

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



TESIS

**INFLUENCIA DE LA ATENCIÓN PRENATAL TEMPRANA EN LA
DISMINUCIÓN DE LA MORBILIDAD MATERNA, CENTRO DE
SALUD MATERNO PERINATAL SIMÓN BOLIVAR.2016-2017**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

PRESENTADO POR LA BACHILLER

YOLANDA CRISTINA BRIONES HERRERA

ASESORA

DRA. OBSTA. SILVIA ISABEL SÁNCHEZ MERCADO

CAJAMARCA, PERÚ - 2017

Copyright © 2017 by Yolanda
Cristina Briones Herrera
Derechos Reservados

SE DEDICA ESTE TRABAJO A:

Mis padres y hermanas quienes me brindaron su amor y apoyo incondicional en todo el proceso de mi carrera profesional y en la realización de ésta investigación; y a mi abuelito César, quién me encaminó a la vocación de servicio y por el que hoy, me convierto en una profesional de salud.

INDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENT.....	4
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I.....	9
EL PROBLEMA	9
1.1. Definición y delimitación del problema	9
1.2. Formulación del problema	11
1.3. Objetivos	11
1.3.1. Objetivo General	11
1.3.2. Objetivos Específicos	11
1.4. Justificación	12
CAPÍTULO II.....	13
MARCO TEÓRICO	13
2.1. Antecedentes	13
2.2. Teorías.....	15
2.3. Hipótesis.....	26
2.4. Variables.....	26
2.5. Conceptualización y operacionalización de variable	26
CAPÍTULO III.....	29
DISEÑO METODOLÓGICO	29
3.1. Diseño de estudio	29
3.2. Área de estudio	29
3.3. Población y muestra	30
3.3.1. Población	30
3.3.2. Muestra	30
3.4. Unidad de análisis.....	31
3.5. Criterios de inclusión y exclusión.....	31
3.6. Técnicas de recolección de datos	32

3.7.	Descripción del instrumento	32
3.8.	Procesamiento y análisis de datos.....	32
3.8.1.	Procesamiento:	32
3.8.2.	Análisis.....	32
CAPÍTULO IV	33
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	33
CAPÍTULO V	42
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	42
CONCLUSIONES.....		47
RECOMENDACIONES.....		48
BIBLIOGRAFÍA		49
ANEXOS		53

SE AGRADECE A:

Dios, porque con su bendición siempre me ayudó a seguir adelante; a mis padres, dos seres maravillosos quienes con su amor, comprensión y dedicación me regalaron la mejor herencia de la vida: mi profesión; a la Universidad Nacional De Cajamarca, quien fue por más de 5 años mi segundo hogar; gracias a mis obstetras: obst. Silvia Isabel Sánchez Mercado, mi querida asesora de tesis, quien me orientó, exigió y apoyó en todo momento durante el desarrollo de mi tesis; obst. Julia Quispe Oliva y Obst. Gloria Briones quienes me apoyaron en el proceso del informe final de tesis, y a todas mis obstetras en general quienes me impartieron sus conocimientos, sabidurías, y experiencias con el objetivo de formar una profesional con capacidades y destrezas para la defensa de la profesión.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la influencia de la atención prenatal temprana en la disminución de la morbilidad materna en el servicio de gineco - obstetricia del Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. **Materiales y Métodos:** Es un estudio descriptivo, retro-prospectivo y transversal, donde se evaluó a las gestantes con atenciones prenatales en el Centro de Salud Materno Perinatal “Simón Bolívar”, durante el periodo comprendido Junio de 2016 a Junio de 2017, las cuales corresponden a un total de 480 gestantes. La información se recogió por medio de un cuestionario y se procesó en el programa SPSS versión 23 para su análisis, la unidad estadística que se utilizó fue regresión múltiple. **Resultados:** La atención prenatal temprana en el “Centro de Salud Materno perinatal Simón Bolívar” tiene una significancia con respecto a la influencia de 0.103 (según la correlación de Pearson) en relación a la morbilidad materna, pues ésta aumentará o disminuirá; pero no siempre dependerá de cuanto más temprano se realice la atención prenatal de la gestante. También se encontró que el 50,4% tuvo su primer control prenatal de 4 a 12 semanas, el 43,9% de 13 a 27 semanas y el 5,7% tuvo su primera atención prenatal de más de 28 semanas. La influencia de las características sociodemográficas en la morbilidad materna de las gestantes de estudio según la correlación de Pearson es la siguiente: con la edad tiene una influencia de 0,48, con el estado civil de -0,046, con el nivel de educación de 0,37, con el nivel económico es de 0,168; con el tiempo que utiliza la gestante desde su casa al llegar al centro es de -0,108 y con el número de embarazos es de 0,06; lo que indica que el nivel económico, la edad y el estado civil, son factores que influyen con más significancia en la morbilidad materna. **Conclusiones:** La atención prenatal temprana en el Centro de Salud Materno perinatal Simón Bolívar, no tiene una influencia significativa en la disminución de la morbilidad materna, ya que esta no debe actuar por sí sola, sino acompañadas de otras estrategias, como: la atención prenatal reenfocada, atención prenatal de calidad, gran competitividad profesional, mejoramiento de factores sociodemográficos, entre otros.

Palabras Claves: Morbilidad materna, atención prenatal temprana, edad gestacional, primer control prenatal, factores sociodemográficos.

ABSTRACT

Objective: To know the influence of early prenatal care on the reduction of maternal morbidity in the gynecology and obstetrics service of the Simón Bolívar Maternal and Perinatal Health Center. **Materials and Methods:** This is a descriptive, retrospective and cross-sectional study, where pregnant women were evaluated with prenatal care at the "Simón Bolívar" Perinatal Maternal Health Center, during the period June 2016 to June 2017, which correspond to a total of 480 pregnant women. The information was collected through a questionnaire and processed in the SPSS version 23 program for analysis, the statistical unit that was used was multiple regression. **Results:** Early prenatal care in the "Simón Bolívar Perinatal Maternal Health Center" has a significance with respect to the influence of 0.103 (according to the Pearson correlation) in relation to maternal morbidity, since this will increase or decrease; but it will not always depend on how much earlier the pregnant woman's prenatal care is performed. It was also found that 50.4% had their first prenatal care for 4 to 12 weeks, 43.9% for 13 to 27 weeks, and 5.7% had their first prenatal care for more than 28 weeks. The influence of sociodemographic characteristics on maternal morbidity of pregnant women according to the Pearson correlation is as follows: with age it has an influence of 0.48, with the marital status of -0.046, with the level of education of 0,37, with the economic level is 0.168; with the time that the pregnant woman uses from her home when arriving at the center is -0.108 and with the number of pregnancies is 0.06; which indicates that the economic level, age and marital status are factors that most significantly influence maternal morbidity. **Conclusions:** Early prenatal care at the Simón Bolívar Perinatal Maternal Health Center does not have a significant influence on the reduction of maternal morbidity, since this should not act on its own, but accompanied by other strategies, such as: refocused prenatal care, quality prenatal care, great professional competitiveness, improvement of sociodemographic factors, among others. **Key words:** Maternal morbidity, early prenatal care, gestational age, first prenatal control, sociodemographic factors.

INTRODUCCIÓN

La morbilidad materna es una de las problemáticas de la salud materna, por ello a lo largo de los años se ha ido creando estrategias para poder combatirla y/o por lo menos disminuirla. Una de las estrategias que se incluyó para disminuir la morbilidad materna, fue la atención prenatal temprana en la gestante, la cual se ha ido dando, pero no de forma constante.

Sin embargo, las investigaciones realizadas en este campo, han revelado ciertos aspectos relevantes, en cuanto a la influencia de la atención prenatal temprana para la disminución de la morbilidad materna.

Se entiende por control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, acompañamiento prenatal, consulta prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud. El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de promoción de salud y de medicina preventiva (11).

En Perú, la razón de morbilidad materna extrema es de 9,43 por mil nacimientos, con índice de mortalidad de 0,032 y relación morbilidad materna extrema / mortalidad materna de 30,4; la enfermedad hipertensiva de la gestación fue la causa más importante con un 42,2 %, seguida por la hemorragia puerperal en 17,5 %. Los factores de riesgo identificados estuvieron relacionados con edad materna mayor de 35 años, nivel educativo bajo, multiparidad, falta de control prenatal y período intergenésico corto o prolongado (1). Por ende, se creyó conveniente realizar la presente investigación cuyo objetivo general es, conocer la influencia de la atención prenatal temprana en la morbilidad materna en el servicio de Gineco - obstetricia del Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar en la disminución de la morbilidad materna, de esta manera poder aportar a la salud materna, en cuanto a la ejecución de la atención prenatal temprana, y verificar si está influyendo en su totalidad o no en disminución de la morbilidad.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema

La morbilidad materna se considera hoy en día uno de los problemas más importantes dentro de la salud materna, ya que esta acarrea distintas enfermedades durante el embarazo, haciendo que la gestante se complique, llevándola incluso hasta la muerte.

La morbilidad está dada por las complicaciones o enfermedades que se producen durante la gestación parto o puerperio (42 días después de terminada la gestación) y pueden ser inmediatas o mediatas, afectando la salud de las mujeres y muchas veces en forma permanente (2).

La incidencia de morbilidad materna en los países en desarrollo es desconocida, por lo que se tiene que recurrir a dos fuentes indirectas: a la comparación de partos normales con partos con complicaciones, y a los estudios de muerte perinatal, ya que el 75% de estas muertes resultan de complicaciones o enfermedades maternas.

La tasa de morbilidad materna extrema es superior para los países de medianos y bajos ingresos, varió de 4,9 % en América Latina a 5,1 % en Asia y 14,9 % en África, mientras que los estudios realizados en los países de altos ingresos tenían tasas que van del 0,8 % en Europa y un máximo de 1,4 % en América del norte (1).

Los estudios revelan que existe una gran diferencia en la letalidad entre países desarrollados y en vía de desarrollo; en Nigeria, Benín y Malasia se ha encontrado una relación de morbilidad/mortalidad de 11/12, mientras que en Europa esta relación es de 117/223. Como principales factores de riesgo para morbilidad materna extrema se han identificado la edad mayor de 34 años, exclusión social, mujeres no blancas, antecedentes de hipertensión, parto por cesárea de emergencia y embarazo múltiple, adicionalmente, las complicaciones derivadas del aborto siguen siendo una de las principales causas de morbilidad en países en vía de desarrollo.

En un estudio realizado en Huila – Colombia, se investigó acerca de cuáles son los factores de riesgo en la inasistencia de las gestantes en el primer trimestre concluyendo que los

principales factores asociados con el inicio del control prenatal después del primer trimestre son: embarazo en adolescente, bajo nivel educativo; mujeres con 4 a 6 embarazos previos. (3)

Con respecto a la Atención Prenatal Temprana, se hizo un estudio en Argentina, sobre la relación del número de controles y la morbimortalidad materna, teniendo como complicaciones: hemorragia en el tercer trimestre, diabetes gestacional, muerte Fetal, mortalidad neonatal precoz y restricción de crecimiento intrauterino. Donde se concluyó que hubo una mayor ausencia de controles prenatales en presencia de las complicaciones ya mencionadas; además, las consultas prenatales estuvo en el límite inferior de lo recomendado, siendo menor en los casos de RCIU (Restricción de crecimiento intrauterino) y MF (Muerte Fetal). Las multigestas tienen menos número de controles prenatales. (5)

En Perú, la razón de morbilidad materna extrema es de 9,43 por mil nacimientos, con índice de mortalidad de 0,032 y relación morbilidad materna extrema / mortalidad materna de 30,4; la enfermedad hipertensiva de la gestación fue la causa más importante con un 42,2 %, seguida por la hemorragia puerperal en 17,5 %. Los factores de riesgo identificados estuvieron relacionados con edad materna mayor de 35 años, nivel educativo bajo, multiparidad, falta de control prenatal y período intergenésico corto o prolongado (1).

“Trece muertes maternas se han presentado en lo que va del presente año en diferentes provincias de la región Cajamarca”, informó la jefa del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital regional Dra. Carmen Sagástegui, en el mes de junio del 2016.

La especialista mencionó que de estos 13 casos registrados, siete han ocurrido en Cajamarca, “Liderar las muertes maternas en todo el país es una llamada de atención”, mencionó la profesional. Explicó además que las muertes se producen porque las mujeres gestantes no acuden al centro de salud en la etapa de gestación y, en otros casos, son transferidas a última hora a dichos establecimientos (4).

Sin embargo, hasta el mes de julio de este año ya se han registrado 20 muertes maternas, en la misma provincia se han evidenciado 9 casos, los demás están reportados en provincias. De acuerdo a la data histórica en el 2013 se tuvo 41 casos reportados y en el 2014 un promedio de 30 casos. Hay una reducción, pero estamos en alerta, ya que se sigue identificando los motivos de esta situación. Las causas para las muertes maternas son muchas. Algunas gestantes no cumplen con sus controles, interviene la familia, otras gestantes acuden a sus controles; pero, para el parto

acuden a una vecina, amiga o partera. Pueden existir factores de alimentación, presencia de hemorragias. Preciso Panorama Cajamarquino (25).

