sufrimiento fetal, P de 0,001 con ($OR: 3,9; IC: 1,9-8,1$).

Del mismo modo se comparó si existe relación entre el menor o igual a 5 CPN y reanimación neonatal a los recién nacidos de las gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca, durante el año 2023. Se pudo obtener un $p=0,01$ comparado con el nivel de significancia es menor ($p=0,05$) mediante el uso de la prueba estadística chi cuadrado, indica que, si existe diferencias significativas entre las variables a asociar, además obtuvo un $OR=5,06$ con un $IC95\%$ $1,16-22,00$. Esto indica que las gestantes que tuvieron igual o menor a 5 CPN es un factor de riesgo en realizar reanimación neonatal en recién nacidos. Al contractar con el estudio de Siña y Alejandra. (2018) con el título de “Asociación existente entre número de controles prenatales y parto distócico en el servicio de Gineco Obstetricia en el Hospital Nacional Dos de Mayo del periodo Enero – diciembre 2016”. Las gestantes con una cantidad inadecuada de controles prenatales (menor a 6) presentan 12.55 veces más riesgo de presentar parto distócico y reanimación a los recién nacidos.(23)



V. CONCLUSIONES

- Un mayor número de visitas prenatales (≥ 6) se asocia con una menor incidencia de complicaciones maternas y perinatales, como infección urinaria y la necesidad de reanimación neonatal, en comparación con menos visitas (≤ 5).
- La mayoría de las gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud Juliaca en 2023 tienen entre 31 y 40 años, son convivientes y provienen mayoritariamente de Juliaca.
- Las complicaciones materno perinatales incluyen infecciones urinarias, anemia, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, diabetes gestacional, reanimación neonatal, sufrimiento fetal agudo, síndrome de distrés respiratorio, muerte fetal y bajo peso al nacer en recién nacidos.
- Existe asociación significativa entre el número de controles menor o igual a 5 CPN en presentar infección urinaria, con relación a los que tuvieron mayor o igual a 6 CPN en las gestantes que acudieron al Hospital III EsSalud Juliaca durante el año 2023.
- El número de controles menor o igual a 5 CPN estuvo asociado a presentar en la reanimación neonatal en las gestantes que fueron atendidos en el Hospital III EsSalud de Juliaca durante el 2023, en comparación con las gestantes que tuvieron mayor o igual a 6 CPN.



VI. RECOMENDACIONES

- El personal de salud deberá, que las gestantes cumplan mayor a 6 controles prenatales, evitando por consiguiente las complicaciones materno perinatales y del mismo fortalecer la atención prenatal de las gestantes en el Hospital III EsSalud de Juliaca.
- Desarrollar actividades de proyección social dirigidos a convivientes y solteras jóvenes en Juliaca, para mejorar la educación sobre salud prenatal y aumentar la participación y comprensión de las gestantes.
- Implementar protocolos de seguimiento de los controles prenatales en las gestantes en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital III EsSalud Juliaca, así como seguir las pautas ya establecidas por las organizaciones de salud para el abordaje correcto de los controles prenatales durante la gestación.
- Se recomienda a los futuros investigadores realizar un estudio utilizando un diseño de cohortes de forma longitudinal de la influencia del número de CPN sobre las complicaciones materno perinatales y de esa forma podrá mostrar resultados con una relación de causalidad temporal.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ota E, Lopes K da S, Middleton P, Flenady V, Wariki WM, Rahman MO, et al. Intervenciones prenatales para la prevención de la mortinatalidad, la pérdida fetal y la muerte perinatal: resumen de revisiones sistemáticas Cochrane - Ota, E - 2020 | Cochrane Library. [citado 17 de junio de 2024]; Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009599.pub2/full/> es
2. Nilsson M, Griggs D, Visbeck M. Policy: Map the interactions between Sustainable Development Goals. *Nature*. junio de 2016;534(7607):320-2.
3. Kuhnt J, Vollmer S. Antenatal care services and its implications for vital and health outcomes of children: evidence from 193 surveys in 69 low-income and middle-income countries. *BMJ Open*. 15 de noviembre de 2017;7(11):e017122.
4. Minsa: casos de muerte materna se reducen en el país durante los primeros meses de 2023 [Internet]. 2023 [citado 17 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/212966-minsa-casos-de-muerte-materna-se-reducen-en-el-pais-durante-los-primeros-meses-de-2023>
5. Tikmani SS, Ali SA, Saleem S, Bann CM, Mwenechanya M, Carlo WA, et al. Trends of antenatal care during pregnancy in low- and middle-income countries: Findings from the global network maternal and newborn health registry. *Semin Perinatol*. agosto de 2019;43(5):297-307.
6. Till SR, Everetts D, Haas DM. Incentives for increasing prenatal care use by women in order to improve maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 15 de diciembre de 2015;2015(12):CD009916.



