

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**“CONTROL PRENATAL Y SU RELACIÓN CON
LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
CALLAO – 2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**

HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURU

**Callao, 2019
PERÚ**

**“CONTROL PRENATAL Y SU RELACIÓN CON
LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
CALLAO – 2018”**

Autor:
HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURU

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO PRESIDENTA
- Dra. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO SECRETARIA
- Dra. ANA LUCY SICCHA MACASSI MIEMBRO
- Dra. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS MIEMBRO
- Dra. ANA MARÍA YAMUNAQUE MORALES SUPLENTE

ASESOR(A): Dra. ARCELIA OLGA ROJAS SALAZAR

Nº de Libro: 01

Nº de Folio: 13

Nº de Acta: 03 - JS/XII-CTT

Fecha de Aprobación de tesis:

Callao, 20 de Diciembre de 2019

Resolución del Comité Directivo de la Unidad de Posgrado N° 281-2019-CDUPG-FCS.- del 11 de Diciembre de 2019

DEDICATORIA

A Dios que siempre me acompaña.

*A mis hijos quienes constantemente fortalecen
esta singular existencia.*

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Callao, especialmente a los profesores del Doctorado Ciencias en Salud, por sus enseñanzas impartidas.

A mi Asesora la Dra. Arcelia Olga Rojas Salazar, por compartir sus conocimientos, dedicación y sus acertados consejos.

Al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao.

Agradezco también a la comunidad científica, por su aporte inmenso para el desarrollo de la presente Investigación.

INDICE

TABLAS DE CONTENIDO	3
INDICE DE GRAFICOS	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCION	8
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1. Descripción de la realidad problemática	10
1.2. Formulación del Problema	12
1.2.1. Problema General	12
1.2.2. Problema Específicos	12
1.3. Objetivos	13
1.3.1. Objetivo General	13
1.3.2. Objetivos Específicos	13
1.4. Limitantes de la investigación	13
1.4.1 Limitante teórico	13
1.4.2 Limitante temporal	14
1.4.3 Limitante espacial	14
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	15
2.1 Antecedentes	15
2.1.1 Antecedentes Internacionales	15
2.1.2 Antecedentes Nacionales	18
2.2 Marco	22
2.2.1. Marco Teórico	22
2.2.2. Marco Conceptual	25
2.2.3. Marco Filosófico	45
2.3. Definición de términos básicos	48

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES	50
3.1 Hipótesis	50
3.1.1 Hipótesis general	50
3.1.2 Hipótesis específicos	50
3.2 Definición de variables	51
3.3 Operacionalización de variables	52
CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION	53
4.1 Tipo y diseño de la investigación	53
4.1.1 Tipo de la Investigación	53
4.1.2 Diseño de la Investigación	53
4.2 Población y muestra	54
4.2.1 Población	54
4.2.2 Muestra de estudio	55
4.3 Técnicas e Instrumentos para la recolección de la Información de campo	56
4.4 Análisis y procesamiento de datos	57
CAPITULO V: RESULTADOS	58
5.1 Resultados Descriptivos	58
5.2 Resultados Inferenciales	66
CAPITULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	75
6.1 Contrastación de hipótesis con los resultados	75
6.2 Contrastación de resultados con estudios similares	77
6.3 Responsabilidad ética	83
CONCLUSIONES	84
RECOMENDACIONES	85
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	86
ANEXOS	89
Anexo 1 : Matriz de Consistencia	90
Anexo 2 : Guía de recolección de datos	92
Anexo 3 : Base de datos	95

ÍNDICE TABLAS DE CONTENIDO

Tabla 5.1	Control prenatal según variables Sociodemográficos en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao – 2018	58
Tabla 5.2	Gestantes según número de controles atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao – 2018	64
Tabla 5.3	Gestantes según complicaciones atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao – 2018	65
Tabla 6.1	Complicaciones en el Primer Trimestre del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao – 2018	67
Tabla 6.2	Complicaciones en el Segundo Trimestre del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao – 2018	69
Tabla 6.3	Complicaciones en el Tercer Trimestre del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao – 2018	72

ÍNDICE DE GRAFICOS DE CONTENIDO

Gráfico 5.1	Control prenatal según variables Sociodemograficos en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion Callao – 2018	59
Gráfico 5.2	Control prenatal, según estado civil en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao – 2018	60
Gráfico 5.3	Control prenatal, según nivel de instrucción en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao – 2018	60
Gráfico 5.4	Control prenatal, según ocupación en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao – 2018	61
Gráfico 5.5	Control prenatal, según procedencia en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao – 2018	61
Gráfico 5.6	Control prenatal, según gestas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao – 2018	62
Gráfico 5.7	Control prenatal, según periodo Intergenesico en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao – 2018	62
Gráfico 5.8	Control prenatal, según tipo de parto en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao – 2018	63
Gráfico 5.9	Gestantes según número de controles atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao – 2018	64

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo establecer la relación entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao, fue de tipo cuantitativo, diseño descriptivo, correlacional de corte transversal, retrospectivo siendo la muestra de 63 gestantes, según el número de controles en la muestra se encontró que el 71.4% de gestantes tuvieron ≤ 5 controles, solo el 28.6% realizaron ≥ 6 controles durante el embarazo, respecto a las complicaciones del embarazo el 7.9% fue por aborto, el 33.3% hipertensión, el 6.3% pre eclampsia, el 11.1% eclampsia, En cuanto complicaciones en primer trimestre del embarazo no hay evidencia para rechazar la H_0 , en el segundo trimestre las diferencias observadas entre el control prenatal y la anemia no son estadísticamente significativas, las complicaciones en el tercer trimestre del embarazo las diferencias observadas entre el control prenatal y la diabetes gestacional no son estadísticamente significativas.

Conclusiones: El control prenatal incompleto es el principal factor de riesgo en las complicaciones en el embarazo.

Palabras clave: Control prenatal, Complicaciones en el embarazo, Gestante.

ABSTRACT

The study aimed to establish the relationship between prenatal control and pregnancy complications in pregnant women treated at the Daniel Alcides Carrión Callao National Hospital, was quantitative, descriptive design, cross-sectional, cross-sectional, retrospective being the sample of 63 pregnant women, according to the number of controls in the sample it was found that 71.4% of pregnant women had ≤ 5 controls, only 28.6% performed ≥ 6 controls during pregnancy, regarding pregnancy complications 7.9% were due to abortion, 33.3% hypertension, 6.3% pre eclampsia, 11.1% eclampsia. As soon as complications in the first trimester of pregnancy there is no evidence to reject H_0 , in the second trimester the differences observed between prenatal control and anemia are not statistically significant, complications in the third trimester of pregnancy the differences observed between prenatal control and gestational diabetes are not statistically significant.