Ante la ausencia de estudios de esta naturaleza, surge la idea de realizar el presente trabajo de investigación para conocer la influencia de control prenatal temprano en la morbilidad materna.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo influye la atención prenatal temprana en la morbilidad materna en el servicio de gineco -obstetricia del Centro de Salud Materno Perinatal “Simón Bolívar”, durante los meses de junio del 2016 hasta el mes de junio del 2017?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

- ✓ Identificar la influencia de la atención prenatal temprana en la disminución de la morbilidad materna en el servicio de gineco - obstetricia del Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar.

1.3.2. Objetivos Especificos

- ✓ Determinar la influencia de la atención prenatal temprana en la morbilidad materna por enfermedades específicas.
- ✓ Determinar la influencia de la atención prenatal temprana en la morbilidad materna por falla orgánica.
- ✓ Determinar la influencia de la atención prenatal temprana en la morbilidad materna por manejo instaurado.
- ✓ Determinar la disminución de la morbilidad materna en las gestantes según la atención prenatal temprana.
- ✓ Identificar la influencia de los factores sociodemográficos en la morbilidad materna y en el control prenatal temprano.

1.4. Justificación

En la actualidad uno de los problemas que más acarrea al sector salud, es la mortalidad materna. En el Perú gracias a las políticas maternas, se evidenció una disminución: de 457 defunciones en el año 2010, a 411 en el 2014; lo que equivale a una reducción del 10% de la mortalidad materna (24). Pero a pesar de ello sigue existiendo muertes maternas año a año, lo que indica que no se ha podido erradicar totalmente este problema de la salud materna.

Asimismo, Cajamarca ocupa el segundo lugar con 21 muertes registradas en el 2015, después de Lima, con 32 muertes maternas registradas en el mismo año; siendo una de las primeras causas: las hemorragias. (23)

Además, uno de los objetivos es prevenir la morbilidad materna a través de la identificación temprana y oportuna de diferentes señales de alarma que se convierte en signos y/o síntomas premonitorios de dichas enfermedades o complicaciones que ocurren durante el embarazo, esta se lo ha hecho a través de diferentes políticas o estrategias de la atención materna.

La atención prenatal temprana de la gestante se ha considerado como una estrategia para la identificación y prevención oportuna de complicaciones durante el embarazo, se ha evidenciado en el Perú que las atenciones prenatales han aumentado de un 94.3% a 96.9%, mismo tiempo en el que disminuyeron las muertes maternas. (24)

En el Centro de Salud Materno Perinatal “Simón Bolívar” de la ciudad de Cajamarca, no se ha realizado una investigación sobre la influencia de la atención prenatal temprana de la gestante, por lo que fue conveniente realizarla en la actualidad, para verificar si se ha evidenciado una menor incidencia de morbilidad materna con las gestantes controladas antes de las 13 semanas de gestación.

A la misma vez, dicho estudio se realizó para identificar los factores que afectan a un inadecuado control prenatal temprano, y poder aportar con ello a la disminución de la morbilidad y por ende con la disminución de la mortalidad materna.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Tascón, y cols. (Chile, 2015), en su estudio “Influencia de la adolescencia y su entorno a la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal”, se muestra que la edad materna de mayor riesgo para una mala adherencia al control prenatal es la adolescencia. Sin embargo, un hallazgo importante de este estudio, es que no sólo la edad se halló asociado a mala adherencia al Control Prenatal, sino que se destaca que otros factores del entorno materno están vinculados como: la escolaridad materna, familia disfuncional, carencia de seguridad social y número de embarazos. También se pudo evaluar un impacto negativo que tiene la mala adherencia al control prenatal y otros determinantes sobre el momento del parto, el cual puede darse antes del término en aquellas gestantes mal adherentes al Control Prenatal, como también el impacto negativo sobre el peso al nacer y la mortalidad neonatal. El sistema de salud debe constituirse en un facilitador que acompañe desde muy temprano a las adolescentes, favoreciendo un vínculo de confianza y respeto. (21)

Jurado (Colombia, 2014), en su investigación “Factores de Riesgo para Morbilidad Materna Extrema en Gestantes”, concluye que los factores de riesgo más relevantes para la mortalidad materna extrema son: pertenecer a estratos socioeconómicos bajos, tener antecedente de 2 partos o menos (10).

Plata, y cols. (Colombia, 2009), en su estudio “Ingreso Temprano al Control Prenatal en una Unidad Materno Infantil”, recalcan lo importante que resulta el control de la mujer embarazada, ya que la precocidad y el aumento del número de controles durante el embarazo redundaría en una disminución de la mortalidad perinatal

evitable, y tendría que ser acompañada de una disminución de la solicitud de días de internación en las unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Asimismo, que este control prenatal es uno de los pilares básicos de la Atención Primaria, no desde el punto de vista de una atención médica primaria o primitiva sino desde el punto de vista de una atención médica primordial, tratando de poner allí a recursos humanos formados y motivados para esta atención fundamental. Además, los lugares donde se efectúe esta atención deben contar con sus estadísticas y las de los hospitales de referencia para conocer la real importancia de su labor y el impacto beneficioso que su tarea puede llegar a ejercer sobre la comunidad en que actúan.

También, demostró que con un número suficiente de controles prenatales y efectuados en forma precoz, estas pacientes pueden ser contenidas en su situación y se llega a disminuir en forma muy importante la mortalidad perinatal. El control prenatal representa una estrategia básica que permite identificar factores de riesgo y alteraciones fisiológicas en toda gestante. Los resultados expresados en el presente trabajo muestran el impacto favorable cuando no inciden las variables de riesgo. (7)

Santillán, y cols. (México, 2006), en su investigación “Control Prenatal en el medio rural”, concluyen que el control prenatal representa una estrategia básica que permite identificar factores de riesgo y alteraciones fisiológicas en toda gestante. Donde el efecto social de este programa implementado durante el servicio social comunitario radica en que las mujeres embarazadas de la comunidad hicieron conciencia sobre el hecho de que no pueden delegar el cuidado de su salud al médico o a las autoridades, sino que deben ser corresponsables en la educación, prevención y tratamiento de la gestación y sus posibles complicaciones. (19)

Sánchez, y cols. (México, 2005), en su estudio “Impacto del Control Prenatal en la Morbilidad y Mortalidad Neonatal”, realizaron un estudio cuyo objetivo era analizar el impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal; en el cual se comprueba que el control prenatal adecuado modifica la incidencia del síndrome de insuficiencia respiratoria, bajo peso al nacimiento y prematuridad en los neonatos. (8)

Ortiz (Colombia, 2001), en su pesquisa “Estrategias para la Prevención del Bajo Peso al Nacer en una Población de Alto Riesgo, según la medicina basada en la evidencia”, se concluye que la atención prenatal es una de las estrategias para disminuir los problemas ya mencionados. (17)

Grandi, y Cols. (Argentina, 1997), en su investigación “Control Prenatal: Evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño Perinatal”, concluyó que una elevada frecuencia de ausencia de control prenatal, con una tendencia decreciente en el periodo estudiado. Así también hubo una mayor frecuencia de falta de controles prenatales en presencia de hemorragia del tercer trimestre, retardo de crecimiento intrauterino, muerte fetal y mortalidad neonatal precoz. La edad gestacional a la primera consulta se ubicó al final del 2do trimestre, permaneciendo estable a través de todo el período analizado y sin diferencias clínicamente relevantes según factores de riesgos biológicos y sociales. El comienzo del control prenatal fue más tardío en las multigestas. (18)

2.1.2. Antecedentes nacionales

Arispe, y cols. (2011, Perú), en su investigación “Frecuencia del Control Prenatal Inadecuado y de Factores asociados a su ocurrencia”, los resultados nos refleja que los factores que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de control prenatal inadecuado fueron paridad mayor a 2 y no planificación de la gestación, en cuanto a la edad materna, no se encontró diferencia significativa entre los grupos etarios. Otro factor socioeconómico que se ha encontrado asociado con control prenatal inadecuado en algunos estudios es el desempleo materno. Sin embargo, en el estudio la diferencia entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa. Asimismo, la dependencia económica y el tener dinero para exámenes auxiliares y medicina no mostraron diferencias significativas (9).

2.2. Teorías

2.2.1. Control prenatal

2.2.1.1. Generalidades

La atención prenatal organizada fue introducida en Estados Unidos sobre todo por reformadores sociales. En 1901 la Sra. William Lowell Putnam del *Boston Infant Social Service Department* inició un programa de visitas de enfermería a mujeres inscritas en el servicio de atención a domicilio del *Boston Lying-in Hospital*. Tuvo tanto éxito que se estableció una clínica prenatal. Eastman atribuyó a la atención prenatal el mérito de “haber hecho más para salvar las vidas de las madres en nuestra época que cualquier otro factor individual”. (12)

2.2.1.2. Definición

Se entiende por control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, acompañamiento prenatal, consulta prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud. El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de promoción de salud y de medicina preventiva. Dotado con estas características y orientaciones es un fenómeno reciente y de gran desarrollo en los últimos treinta años. Aplicado en forma rutinaria y extensiva, juntamente con otras medidas, como: la atención institucional del nacimiento, el empleo de criterios de riesgo para determinar referencia y niveles de asistencia, y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes, lesiones maternas y perinatales. (11)

Pérez Sánchez menciona además que el control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna-perinatal (15,23). Mediante el control prenatal podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y cuidado de su hijo, como también capacitada para la identificación de síntomas y signos de alarma que le permitan consultar oportunamente. Así podemos controlar el periodo de mayor riesgo de morbilidad en la vida del ser humano, como es el perinatal, y una de las principales causas de muerte de la mujer, como son las derivadas del embarazo, parto y puerperio. (15)

2.2.1.3. Objetivos del control prenatal

Pérez Sánchez menciona que el objetivo general del control prenatal es lograr que la gestación culmine exitosamente, con la madre y el recién nacido sanos, y a la vez identificar factores de riesgo, diagnosticar la edad gestacional, la condición fetal, la condición materna y educar a la madre. (15,23)

De vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño (11)

Además de la reducción de las tasas de mortalidad perinatal y materna que puedan lograrse con la inclusión del control prenatal extensivo en los programas materno-infantiles, hay posibles efectos adicionales de impacto difíciles de medir pero no menos importantes. Algunos de estos son: disminución de las dudas, miedos y tabúes de las gestantes; mayor acercamiento y confianza hacia el sistema de salud; actitud

positiva hacia la maternidad; mejores hábitos de vida familiares, mejor disposición para el control del crecimiento y del desarrollo del niño por nacer, actitud positiva hacia la lactancia natural, conocimiento del plan de vacunación, conocimiento sobre métodos modernos de concepción para el espaciamiento de futuros embarazos (11). Otros objetivos que menciona la guía de Emergencias obstétricas son:

- Promover el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal.
- Promover la adecuada nutrición.
- Detectar el cáncer de cérvix uterino y la patología mamaria.
- Detectar el VIH y la sífilis y dar tratamiento profiláctico en caso de ser positivo.
- Detectar violencia y brindar apoyo.
- Prevenir el tétanos neonatal.
- Realizar el planeamiento individualizado del parto institucional (plan de parto) con participación de la pareja y/o de la familia. (22)

2.2.1.4. ¿Qué persigue el control prenatal?

Con el control prenatal se persigue:

- La administración de contenidos educativos para la salud de la familia y la crianza del niño.
- La detección de enfermedades maternas subclínicas.
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones maternas.
- La vigilancia del crecimiento y de la vitalidad fetal.
- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- La preparación psicofísica para el nacimiento.

2.2.1.5. Clasificación del control prenatal

El control prenatal eficiente es:

- Precoz o Temprano
- Periódico o continuo
- Completo o integral
- Extenso o de amplia cobertura

- a. Precoz: El control deberá iniciarse lo más temprano posible, tratando de que sea desde el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control.

Además, torna factible la identificación precoz de embarazos con alto riesgo; aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir y el lugar en el que ésta ha de realizarse.

- b. Periódico: La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presente la embarazada. Las de alto riesgo necesitan una mayor cantidad de consultas, cuyo número varía según el tipo y la gravedad del problema. La mayoría de las embarazadas tienen un bajo riesgo materno-perinatal y, desde el punto vista biológico, requieren pocas visitas prenatales. Muchos países de América Latina y el Caribe redujeron en sus normas el número de controles y adoptaron la propuesta de aplicar contenidos estrictamente orientados a objetivos preventivos repartidos en 5 controles a lo largo de la gestación. La elección de 5 controles, la oportunidad de realizarlos y su contenido, en el embarazo con bajo riesgo, se basa en:

- El conocimiento epidemiológico del momento del embarazo en que con mayor frecuencia hacen irrupción los problemas perinatales prevalentes que pueden complicarlo.
- Los resultados de estudios controlados que no hallaron diferencias en las variables de la morbilidad materno-perinatales cuando se comparó “modelos reducidos”. Lo ideal es que el primer control se realice precozmente en el primer trimestre (< 13 semanas). El siguiente entre las 23 y 27 semanas y luego uno cada 2 semanas a partir de la semana 27. Es importante recordar que este número de visitas puede aumentar de acuerdo a los contenidos, especialmente educativos, que se pretende dar y a los recursos humanos y financieros disponibles para realizarlas. Se debe hacer énfasis que la gestación, por la peculiar receptividad de la mujer, es una excelente oportunidad de contacto de población sana con el equipo de salud que deber ser aprovechada tanto para mejorar la salud individual como colectiva.