7. Vintzileos AM, Ananth CV, Smulian JC, Scorza WE, Knuppel RA. The impact of prenatal care on neonatal deaths in the presence and absence of antenatal high-risk conditions. *Am J Obstet Gynecol*. 1 de mayo de 2002;186(5):1011-6.
8. McDuffie RS, Beck A, Bischoff K, Cross J, Orleans M. Effect of frequency of prenatal care visits on perinatal outcome among low-risk women. A randomized controlled trial. *JAMA*. 20 de marzo de 2016;275(11):847-51.
9. MINSA. Atención prenatal reenfocada, de la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna, aprobada por R.M. N° 827-2013/MINSA - RESOLUCION MINISTERIAL - N° 686-2023/MINSA - SALUD [Internet]. 2015 [citado 16 de diciembre de 2023]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2197247-1>
10. RedacciónRPP. El 79,1 % de gestantes recibió su primer control prenatal: Minsa lanza campaña para resaltar su importancia | RPP Noticias [Internet]. 2022 [citado 23 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://rpp.pe/peru/actualidad/el-791-de-gestantes-recibio-su-primer-control-prenatal-minsa-lanza-campana-para-resaltar-su-importancia-noticia-1406725>
11. Miikkulainen A, Abdirahman Mohamud I, Aqazouz M, Abdullahi Suleiman B, Sheikh Mohamud O, Ahmed Mohamed A, et al. Antenatal care utilization and its associated factors in Somalia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 12 de agosto de 2023;23:581.
12. Saaka M, Sulley I. Independent and joint contributions of inadequate antenatal care timing, contacts and content to adverse pregnancy outcomes. *Ann Med*. 12 de diciembre de 2023;55(1):2197294.
13. Rodrigues KMD, Zoldan C, Silva CB de O, Santana EFM, Araujo Júnior E, Peixoto AB. Relationship between the number of prenatal care visits and the occurrence of



- adverse perinatal outcomes. *Rev Assoc Medica Bras* 1992. febrero de 2022;68(2):256-60.
14. Alfaro NA, Alvarado RM, Sánchez AG, Roaf PM, Partida NB, Figueroa IV. Opportunity and Continuity of Prenatal Care in Low-Risk Pregnant Women and Cesarean Frequency. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc*. 2002;40(5):415-20.
 15. Yehualashet DE, Seboka BT, Tesfa GA, Mamo TT, Seid E. Determinants of optimal antenatal care visit among pregnant women in Ethiopia: a multilevel analysis of Ethiopian mini demographic health survey 2019 data. *Reprod Health*. 5 de marzo de 2022;19:61.
 16. Fatma Y, Ziyoo, Fatma A, Matly, Ghazala M, Mehemd E, et al. Relation between Prenatal care and Pregnancy Outcome at Benghazi. *SJPH*. 1 de enero de 2019;4.
 17. Chen XK, Wen SW, Yang Q, Walker MC. Adequacy of prenatal care and neonatal mortality in infants born to mothers with and without antenatal high-risk conditions. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2017;47(2):122-7.
 18. McDuffie RS Jr, Beck A, Bischoff K, Cross J, Orleans M. Effect of Frequency of Prenatal Care Visits on Perinatal Outcome Among Low-Risk Women: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 20 de marzo de 1996;275(11):847-51.
 19. Tello-Torres C, Hernández-Vásquez A, Dongo KF, Vargas-Fernández R, Bendezu-Quispe G. Prevalence and Determinants of Adequate Compliance with Antenatal Care in Peru. *Rev Bras Ginecol E Obstet Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstet*. junio de 2021;43(6):442-51.
 20. Laos M, Paola H. Control prenatal inadecuado asociado a complicaciones perinatales en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo enero junio del 2019. *Univ Ricardo Palma [Internet]*. 2020 [citado 24 de diciembre de 2023]; Disponible en: <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3353457>