Conclusions: Incomplete prenatal control is the main risk factor in pregnancy complications.

Keywords: Prenatal control, Pregnancy complications, Pregnant.

ABSTRACT

O estudo objetivou estabelecer a relação entre controle pré-natal e complicações da gravidez em gestantes atendidas no Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao, foi quantitativo, descritivo, transversal, descritivo, retrospectivo, sendo a amostra de 63 gestantes, de acordo com o número de controles na amostra, verificou-se que 71,4% das gestantes tinham ≤ 5 controles, apenas 28,6% realizaram ≥ 6 controles durante a gravidez, Em relação às complicações da gestação, 7,9% foram por aborto, 33,3% de hipertensão, 6,3% de pré-eclâmpsia, 11,1% de eclâmpsia. Assim que as complicações no primeiro trimestre da gravidez não há evidências para rejeitar H_0 , no segundo trimestre as diferenças observadas entre o controle pré-natal e anemia não são estatisticamente significativas, complicações no terceiro trimestre As diferenças na gravidez observadas entre o controle pré-natal e o diabetes gestacional não são estatisticamente significantes.

Conclusões: O controle pré-natal incompleto é o principal fator de risco nas complicações da gravidez.

Palavras-chave: Controle pré-natal, Complicações na gravidez, Grávida

INTRODUCCION

La morbimortalidad materna y perinatal resultante de un control prenatal inadecuado proviene de factores de riesgo que influyen en la capacidad de movilización de la mujer hacia el centro de salud que oferta estos servicios ⁽⁵⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2016 añade que es un momento de educación para los futuros padres, momento crucial para promover conductas saludables y proveerles de información apropiada para un embarazo saludable, y buena recuperación del parto y post parto, así como para el cuidado del recién nacido y lactancia materna ⁽²⁾.

Según la OMS, en nuestro país 5.3% tuvo control prenatal inadecuado. (UNICEF) 2016 informa que 42% de mujeres reciben menos de 4 controles prenatales ⁽⁴⁾.

Según ENDES Perú 2014 (86,6%) la cobertura de visitas en el área urbana alcanzó 95,9 % y en el área rural 91,2%. Es importante que la primera visita de atención prenatal se realice tempranamente, para detectar situaciones de mayor riesgo durante embarazo, parto y puerperio. ⁽³⁾.

El Ministerio de Salud (MINS) 2015, indica que se debe considerar que todo embarazo es potencialmente de riesgo, por lo que tiene como objetivo prevenir, diagnosticar y tratar complicaciones que pongan en peligro la salud integral de la madre y el feto, informa que la cantidad mínima de controles prenatales es seis (6) distribuidas dos atenciones

antes de las 22 semanas, la tercera entre las 22 y 24 semanas, la cuarta entre las 27 y 29, la quinta entre 33 y 35 y la sexta entre 37 y 40. ⁽⁶⁾.

Según Miñano el control prenatal implica esfuerzo por parte de la madre de asistir al centro de salud más cercano, por lo que el incumplimiento del número mínimo de controles prenatales y el subsecuente resultado negativo para la salud materna y perinatal, incluyen factores que escapan del actuar médico, y se relacionan con el estilo de vida de la madre y factores que puedan influir en su decisión y posibilidad de acudir a estos servicios. La morbilidad materna y perinatal resultante de un control prenatal inadecuado proviene de factores de riesgo que influyen en la capacidad de movilización de la mujer hacia el centro de salud que oferta estos servicios. ⁽⁵⁾.

La población que acude al hospital en estudio son de nivel económico bajo y muy bajo, la mayoría son convivientes, madres solteras y se aprecia la ausencia de la visita en el control prenatal. En el Hospital Daniel Alcides Carrión no se han realizado investigaciones relacionadas a este problema.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

El control prenatal es un conjunto de procedimientos sistemáticos que la gestante recibe con el objetivo final de tener un recién nacido física, mental y emocionalmente sano, una madre sin desgaste de su salud física, mental ni emocional. ⁽⁵⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud 2016 (OMS) da a conocer que cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo la mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. ⁽²⁾

Según datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) 30 de cada 100 mujeres de 15 a 40 años no reciben atención prenatal en todo el mundo, 46 en Asia meridional y 34 en África subsahariana. En Bolivia 75% de gestantes tuvieron un mínimo de 4 controles prenatales, en Brasil el porcentaje alcanzó 89%, en Colombia, 86% ⁽⁴⁾.

En el Perú la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2016; dio a conocer que el 3,4% de las mujeres no han recibido la atención prenatal por un personal calificado o simplemente no la

recibió, sobre todo en las zonas con menores recursos económicos. Las cifras indican que más del 10% de gestantes a nivel nacional no tienen un adecuado control prenatal, lo que las coloca en mayor riesgo de sufrir complicaciones en el embarazo parto o puerperio. ⁽³⁾

De otro lado el Ministerio de Salud (MINSA) clasifica los controles prenatales en: controles prenatales suficientes (6 a más), controles prenatales insuficientes (3-5) y no controles prenatales (0-2). Además, menciona que una gestante con controles prenatales inadecuados, representa el riesgo a tener partos pretérminos, un producto con retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), un recién nacido pequeño para la edad gestacional y bajo peso al nacer, sepsis neonatal y mortalidad materno-perinatal ⁽⁶⁾.

Idrogo 2013 encontró en su estudio que las gestantes que tuvieron menos de 6 controles prenatales tienen 2 veces más el riesgo de generar morbimortalidad perinatal. ⁽⁷⁾.

En la Región Callao en el año 2015 se notificó 11 casos de mortalidad materna de los cuales 6 muertes maternas fueron directas y 5 muertes maternas fueron indirectas, las causas más frecuentes de defunción fueron: Shock Hipovolémico, síndrome de Hellp y hemorragia subaracnoidea, estos datos fueron las más altas en el análisis histórico de mortalidad materna en el Callao.

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2018 informó las complicaciones que se presentaron durante el embarazo: hipertensión arterial 17.4%, parto prematuro 16.4%, ITU 15%, diabetes gestacional y embarazo múltiple 2.8%, infección posparto y hemorragia posparto 2.1%. Así mismo, el parto por cesárea 41.8%.

1.2 Formulación del problema

1.2.1. Problema General

¿Qué relación existe entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao-2018?

1.2.2. Problemas Específicos

¿Qué relación existe entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en el primer trimestre en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao-2018?

¿Qué relación existe entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en el segundo trimestre en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao-2018?

¿Qué relación existe entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en el tercer trimestre en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao-2018?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Establecer la relación entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao.