Las consultas prenatales posteriores suelen programarse a intervalos de cuatro semanas hasta la semana 28; cada dos semanas hasta la semana 36, y luego

cada semana. Las mujeres con embarazos complicados a menudo necesitan regresar a consultas cada uno o dos semanas. (12)

- c. Completo: Los contenidos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de educación, promoción, protección, recuperación, y rehabilitación de la salud.
- d. Extenso: Solo en la medida en que el porcentaje de población controlada sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) se podrá esperar un descenso en la morbilidad materna y perinatal.

En general, para realizar un control prenatal efectivo, de por si ambulatorio, no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni laboratorio sofisticado, pero si se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente, y el empleo prudente de algunas tecnologías que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor que el esperado. Una investigación clínica aleatorizada demostró que la utilización de una metodología estructurada en la recolección de información durante la primera consulta prenatal resultó en una mejor y más completa información y en una optimización de las acciones.

Para realizar el relevamiento de las acciones del control prenatal se ha convenido una serie de preguntas referidas a la identificación socio - educacional, antecedentes familiares, personales, obstétricos y del embarazo actual, cuya respuesta es por si una pauta que debe seguir quien realice el control de una gestante. Estas preguntas representan una minuciosa y completa anamnesis, y sus respuestas, consignadas en forma de cruz, se vuelcan en la historia clínica perinatal base.

2.2.1.6. Frecuencia del control prenatal

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgo detectados en esa gestación, por lo que serán necesarios tantos controles como la patología lo requiera. En embarazos de bajo riesgo la frecuencia de los controles debe relacionarse en relación a la magnitud de la población obstétrica bajo control y los recursos humanos destinados para realizarlo (15).

El número de controles prenatales tiene una significativa incidencia en los resultados perinatales. Experiencia colaborativas latinoamericanas han mostrado que el riesgo relativo a la mortalidad fetal tardía es significativamente mayor cuando se realizan menos de 4 controles prenatales. Generalmente los controles prenatales se efectúan

cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre. En el tercer trimestre (desde las 28 semanas) los controles son progresivamente más frecuentes, para ser cada 7 días desde las 36 semanas hasta el término del embarazo. El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia y frecuencia con feto viable, como retardo de crecimiento intrauterino, diabetes gestacional, síndromes hipertensivos del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto prematuro, malformaciones congénitas fetales, placenta previa, embarazo gemelar, embarazo prolongado, agravamientos de patologías maternas pregestacionales, etc.(15)

La atención prenatal debe iniciarse lo más temprano posible. Tiene que ser periódica, continua e integral.

Se considera como mínimo que una gestante reciba 6 atenciones prenatales, distribuidas de la siguiente manera:

- Dos atenciones antes de las 22 semanas.
- La tercera entre las 22 a 24 semanas.
- La cuarta entre las 27 a 29 semanas.
- La quinta entre las 33 a 35 semanas.
- La sexta entre las 37 a 40 semanas (23)

Lo ideal es que el primer control se realice precozmente en el primer trimestre (< 13 semanas). El siguiente entre las 23 y 27 semanas y luego uno cada 2 semanas a partir de la semana 27. Es importante recordar que este número de visitas puede aumentar de acuerdo a los contenidos, especialmente educativos, que se pretende dar y a los recursos humanos y financieros disponibles para realizarlas. Se debe hacer énfasis que la gestación, por la peculiar receptividad de la mujer, es una excelente oportunidad de contacto de población sana con el equipo de salud que deber ser aprovechada tanto para mejorar la salud individual como colectiva.

Las consultas prenatales posteriores suelen programarse a intervalos de cuatro semanas hasta la semana 28; cada dos semanas hasta la semana 36, y luego cada semana. Las mujeres con embarazos complicados a menudo necesitan regresar a consultas cada uno o dos semanas. (12)

2.2.1.7. Factores Que Atentan Contra un Control Prenatal Temprano E Insuficiente

- Baja escolaridad materna
- Maternidad en la adolescencia

- Condición de madre soltera
- Gran multiparidad
- Lugar de residencia (rural/urbano)
- La pobreza
- Pertenencia a grupos sociales o étnicos segregados (15)

2.2.1.8. Eficacia del control prenatal

La atención prenatal diseñada a principios del siglo XX se orientaba a disminuir los altísimos índices de mortalidad materna. No hay duda que esta atención contribuyó al descenso drástico de los índices de mortalidad materna de 690 por 100 000 nacimientos en 1920, a 50 por 100 000 nacimientos para 1955.

2.2.1.9. Organización de la atención prenatal

La American Academy of Pediatrics (AAP) y el *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)*, describieron la esencia de la atención prenatal como: “Un programa de atención integral antes del parto que incluye una estrategia coordinada para la atención médica y el apoyo psicológico, que en condiciones óptimas comienza antes de la concepción y se extiende durante el periodo prenatal”. Este programa integral incluye:

- Atención previa a la concepción
- Diagnóstico oportuno del embarazo
- Valoración prenatal inicial
- Consultas prenatales de seguimiento

2.2.1.10. El modelo Organización Mundial de la Salud de control prenatal.

El modelo propuesto fue previamente comparado con el modelo estándar occidental de control prenatal, se realiza multicéntricamente en cuatro países (Argentina, Cuba, Arabia Saudita y Tailandia). El modelo propuesto por la OMS la identificación del riesgo materno – perinatal está facilitada por un formulario simple que permite la identificación y derivación de la embarazada a un nivel de mayor complejidad. Solo se realizan los exámenes y pruebas que estén avaladas por la evidencia. El formulario de clasificación es muy simple. Consta de 18 puntos, divididas en tres secciones:

- La primera sección comprende los antecedentes obstétricos con alto riesgo de embarazos previos.
- La segunda sección contiene los antecedentes de alto riesgo del embarazo actual.
- La tercera sección identifica los factores de alto riesgo de la historia clínica general de la embarazada. La identificación de cualquier factor de riesgo hace que la gestante sea derivada a un nivel de mayor complejidad y es retirada del modelo del control prenatal.(15)

El componente básico del nuevo modelo consta de 4 visitas. La edad gestacional y duración aproximada de las cuatro visitas se presentan a continuación (15).

- Primera visita: Primer trimestre, preferentemente antes de las 12 semanas de embarazo. Duración de la visita 30 a 40 minutos.
- Segunda visita: Alrededor de las 26 semanas de embarazo. Duración de la visita: 20 minutos.
- Tercera visita: Alrededor de las 32 semanas de embarazo. Duración de la visita: 20 minutos.
- Cuarta visita: Entre las 36 y 38 semanas. Duración de la visita: 20 minutos (15)

2.2.1.11. Vigilancia prenatal

En cada consulta subsiguiente, se toman las medidas para determinar el bienestar de la madre y el feto. Cierta información se considera muy importante, como la valoración de la edad gestacional y la medición exacta de la presión arterial. La valoración típica incluye lo siguiente:

Fetal

- Frecuencia Cardíaca
- Tamaño actual y ritmo de cambio
- Cantidad de líquido amniótico
- Presentación y estación (en el embarazo avanzado)
- Actividad Fetal (12)

Materna

- Presión arterial, actual y magnitud de cambio (si ha variado con respecto a la presión basal). La presión debe tomarse en varias posiciones, decúbito supino. (12,13)
- Peso actual y magnitud de cambio, comparado con las curvas de la evolución normal (12,13)
- Síntomas, como: cefalea, cambios visuales, dolor abdominal, náusea y vómito, hemorragia, fuga de líquido amniótico y disuria.
- Altura en centímetros del fondo uterino desde la sínfisis (12,13)
- Examen de orina (cinta) para detectar glucosa y proteínas (13)
- El examen vaginal en el embarazo avanzado a menudo aporta información valiosa como: Confirmación de la presentación y su estación, estimación clínica de la capacidad pélvica y su configuración general, consistencia, borramiento y dilatación del cuello uterino. (12,13)
- Investigar o preguntar por síntomas de alarma tales como hemorragia, contracciones, edema, cefalea, y expulsión de líquidos por vagina, movimientos fetales, etc. (13)

2.2.1.12. Contenidos del control prenatal

En la primera consulta prenatal deberá realizarse un examen clínico obstétrico completo. Sobre la base de este examen, en esta primera consulta, cuyos contenidos (cuadro 1) serán comunes para todas las embarazadas (bajo y alto riesgo), se debe proceder a discriminar quiénes habrán de recibir un esquema mínimo de control (bajo riesgo) y quiénes deberán ser referidas a la consulta especializada de alto riesgo.

2.2.2. Morbilidad materna

a. Definición

La literatura ofrece diferentes términos para nominar la morbilidad materna extrema: Stones, en 1991, fue el primero en usar el término “morbilidad materna extrema” para definir una reducida categoría de morbilidad que abarca aquellos casos en los cuales se presentan episodios que potencialmente amenazan la vida de la gestante, y en proponer su estudio para la evaluación de la calidad de cuidado obstétrico a nivel hospitalario o a nivel poblacional en áreas de baja mortalidad materna del Reino Unido.

En el año 1998 se empleó la denominación near miss, asignada por autores angloparlantes a las sobrevivientes de patologías obstétrica; significa algo así como cercanía a la fatalidad, fue utilizado por primera vez por Stones, en donde definía los casos en los cuales se amenazaba en forma importante la vida de la gestante. Stones inició un estudio en el Reino Unido, el cual evaluaba la calidad de los servicios de obstetricia en las áreas de baja mortalidad materna (10).

En Benin es definida como “una complicación obstétrica severa que amenaza la vida de la gestante, siendo necesaria una intervención médica urgente con el fin de prevenir la posible muerte de la madre. En el oeste de África la definen para “aquella embarazada cuya sobrevivida está amenazada y quien sobrevive por azar o por el cuidado que recibe. También fue definida como “una disfunción aguda de un órgano o sistema, la cual, si no es tratada apropiadamente, puede resultar en una muerte” y en países desarrollados, “aquellas gestantes que por alguna condición ingresan a un servicio de cuidados intensivos” (6).

Estudios realizados en el 2000 definen la morbilidad obstétrica severa como la complicación que ocurre entre las 28 semanas de gestación y los 42 días postparto, la cual pudiera ocasionar la muerte de la madre o invalidez definitiva, si esta no recibe una intervención médica adecuada. En el 2003 se define como “una complicación que pone en riesgo la vida de la gestante y que requiere de una intervención médica urgente con el fin de prevenir la muerte de la madre”. En general se han manejado múltiples definiciones, todas en dependencia de las características de la atención, las que pueden variar de una región a otra, según su nivel de desarrollo. Lo importante es que la definición utilizada sea apropiada a las circunstancias locales de tal manera que permita implementar acciones orientadas a mejorar el cuidado materno acorde con sus posibilidades (6).

Para la identificación de estos casos, la FLASOG (Federación Latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología) utiliza tres categorías, de acuerdo con los criterios usados para clasificar las pacientes: En un primer grupo, lo relacionado con signos y síntomas de enfermedad específica: eclampsia, shock séptico, shock hipovolémico (6,10). Un segundo grupo relacionado con falla o disfunción orgánica: disfunción cardíaca, vascular, renal, hepática, metabólica, cerebral respiratoria o de coagulación. Un tercer grupo relacionado con el manejo realizado a la paciente: ingreso a unidad de cuidados intensivos (excepto para estabilización hemodinámica electiva), cualquier intervención quirúrgica de emergencia en el postparto, postcesárea o postaborto, transfusión de tres o más unidades de sangre o plasma relacionadas con evento agudo.

Dentro de esta secuencia un embarazo puede ser considerado no complicado, complicado (morbilidad), severamente complicado (morbilidad severa) o como una complicación que amenaza la vida de la gestante (morbilidad materna extrema). En esta última condición las mujeres se pueden recuperar, presentar incapacidad temporal o permanente, o morir (6).

A falta de una clara definición la OMS concilia estas definiciones dentro de una nueva definición: “la mujer que casi muere pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de este” (10).

b. Factores de riesgo para la morbilidad materna

- Estudios como el realizado por Lindquist y colaboradores publicado en 2013, muestran que hay un aumento en la incidencia de Morbilidad materna en las pacientes que se encuentran en estratos socioeconómicos bajos. Pocos estudios describen las diferencias socioeconómicas para la mortalidad materna.
- Dificultad para acceder a los servicios de salud.
- Número de controles Prenatales.
- La paridad y antecedentes de complicaciones obstétricas en gestaciones anteriores (10).

c. Causas de morbilidad materna

Las complicaciones en el embarazo contribuyen a la salud materna a su morbilidad y su mortalidad. Muchas mujeres son hospitalizadas durante su embarazo y pocos datos se encuentran sobre su epidemiología. El embarazo es un proceso fisiológico normal que se define por la presencia del complejo útero-placenta-feto, y los cambios que a estos se asocian pueden dar como resultado un estrés sobre los diferentes sistemas con reserva limitada y llevarlos a un deterioro de las condiciones clínicas preexistentes, teniendo en cuenta además que hay condiciones o trastornos sistémicos que son resultado de la interfase materno-fetal, y que la embarazada puede ser ingresada a un servicio hospitalario por una patología exclusiva de este(10).