21. Aramburu HBR. Control prenatal y su relacion con las complicaciones del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion Callao, 2018. Respos Inst -UNAC [Internet]. 2019; Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/7492>
22. Chávez Jurado L. Factores asociados a complicaciones obstétricas del embarazo de adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Sergio Bernales, durante el periodo 2017-2018. Repos Inst - URP [Internet]. 2019 [citado 23 de diciembre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2262>
23. Siña L, Alejandra J. Controles prenatales y su asociación con el parto distócico en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo enero - diciembre 2016. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2018 [citado 24 de diciembre de 2023]; Disponible en: <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3353315>
24. Muñante Cornejo LA. Efectos de los controles prenatales en la gestación y trabajo de parto en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro - 2021 [Internet] [Médico cirujano]. [Lima]: Universidad Privada San Juan Bautista; 2023 [citado 1 de julio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/4877>
25. Núñez-Herrera R, Moquillaza Alcántara V, García-Cajaleón J. Complicaciones obstétricas asociadas al control prenatal inadecuado en puérperas atendidas en un centro materno infantil peruano, 2018. 16 de diciembre de 2019;33.
26. Quispe Lopez PG. Anemia en el tercer trimestre asociada a complicaciones maternas y perinatales de la gestación en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca del año 2020. 27 de octubre de 2023 [citado 25 de enero de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/5011>



27. Choquehuanca Mamani JA. Factores Asociados al Inicio Tardío del Control Prenatal de Gestantes Que Acuden al Consultorio Externo de Obstetricia del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo Azángaro Puno, Junio a Agosto del 2016. Univ Católica St María [Internet]. 11 de diciembre de 2017 [citado 25 de enero de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/6936>
28. Quispe Sanca EO. Factores de riesgo gineco-obstetricos asociados a la mortalidad perinatal en el Hospital Carlos Monje Medrano-Juliaca, 2021. 23 de agosto de 2023 [citado 25 de enero de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/20410>
29. Michel A, Fontenot H. Adequate Prenatal Care: An Integrative Review. J Midwifery Womens Health. marzo de 2023;68(2):233-47.
30. WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [citado 17 de diciembre de 2023]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK409108/>
31. Andrade-Romo Z, Heredia-Pi IB, Fuentes-Rivera E, Alcalde-Rabanal J, Cacho LBB, Jurkiewicz L, et al. Group prenatal care: effectiveness and challenges to implementation. Rev Saúde Pública. 53:85.
32. Michel A, Fontenot H. Adequate Prenatal Care: An Integrative Review. J Midwifery Womens Health. marzo de 2023;68(2):233-47.
33. Susana Aguilera P, Peter Soothill MD. Control Prenatal. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de noviembre de 2014;25(6):880-6.
34. 198935_RM827_2013_MINSA.pdf20180926-32492-1iuyz6n.pdf [Internet]. [citado 23 de junio de 2024]. Disponible en:



- https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/202170/198935_RM827_2013_MINSA.pdf
35. [rm_827-2013-minsa.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf) [Internet]. [citado 23 de junio de 2024]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
36. Mera-Lojano LD, Mejía-Contreras LA, Cajas-Velásquez SM, Guarderas-Muñoz SJ. Prevalencia y factores de riesgo de infección del tracto urinario en embarazadas. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc.* 2023;61(5):590-6.
37. Jagtap S, Harikumar S, Vinayagamoorthy V, Mukhopadhyay S, Dongre A. Comprehensive assessment of holding urine as a behavioral risk factor for UTI in women and reasons for delayed voiding. *BMC Infect Dis.* 6 de junio de 2022;22(1):521.
38. Ruiz DLS, Bone KKV, Pallchisaca AEY. Las infecciones en el tracto urinario en la mujer embarazada y su incidencia en la morbilidad y mortalidad de neonatos. *Univ Cienc Tecnol.* 16 de noviembre de 2020;24(106):102-8.
39. James AH. Iron Deficiency Anemia in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1 de octubre de 2021;138(4):663-74.
40. Tirore LL, Areba AS, Habte A, Desalegn M, Kebede AS. Prevalence and associated factors of severity levels of anemia among women of reproductive age in sub-Saharan Africa: a multilevel ordinal logistic regression analysis. *Front Public Health.* 2023;11:1349174.
41. Ortiz Montalvo YJ, Ortiz Romaní KJ, Castro Trujillo BS, Nuñez Revilla SC, Rengifo Balta GL, Ortiz Montalvo YJ, et al. Factores sociodemográficos y prenatales asociados a la anemia en gestantes peruanas. *Enferm Glob.* 2019;18(56):273-90.



42. Karrar SA, Hong PL. Preeclampsia. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 30 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570611/>
43. Macías-Salas A, Sosa-Macías M, Barragán-Zúñiga LJ, Blanco-Castañeda R, Damiano A, Garcia-Robles R, et al. Preeclampsia association of placental nucleotide variations in eNOS, VEGFA, and FLT-1 genes in Latin American pregnant women. *Placenta*. abril de 2023;135:1-6.
44. Betancourt Ruiz AM, García MY. Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. *Rev Arbitr Interdiscip Cienc Salud Salud Vida*. 2020;4(7):74-96.
45. D. Laskin M, Yinon Y, Whittle WL. Preterm premature rupture of membranes in the presence of cerclage: is the risk for intra-uterine infection and adverse neonatal outcome increased? *J Matern Fetal Neonatal Med*. abril de 2012;25(4):424-8.
46. Prelabor Rupture of Membranes: ACOG Practice Bulletin, Number 217. *Obstet Gynecol*. marzo de 2020;135(3):e80-97.
47. Lucero Rafael LRM. Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membrana en gestantes pre termino atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Vitarte durante el periodo enero - octubre 2016. 2017 [citado 7 de julio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/754>
48. Baque JMR, Chancay AAC, Avila AML. Diabetes mellitus gestacional: epidemiología, diagnóstico y complicaciones en la mortalidad perinatal. *Rev Científica Arbitr Multidiscip PENTACIENCIAS*. 24 de enero de 2023;5(1):324-35.
49. Violante-Ortíz R, Fernández-Ordóñez NL, Requena-Rivera CA, Mojarro-Bazán SS, Alemán-Cabrera T. Desenlaces materno-fetales en mujeres con diabetes gestacional