1.3.2 Objetivos Específicos

Determinar la relación entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en el primer trimestre en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao.

Determinar la relación existe entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en el primer trimestre en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao.

Determinar la relación existe entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en el primer trimestre en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao.

1.4. Limitantes de la investigación

1.4.1 Limitante Teórico

La investigación busca conocer la relación que existe entre el control prenatal y las complicaciones en el embarazo, no existen fuentes de información en la institución para el desarrollo del presente trabajo.

1.4.2 Limitante Temporal

La investigación se centró en el estudio de gestantes atendidas en los servicios de puerperio normal y patológico en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se requiere más tiempo para la investigación.

1.4.3 Limitante Espacial

La investigación se realizó en el periodo de Julio a Diciembre del 2018 en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao, se requiere más información para la investigación, debido al poco personal que labora en la oficina de estadística.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

GONZAGA, M. México (2014), en su investigación sobre “Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California”. Se planteó como objetivo: describir la atención prenatal recibida en mujeres con mortalidad materna hospitalaria 2005-2012. Se analizaron las variables utilizando estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas. La información se obtuvo de los archivos de los Comités de Mortalidad Materna. Se encontraron 44 muertes maternas (MM), treinta (68%) asistieron a atención prenatal, el promedio de citas fue de 3.8, 18 gestantes (41%) tuvieron una AP adecuada (≥ 5 citas). Las MM por causa obstétrica directa fueron 19 (43%), indirecta 21 (48%) y no obstétrica 4 (9%). Las MM que ocurrieron en el embarazo fueron ocho (18%), durante el parto dos (4 %) y puerperio 34 (77%). Se concluyó que es necesario la vigilancia prenatal temprana, periódica y sistemática que permita la identificación futura de complicaciones durante su embarazo, parto o puerperio ⁽⁸⁾.

AGUILAR PEREIRA R. (2014) analizo los factores asociados a la asistencia del control prenatal en las mujeres que acuden al subcentro de salud Teniente Higo Ortiz de la ciudad de Santa Rosa en el tercer trimestre del 2013, presento 60 gestantes que recibieron control prenatal de las cuales el 60% comenzaron en el segundo trimestre de gestación y terminaron con 4 controles durante los 9 meses de gestación, utilizando un tipo de estudio descriptivo, bibliográfico de corte transversal desarrollándolo en tres fases la primera que fue la fase de investigación donde se aplicó un cuestionario obteniendo la información de fuente directa de las historias clínicas, la segunda fase donde se ejecutó un programa educativo dirigido a las mujeres gestantes sobre la importancia a la asistencia del control prenatal, siendo la tercera fase la que evaluó la intervención mediante el proceso, producto e impacto obteniendo que el 100% de las gestantes estuvieron satisfechas con el plan educativo aumentando su conocimiento en un 92%.⁽⁹⁾.

RICO VENEGAS / RAMOS FRAUSTO / MARTÍNEZ. realizó el estudio titulado Control prenatal Vs resultado obstétrico perinatal. México. 2013 Rev. Enferm. Glob. Vol. 11. 19 El presente estudio tiene como objetivo conocer el impacto del control prenatal sobre los resultados obstétricos obtenidos, mediante un estudio de cohorte en 409 puérperas, donde las variables estudiadas fueron la edad, control prenatal, número de consultas, peso, talla y otros. Teniendo

como resultado que de los 395 productos mayores de 20 semanas y 35 menores, de los productos mayores de 20 semanas (f=355) tuvieron sus madres control prenatal (89.87%) y 40 no lo tuvieron (10.13%), las distocias fueron más frecuentes en las madres con control prenatal, $X^2=7.73$ $RR=1.45$ $IC95\%$ 1.11-1.90, las complicaciones maternas tuvieron proporciones similares en madres con y sin control prenatal $X^2 = 0.0091$ $RR=0.96$, diferencia de proporciones $p=0.899$, la enfermedad hipertensiva del embarazo fue la complicación más frecuente (74.6% de ellas) sin haber diferencia entre las madres que tuvieron o no control prenatal $X^2 =0.0010$. en conclusión, en este grupo en particular la presencia del control prenatal no represento un factor que ayude a una resolución obstétrica y perinatal favorable, excepto en la prevención de la macrostomia ⁽¹⁸⁾

ESPITIA DE LA HOZ, Franklin / OROZCO SANTIAGO, Lilian. Colombia. (2013). En su estudio titulado Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse el presente estudio tiene como objetivo conocer la fisiopatología y establecer los criterios de diagnóstico y tratamiento de las complicaciones eventuales de la anemia en la mujer embarazada, así como la evidencia que existe sobre la importancia de su tratamiento durante el control prenatal, se realiza a través de una tología a través de búsqueda bibliográfica en las bases de datos electrónicas Pubmed, Ovid, Elsevier,

Interscience, EBSCO, Scopus, Scielo. Llegando a la conclusión que la anemia en el embarazo es un síndrome frecuente que con adecuado control prenatal puede prevenirse, diagnosticarse y tratarse antes de que muestre complicaciones. Para lo cual se hace necesario aumentar la cobertura de la atención prenatal en todas las embarazadas y es obligatorio que el personal sanitario haga un adecuado control ⁽¹¹⁾.

MAYORGA PALACIOS, Andrea Del Pilar. Colombia (2012). En su estudio titulado Percepción sobre el Control Prenatal de las Gestantes Adolescentes en la E.S.E San Cristóbal, Bogotá 2012. quien trabajó con una población de 121, con ello encontró que el nivel educativo influye en los embarazos a temprana edad. En cuanto el estado civil, mencionan que las mujeres en edad fértil son solteras las cuales son la mayoría. Con respecto a los antecedentes gineco-obstétricos, se conoce que la mayoría de ellas eran primigestas, esto evidencia que la fecundidad en adolescentes sigue en aumento, además se conoce que los factores económicos, sociales y familiares, influyen significativamente en el embarazo a temprana edad ⁽¹⁹⁾

2.1.2. Antecedentes Nacionales

MIÑANO, M. Trujillo, Perú, (2016); en su trabajo de investigación “Control Prenatal inadecuado como factor asociado a parto

pretérmino en pacientes del Hospital Regional Docente De Trujillo". Se planteó como objetivo: determinar si el control prenatal inadecuado influye en los casos de parto pretérmino. Estudio observacional, retrospectivo, de tipo analítico de casos y controles. La muestra estuvo constituida por 156 gestantes: 52 casos con parto pretérmino y 104 controles. Se encontró que el 48.1% de gestantes realizó un control prenatal inadecuado, en el grupo de casos se observó en 32 pacientes y en 43 de los controles. La incidencia de parto pretérmino fue de 10.7%. El grupo de pacientes con 35 semanas de gestación con parto pretérmino y control prenatal inadecuado fue el de mayor frecuencia con 28.1%. Los casos de parto pretérmino moderado tardío ocuparon el primer lugar con 76.9%. Se llega a la conclusión de que el control prenatal inadecuado si es un factor asociado a parto pretérmino ⁽⁵⁾.