2.3. Hipótesis

Hipotesis nula: La atención prenatal temprana no influye significativamente en la disminución de la morbilidad materna de las gestantes atendidas en el servicio de gineco - obstetricia del Centro de Salud Materno Perinatal "Simón Bolívar" en los meses de Junio de 2016 a Junio de 2017.

2.4. Variables

- Variable independiente: Atención Prenatal Temprana
- Variable dependiente: Morbilidad Materna
- Variables intervinientes: Edad, Estado Civil, Nivel Económico, Grado De Instrucción, Paridad y Edad Gestacional

2.5. Conceptualización y operacionalización de variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA	
<p style="text-align: center;">DEPENDIENTE Morbilidad Materna</p> <p>Gestante en estudio que casi muere pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días post parto (10).</p>	Morbilidad Materna por enfermedad específica	Trastornos hipertensivos. Del embarazo	Si	Nominal	
			No		
		Shock séptico	Si	Nominal	
			No		
		Shock hipovolémico	Si	Nominal	
			No		
		Morbilidad Materna por falla Orgánica	A nivel respiratorio	Si	Nominal
				No	
			A nivel cardíaco	Si	Nominal
	No				
	A nivel de la coagulación		Si	Nominal	
			No		
	A nivel vascular		Si	Nominal	
			No		
	A nivel renal		Si	Nominal	
			No		
	A nivel hepático		Si	Nominal	
			No		
	A nivel metabólico	Si	Nominal		
		No			
	A nivel cerebral	Si	Nominal		
		No			
	Morbilidad Materna por manejo instaurado	UCI	Si estuvieron	Nominal	
			No estuvieron		
Cirugía		Si lo tuvieron	Nominal		
		No lo tuvieron			
Transfusión		Si tuvieron trasfusión de sangre	Nominal		
		No tuvieron transfusión de Sangre			
<p style="text-align: center;">INDEPENDIENTE Atención Prenatal Temprana</p> <p>Conjunto de acciones o prestaciones que recibe la gestante en estudio tratando de que sea desde el primer trimestre, según la nueva norma, la atención temprana se considera menor a las 13 semanas de gestación. (12)</p>		Menor de 13 semanas	Intervalo		
		13-28 semanas			
		Mayor de 28 semanas			

INTERVINIENTE				
<p>Edad</p> <p>Es el tiempo de vida, desde el nacimiento hasta la fecha de la gestante en estudio.</p>			12 – 16 años	Intervalo
			17 – 19 años	
			20 – 35 años	
			Mayor a 35 años	
<p>Estado Civil</p> <p>Condición de la gestante en estudio que según registro civil está en función si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.</p>			Soltera	Nominal
			Casada	
			Viuda	
			Divorciada	
			Conviviente	
<p>Nivel Económico</p> <p>Es el estado o posición, medido de acuerdo a los ingresos monetarios, de la gestante en estudio dentro de un marco de referencia dado.</p>			Bajo (Menos a s/.800)	Ordinal
			Medio (De s/.800 a s/.3000)	
			Alto (Mayor de s/.3000)	
<p>Nivel de Instrucción</p> <p>Es el periodo de tiempo durante el que, la gestante en estudio asiste o asistió a una institución educativa para el proceso de socialización y aprendizaje.</p>			Analfabeta	Ordinal
			Inicial	
			Primaria	
			Secundaria	
			Superior	
<p>Accesibilidad</p> <p>Posibilidad que tiene la gestante en estudio, de acceder a cierto lugar o contar con la facilidad para hacerlo</p>			De 5 a 15 minutos	Intervalo
			De 16 a 30 minutos	
			Mayor de 30 minutos	
<p>Paridad</p> <p>Situación de la gestante en estudio desde la concepción hasta el parto</p>			Primigesta	Ordinal
			Segundigesta	
			Multigesta	

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño de estudio

El diseño de estudio fue no experimental, porque no se manipuló ninguna variable (De los datos obtenidos en relación al tema).

Tipos de estudio:

- a. **Descriptivo:** Porque la investigación buscó describir la influencia de la atención prenatal temprana en la morbilidad materna, con respecto a las gestantes atendidas en el servicio de gineco – obstetricia del Centro de Salud Materno Perinatal “Simón Bolívar”, en el período comprendido entre los meses de Junio de 2016 a Febrero de 2017.
- b. **Retro - Prospectivo:** Retro-prospectivo porque se tomó en cuenta a las gestantes con atenciones prenatales tempranas desde el mes de Junio de 2016 a Febrero de 2017. Y prospectivo a la vez porque se evaluó a dichas gestantes en los meses de Febrero a Junio de 2017 (las cuales llegaron a culminar su embarazo).
- c. **Transversal:** Porque estudió todas las variables simultáneamente en un tiempo dado, así mismo a lo largo de la investigación se hizo un corte de tiempo, siendo los datos los mismos independientemente del tiempo.

3.2. Área de estudio

El estudio tuvo lugar en la ciudad de Cajamarca, situado en la zona norte del país, cubre una superficie de 33 318 Km², que representa el 2,6 % del territorio nacional. Limita por el norte con la República del Ecuador, por el este con el departamento de Amazonas, por el sur con La Libertad y por el oeste con Lambayeque y Piura. Políticamente está dividido en 13 provincias y 127 distritos, siendo su capital la ciudad de Cajamarca. La altura de la región Cajamarca oscila entre los 400 m.s.n.m. (Distrito

de Choros - Provincia de Cutervo) y los 3 550 m.s.n.m. (Distrito Chaván - Provincia de Chota). El relieve cajamarquino es muy accidentado debido a que su territorio es atravesado de sur a norte por la cordillera occidental de los Andes.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

La población estuvo constituida por todas las gestantes que acudieron al servicio de Gineco – Obstetricia del Centro de Salud Materno Perinatal “Simón Bolívar”, durante el periodo comprendido Junio de 2016 a Febrero de 2017, siendo un número de 480 gestantes.

3.3.2. Muestra

El tamaño de la muestra es para estimar la proporción de gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión, con una confianza del 99% y admitiendo un error máximo tolerables en la estimación del 1%. Se aplicó la siguiente fórmula para sacar el tamaño de la muestra:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times P \times Q}{E^2 \times (N - 1) + Z^2 \times P \times Q}$$

$$n = \frac{480 \times (2.575)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.1)^2 \times (480 - 1) + (2.575)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{795.675}{6.448}$$

$$n = 123.399$$

$$n = 123$$

DONDE:

n : Tamaño de la muestra

N: Total de mujeres Gestante

Z: Coeficiente del 95% de confiabilidad

E: Tolerancia de error en las mediciones

P: Proporción de gestantes con atención prenatal

Q: Proporción de gestantes sin atención prenatal

La muestra fue de 123 gestantes que asistieron a sus controles prenatales en el servicio de Gineco – Obstetricia en el Centro de Salud Materno Perinatal “Simón Bolívar”, de las cuales culminó su embarazo entre los meses de febrero a junio de 2017.

3.4. Unidad de análisis

Para el presente trabajo de investigación se consideró como unidad de análisis a cada una de las gestantes que tuvieron su primera atención prenatal antes de las 13 semanas, las cuales finalizaron su embarazo entre los meses de Febrero a Junio de 2017, y a las gestantes que tuvieron su primer control prenatal después de las 12 semanas de gestación durante el periodo de Junio de 2016 a Febrero de 2017 finalizando su embarazo en los meses de Febrero a Junio del 2017.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

3.5.1. Criterios de inclusión

- Gestantes con atenciones prenatales antes de las 13 semanas atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Centro de Salud Materno Perinatal “Simón Bolívar”, en el periodo comprendido de los meses de Junio a Octubre de 2016, culminando su embarazo entre los meses de Febrero a Junio de 2017.
- Las gestantes con atenciones prenatales después de las 12 semanas atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Centro de Salud Materno Perinatal “Simón Bolívar”, en el periodo comprendido de los meses de Noviembre de 2016 a Febrero de 2017, culminando su embarazo en los meses de Febrero a Junio de 2017.

3.5.2. Criterios de exclusión

Se excluyó del estudio a:

- Gestantes con atenciones prenatales después de las 13 semanas, pero no culminaron su embarazo entre los meses de febrero a junio de 2017.
- Gestantes cuya terminación fue en aborto u otro.
- Gestantes con atenciones prenatales fuera del tiempo establecido en la investigación.
- Historias clínicas incompletas.

3.6. Técnicas de recolección de datos

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta las fases de estudio:

- Primera Fase: Se definió como caso a las gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno “Simón Bolívar”, con atenciones prenatales atendidas en el mismo establecimiento durante el periodo Junio de 2016 a Febrero de 2017, las cuales finalizaron su embarazo en los meses de Febrero a Junio del 2017
- Segunda Fase: Se seleccionó el número de gestantes según tamaño de muestreo que culminaron embarazo en los meses de Febrero a Junio de 2017 (teniendo en cuenta los controles prenatales temprano y no tempranos) y (términos de exclusión e inclusión)
- Tercera Fase: Se registró los datos obtenidos por la paciente e historias clínicas a la vez en un cuestionario, el cual fue aprobado por la comisión de investigación de la facultad de Ciencias de la Salud. (Anexo N°4)

3.7. Descripción del instrumento

El instrumento que se utilizó para obtener información fue un cuestionario, el cual contó con 10 interrogantes, las que se elaboraron con el fin de cumplir con los objetivos planteados en la investigación (Anexo N°4 Y N°5).

3.8. Procesamiento y análisis de datos

3.8.1. Procesamiento:

La información relativa al estudio fue consignada en forma manual, luego fue codificada y digitada en un medio magnético para su procesamiento automatizado. Se usó como paquete estadístico el programa SPSS versión 23. El proceso de datos se organizó en tablas y/o gráficos simples.

3.8.2. Análisis

El análisis consistió fundamentalmente en describir los resultados en base a las estadísticas obtenidas, comparando todo lo obtenido según marco teórico (antecedente y teorías). Se utilizó Regresión múltiple para verificar la hipótesis formulada.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. ATENCIÓN PRENATAL TEMPRANA Y MORBILIDAD MATERNA POR ENFERMEDADES ESPECÍFICA

Tabla 1. Influencia De La Atención Prenatal Temprana En La Dimensión Enfermedades Específicas Presentadas.

Enfermedades Específicas	At.Prenatal.Temprana
Trastornos Hipertensivos Del Embarazo	0,217
Shock Séptico Durante El Embarazo	—
Shock Hipovolémico Durante El Embarazo	0,092

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

La tabla N°1 indica la influencia de la atención prenatal temprana en la morbilidad materna por enfermedades específicas, en donde se muestra que según la correlación de Pearson, la atención prenatal temprana influye en un 0.217 en los trastornos hipertensivos del embarazo, lo cual indica que la influencia es significativa. Sin embargo, con lo que respecta al shock hipovolémico, la tabla señala que la influencia es de 0.092, es decir, que la atención prenatal temprana no influye significativamente en dicha complicación.

4.2. ATENCIÓN PRENATAL TEMPRANA Y MORBILIDAD MATERNA POR FALLA ORGÁNICA

Tabla 2. Influencia De La Atención Prenatal Temprana En La Dimensión De Enfermedades Por Falla Orgánica Presentadas.

Enfermedades por falla orgánica	At. Prenatal Temprana
Presentó enfermedad a nivel respiratorio en el embarazo	,092
Presentó enfermedad o complicaciones cardíacas en el embarazo	—
Presentó enfermedades a nivel de la coagulación vascular en el embarazo	,092
Presentó enfermedades a nivel renal en el embarazo	-,150
Presentó enfermedades a nivel de falla hepática en el embarazo	,002
Presentó enfermedades por falla metabólica en el embarazo	—
Presentó enfermedades nivel cerebral durante el embarazo	—
Presentó alguna otra enfermedad en el embarazo (especificar)	,046

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

La tabla 2, indica la influencia de la atención prenatal temprana en la morbilidad materna por falla orgánica, donde se encuentra que en las enfermedades a nivel respiratorio y de coagulación vascular el control prenatal temprano influye en un 0,92 (según la correlación de Pearson), por lo tanto, la influencia es poca significativa con respecto a las enfermedades ya mencionadas. Así mismo para las enfermedades a nivel renal y hepático la influencia es de $-0,150$ y $0,002$ respectivamente, por lo que la atención prenatal temprana no influye en éstas complicaciones.

4.3. ATENCIÓN PRENATAL TEMPRANA Y MORBILIDAD MATERNA POR MANEJO INSTAURADO

Tabla 3. Influencia De La Atención Prenatal Temprana En La Dimensión Por Manejo Instaurado

Morbilidad por Manejo Instaurado	Atención Prenatal Temprana
La gestante alguna vez estuvo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	,001
La gestante tuvo alguna intervención quirúrgica	,003
Se transfundió sangre a la gestante durante el embarazo	—

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

La tabla 3, señala la influencia de la atención prenatal temprana en la morbilidad materna por manejo instaurado, obteniendo como resultado que la influencia del control prenatal temprano con respecto a la estadía de la gestante en la unidad de cuidados intensivos es de 0.001 y con respecto a si tuvo alguna intervención quirúrgica es de 0,03, es decir, que el control prenatal temprano no influye en ningún de estos casos ya mencionados.

No se hallaron casos de gestantes con transfusión de sangre.