- en un programa control intensivo. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc.* 2023;61(1):61-7.
50. Vergara Camargo JL. Prevalencia de diabetes gestacional en el Hospital Gestionar Bienestar, Zapatoca, Santander 2013 - 2017. *Medicas UIS.* agosto de 2018;31(2):17-23.
51. Ujevich MM, Pozun A. Pediatric and Neonatal Resuscitation. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 30 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572069/>
52. Labastida-García D, Díaz-Gabriel G, López-Díaz F, Gutierrez-Chable LE, García-Flores MA, Méndez-Martínez S. Lactate and pH values in newborns with a history of acute fetal distress. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2023;80(4):247-52.
53. Yadav S, Lee B, Kamity R. Neonatal Respiratory Distress Syndrome. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 30 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560779/>
54. Agudelo-Espitia V, Parra-Sosa BE, Restrepo-Mesa SL. Factors associated with fetal macrosomia. *Rev Saúde Pública.* 53:100.
55. Catalano PM, Shankar K. Obesity and pregnancy: mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child. *BMJ.* 8 de febrero de 2017;356:j1.
56. Agudelo-Espitia V, Parra-Sosa BE, Restrepo-Mesa SL. Factors associated with fetal macrosomia. *Rev Saúde Pública [Internet].* 2019 [citado 30 de marzo de 2024];53. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6863107/>
57. Sánchez-Morales SM, Roy-García IA, Rivas-Ruiz R, Guerrero-Mills L. Comentario al artículo “Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel”. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc.* 2023;61(5):548-9.



58. Montero Aguilera A, Ferrer Montoya R, Paz Delfin D, Pérez Dajaruch M, Díaz Fonseca Y. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. *Multimed Granma*. 2019;1155-73.
59. Bajo peso al nacer [Internet]. [citado 30 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://healthlibrary.brighamandwomens.org/spanish/diseasesconditions/Pediatric/90,P05491>
60. Heredia-Olivera K, Munares-García O. Factores maternos asociados al bajo peso al nacer. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc*. 2016;54(5):562-7.
61. Castro EMM. Bioestadística aplicada en investigación clínica: conceptos básicos. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 1 de enero de 2019;30(1):50-65.

ANEXOS

ANEXO 1: Esquema básico de la atención prenatal según la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna.

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)	+	+	+	+	+	+
Proteína en orina (Con tira Reactiva o Ac. Sulfosalicílico)	+	+	+	+	+	+
Vacuna antitetánica		+	+			
Toma de PAP(*)	+					
Evaluación odontoestomatológica		+	+			
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.



ANEXO 2: Hoja de recolección de datos.

1. Edad:
2. Estado Civil:
Procedencia: Rural () Urbana ()
3. Número de visitas de atención prenatal
Mayor a igual a 6 controles () menor a 6 controles ()
4. Tipo de parto
Cesárea () Vaginal ()
5. Complicaciones maternas
 - Anemia Si () No ()
 - Preeclampsia Si () No ()
 - Infección urinaria Si () No ()
 - Ruptura prematura de membranas Si () No ()
 - Diabetes mellitus Si () No ()
6. Complicaciones perinatales
 - Obito fetal Si () No ()
 - Reanimación neonatal Si () No ()
 - Sufrimiento fetal agudo Si () No ()
 - Macrosomía fetal Si () No ()
 - Síndrome de dificultad respiratoria Si () No ()
 - Bajo peso al nacer Si () No ()



ANEXO 3: Validación de instrumento de hoja de datos por expertos.

TÍTULO: EFECTO DEL NÚMERO DE VISITAS DE ATENCIÓN PRENATAL SOBRE COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL III ESSALUD- JULIACA, 2023

DATOS DE INFORMACION

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	GRADO ACADÉMICO	AUTOR DEL INSTRUMENTO
AJAHUANA CONDORI WILLIAM	HOSPITAL III ESSALUD - JULIACA	MEDICO ASISTENTE GINECOLO-OBSTETRA	ASQUI FLORES MELINA

INSTRUCCIONES: Lee cada uno de los indicadores correspondientes a los criterios que estructura la validación de los instrumentos de tesis, valorando con honestidad y humildad según la evaluación. asimismo, su observación

MUY DEFICIENTE (1), DEFICIENTE (2), ACEPTABLE (3), BUENA (4), EXCELENTE (5).