ROMERO Y COLS, (2013) Huancayo desarrollaron una investigación observacional, analítica, transversal, retrospectiva de casos y controles que incluyó 210 pacientes, con la finalidad de determinar los factores de riesgo para parto pretérmino en un Hospital Materno Infantil de Huancayo, tomando como referencia un total de 1225 partos de los cuales se seleccionaron 105 pacientes con parto pretérmino para el grupo de casos y 105 controles con parto a término, tomados entre el periodo de septiembre 2010 a

marzo 2011. La frecuencia encontrada de parto pretérmino fue de 8.57% correspondiente a los 105 casos, con una media de edad de 25.7 +/-6,8; se encontró como factores de riesgo el número de controles prenatales menores de seis con un OR 3.75 y un IC 95% de 2.10 – 6.67, ruptura prematura de membranas con OR 6.58 e IC al 95% de 2.41-17.92, anemia con un OR de 2.51 y un IC de 95% de 1.12-5.62 y pre eclampsia con un OR de 9.01 y un IC 95% de 2.60-31.16. Se concluyó que los factores de riesgo para parto pretérmino fueron el número de controles prenatales menores de seis, ruptura prematura de membranas, anemia y pre eclampsia ⁽¹²⁾

ZAMORA, et al (2013) en el estudio “Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales” concluye que el embarazo en adolescentes incrementa la morbilidad materna y perinatal, representando además un problema sociocultural; se analizaron datos sociodemográficos, atención prenatal, información sobre la evolución y terminación del embarazo, somatometría y valoración del recién nacido, así como las complicaciones presentadas en las 9 madres o sus neonatos con el objetivo de comparar la morbilidad materno y perinatal entre estos grupos. Se halló como estado civil más frecuente la unión libre, así como que en adolescentes la mayoría eran primigestas y se dedicaban al hogar. En las complicaciones maternas la más frecuente encontrada en las adolescentes fue la ruptura prematura de membranas (48 vs 19

casos), mientras en los neonatos de las adolescentes la complicación más frecuente fue el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (32 vs 18 neonatos), ambas con una $p < 0.05$ teniendo diferencia estadística significativa ⁽¹⁰⁾.

El Gobierno Regional de Cajamarca Perú (2012) informa que el 60% de las mujeres que fallecen por complicaciones durante el embarazo, están entre 20 a 34 años de edad. El 85% de las que presentan complicaciones tienen primaria incompleta o son analfabetas; en realidad podemos considerar que la totalidad son analfabetas porque a pesar de haber asistido a la escuela, generalmente lo han hecho hasta 1er o 2do grado son analfabetas. En relación a la multiparidad el 45% tuvo entre 2 a 4 gestaciones y el 35% más de cinco gestaciones. ⁽¹⁶⁾.

En el Hospital José Hernán Soto Cadenillas Cajamarca (2012) se registraron complicaciones como Amenaza de aborto 15.3%, aborto 2.4%, infección del tracto urinario 27.1 %, hemorragias 15%, pre eclampsia 14%, anemia 6%, hiperémesis gravídica 2.6%, entre otras complicaciones: Embarazo ectópico, no especificado 0.5%. ⁽¹⁷⁾.

MUNARES (2011) Perú realizó el estudio titulado factores asociados al abandono al control prenatal Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011; este estudio de tipo prospectivo, transversal, analítico, cuantitativo cuyo objetivo general es analizar los factores asociados

al abandono del control prenatal en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal; donde se tomó una muestra de 662 gestantes atendidas de las cuales 331 eran gestantes que abandonaron el control prenatal y 331 eran gestantes que no abandonaron el control prenatal; llegando a la conclusiones siguientes: (a) dentro de los factores sociales se encontró una asociación con la dificultad de permisos en el trabajo y los quehaceres domésticos;(b) dentro de los factores instituciones se encontró relación con el trato inadecuado, relación profesional-paciente, incoordinación entre los servicios, tiempo de espera largo, servicios incompletos, calidad inadecuada del control prenatal y consultorio prenatal difícil de ubicar; (c) en cuanto a factores personales se encontró relación con olvido de las citas, dificultad para el cuidado de los hijos, multiparidad y el abandono al control prenatal; (d) el modelo multivariado arrojó asociación para el abandono al control prenatal con dificultades de permisos en el trabajo, dificultades por quehaceres domésticos, servicios incompletos, consultorios prenatales difíciles de ubicar y calidad inadecuada del control prenatal. ⁽²⁰⁾.

2.2. Marco

2.2.1 Marco Teórico

- **Teoría de la vida embarazada y la reevolución (VER)**

Miguel García Casas. 2005

La teoría VER -Vida Embarazada y Reproevolución- es una teoría evolucionista postdarwinista de naturaleza holística, basada en la Teoría General de Sistemas. Sostiene que todos los seres vivos de la Tierra conforman un macroorganismo que en la actualidad está intentando reproducirse.

La VER explora, a través de la biología reproductora de la mujer, a la naturaleza y la descubre dotada de metabolismo, homeostasis, autopoiesis y reproducción. La reproducción presenta dos modalidades, una para garantizar la estabilidad interior que es la adaptación y, otra, para producir otro macroorganismo que es la reproevolución -evolución para la reproducción. Durante el embarazo se producen una serie de cambios anatómicos y fisiológicos en el organismo de la madre, cambios generales y locales como es el **crecimiento del útero se debe a la estimulación hormonal (estrógenos y progesterona), y a la distensión mecánica al adaptarse al crecimiento progresivo del feto, la placenta y bolsa de líquido amniótico.** La musculatura uterina recibe aproximadamente un 20 % del flujo sanguíneo uterino total, la placenta recibe el 80 % ⁽²⁵⁾.

El Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva 1970.

(CLAP/SMR) de la Organización Panamericana de la Salud y la (OPS) tiene como objetivo mejorar la atención de salud dirigida a

las mujeres, las madres y los recién nacidos en los países de la Región de las Américas.

Sus áreas de trabajo se enmarcan en varias metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), como la reducción de la razón de la mortalidad materna, la disminución de la mortalidad neonatal y la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento. Asimismo, se aboca a garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos la anticoncepción, la información y la educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

El Centro Latino Americano de Perinatología considera que el embarazo y la maternidad constituyen importantes riesgos biológicos como el mayor riesgo a complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, como son la hemorragia posparto, infecciones puerperales, infección urinaria, eclampsia y parto instrumental.