4.4. MORBILIDAD MATERNA Y ATENCIÓN PRENATAL TEMPRANA

Tabla 4. Influencia De La Atención Prenatal Temprana En La Morbilidad Materna

Tipo De Correlación	Variables	Suma Morbilidad Materna	Atención Prenatal Temprana
Correlación de Pearson	Suma Morbilidad Materna	1,000	0,103
	At. Prenatal Temprana	0,103	1,000

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

La tabla 4, muestra que la influencia de la atención prenatal temprana en el “Centro de Salud Materno perinatal Simón Bolívar”, es de 0.103; por lo tanto, la atención prenatal temprana no influye significativamente en relación a la morbilidad materna según la correlación de Pearson.

La morbilidad materna aumentará o disminuirá; pero esta no siempre dependerá de cuanto más temprano se realice la atención prenatal a la gestante; sino de determinados factores que dificultan que la gestante identifique signos de alarma a tiempo y/o a que sufran alguna complicación durante su embarazo.

4.5. DISMINUCIÓN DE LA MORBILIDAD MATERNA

Tabla 5. Morbilidad Materna Según La Edad Gestacional Durante El Primer Control Prenatal.

Morbilidad	N° de Casos	Edad gestacional durante el primer control prenatal.			TOTAL
		4 A 12 Semanas	13 A 27 Semanas	Más De 28 Semanas	
				4,9%	64,2%
	,00	30,9%	28,5%	0,8%	24,4%
	1,00	13,0%	10,6%	0,0%	8,1%
SUMA TOTAL MORBILIDADES	2,00	4,1%	4,1%	0,0%	1,6%
	3,00	1,6%	0,0%	0,0%	0,8%
	4,00	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%
	7,00	0,8%	0,0%		

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

La tabla 5 indica el número de complicaciones y/o enfermedades que presentaron las gestantes según la edad gestacional en que se realizaron su primer control prenatal. Se encuentra que de las gestantes que asistieron entre las 4 a 12 semanas el 30,9% no presentan ningún caso de morbilidad materna, a diferencia de las que acudieron entre las 13 a 27 semanas, ya que el 28.5% de aquellas no presentaron enfermedad alguna. Las gestantes con primera atención prenatal temprana de más de 28 semanas, el 4,9% no presentan complicaciones durante el embarazo. Evidenciando una disminución de morbilidad en cuanto a la primera atención prenatal según edad gestacional.

4.6. MORBILIDAD MATERNA Y EDAD GESTACIONAL

Tabla 6. Enfermedades y/o complicaciones según Edad Gestacional Durante El Primer Control Prenatal.

Variable	Ítem ;	Edad gestacional durante el primer control prenatal.			Total
		4 A 12 Semanas	13 A 27 Semanas	Más De 28 Semanas	
Trastornos hipertensivos del embarazo	NO	39,8%	40,7%	5,7%	86,2%
	SÍ	10,6%	3,3%	0,0%	13,8%
Shock hipovolémico durante el embarazo	NO	49,6%	43,9%	5,7%	99,2%
	SÍ	0,8%	0,0%	0,0%	0,8%
Presentó enfermedad a nivel respiratorio en el embarazo	NO	49,6%	43,9%	5,7%	99,2%
	SÍ	0,8%	0,0%	0,0%	0,8%
Enfermedades a nivel de la coagulación vascular en el embarazo	NO	49,6%	43,9%	5,7%	99,2%
	SÍ	0,8%	0,0%	0,0%	0,8%
Presentó enfermedades a nivel renal en el embarazo	NO	49,6%	39,8%	5,7%	95,1%
	SÍ	0,8%	4,1%	0,0%	4,9%
Presentó enfermedades a nivel de falla hepática en el embarazo	NO	49,6%	43,1%	5,7%	98,4%
	SÍ	0,8%	0,8%	0,0%	1,6%
Presentó alguna otra enfermedad en el embarazo	NO	39,8%	35,8%	4,9%	80,5%
	SÍ	10,6%	8,1%	0,8%	19,5%
La gestante alguna vez estuvo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	NO	49,6%	43,1%	5,7%	98,4%
	SÍ	0,8%	0,8%	0,0%	1,6%
La gestante tuvo alguna intervención quirúrgica	NO	44,7%	39,0%	5,7%	89,4%
	SÍ	5,7%	4,9%	0,0%	10,6%

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

La tabla 6 muestra a cada una de las enfermedades de la morbilidad materna según la edad gestacional en que se realizan las gestantes su primer control prenatal. Se evidencia que en los trastornos hipertensivos del embarazo la edad gestacional más relevante son de las gestantes que tuvieron su primer control prenatal entre las 13 a 27 semanas, ya que el 40,7% no presentaron dicha complicación a comparación de la que se atendieron entre las 4 a 12 semanas, ya que solo el 39,8% no padecieron de algún trastorno hipertensivo del embarazo. Asimismo en las complicaciones como: shock hipovolémico, enfermedades a nivel respiratorio, de coagulación vascular y de falla hepática, el 49.6 % de las gestantes con primer control entre las 4 a 12 semanas, no padecieron ninguna de las enfermedades mencionadas anteriormente, en cambio

en las gestantes con primeros controles entre las 13 a 27 semanas y más de 28 semanas, el 43,1% y el 5,7% respectivamente no sufrieron estas complicaciones.

4.7. MORBILIDAD MATERNA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Tabla 7. De Correlación De Factores Sociodemográficos Y Morbilidad Materna

Morbilidad	Edad	Estado Civil	Nivel De Educación	Nivel Económico	Tiempo Que Utiliza La Gestante En Llegar Desde Su Residencia Hasta El Centro.	Número De Embarazos.
Suma Total Morbilidades	,048	-,046	,037	,168	-,108	,061

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

La tabla 16, muestra la influencia de las características sociodemográficas en la morbilidad materna de las gestantes de estudio, donde se evidencia que la influencia (según la correlación de Pearson) de la morbilidad materna con la edad tiene una influencia significativa de 0,48; con el estado civil y el tiempo que utiliza la gestante desde su casa al llegar al centro es de -0,046 y -0,108 respectivamente, indicando que no influyen en la morbilidad materna; con el nivel de educación es de 0,37 por lo que su significancia en relación a la morbilidad es mínima; con el nivel económico es de 0,168 teniendo una influencia muy significativa y por último con el número de embarazos la influencia es de 0,61 siendo significativa en la morbilidad materna.

4.8. ATENCIÓN PRENATAL TEMPRANA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

TABLA 8. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ATENCIÓN PRENATAL TEMPRANA

Variable	Ítems	Atención Prenatal Temprana		Total
		NO	SÍ	
Edad	12 A 16 Años	1,7%	1,7%	3,3%
	17 A 19 Años	12,4%	5,8%	18,2%
	20 A 35 Años	35,5%	39,7%	75,2%
	Más De 35 Años	0,8%	2,5%	3,3%
Estado Civil	Soltera	3,3%	1,7%	5,0%
	Casada	5,8%	8,3%	14,0%
	Conviviente	41,3%	39,7%	81,0%
Nivel De Educación	Primaria	10,7%	6,6%	17,4%
	Secundaria	26,4%	21,5%	47,9%
	Superior	13,2%	21,5%	34,7%
Nivel Económico	Bajo (Menos De S/ 800,00)	36,4%	28,1%	64,5%
	Medio (De S/ 800,00 - S/ 3000,00)	14,0%	21,5%	35,5%
Tiempo Que Utiliza La Gestante En Llegar Desde Su Residencia Hasta El Centro.	5 A 15 Minutos	33,1%	35,5%	68,6%
	16 A 30 Minutos	9,9%	10,7%	20,7%
	Más De 30 Minutos	7,4%	3,3%	10,7%
Número De Embarazos.	Primigesta (1er Embarazo)	26,4%	19,0%	45,5%
	Segundigesta (2do Embarazo)	17,4%	18,2%	35,5%
	Multigesta (De 3 Embarazos A Más)	6,6%	12,4%	19,0%

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

La tabla N°9, indica la influencia de los factores sociodemográficos en el control prenatal temprano de la gestante.

La tabla muestra que en la edad, solo el 1,7% de las gestantes entre los 12 a 16 años y el 18,2% de las gestantes entre los 17 a 19 años, asisten a un control prenatal temprano. Siendo el 39,7% de las mujeres con 20 a 35 años las que más asisten a una atención prenatal precoz.

Con respecto al estado civil, la tabla presenta que el 1,7% de las gestantes solteras asisten a un control prenatal, sin embargo, se evidencia que el 39,7% de las mujeres casadas acuden a una atención prenatal, siendo aquellas las que más acuden a la atenciones prenatales.

El nivel de educación también influye de manera significativa en la atención prenatal temprana. En la tabla se encuentra que las gestantes con nivel primario, solo el 6,6% asistieron al control prenatal, el 21,5% de las gestantes con nivel superior acudieron a una atención prenatal temprana. Evidenciándose que las gestantes con nivel superior son las que más controles prenatales llegan a tener.

En el nivel económico la tabla muestra que el 36,4% de las gestantes con nivel económico bajo no acuden a sus controles, a diferencia de las gestantes de nivel económico medio, ya que solo el 14% no llegan a tener una atención prenatal temprana.

Y por último se encuentra como resultado que el 19% de las primigestas, el 18,2% de las segundigestas y el 12,4 % de las multigestas no acuden a controles prenatales tempranos.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Morbilidad Materna y Atención Prenatal Temprana

Las tablas de la 1 a la 4 da a conocer la influencia de la atención prenatal temprana en la morbilidad materna, donde dichos resultados, según la correlación de Pearson, nos refiere que en el centro de Salud “Simón Bolívar”, la influencia de la atención prenatal no es significativa sobre la morbilidad, ya que como se va a mencionar, hay otros factores que influyen en gran parte. El aumento o la disminución de la morbilidad materna, no solo dependerá de una atención prenatal temprana, sino además, de una buena calidad de atención, de la capacidad profesional y de los factores sociodemográficos que pueden influir en ella.

La morbilidad materna es una problemática que se sigue dando en la actualidad; como menciona Pérez Sánchez (15), el control prenatal es una medida que se toma para poder controlar el periodo de mayor riesgo de morbimortalidad en la vida del ser humano, y una de las principales causas de muerte en la mujer, como son las derivadas del embarazo, parto y puerperio.

En las tablas 1, 2, 3 indica cuanto influye la atención prenatal temprana en los trastornos hipertensivos, shock séptico y shock hipovolémico, siendo más significativa la influencia en los trastornos hipertensivos del embarazo; pero, no en su totalidad, es decir, que un control prenatal temprano, puede prevenir a las gestantes de las complicaciones o consecuencias que acarrea los trastornos hipertensivos, pero no más puede evitar a que se dé. Por lo que concordamos con la investigación de Plata y Cols (7), donde nos dice que el control prenatal es uno de los pilares básicos de la Atención Primaria, no desde el punto de vista de una atención médica primaria o primitiva sino desde el punto de vista de una atención médica primordial y fundamental.

La tabla 6 señala las enfermedades y/o complicaciones que incluye la morbilidad materna donde: En las enfermedades a nivel respiratorio la atención prenatal influye significativamente. Sánchez, y Cols (8) también comprueba que el control prenatal adecuado modifica la incidencia del síndrome de insuficiencia respiratoria en su mayoría. Uno de los problemas más frecuentes son la enfermedades a nivel respiratorio, una atención oportuna hará que la gestante tomé sus cuidados debidos,

para poderlas prevenir; sin embargo, cuando ya hablamos de padecimiento a nivel de otros órganos más complejos, es más difícil de poder controlarlos a través de una prevención, ya que estos ocurren de improviso o por falla orgánica.

A nivel renal En esta situación, encontramos que las gestantes en el grupo de primer control entre las 13 a 27 semanas, son las que más presentaron problemas a nivel renal (ITU, pielonefritis). Esto se debe a que las defensas durante el embarazo bajan, y conforme va avanzando el embarazo, la mujer es más propensa de contraer una infección urinaria, y más sin son Infecciones uterinas recurrentes y mal curadas, ya que conllevan a tener pielonefritis en su mayoría. Por ello, compartimos una de las conclusiones del estudio que realizó Ortiz (17), el cual nos menciona que se debe de aumentar la cobertura de atenciones prenatales tempranas para disminuir las infecciones urinarias como vaginales, ya que la atención prenatal nos ayudará a prevenirlas o diagnosticarlas a tiempo.

Según la escala de Pearson, vemos que con respecto a la unidad de cuidados intensivos (UCI), la intervención quirúrgica y transfusión de sangre no tiene mucha significancia el control prenatal temprano, pues las gestantes que tuvieron algunos de estos procesos, fue independientemente de la edad gestacional en la que iniciaron su control prenatal.

5.2. Disminución de la Morbilidad Materna

La tabla 5, indica que las gestantes que más suman en no presentar algún criterio de morbilidad son las que tienen atenciones prenatales, entre las 4 a 12 semanas, notando una disminución de morbilidad con las gestantes de otras edades gestacionales. Esto se debe, a que durante las atenciones prenatales tempranas, se orienta oportuna y precozmente a la gestante, sobre todos los riesgos y signos de alarma que se pueden suscitar durante todo el proceso de su embarazo.