ASPECTOS DE VALIDACION

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado					X
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables					X
ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					X
ORGANIZACIÓN	Existe organización lógica				X	
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en calidad y cantidad					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias					X
CONSISTENCIA	Basado en los aspectos teóricos científicos					X
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					X
METODOLOGIA	Las estrategias responden al propósito del diagnóstico					X
PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno o más adecuado					X
SUB TOTAL					4	45
TOTAL					49	

OPINION DE APLICACIÓN:

PROMEDIO DE EVALUACION:

Puno, 01 de MARZOdel 2024


Dr. William Ajahuana Condori
MEDICO CIRUJANO - CIMP 53024
GINECOLOGO-OBSTETRA - RNE 35282



**TÍTULO: EFECTO DEL NÚMERO DE VISITAS DE ATENCIÓN PRENATAL
SOBRE COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES DEL
HOSPITAL III ESSALUD- JULIACA, 2023**

DATOS DE INFORMACION

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	GRADO ACADÉMICO	AUTOR DEL INSTRUMENTO
APAZA PEREZ RONALDO	HOSPITAL III ESSALUD JULIACA	MEDICO ASISTENTE GINECOLOGO-OBSTETRA	ASQUI FLORES MELINA

INSTRUCCIONES: Lee cada uno de los indicadores correspondientes a los criterios que estructura la validación de los instrumentos de tesis, valorando con honestidad y humildad según la evaluación. asimismo, su observación

MUY DEFICIENTE (1), DEFICIENTE (2), ACEPTABLE (3), BUENA (4), EXCELENTE (5).

ASPECTOS DE VALIDACION

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado					X
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables					X
ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					X
ORGANIZACIÓN	Existe organización lógica					X
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en calidad y cantidad					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias					X
CONSISTENCIA	Basado en los aspectos teóricos científicos					X
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					X
METODOLOGIA	Las estrategias responden al propósito del diagnóstico				X	
PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno o más adecuado					X
SUB TOTAL					4	45
TOTAL					49	

OPINION DE APLICACIÓN:

PROMEDIO DE EVALUACION:

Puno, 01 de MARZO del 2024

Dr. APAZAPEREZ Ronald F.
 GINECOLOGIA-OBSTETRICIA
 CMP 50842 RNE 33069



**TÍTULO: EFECTO DEL NÚMERO DE VISITAS DE ATENCIÓN PRENATAL
SOBRE COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES DEL
HOSPITAL III ESSALUD- JULIACA, 2023**

DATOS DE INFORMACION

APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO	INSTITUCIÓN DONDE LABORA	GRADO ACADÉMICO	AUTOR DEL INSTRUMENTO
HUARHUA ORTIZ ALDRIN	ESSALUD HOSPITAL III JULIACA	ESPECIALISTA EN PEDIATRIA Y CIRUGIA PEDIATRICA	ASQUI FLORES MEDINA

INSTRUCCIONES: Lee cada uno de los indicadores correspondientes a los criterios que estructura la validación de los instrumentos de tesis, valorando con honestidad y humildad según la evaluación. asimismo, su observación

MUY DEFICIENTE (1), DEFICIENTE (2), ACEPTABLE (3), BUENA (4), EXCELENTE (5).

ASPECTOS DE VALIDACION

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado					X
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables					X
ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					X
ORGANIZACIÓN	Existe organización lógica					X
SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en calidad y cantidad					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de las estrategias					X
CONSISTENCIA	Basado en los aspectos teóricos científicos					X
COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					X
METODOLOGIA	Las estrategias responden al propósito del diagnóstico					X
PERTINENCIA	El instrumento responde al momento oportuno o más adecuado					X
SUB TOTAL						50
TOTAL		50				

OPINION DE APLICACIÓN:

PROMEDIO DE EVALUACION:

Puno/ 01...de.....MARZO.....del 2024


Dr. Aldrin Huarhua Ortiz
Cirujano pediatra
CIMP 37614 RNE 15745



ANEXO 4: Solicitud de autorización al director del Hospital III EsSalud Juliaca

SOLICITO: Evaluación y aprobación de protocolo de investigación.