Estas condiciones a su vez se relacionan con el hecho de tener un niño con bajo peso al nacer, con sus dos componentes, prematuridad y retardo en el crecimiento y pequeño para la edad gestacional, aumento de la morbimortalidad infantil y desnutrición temprana cuando se comparan los resultados con los de las multíparas. Si bien éste es un problema para toda América, los países en vías de

desarrollo son los que presentan cifras más elevadas en complicaciones en el embarazo

El CLAP propuso y aún está en uso en nuestro medio, la utilización de la Historia Clínica Perinatal y su correspondiente Carné Perinatal, constituye en la fuente de datos que permitirá a los servicios disponer de la información necesaria para la toma de decisiones. La Historia Clínica Perinatal comienza con datos de identificación, edad y caracterización socio educacional y continúa con ciertos antecedentes familiares u obstétricos de reconocida importancia para el pronóstico del embarazo actual. En el sector Embarazo figuran aquellos datos o exámenes que deben ser anotados o recordados en cada control. Su registro induce al cumplimiento de una serie de acciones que deben ser realizadas en la atención perinatal ⁽³²⁾.

2.2.2. Marco Conceptual

El control prenatal son actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. Los componentes que abarca son: Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la salud materna y neonatal con

enfoques de interculturalidad, género y generacional. Melgarejo R

(13)

El Ministerio de Salud planteó una nueva denominación de la atención prenatal, agregándole el término de “reenfocada”. La atención prenatal reenfocada tiene por objetivos vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal, para lograr una/un recién nacido sano sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad.

(6) (21)

En la primera entrevista se debe recabar información de los antecedentes personales, gineco-obstétricos y familiares. Además de un adecuado registro de la Historia Clínica del CLAP y el Carnet Perinatal. (32)

El MINSA considera que una gestante debe tener al menos seis controles prenatales, para ser una gestante controlada, porque en sí beneficia a la madre y al feto. No obstante, se considera control prenatal inadecuado y/o baja cobertura en gestantes, cuando no se cumplen los cronogramas establecidos.

Objetivos de la atención prenatal las cuales son:

1. Evaluar integralmente a la gestante y al feto
2. Identificar la presencia de signos de alarma o enfermedades asociadas
3. que requieran un tratamiento especializado para la referencia oportuna.
4. Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
5. Preparar física y mentalmente a la gestante para el parto, así como al entorno familiar. Plan de parto.
6. Realizar el planeamiento individualizado del parto institucional con participación de la pareja, la familia y la propia comunidad.
7. Promover el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal.
8. Promover la lactancia materna en la crianza del recién nacido.
9. Prevenir el tétanos neonatal (vacuna antitetánica)
10. Detectar el cáncer de cérvix uterino (Papanicolaou) y la patología mamaria.
11. Promover la salud reproductiva y la planificación familiar.
12. Promover la adecuada nutrición.
13. Prevenir y/o tratar la anemia

El Ministerio de Salud, planteó precisiones a la salud integral materna, y cambió el tiempo de la primera consulta de 30 minutos a 40 minutos y las consultas posteriores de 15 minutos a 25 minutos

Características del control prenatal. Los criterios ya clásicos del control prenatal son:

1. Precoz. Debe iniciarse lo más pronto posible. El esquema del Ministerio de Salud indica que la atención prenatal reenforcada debe iniciar antes de las 14 semanas.
2. Periódico. el esquema básico de la atención prenatal debe contener seis controles prenatales, el primero antes de las 14 semanas, el segundo entre las 14 a 21 semanas, el tercero entre las 22 a 24 semanas, el cuarto entre las 25 a 32 semanas, el quinto entre las 33 a 36 semanas y el sexto entre las 37 a 40 semanas
3. Completo. Actualmente el ministerio de salud determina que para que una gestante se considere controlada, es decir, tener un control prenatal completo, esta debe de tener seis o más atenciones prenatales ⁽⁶⁾.

Entre las actividades descritas están:

1. Confirmación del embarazo
2. Orientación/consejería y evaluación nutricional
3. Anamnesis
4. Detección de signos de alarma
5. Medición de la talla
6. Control del peso
7. Determinación de la presión arterial, pulso y temperatura

8. Examen gineco-obstétrico
9. Evaluación clínica de la pelvis
10. Estimación de la edad gestacional
11. Diagnóstico del número de fetos (ecografía y/o palpación)
12. Medir la altura uterina
13. Auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler)
14. Evaluación clínica del volumen del líquido amniótico
15. Diagnóstico de la presentación, situación fetal
16. Determinar grupo sanguíneo y Rh
17. Determinación de Hb o Hto
18. Urocultivo o examen de orina completa
19. Detección de diabetes gestacional
20. Pruebas de tamizaje para VIH/ Sífilis (prueba rápida/ELISA/RPR)
21. previa consejería
22. Prueba en orina (con tira reactiva o ácido sulfosalicílico)
23. Vacuna Antitetánica
24. Toma de PAP
25. Evaluación odonto-estomatológica
26. Evaluación con ecografía
27. Administración de ácido fólico
28. Bienestar fetal test no estresante
29. Administración de hierro + ácido fólico
30. Administración de calcio

31. Información sobre salud sexual y reproductiva y planificación familiar

32. Psicoprofilaxis / Estimulación prenatal ⁽²¹⁾.

Complicaciones del Embarazo

Las complicaciones en el embarazo son problemas de salud que se dan durante el período de gestación. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé, o ambas. Algunas mujeres padecen problemas de salud antes de quedar embarazadas, lo cual puede desencadenar complicaciones

Rodríguez ⁽²²⁾.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la SALUD. OPS/OMS ha convocado a los Estados Miembros a elaborar una nueva Agenda de Salud de la Mujer.

Esta iniciativa busca alinear las necesidades de salud que resultan de una epidemiología de transición con antiguos y nuevos desafíos, con las políticas en términos de marcos legales, técnicos y presupuestarios permitirá reordenar y priorizar los problemas que afectan directamente a la salud de la mujer fortaleciendo la convergencia de acciones y estrategias en la resolución de los mismos ⁽²⁴⁾ ⁽¹⁵⁾

Mongrut Complicaciones del embarazo

- **Aborto**

Es la pérdida de un feto por causas naturales o espontáneas antes de las 20 semanas de embarazo. En cambio, se denomina feto

muerto a la pérdida del mismo por causas naturales después de las 20 semanas de embarazo. Pueden ser:

Retenido: cuando no se expulsa nada.