Santillán al igual que Plata (7), en su investigación toma, a la atención prenatal como una estrategia básica que permite identificar factores de riesgo y alteraciones fisiológicas en toda gestante, por lo tanto, este estudio demuestra que las pacientes con menos criterios de morbilidad, son pacientes con atenciones prenatales entre las 4 a 12 semanas (control prenatal temprano).

5.3. Morbilidad Materna y Factores Sociodemográficos

En la tabla 7 se encontró que el nivel económico, el número de embarazos y la edad, son factores que influyen en su mayoría en la morbilidad materna. Jurado también demuestra que los factores de riesgo más relevantes para la mortalidad/morbilidad materna extrema son: pertenecer a estratos socioeconómicos bajos, tener antecedente de 2 partos o menos, siendo estos también significativos en el presente estudio. Tascón, también encuentra que otros factores del entorno materno están vinculados como: la escolaridad materna, familia disfuncional, carencia de seguridad social y número de embarazos. (21)

En el caso del nivel económico, una gestante con recursos bajos, no tendrá los cuidados debidos para llevar una maternidad saludable; con respecto a la edad las adolescentes serán más vulnerables a sufrir de morbilidad, ya que su organismo no se encuentra anatómica y fisiológicamente preparado para afrontar un embarazo.

5.3. Atención Prenatal y Factores Sociodemográficos

En la tabla 8 al igual que Tascón (21), este estudio identificó que las gestantes con una mala adherencia a los controles tempranos, son las adolescentes, se deduce que por ser gestantes tan jóvenes, el miedo del reaccionar de sus padres, hace que ellas oculten su embarazo y por ende no tomen importancia y no acudan a la vez a sus controles prenatales.

El apoyo condicional de la pareja a la gestante es fundamental en esta etapa, ya que la gestante necesita sentirse más querida e importante. La carencia de la pareja hará que a la gestante se le sea más difícil sobrellevar el embarazo e incluso puede no darle mucha importancia al embarazo, y no acudir a la vez a los controles prenatales debidos. Tascón también hace referencia a las familias disfuncionales dentro del contexto de la atención prenatal. (21)

Las gestantes con educación primaria son las que cuentan con menos atenciones prenatales tempranas. Esto sucede por el nivel de conocimiento y de conciencia que tiene cada una de ellas acerca del embarazo y los riesgos que pueden llegar a tener durante este proceso. A menos preparación a nivel educativo, más ignorancia y analfabetismo, al mismo tiempo, la falta de comprensión, hace que estas mujeres no tomen en serio la importancia de un control prenatal a tiempo, basándose a sus costumbres antiguas y no a las actuales estrategias de una maternidad saludable.

El nivel económico influye en su mayoría para que las gestantes puedan tener controles prenatales tempranos. Generalmente las gestantes con escasos recursos económicos, son las que viven más alejadas de los puestos de salud, haciendo que se les dificulte ir. Asimismo, a pesar de contar con el SIS (seguro integral de salud), las gestantes vienen de lejos a controlarse, gastando no solo en pasajes sino en alimentación, lo cual por sus bajos recursos, ellas prefieren no ir pronto a un control prenatal, priorizando otras actividades antes que un control prenatal temprano.

Se demuestra que la distancia es muy significativa para que la gestante tenga un control prenatal precoz. Pues la fácil accesibilidad al puesto de salud, beneficia a la gestante tanto en lo económico como en el tiempo.

En este factor, se encuentra poco relevante con relación a control prenatal, ya que la mayoría de las gestantes viven cerca del centro de Salud Simón Bolívar, teniendo en ese sentido una gran cobertura de asistencia a las atenciones prenatales tempranas sin dificultad alguna.

Evidenciando según datos que el número de embarazo por lo que atraviesa la gestante influye mucho para que pueda asistir lo más pronto a un control prenatal, en la tabla 9, indica que las primigestas y segundigestas, son las que no tienen mucha influencia para asistir a un control prenatal temprano, vemos que gestantes con más de dos hijos, son las que más acuden a su atención prenatal, deduciéndose, que por el mismo hecho de la experiencia de los anteriores hijos, hacen que las Multigesta enfatizen más la importancia de tener un control prenatal temprano. Lo cual se discrepa con Grandi, Arispe y Jurado en su investigación, ya que ellos indican que a mayor controles prenatales, menor paridad (9,10, 18)

Cabe resaltar en este estudio que la influencia de un control prenatal temprano influye en la morbilidad materna, pero no la disminuye en su totalidad, pues vemos que mujeres teniendo atenciones prenatales tempranas y a la vez cumplen con el paquete completo de la gestante; son en algunas oportunidades, las que más se complican y las que culminan inclusive su embarazo, en una cesárea. Por ejemplo, a la última muerte materna en el centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar (caso que también se tomó en cuenta en el registro de formulario de este estudio), es una gestante joven de 23 años, segundo hijo, con control prenatal temprano (8 semanas), 9 controles prenatales, no se le encuentra factores de riesgo, ni signos de alarmas y signos vitales normales. Sin embargo, llega a complicarse en trabajo de parto, produciendo un alza en la presión arterial, y que en un corto tiempo hasta llegó a hacer una coagulación extravascular diseminada, hepatomegalia y hemorragia interna, indicando de esta manera un posible síndrome de Hellp, con ello se demuestra una

vez más que la atención prenatal temprana solo es una de las estrategias para combatir la morbilidad materna, pero no la más importante según estadísticos. .

La atención prenatal temprana es una estrategia básica para la disminución de la morbilidad materna, pero a la vez va de la mano con otras estrategias que se deben también enfatizar para combatir esta problemática, como: la calidad con que se atiende a la gestante, la correcta anamnesis e identificación de factores de riesgo, entre otros.

CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación, se concluye en:

- ✓ La atención prenatal temprana en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar, no influye significativamente en la morbilidad materna.
- ✓ La atención prenatal influye significativamente en los trastornos hipertensivo del embarazo.
- ✓ La atención prenatal influye significativamente en las enfermedades a nivel respiratorio y a nivel de coagulación vascular
- ✓ La atención prenatal no influye en el manejo instaurado brindado a la gestante.
- ✓ Las características sociodemográficas que influyen significativamente en la morbilidad materna son: el nivel económico, el número de embarazos y la edad.
- ✓ En el control prenatal temprano además de las características mencionadas anteriormente, influye también el estado civil.

RECOMENDACIONES

Luego de haber culminado la investigación titulada “Influencia De La Atención Prenatal Temprana En La Disminución De La Morbilidad Materna, Centro De Salud Materno Perinatal Simón Bolívar.2016-2017”, se recomienda:

- ❖ Al Director del Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar:
Que en el consultorio externo del área de obstetricia, se debe mejorar la atención a la gestante, realizándose un examen físico minucioso y el llenado correcto y completo de la historia clínica de la gestante
- ❖ Al Director del Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar:
Coordinar con los profesionales de salud para priorizar las emergencias obstétricas, prestar la correcta y debida atención a la gestante durante en trabajo de parto y parto, y por último registrar el monitoreo materno/fetal en los tiempos indicados.
- ❖ Al área administrativa del Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar, coordinar adecuadamente para que antes de pasar las historias clínicas al área de archivos, verifiquen si está correctamente registrada.
- ❖ A las alumnas de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia:
 - Realizar investigaciones a futuro acerca de la influencia de la atención prenatal, en el peso al nacer del recién nacido.
 - Enfatizar en la formación de las alumnas de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, respecto a una atención humana referente a la atención de los pacientes.
 - Se recomienda realizar investigaciones de la relación e influencia de la atención prenatal reenfocada en la salud materna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Equipo Maternidad Segura: Protocolo de Vigilancia en Salud Pública [Internet], Versión 02, Colombia, 2014, Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Morbilidad%20Materna%20Extrema.pdf>
2. Chirinos J, Sobrevilla L, Alcántara E. La Morbilidad Y Mortalidad Materna En Las Regiones Naturales Del Perú. RPE [Internet]. 1994. [Citado el 10 oct 2016], Vol. (1): 5 – 20, Disponible en : http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v07_n1/morbilidad.htm
3. Córdova R, Escobar LP, Gúzman LL. Factores Asociados a la Inasistencia al Primer Control Prenatal en Mujeres Gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata. RFS [Internet]. 2012 [Citado 10 Oct 2016]; 4 (1): 39-49. Disponible en: <http://journalusco.edu.co/index.php/RFS/article/view/567>
4. Panorama Cajamarquino [Internet]. Cajamarca: Copyright; 2011 [Actualizado el 3 Dic 2016; citado el 7 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.panoramacajamarquino.com/noticia/region-cajamarca-lidera-mortalidad-materna-en-el-pais/>
5. Bolzán G, Guimarey L. Relación de controles prenatales en la morbimortalidad materna. ALN [Internet]. 2001 [Citado el 29 de Oct 2016]; 51(2): 146 – 149. Disponible en: <http://files.cloudpier.net/teknofood/documentario/IMC%20-%20Crecimiento%20fetal.pdf>
6. Águila SI, Alvarez TM, Breto GA, Carbonell GC, Delgado CJ, Díaz MJ, et al. La Mortalidad Materna Extremadamente Grave [Internet]. 2da ed. Cuba: Unicef; 2012 [Actualizado 2013; Citado 30 Oct 2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/morbilidad_materna_full.pdf

7. Moya PD, Salazar GJ, Merchán MA. Ingreso Temprano al Control Prenatal en una Unidad Materno Infantil. RDE - UDES [Internet]. 2010 [Citado 30 Oct 2016]; 1 (1): 1-9. Disponible en: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/73/78>
8. Sánchez NR, Toga PG, Pérez RP, Nava VF. Impacto del Control Prenatal en la Morbilidad y Mortalidad Neonatal. Rev Medic de IMSS. 2005; 43 (5): 377-380
9. Arispre C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas JL. Frecuencia del Control Prenatal Inadecuado y de Factores asociados a su ocurrencia. RMH [Internet]. 2011 [Citado 30 Oct 2016]; 22(4):169-175. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2011000400004&script=sci_arttext
10. Ocampo JN, Factores de Riesgo para Morbilidad Materna Extrema en Gestantes [Tesis]. Bogotá, Universidad del Rosario. Abril 2014.
11. Schwarcz.R, Fescina.R, Duverges.C. Control Prenatal. 6th ed. Buenos Aires. El ateneo; 2011. p. 175-179.
12. Cunningham G, Leveno K, Boom S, Hauth J, Rouse D, Spong K. Atención Prenatal. En: Fraga J. García CN, editores. Williams Obstetricia. 23a ed. México: Mc Graw-Hill; 2011. p. 189 – 211
13. Carlos A. Quintero J. Identificación y Control de los Embarazos Normal y de Alto Riesgo, En: Canaval HE, Cifuentes R, Prieto AC. Obstetricia de Alto Riesgo. 6th ed. Bogotá, Colombia: Distribuna; 2006. P. 87-99
14. Norma Técnica de la salud materna. MINSA/DGSP. 2013;1(105):1-57

15. Pérez SA, Donoso SE. Control Prenatal. En: Alvarez MR, Marín VM. Obstetricia. 4th ed. Santiago de Chile: Mediterraneo Ltda; 2012.p. 257-282
16. Abarzúa CF, Burgos ES, Clavero PM, Díaz F, Figueroa LC, Germain AA, et al. Morbilidad Materna Extrema [Internet]. Guía Perinatal – MDS. 2015 [Citado 26 nov 2016]. Disponible en: <http://cedipcloud.wixsite.com/minsal-2015/morbilidad-materna-extrema>
17. Ortiz E. Estrategias para la Prevención del Bajo Peso al Nacer en una Población de Alto Riesgo, según la medicina basada en la evidencia. CM [Internet]. 2001 [citado 26 Nov 2016]; 32(4): 1-4. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/203/206>
18. Grandi C, Sarasqueta P. Control Prenatal: Evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño Perinatal. World Cat. [Internet]. 2000 [26 Nov 2016]; 94(4).p.232. Disponible en: <http://www.worldcat.org/title/control-prenatal-evaluacion-de-los-requisitos-basicos-recomendados-para-disminuir-el-dano-perinatal/oclc/69905153>
19. Moreno SA, Mogghadam BH, Meneses CJ, Díaz PM, Mujica HM, Gonzales DJ, et al. Control Prenatal en el medio rural. RFM-UNAM [Internet]. 2008 [Citado 26 Nov 2016]; 51(5): 188-192. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2008/un085b.pdf>
20. Jewell TR, Triunfo P, Aguirre R. Impacto de los cuidados prenatales en el Peso al Nacer. URCSDE. 2004; 7(4):2-25
21. Mendoza TL, Arias GM, Peñaranda CB, Mendoza TL, Manzano PS, Varela BA. Influencia de la adolescencia y su entorno a la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. RCHOG [Internet]. 2015 [Citado 26 Nov 2016]; 80 (4). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262015000400005&script=sci_arttext&tlng=en

- 22.** Calderón IJ, Meza SL, Acori TA, Ochoa RR, Cevallos DJ, Díaz RJ, et al. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima. 2007. p. 111-115
- 23.** Cruz MA. Situación de Muerte Materna y Experiencias. MDS-DGE. 2015. Disponible en: file:///C:/Users/Cristina/Downloads/5_PERU.pdf
- 24.** Ministerio de Salud [Internet]. Lima; 2015 [actualizado 16 Jun2016; citado 28 Nov 2016]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16498>

ANEXOS

ANEXO N°1

Esquema de actividades y objetivos para el control prenatal

Actividades	Objetivo
Fijar un cronograma para las visitas prenatales.	Agendar las visitas prenatales de acuerdo a la edad gestacional en la primera consulta.
Administrar ácido fólico en el período periconcepcional.	Reducir la frecuencia de defectos del tubo neural, y de malformaciones cardiovasculares y renales.
Categorizar a la embarazada según riesgo, examen físico, y llenado de historia clínica.	Clasificar a las embarazadas de acuerdo a las necesidades específicas, registro de la información.
Investigar en cada consulta posibles factores de riesgo.	Detectar embarazadas con necesidad de cuidados especiales y prevenir complicaciones.
Determinar grupo sanguíneo y factor Rh.	Prevenir y tratar la enfermedad hemolítica perinatal.
Medir el peso pregestacional, la talla, la ganancia de peso durante la gestación y el nivel de hemoglobina.	Evaluar el estado nutricional materno.
Preparar a la mujer para la maternidad.	Informar y lograr la participación de la embarazada y su familia en la identificación de signos de alerta, protagonismo en el parto, cuidados del puerperio, recién nacido.
Detectar tabaquismo y otras adicciones.	Intervención educativa para reducir el bajo peso y el parto pretérmino.
Medir la presión arterial.	Detectar tempranamente todo tipo de hipertensión durante el embarazo, reducción de preeclampsia, eclampsia.
Determinar el nivel de hemoglobina.	Detectar anemia y necesidad de dosis más altas de hierro, mejorar la salud materna y oxigenación fetal.