Dr. ORLANDO MARVIN CUTIPA ZELA.
DIRECTOR HOSPITAL III ESSALUD JULIACA



Yo, Melina Asqui Flores, identificado con **DNI N°: 71721437**, Bachiller de Medicina Humana de la UNA-PUNO, ante Ud. Con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente:

Solicito su revisión y aprobación del protocolo de investigación cuyo título es "Efecto del número de visitas de atención prenatal sobre complicaciones materno perinatales en gestantes del Hospital III EsSalud - Juliaca, 2023", en su prestigiosa institución "HOSPITAL III ESSALUD JULIACA", en el que adjunto los requisitos solicitados por el COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.

Por lo expuesto ruego acceder a mi petición, agradeciéndole anticipadamente por su atención que brinde al presente.

Juliaca, 06 de marzo del 2024

Investigador Principal
Melina Asqui Flores
DNI: 71721437



ANEXO 5: Constancia del comité institucional de ética en investigación CIEI –

Hospital III EsSalud Juliaca.



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
CIEI - HOSPITAL BASE III JULIACA

Constancia de aprobación de CIEI - HBIII Juliaca - 2024

Juliaca, 29 de marzo de 2024

Investigador Principal: MELINA ASQUI FLORES
Presente. –

Título del Protocolo: "EFECTO DEL NÚMERO DE VISITAS DE ATENCIÓN PRENATAL SOBRE COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL III ESSALUD- JULIACA, 2023"

Versión y Fecha del Protocolo: Versión del 06 de marzo de 2024.

Tipo de Estudio: Observacional, retrospectivo, no experimental.

Número de Registro CIEI: CA – CIEI 00__ - 2024

Institución de Investigación y RCI: Universidad Nacional del Altiplano Puno

Revisión del Comité: Exceptuado de revisión Revisión expedita Revisión en pleno

Decisión del Comité: **APROBADO**

De nuestra consideración:

El Comité Institucional de ética en Investigación del Hospital Base III Juliaca ha revisado la solicitud de evaluación al protocolo de la referencia expresada en su carta del 06 de marzo de 2024. Para la aprobación se ha considerado el cumplimiento de las consideraciones éticas para la investigación en salud con seres humanos señaladas en la Resolución Ministerial N°233-2020-MINSA. En virtud a ello ha aprobado el siguiente documento:

- **Protocolo de investigación:** "**EFECTO DEL NÚMERO DE VISITAS DE ATENCIÓN PRENATAL SOBRE COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL III ESSALUD- JULIACA, 2023**" versión del 06/03/2024

Incluye los siguientes documentos relacionados al protocolo que se detallan a continuación.

1. Solicitud de exención de obtener consentimiento informado

Ninguno de los miembros del comité declaró tener conflicto de interés.

El periodo de vigencia de la presente aprobación será de **36 meses**; desde el 29 de marzo de 2024 hasta el 29 de marzo de 2027, debiendo solicitar la renovación con 30 días de anticipación.

Cualquier enmienda en los objetivos secundarios, metodología y aspectos éticos debe ser solicitada a este CIEI. Así mismo, sírvase hacernos llegar los informes de avance del estudio en forma trimestral a partir la presente aprobación y, un informe final del trabajo de investigación o artículo científico una vez concluido el estudio.