Incompleto: cuando aún no se ha expulsado todos los productos de la concepción.

Completo: cuando se ha expulsado todo el producto de la concepción.

- **Embarazo ectópico.**

Ocurre cuando el feto se desarrolla fuera del útero, ya sea en la trompa de Falopio, en el canal cervical o en la cavidad pélvica o abdominal. Un embarazo ectópico constituye un riesgo para la vida y debe ser extirpado lo antes posible. Causas: Obstrucción física en la trompa. Cicatrización provocada por una infección previa en las Trompas de Falopio. Endometriosis.

Síntomas

Los signos de un embarazo extrauterino se pueden presentar desde las primeras semanas de embarazo. Los síntomas del embarazo extrauterino más comunes son:

- **Dolores constantes en un solo lado del abdomen.** Estos dolores son más o menos agudos y se producen durante el **primer trimestre del embarazo**. Pueden producirse aislados o acompañados de náuseas, vértigos y trastornos intestinales o urinarios.

- **Los síntomas típicos de una hemorragia interna** (palidez, tensión baja) también son comunes.
- Cuando la rotura de la trompa es repentina, **el dolor abdominal es intenso y se produce una hemorragia** en la cavidad abdominal. Además, la embarazada muestra una palidez visible, ritmo cardíaco acelerado y presión sanguínea tan baja que no se puede medir.

Diagnóstico

Es fundamental un diagnóstico precoz para evitar consecuencias graves.

El embarazo ectópico se puede confirmar **mediante un exhaustivo exámen ginecológico**, estudios de laboratorio (por ejemplo análisis de sangre) y una ecografía.

Tratamiento

Los tratamientos para el embarazo extrauterino pueden ser de dos tipos: quirúrgicos o farmacológicos.

Tratamiento farmacológico

Interrumpe el embarazo y permite resabsorber el tejido que provoca la erosión de las paredes de la trompa. Uno de los últimos avances en este campo es una única inyección intramuscular de metotrexato. Hasta hace dos o tres años, las inyecciones eran más numerosas y las dosis más altas.

Tratamiento quirúrgico

Si se presenta un cuadro clínico estable y el embrión es lo suficiente pequeño, **puede extraerse a través de un procedimiento denominado**

salpingotomía. Se trata de una intervención quirúrgica que consiste en la incisión de la trompa, extrayendo el óvulo fecundado del interior, mediante laparoscopia. Se realizan tres pequeños cortes en el abdomen, que permiten reducir el tiempo de convalecencia a sólo 24 horas.

La salpingotomía está contraindicada en los casos en los que, por ejemplo, hay mucho tejido cicatricial en el abdomen, hemorragias intensas o el embrión es demasiado grande. En este caso, se debería recurrir a una cirugía abdominal mayor⁽²⁹⁾.

- **Mola Hidatiforme.**

Idrugo define la Como una masa o tumor poco común que se forma en el interior del útero al comienzo de un embarazo y es un tipo de enfermedad trofoblástica gestacional. Una forma cancerosa de la enfermedad trofoblástica gestacional se denomina coriocarcinoma.

Causas: Resulta de la sobreproducción de tejido que se supone se transforma en la placenta, la cual le brinda alimento al feto durante el embarazo. Con un embarazo molar, los tejidos se transforman en un tumor anormal.

Tipos:

Embarazo molar parcial: hay una placenta anormal y algo de desarrollo fetal.

Embarazo molar completo: hay una placenta anormal pero no hay ningún feto. Ambas formas se deben a problemas durante la fecundación. La causa exacta se desconoce.

Síntomas: Crecimiento anormal de la matriz (útero). Náuseas y vómitos que pueden ser tan intensos que requieren hospitalización. Sangrado vaginal durante el embarazo en el primer trimestre. Frecuencia cardiaca rápida. Inquietud, nerviosismo. Manos temblorosas pérdida de peso inexplicable.

Pruebas y exámenes. Un examen pélvico puede mostrar signos similares a los de un embarazo normal, pero el tamaño del útero puede ser anormal y no hay ruidos cardíacos fetales. Además, puede haber algún sangrado vaginal. Una ecografía durante el embarazo mostrará una placenta anormal con o sin algún desarrollo de un bebé.

Exámenes: Examen de GCH en sangre - Radiografía de tórax -. Tomografía computarizada o resonancia magnética del abdomen. Hemograma o conteo sanguíneo completo. Pruebas de coagulación sanguínea. Pruebas de la función hepática y renal ⁽²⁹⁾.

Complicaciones del embarazo.

Síndrome Hipertensión Gestacional. Según Rodríguez Calero:

Es el aumento en la tensión arterial en una mujer embarazada que cursa con más de 20 semanas de gestación, acompañada de proteinuria y

puede durar hasta la finalización del puerperio y en algunos casos convulsión.

La etiología se desconoce, se aducen factores múltiples que se asocian con la pre eclampsia y eclampsia, por alteraciones renales, isquemia útero placentaria, factores inmunológicos como: incompatibilidad sanguínea, reacción inmunológica a los antígenos de histocompatibilidad aportadas por la unidad feto placentaria, similitud notable entre varios antígenos de origen placentario con antígenos renales capaces de inducir alteraciones glomerulares, anomalías de la placentación, deficiencias de prostaciclina, síntesis aumentada de endotelina, activación del sistema hemostático, vaso espasmo.

Factores de riesgo.

Edad (menor de 20 y mayor de 35 años.)

Ganancia exagerada de peso materno: mayor de dos kilogramo por mes.

Bajo nivel socioeconómico.

Nuliparidad.

Antecedentes familiares de diabetes.

Embarazos múltiples.

Edema patológico del embarazo.

Enfermedad renal previa.

Polihidramnios.

- **Hipertensión Inducida por el Embarazo.** - Se presenta después de las 20 semanas de embarazo o durante el trabajo de parto en las 48 horas que siguen al parto. La presión arterial es mayor o igual a 140/90 mm /hg (presión arterial diastólica de 90mm /hg). No hay proteinuria.
- **Pre eclampsia..** Es la complicación del embarazo más común y peligroso, por lo que debe diagnosticarse y tratarse rápidamente, ya que en casos severos ponen en peligro la vida del feto y de la madre. Se caracteriza por el aumento de la tensión arterial (presión sanguínea, hipertensión) junto al de proteínas en la orina (proteinuria), así como edemas en las extremidades. La preeclampsia puede ocurrir hasta en 10% de los embarazos, usualmente en el segundo y tercer trimestre y después de la semana. Aunque frecuente, algunas mujeres pueden presentar signos de preeclampsia desde la semana 20. Es posible desarrollar preeclampsia después de lparto, hasta un período de 6 a 8 semanas después del alumbramiento. Por ello, se debe prestar atención las 24 - 48 horas seguidas del parto con el fin de detectar posibles síntomas y signos de pre eclampsia.