Administrar hierro y ácido fólico.	Evitar la anemia.
Medir seriadamente la altura uterina.	Vigilar el crecimiento fetal.
Medir glucemia.	Detectar diabetes gestacional.
Investigar sífilis, VIH, Chagas, hepatitis B, toxoplasmosis.	Identificar estas infecciones para su tratamiento y/o control.
Realizar urocultivo de rutina.	Diagnosticar y tratar la bacteriuria asintomática para reducir pielonefritis y parto pretérmino.
Vacunar contra el tétanos.	Prevenir el tétano materno y neonatal.
Detectar presentación pelviana a término.	Intentar versión externa, para evitar la cesárea por presentación pelviana y en caso de ser irreversible programar la operación cesárea al término.
Comunicar e instruir sobre las principales situaciones de riesgo materno-perinatal.	Participación de las embarazadas para el autocuidado e identificación precoz de sintomatologías de riesgo.
Recomendar la lactancia natural y preparar a la madre para la lactancia exclusiva.	Contribuir al crecimiento y desarrollo del niño y reducir morbilidad infantil.
Informar sobre métodos anticonceptivos.	Prevenir el embarazo no deseado, el aborto provocado y mortalidad materna.
Realizar estudio ecográfico.	Detectar malformaciones fetales, localizar la placenta, vigilar el crecimiento fetal, anticipar el diagnóstico y confirmar el embarazo múltiple, ajustar la edad gestacional cuando la amenorrea es desconocida.
Recomendar el lugar para la asistencia del parto.	Brindar un atención del parto y del recién nacido en el nivel de complejidad que corresponda al riesgo materno- perinatal.

ANEXO N° 2

ENFERMEDADES PRESENTADAS DURANTE EL EMBARAZO

- ❖ Anemia leve
- ❖ Anemia moderada
- ❖ Enfermedad Diarreica Aguda
- ❖ Resfrío común
- ❖ Infecciones vaginales
- ❖ Gastroenteritis Aguda
- ❖ Vaginitis

ANEXO N°3

No Presentaron Enfermedad O Complicaciones En El Embarazo Y Edad Gestacional Durante El Primer Control Prenatal.

Variable	Ítem	Edad gestacional durante el primer control prenatal.			Total
		4 A 12 Semanas	13 A 27 Semanas	Más De 28 Semanas	
Enfermedad a nivel cardiaco					
Shock séptico					
Enfermedad por falla metabólica	NO	50,4%	43,9%	5,7%	100,0%
Enfermedad nivel cerebral					
Se transfundió sangre					

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

La tabla 15, da a conocer las enfermedades que no presentaron las gestantes, durante la presente investigación.

ANEXO N° 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,..... de..... años de edad, con grado de instrucción.....y de ocupación..... Identificada con DNI N°.....; en calidad de paciente y en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos en salud, declaro haber recibido y entendido la información brindada en forma respetuosa y con claridad sobre la investigación denominada: “Influencia De La Atención Prenatal Temprana De La Gestante En La Disminución De La Morbilidad Materna en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar”; por ello manifiesto mi consentimiento en forma libre y voluntaria para participar en dicha investigación.

Cajamarca,.....de.....del 2017

ANEXO N° 5

FORMULARIO N° ____

Historia Clínica N°:.....

Fecha:

Edad de paciente:.....

Marcar según lo que se pide en cada enunciado

1. ¿Cuál es la edad de la gestante?

- a. De 12 a 16 años..... ()
- b. De 17 a 19 años..... ()
- c. De 20 a 35 años..... ()
- d. Mayor de 35 años..... ()

2. ¿Qué estado civil tiene la gestante?

- a. Soltera..... ()
- b. Casada.....()
- c. Viuda..... ()
- d. Divorciada..... ()
- e. Conviviente..... ()

3. Marcar con una (x) hasta que nivel de educación estudió la gestante

- a. Analfabeta..... ()
- b. Inicial..... ()
- c. Primaria..... ()
- d. Secundaria..... ()
- e. Superior..... ()

4. ¿Cuál es el nivel económico en la que se encuentra la gestante?

- a. Bajo (Menos de s/.800)..... ()
- b. Medio (De s/.800 a s/.3000)..... ()
- c. Alto (Mayor de s/.3000)..... ()

5. Marcar con una (x) el tiempo que utiliza la gestante en llegar desde su residencia hasta en Centro de Salud Materno “Simón Bolívar”

- a. De 5 a 15 minutos..... ()
- b. Mayor de 16 a 30 minutos..... ()
- c. Mayor de 30 minutos..... ()

6. Número de Embarazos

- a. Primigesta (primer embarazo)..... ()
- b. Segundigesta (segundo embarazo)..... ()
- c. Multigesta (de tres embarazos a más)..... ()

7. En qué edad gestacional se encuentra la gestante en el primer control prenatal

- a. De 4 a 12 semanas..... ()
- b. De 13 a 27 semanas..... ()
- c. Mayor de 28 semanas..... ()

8. Marcar con una (x) si la gestante presentó las siguientes enfermedades específicas

- a. Presentó trastornos hipertensivos del embarazo..... ()
- b. Presento shock séptico durante el embarazo..... ()
- c. Presentó Shock hipovolémico durante el embarazo..... ()

9. Marcar con una (x) si la gestante presentó algunas de las siguientes enfermedades por falla orgánica

- a. Presentó enfermedad a nivel respiratorio en el embarazo..... ()
- b. Presentó enfermedad o complicaciones cardíacas en el embarazo... ()
- c. Presentó enfermedades a nivel de la coagulación vascular en el embarazo..... ()
- d. Presentó enfermedades a nivel renal en el embarazo..... ()
- e. Presentó enfermedades a nivel de falla hepática en el embarazo..... ()
- f. Presentó enfermedades por falla metabólica en el embarazo..... ()
- g. Presentó enfermedades nivel cerebral durante el embarazo..... ()
- h. Presentó alguna otra enfermedad en el embarazo (especificar):_____ ()

10. Marcar con una (x) si la gestante estuvo o tuvo alguno de estos procedimientos:

- a. La gestante alguna vez estuvo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)..... ()
- b. La gestante tuvo alguna intervención quirúrgica..... ()
- c. Se transfundió sangre a la gestante durante el embarazo..... ()

GRACIAS.

INFLUENCIA DE LA ATENCIÓN PRENATAL TEMPRANA EN LA DISMINUCIÓN DE LA MORBILIDAD MATERNA, CENTRO DE SALUD MATERNO PERINATAL SIMÓN BOLIVAR

Bachiller en Obstetricia: YOLANDA CRISTINA BRIONES HERRERA

Asesora: Dra. Obsta. SILVIA ISABEL SANCHEZ MERCADO

RESUMEN

La presente investigación da a conocer la influencia de la atención prenatal temprana en la disminución de la morbilidad materna en el servicio de gineco - obstetricia del Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar. Es un estudio descriptivo, retro-prospectivo y transversal, donde se evaluó a las gestantes con atenciones prenatales en el Centro de Salud Materno Perinatal "Simón Bolívar", durante el periodo comprendido Junio de 2016 a Junio de 2017, siendo un total de 480 gestantes. Culminada la investigación se encuentra como resultado que la atención prenatal temprana tiene influencia con una significancia de 0.103 en relación a la morbilidad materna, pues ésta aumentará o disminuirá; pero no siempre dependerá de cuanto más temprano se realice la atención prenatal de la gestante. También se encontró que el 50,4% tuvo su primer control prenatal de 4 a 12 semanas, el 43,9% de 13 a 27 semanas y el 5,7% tuvo su primera atención prenatal de más de 28 semanas. La influencia de las características sociodemográficas en la morbilidad materna de las gestantes de estudio según la correlación de Pearson es la siguiente: con la edad tiene una influencia de 0,48, con el estado civil de -0,046, con el nivel de educación de 0,37, con el nivel económico es de 0,168; con el tiempo que utiliza la gestante desde su casa al llegar al centro es de -0,108 y con el número de embarazos es de 0,06; lo que indica que el nivel económico, la edad y el estado civil, son factores que influyen con más significancia en la morbilidad materna. **Conclusiones:** La atención prenatal temprana en el Centro de Salud Materno perinatal Simón Bolívar, no tiene una influencia significativa en la disminución de la morbilidad materna, ya que esta no debe de actuar por sí sola, sino acompañadas de otras estrategias, como: la atención prenatal reenfocada, atención prenatal de calidad, gran competitividad profesional, mejoramiento de factores sociodemográficos, entre otros.

Palabras Claves: Morbilidad materna, atención prenatal temprana, edad gestacional, primer control prenatal, factores sociodemográficos.

ABSTRACT

INFLUENCE OF EARLY PRENATAL CARE IN THE REDUCTION OF MATERNAL MORBIDITY,
MENTAL HEALTH CENTER PERINATAL SIMÓN BOLIVAR.

The present investigation reveals the influence of early prenatal care in the reduction of maternal morbidity in the gynecology and obstetrics service of the Simón Bolívar Maternal Perinatal Health Center. It is a descriptive, retro-prospective and cross-sectional study, where pregnant women with prenatal care were evaluated in the Maternal Perinatal Health Center "Simón Bolívar", during the period from June 2016 to June 2017, with a total of 480 pregnant women. When the investigation is concluded, it is found that early prenatal care has an influence with a significance of 0.103 in relation to maternal morbidity, since this will increase or decrease; but it will not always depend on how much earlier the pregnant woman's prenatal care is performed. It was also found that 50.4% had their first prenatal care for 4 to 12 weeks, 43.9% for 13 to 27 weeks, and 5.7% had their first prenatal care for more than 28 weeks. The influence of sociodemographic characteristics on maternal morbidity of pregnant women according to the Pearson correlation is as follows: with age it has an influence of 0.48, with the marital status of -0.046, with the level of education of 0,37, with the economic level is 0.168; with the time that the pregnant woman uses from her home when arriving at the center is -0.108 and with the number of pregnancies is 0.06; which indicates that the economic level, age and marital status are factors that most significantly influence maternal morbidity. **Conclusions:** Early prenatal care at the Simón Bolívar Perinatal Maternal Health Center does not have a significant influence on the reduction of maternal

morbidity, since this should not act on its own, but accompanied by other strategies, such as: refocused prenatal care, quality prenatal care, great professional competitiveness, improvement of sociodemographic factors, among others.

Key words: Maternal morbidity, early prenatal care, gestational age, first prenatal control, sociodemographic factors.

INTRODUCCIÓN

La morbilidad materna es una de las problemáticas de la salud materna, por ello a lo largo de los años se ha ido creando estrategias para poder combatirla y/o por lo menos disminuirla. Una de las estrategias que se incluyó para disminuir la morbilidad materna, fue la atención prenatal temprana en la gestante, la cual se ha ido dando, pero no de forma constante.

Sin embargo, las investigaciones realizadas en este campo, han revelado ciertos aspectos relevantes, en cuanto a la influencia de la atención prenatal temprana para la disminución de la morbilidad materna.

Se entiende por control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, acompañamiento prenatal, consulta prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud. El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de promoción de salud y de medicina preventiva (2).

En Perú, la razón de morbilidad materna extrema es de 9,43 por mil nacimientos, con índice de mortalidad de 0,032 y relación morbilidad materna extrema / mortalidad materna de 30,4; la enfermedad hipertensiva de la gestación fue la causa más importante con un 42,2 %, seguida por la hemorragia puerperal en 17,5 %. Los factores de riesgo identificados estuvieron relacionados con edad materna mayor de 35 años, nivel educativo bajo, multiparidad, falta de control prenatal y período intergenésico corto o prolongado (1). Por ende, se creyó conveniente realizar la presente investigación cuyo objetivo general es, conocer la influencia de la atención prenatal temprana en la morbilidad materna en el servicio de Gineco - obstetricia del Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar en la disminución de la morbilidad materna, de esta manera poder aportar a la salud materna, en cuanto a la ejecución de la atención prenatal temprana, y verificar si está influyendo en su totalidad o no en disminución de la morbilidad.