Dra. Naira Calderón Gádenas
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
PRESIDENTA
HOSPITAL BASE III JULIACA

PRESIDENTE DE COMITÉ
CIEI - Hospital Base III Juliaca

Folios en total 30
NIT: 1599-2024-821

ANEXO 6: Matriz de consistencia de la investigación

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>GENERAL</p> <p>¿Cuál es el efecto del número de visitas de atención prenatal sobre complicaciones materno perinatales en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023?</p> <p>ESPECIFICOS</p> <p>¿Cuáles son las características de las gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023?</p> <p>¿Cuál es el efecto del número de visitas de atención prenatal sobre complicaciones materno en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023?</p> <p>¿Cuál es el efecto del número de visitas de atención prenatal sobre complicaciones perinatales en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023?</p> <p>¿Cuál es el efecto del número de visitas de atención prenatal sobre complicaciones materno en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023?</p>	<p>GENERAL</p> <p>Analizar el efecto del número de visitas de atención prenatal sobre las complicaciones materno perinatales en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023.</p> <p>ESPECIFICOS</p> <p>Describir las características sociodemográficas de las gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023.</p> <p>Identificar las complicaciones materno perinatales en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023.</p> <p>Evaluar el efecto del número de visitas de atención prenatal sobre complicaciones materno en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023.</p> <p>Evaluar el efecto del número de visitas de atención prenatal sobre complicaciones perinatales en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023.</p>	<p>GENERAL</p> <p>Las complicaciones materno perinatales tiene una relación inversamente proporcional con la disminución del número mínimo visitas prenatales en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023.</p> <p>ESPECIFICOS</p> <p>Hay un efecto entre el número de número de visitas de atención prenatal en la presentación sobre complicaciones materno en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023.</p> <p>Hay un efecto entre el número de visitas de atención prenatal en la presentación sobre complicaciones perinatales en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2023.</p>	<p>DEPENDIENTE</p> <p>Complicaciones maternas</p> <p>Complicaciones perinatales</p> <p>INDEPENDIENTE</p> <p>Número de controles prenatales</p>	<p>Infeción urinaria Anemia Preeclampsia RPM DMG</p> <p>Reanimación neonatal SFA SDR Bajo peso al nacer</p> <p>Mayor o igual a 6CPN</p> <p>Menor o igual a 5 CPN</p>	<p>TIPO DE ESTUDIO:</p> <p>Observacional, retrospectivo, analítica con enfoque cuantitativo.</p> <p>DISEÑO: No experimental.</p> <p>ÁREA DE ESTUDIO: Se efectuará en el Hospital III EsSalud Juliaca.</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA:</p> <p>La población está constituida por 987, de estos solo 514 presentaron complicaciones materno perinatales.</p> <p>Con una muestra de 202 gestantes con complicaciones materno perinatales mediante técnica de muestreo aleatorio.</p> <p>TÉCNICA DE RECOLECCIÓN:</p> <p>Mediante la ficha de recolección de datos</p>



ANEXO 7: Declaración jurada de autenticidad de tesis.



Universidad Nacional
del Altiplano Puno



Vicerrectorado
de Investigación



Repositorio
Institucional

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo MELINA ASQUI FLORES
identificado con DNI 71721437 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado
MEDICINA HUMANA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:
" EFEECTO DEL NÚMERO DE VISITAS DE ATENCIÓN PRENATAL SOBRE COMPLICACIONES
MATERNAS PERINATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL III ESSALUD - JULIACA, 2023 "

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 24 de JULIO del 2024

Melina Asqui Flores

FIRMA (obligatoria)



Huella



ANEXO 8: Autorización para el depósito de tesis en el Repositorio Institucional.



Universidad Nacional
del Altiplano Puno



Vicerrectorado
de Investigación



Repositorio
Institucional

AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo MELINA ASQUI FLORES,
identificado con DNI 71721427 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

MEDICINA HUBADA
informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

“ EFFECTO DEL NÚMERO DE LUGARES DE ATENCIÓN PRENATAL SOBRE COMPLICACIONES
MATERNO PERINATALES EN GESTANTES DEL HOSPITAL III ESSAWD - JULIACA, 2023 ”

para la obtención de Grado, Título Profesional o Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los “Contenidos”) que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 24 de JULIO del 2024

FIRMA (obligatoria)



Huella