Clasificación de la Pre eclampsia - Reeder

- **Preeclampsia leve:** tensión arterial (TA) 140/90 - 160/110 mmHg + proteinuria menor de 5g/24h.
- **Preeclampsia grave:** TA mayor o igual a 160/110 + proteinuria mayor o igual a 5g/24h.

Cuadro clínico

- Presión arterial de 140/90mmHg
- Edema de cara manos
- Alteración de la función hepática y visual
- Presencia de proteína en la orina
- **La preeclampsia severa** presenta los siguientes signos y síntomas:
 - Oliguria menor de 400ml/24h
 - Trastornos mentales
 - Dolores epigástricas (en puñalada, intensos)
 - Edema pulmonar o cianosis
 - Aumento de peso de más de 2 kg en una semana
 - Alteraciones en la visión: visión borrosa, doble, ver estrellitas luminosas, intolerancia a la luz.
 - Cefaleas intensas y persistentes

Etiología.- Se piensa que el síndrome, en algunos casos, es causado por una placenta implantada poco profunda, que se torna hipoxia, ocasionando una reacción inmune caracterizada por la secreción aumentada de mediadores de la inflamación desde la placenta y que actúan sobre el endotelio vascular ⁽²²⁾. ⁽³⁰⁾

Scwarcz: El síndrome HELLP es una complicación seria de la hipertensión inducida por el embarazo (problemas de alta presión del

embarazo). Generalmente se desarrolla antes del parto, pero puede presentarse también después del mismo.

El síndrome HELLP consiste en los siguientes problemas:

Hemólisis - desintegración de los glóbulos rojos.

Enzimas hepáticas elevadas - daño a las células hepáticas que altera la función hepática (detectado mediante análisis de laboratorio).

Plaquetas bajas - las células de la sangre necesarias para la coagulación y el control de la hemorragia.

La causa del síndrome HELLP es aún desconocida. Algunos trastornos pueden aumentar el riesgo de desarrollar el síndrome HELLP, incluyendo:

Preeclampsia durante el embarazo

Embarazo previo con síndrome HELLP Además de los riesgos de hipertensión durante el embarazo, que incluyen la disminución del flujo sanguíneo a los órganos y posibles convulsiones, el síndrome HELLP puede provocar otros problemas. La degradación de los glóbulos rojos puede causar anemia y pueden suscitarse problemas de coagulación.

- **Eclampsia.** - Se presenta en pacientes después de las 20 semanas de gestación, con tensión arterial mayor o igual a 140/90 mm/hg y con proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++ en 24 horas menor a 300mg. Acompañada de convulsiones tónicas-clónicas o el coma. ⁽²⁶⁾.

Cullque M. La eclampsia trata de una toxemia del embarazo con convulsiones, y otras reacciones más preocupantes para ella y el bebé. La hemorragia cerebral es una lesión que puede matar a mujeres con

eclampsia o pre eclampsia. Se sabe que la hemorragia cerebral es una complicación de una hipertensión severa, por lo que la hipertensión del embarazo es un factor predominante en la aparición de esta situación ⁽²³⁾.

- **Infección del tracto urinario**

Según Mongrut la existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas. Son clasificadas de diversas formas: alta o baja, aguda o crónica, no complicada o complicada, sintomática o asintomática, nueva o recurrente y comunitaria o nosocomial. Infecciones del tracto urinario bajo: Colonización bacteriana a nivel de uretra y vejiga que normalmente se asocia a la presencia de síntomas y signos urinarios, como urgencia, disuria, polaquiuria, turbidez y olor fétido de la orina. Incluye:

Bacteriuria asintomática: Colonización de la orina por un mismo germen generalmente mayor que 100 000 UFC//mL de orina en dos o más muestras.

Cistitis aguda: Infección bacteriana de la vejiga. Es causada por gérmenes, por lo regular bacterias que ingresan a la uretra y luego a la vejiga.

Cistouretritis aguda: Es una infección del tracto urinario que se caracteriza por disuria, polaquiuria y en ocasiones tenesmo vesical.

Se acompaña de bacteriuria entre 10² y 10⁵ colonias/mL de orina.

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son una entidad frecuente en los embarazos. Su incidencia se estima entorno al 5-10%

Mientras que la incidencia de bacteriuria asintomática (BA) es la misma que en las mujeres no gestantes, la bacteriuria recurrente y la incidencia de pielonefritis son más frecuentes durante el embarazo. ⁽²³⁾.

- **Anemia**

Según Gabbe durante el embarazo aparece una anemia hiperplasia eritroide, y la masa eritrocítica aumenta. Sin embargo, un aumento desproporcionado en el volumen plasmático produce hemodilución (hidremia del embarazo): el hematocrito disminuye al 34% en un embarazo único a término y al 30% en un embarazo multifetal a término. Por lo tanto, durante el embarazo se define la anemia como la presencia de una hemoglobina < 10 g/dL (Hct < 30%).

Anemia por deficiencia de hierro en el embarazo

Alrededor del 95% de los casos de anemia durante el embarazo se deben a deficiencia de hierro La causa es usualmente

- Ingesta alimentaria inadecuada (especialmente en las niñas adolescentes)
- Un embarazo anterior
- La pérdida normal recurrente de hierro en la sangre menstrual (que se aproxima a la cantidad normalmente ingerida cada mes y así impide que los depósitos de hierro crezcan).

Diagnóstico

Determinación de hierro sérico, ferritina y transferrina

Típicamente, el Hct es $\leq 30\%$, y el volumen corpuscular medio es < 79 fL. La disminución del hierro sérico y de ferritina y el aumento de los niveles séricos de transferrina confirman el diagnóstico.

Tratamiento

Habitualmente sulfato de hierro, 325 mg por vía oral 1 vez/día

En general, un comprimido de 325 mg de sulfato ferroso a media mañana es efectivo. Dosis más altas o más frecuentes aumentan los efectos adversos gastrointestinales, especialmente el estreñimiento, y una dosis bloquea la absorción de la siguiente, reduciendo así el porcentaje del hierro. Alrededor del 20% de las mujeres embarazadas no absorben el hierro suficiente por vía oral; algunas de ellas requieren tratamiento parenteral, en general hierro en dextrán 100 mg IM día por medio para un total de ≥ 1.000 mg durante 3 semanas. El Hct o la Hb se miden semanalmente para determinar la respuesta. Si los suplementos de hierro son ineficaces, debe sospecharse una deficiencia de folato concomitante.