METODOLOGÍA

El diseño de estudio fue no experimental, descriptivo, retro-prospectivo de corte transversal. El tamaño de la muestra es para estimar la proporción de gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión, con una confianza del 99% y admitiendo un error máximo tolerables en la estimación del 1%. La muestra fue de 123 gestantes que asistieron a sus controles prenatales en el servicio de Gineco – Obstetricia en el Centro de Salud Materno Perinatal “Simón Bolívar”, de las cuales culminó su embarazo entre los meses de febrero a junio de 2017. La información relativa al estudio fue consignada en forma manual, luego fue codificada y digitada en un medio magnético para su procesamiento automatizado. Se usó como paquete estadístico el programa SPSS versión 23.

Resultados

Tabla 1. Influencia De La Atención Prenatal Temprana En La Morbilidad Materna

Tipo De Correlación	Variables	Suma Morbilidad Materna	Atención Prenatal Temprana
	Suma Morbilidad Materna	1,000	0,103
Correlación de Pearson	At. Prenatal Temprana	0,103	1,000

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

La tabla 1, muestra que la influencia de la atención prenatal temprana en el “Centro de Salud Materno perinatal Simón Bolívar”, es de 0.103; por lo tanto, la atención prenatal temprana no influye significativamente en relación a la morbilidad materna según la correlación de Pearson.

La morbilidad materna aumentará o disminuirá; pero esta no siempre dependerá de cuanto más temprano se realice la atención prenatal a la gestante; sino de determinados factores que dificultan que la gestante identifique signos de alarma a tiempo y/o a que sufran alguna complicación durante su embarazo.

Tabla 2. Morbilidad Materna Según La Edad Gestacional Durante El Primer Control Prenatal.

Morbilidad	N° de Casos	Edad gestacional durante el primer control prenatal.			TOTAL
		4 A 12 Semanas	13 A 27 Semanas	Más De 28 Semanas	
	,00	30,9%	28,5%	4,9%	64,2%
	1,00	13,0%	10,6%	0,8%	24,4%
	2,00	4,1%	4,1%	0,0%	8,1%
SUMA TOTAL MORBILIDADES	3,00	1,6%	0,0%	0,0%	1,6%
	4,00	0,0%	0,8%	0,0%	0,8%
	7,00	0,8%	0,0%	0,0%	0,8%

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

La tabla 2 indica el número de complicaciones y/o enfermedades que presentaron las gestantes según la edad gestacional en que se realizaron su primer control prenatal. Se encuentra que de las gestantes que asistieron entre las 4 a 12 semanas el 30,9% no presentan ningún caso de morbilidad materna, a diferencia de las que acudieron

entre las 13 a 27 semanas, ya que el 28.5% de aquellas no presentaron enfermedad alguna. Las gestantes con primera atención prenatal temprana de más de 28 semanas, el 4,9% no presentan complicaciones durante el embarazo. Evidenciando una disminución de morbilidad en cuanto a la primera atención prenatal según edad gestacional.

Tabla 3. De Correlación De Factores Sociodemográficos Y Morbilidad Materna

Morbilidad	Edad	Estado Civil	Nivel De Educación	Nivel Económico	Tiempo Que Utiliza La Gestante En Llegar Desde Su Residencia Hasta El Centro.	Número De Embarazos.
Suma Total Morbilidades	,048	-,046	,037	,168	-,108	,061

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

La tabla 3, muestra la influencia de las características sociodemográficas en la morbilidad materna de las gestantes de estudio, donde se evidencia que la influencia (según la correlación de Pearson) de la morbilidad materna con la edad tiene una influencia significativa de 0,48; con el estado civil y el tiempo que utiliza la gestante desde su casa al llegar al centro es de -0,046 y -0,108 respectivamente, indicando que no influyen en la morbilidad materna; con el nivel de educación es de 0,37 por lo que su significancia en relación a la morbilidad es mínima; con el nivel económico es de 0,168 teniendo una influencia muy significativa y por último con el número de embarazos la influencia es de 0,61 siendo significativa en la morbilidad materna.

TABLA 4. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ATENCIÓN PRENATAL TEMPRANA

Variable	Ítems	Atención Prenatal Temprana		Total
		NO	SÍ	
Edad	12 A 16 Años	1,7%	1,7%	3,3%
	17 A 19 Años	12,4%	5,8%	18,2%
	20 A 35 Años	35,5%	39,7%	75,2%
	Más De 35 Años	0,8%	2,5%	3,3%
Estado Civil	Soltera	3,3%	1,7%	5,0%
	Casada	5,8%	8,3%	14,0%
	Conviviente	41,3%	39,7%	81,0%
Nivel De Educación	Primaria	10,7%	6,6%	17,4%
	Secundaria	26,4%	21,5%	47,9%
	Superior	13,2%	21,5%	34,7%
Nivel Económico	Bajo (Menos De S/ 800,00)	36,4%	28,1%	64,5%
	Medio (De S/ 800,00 - S/ 3000,00)	14,0%	21,5%	35,5%
Tiempo Que Utiliza La Gestante En Llegar Desde Su Residencia Hasta El Centro.	5 A 15 Minutos	33,1%	35,5%	68,6%
	16 A 30 Minutos	9,9%	10,7%	20,7%
	Más De 30 Minutos	7,4%	3,3%	10,7%
Número De Embarazos.	Primigesta (1er Embarazo)	26,4%	19,0%	45,5%
	Segundigesta (2do Embarazo)	17,4%	18,2%	35,5%
	Multigesta (De 3 Embarazos A Más)	6,6%	12,4%	19,0%

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

La tabla N°4, indica la influencia de los factores sociodemográficos en el control prenatal temprano de la gestante.

La tabla muestra que en la edad, solo el 1,7% de las gestantes entre los 12 a 16 años y el 18,2% de las gestantes entre los 17 a 19 años, asisten a un control prenatal temprano. Siendo el 39,7% de las mujeres con 20 a 35 años las que más asisten a una atención prenatal precoz.

Con respecto al estado civil, la tabla presenta que el 1,7% de las gestantes solteras asisten a un control prenatal, sin embargo, se evidencia que el 39,7% de las mujeres casadas acuden a una atención prenatal, siendo aquellas las que más acuden a la atenciones prenatales.

El nivel de educación también influye de manera significativa en la atención prenatal temprana. En la tabla se encuentra que las gestantes con nivel primario, solo el 6,6% asistieron al control prenatal, el 21,5% de las gestantes con nivel superior acudieron a una atención prenatal temprana. Evidenciándose que las gestantes con nivel superior son las que más controles prenatales llegan a tener.

En el nivel económico la tabla muestra que el 36,4% de las gestantes con nivel económico bajo no acuden a sus controles, a diferencia de las gestantes de nivel económico medio, ya que solo el 14% no llegan a tener una atención prenatal temprana.

Y por último se encuentra como resultado que el 19% de las primigestas, el 18,2% de las segundigestas y el 12,4 % de las multigestas no acuden a controles prenatales tempranos.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las tabla de la 1 da a conocer la influencia de la atención prenatal temprana en la morbilidad materna, donde dichos resultados, según la correlación de Pearson, nos refiere que en el centro de Salud "Simón Bolívar", la influencia de la atención prenatal no es significativa sobre la morbilidad, ya que como lo vamos a mencionar, hay otros factores que influyen en gran parte. El aumento o la disminución de la morbilidad materna, no solo dependerá de una atención prenatal temprana, sino además, de una buena calidad de atención, de la capacidad profesional y de los factores sociodemográficos que pueden influir en ella. La morbilidad materna es una problemática que se sigue dando en la actualidad; como menciona Pérez Sánchez, el control prenatal es una medida que se toma para poder controlar el periodo de mayor riesgo de morbimortalidad en la vida del ser humano, y una de las principales causas de muerte en la mujer, como son las derivadas del embarazo, parto y puerperio.

En la tabla 2, indica que las gestantes que más suman en no presentar algún criterio de morbilidad son las que tienen atenciones prenatales, entre las 4 a 12 semanas, notando una disminución de morbilidad con las gestantes de otras edades gestacionales. Esto se debe, a que durante las atenciones prenatales tempranas, se orienta oportuna y precozmente a la gestante, sobre todos los riesgos y signos de alarma que se pueden suscitar durante todo el proceso de su embarazo.

Santillán al igual que Plata, en su investigación toma, a la atención prenatal como una estrategia básica que permite identificar factores de riesgo y alteraciones fisiológicas en toda gestante, por lo tanto, este estudio demuestra que las pacientes con menos criterios de morbilidad, son pacientes con atenciones prenatales entre las 4 a 12 semanas (control prenatal temprano) (4,5).

Asimismo, en la tabla 3 se encontró que el nivel económico, el número de embarazos y la edad, son factores que influyen en su mayoría en la morbilidad materna. Jurado también demuestra que los factores de riesgo más relevantes para la mortalidad/morbilidad materna extrema son: pertenecer a estratos socioeconómicos bajos, tener antecedente de 2 partos o menos, siendo estos también significativos en el presente estudio. Tascón, también encuentra que otros factores del entorno materno están vinculados como: la escolaridad materna, familia disfuncional, carencia de seguridad social y número de embarazos. En el caso del nivel económico, una gestante con recursos bajos, no tendrá los cuidados debidos para llevar una maternidad saludable; con respecto a la edad las adolescentes serán más vulnerables a sufrir de morbilidad, ya que su organismo no se encuentra anatómica y fisiológicamente preparado para afrontar un embarazo (6).

Y por último la tabla 4 al igual que Tascón, se identificó que las gestantes con una mala adherencia a los controles tempranos, son las adolescentes, se deduce que por ser gestantes tan jóvenes, el miedo del reaccionar de sus padres, hace que ellas oculten su embarazo y por ende no tomen importancia y no acudan a la vez a sus controles prenatales. El apoyo condicional de la pareja a la gestante es fundamental en esta etapa, ya que la gestante necesita sentirse más querida e importante. La carencia de la pareja hará que a la gestante se le sea más difícil sobrellevar el embarazo e incluso puede no darle mucha importancia al embarazo, y no acudir a la vez a los controles prenatales debidos. Tascón también hace referencia a las familias disfuncionales dentro del contexto de la atención prenatal. Las gestantes

con educación primaria son las que cuentan con menos atenciones prenatales tempranas. Esto sucede por el nivel de conocimiento y de conciencia que tiene cada una de ellas acerca del embarazo y los riesgos que pueden llegar a tener durante este proceso. A menos preparación a nivel educativo, más ignorancia y analfabetismo, al mismo tiempo, la falta de comprensión, hace que estas mujeres no tomen en serio la importancia de un control prenatal a tiempo, basándose a sus costumbres antiguas y no a las actuales estrategias de una maternidad saludable. El nivel económico influye en su mayoría para que las gestantes puedan tener controles prenatales tempranos. Generalmente las gestantes con escasos recursos económicos, son las que viven más alejadas de los puestos de salud, haciendo que se les dificulte ir. Asimismo, a pesar de contar con el SIS (seguro integral de salud), las gestantes vienen de lejos a controlarse, gastando no solo en pasajes sino en alimentación, lo cual por sus bajos recursos, ellas prefieren no ir pronto a un control prenatal, priorizando otras actividades antes que un control prenatal temprano (6).

CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación, se concluye en:

- ✓ La atención prenatal temprana en el Centro de Salud Materno Perinatal Simón Bolívar, no influye significativamente en la morbilidad materna.
- ✓ Las características sociodemográficas que influyen significativamente en la morbilidad materna son: el nivel económico, el número de embarazos y la edad.
- ✓ En el control prenatal temprano además de las características mencionadas anteriormente, influye también el estado civil.

REFERENCIA

1. Equipo Maternidad Segura: Protocolo de Vigilancia en Salud Pública [Internet], Versión 02, Colombia, 2014, Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Morbilidad%20Materna%20Extrema.pdf>
2. Schwarcz.R, Fescina.R, Duverges.C. Control Prenatal. 6th ed. Buenos Aires. El ateneo; 2011. p. 175-179.
3. Pérez SA, Donoso SE. Control Prenatal. En: Alvarez MR, Marín VM. Obstetricia. 4th ed. Santiago de Chile: Mediterraneo Ltda; 2012.p. 257-282
4. Moya PD, Salazar GJ, Merchán MA. Ingreso Temprano al Control Prenatal en una Unidad Materno Infantil. RDE - UDES [Internet]. 2010 [Citado 30 Oct 2016]; 1 (1): 1-9. Disponible en: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/73/78>
5. Moreno SA, Mogghadam BH, Meneses CJ, Díaz PM, Mujica HM, Gonzales DJ, et al. Control Prenatal en el medio rural. RFM-UNAM [Internet]. 2008 [Citado 26 Nov 2016]; 51(5): 188-192. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2008/un085b.pdf>
6. Mendoza TL, Arias GM, Peñaranda CB, Mendoza TL, Manzano PS, Varela BA. Influencia de la adolescencia y su entorno a la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. RCHOG [Internet]. 2015 [Citado 26 Nov 2016]; 80 (4). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262015000400005&script=sci_arttext&tlng=en.