Los neonatos de madres con anemia por deficiencias de hierro en general tienen un Hct normal pero depósitos reducidos de hierro total y necesitan suplementos de hierro en la alimentación.

Prevención

Aunque la práctica es controvertida, los suplementos de hierro (en general sulfato ferroso, 325 mg VO 1 vez/día) se administran de rutina a las mujeres embarazadas para evitar la depleción de los depósitos de hierro

del cuerpo y la anemia que puede producirse por un sangrado anormal o un embarazo posterior ⁽²⁷⁾.

Complicaciones del embarazo

- **Amenaza de parto pre término Según Gonzales:**

Definió médicamente como el parto ocurrido antes de 37 semanas de gestación, en oposición a la mayoría de los embarazos que duran más de 37 semanas, contadas desde el primer día de la última menstruación. El nacimiento prematuro ocurre entre 6-12% de los nacimientos en la mayoría de los países. Mientras más corto es el período del embarazo, más alto es el riesgo de las complicaciones. Los bebés que nacen en forma prematura tienen un alto riesgo de muerte en sus primeros años de vida. Existe también un alto riesgo de desarrollar serios problemas de salud como: parálisis cerebral, enfermedades crónicas pulmonares, problemas gastrointestinales, retraso mental, pérdida de la visión y el oído.

Los síntomas de un parto prematuro espontáneo inminente señalan a un probable parto prematuro; tales signos se componen de cuatro o más contracciones uterinas en una hora desde la semana 21 y antes de las 37 semanas de gestación, se caracteriza por sangrado vaginal en el tercer trimestre, una fuerte presión en la pelvis, y/o dolor abdominal o de espalda los cuales pueden ser indicadores de que un parto prematuro está a punto de ocurrir.

Un flujo acuoso por la vagina puede indicar la rotura prematura de las membranas que rodean al bebé. Si bien la ruptura de las membranas no siempre va seguido por un trabajo de parto, por lo general, pueden causar infección conocida como corioamnionitis, que es una amenaza real tanto para el feto como para la madre, por lo que se indica el parto.

Tratamiento

Existen dos opciones que ayudan a enfrentar el nacimiento prematuro: demorar el nacimiento cuanto sea posible, o preparar la llegada del feto prematuro. Ambas pueden ser usadas simultáneamente.

Retardar el nacimiento prematuro es la opción más favorable. Esto da al feto, o los fetos, más tiempo para madurar en el vientre. Existen varias técnicas que ayudan a lograrlo. El primer recurso es reposo absoluto en cama. Mantener una posición horizontal reduce la presión cervical, lo que le permite estar más alargada por más tiempo, reduciendo la irritación uterina producida por movimientos innecesarios, lo que podrían provocar contracciones. Así mismo, hidratación y nutrición adecuadas. En el caso de hospitalización, se puede detener el trabajo de parto prematuro simplemente mejorando la hidratación de la madre por medio de suero intravenoso. En el último de los casos, existen medicamentos que evitan las contracciones (tocolíticos), como ritodrine, fenoterol, nifedipina y atosiban ⁽²⁸⁾.

- **Gabbe S. Desprendimiento Prematuro de placenta.** Antes de que el bebé nazca, la placenta se puede despegar de la pared del útero

como consecuencia de una hemorragia en la zona. Los síntomas son un fuerte dolor en el abdomen acompañado, a veces, por una hemorragia oscura a través de la vagina. Eso causa que el feto no tenga una buena oxigenación.

- **Placenta previa.** Ocurre cuando la placenta se sitúa por sí sola delante de la cabeza del bebé y tapa el orificio del cuello del útero. Esta situación es frecuente hasta las 20 semanas de embarazo. Sin embargo, si hacia la fecha del parto, la placenta continúa ubicada en este lugar, el parto vaginal se hace imposible y hay que recurrir a la cesárea ⁽²⁸⁾.
- **Según Sandoval la Rotura prematura de membrana.** Consiste en la pérdida de líquido amniótico por los genitales sin estar de parto. Cuando la bolsa se rompe, los gérmenes que están en el cuello del útero y la vagina pueden invadir el líquido amniótico y pueden provocar una infección en el feto.

Polihidramnios. Es el exceso de líquido amniótico. Este exceso será normal cuando el bebé sea grande o cuando el embarazo sea múltiple. Pero también puede ser consecuencia de una enfermedad de la madre como la diabetes o una enfermedad del bebé como las llamadas malformaciones congénitas

Oligohidramnios. Es la disminución de la cantidad de líquido amniótico. Se recomienda reposo para evitar el parto prematuro. Si

hay dificultades respiratorias, puede realizarse un drenaje del exceso del líquido mediante una punción con un catéter intra-amniótico. (28)

- **Diabetes Gestacional.** Exceso de los niveles de azúcar en la sangre durante el embarazo. Las hormonas de la placenta pueden desarrollar una diabetes en la época del embarazo. Aumenta el riesgo de: Pre eclampsia. Parto prematuro Parto por cesárea.

Síntomas: Por lo general, no hay síntomas. A veces, sed extrema, hambre o fatiga La prueba de detección muestra niveles altos de azúcar en la sangre.

Tratamiento: Un plan de alimentación saludable diseñado por el médico. Administración de insulina para mantener los niveles de azúcar bajo control ⁽¹⁾.

2.2.3. Marco filosófico

Lazo P. cultura y sistemas de salud. 2012

La diversidad geográfica de nuestro país ha sido escenario propicio para el desarrollo de diferentes culturas, dando origen a una diversidad de grupos humanos con sus propias características culturales y sociales, existiendo una pluriculturalidad de sistemas médicos (doctrinas que rigen problemas de salud y enfermedad en culturas determinadas) y de medicinas tradicionales (sistemas de conocimientos adquiridos a través de la experiencia y transmitidos de generación en generación).

Nuestro país es pluricultural, multiétnico y plurilingüe, permite que su riqueza cultural origine todo un sistema de concepciones, en torno al embarazo parto y puerperio; en las zonas rurales del Perú muchas mujeres optan por el parto atendido por parteras, en su propia casa, buscando respeto por sus costumbres y su forma de concebir y actuar en ese momento. De esta manera, cada grupo humano crea y recrea todo un sistema de conocimientos y prácticas que le da significado a su propia existencia, y al mundo que le rodea. Esta realidad plantea la necesidad de entender y comprender el papel tradicional de la mujer en la salud y conocer los sistemas médicos con raíces autóctonas ⁽¹⁴⁾

Teoría Cuidados Culturales Madeleine Leininger 1978

Leininger se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

Leininger declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejara los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basarán en la cultura y serán específicos para guiar los

cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas este saber es imprescindible para la formación y practica de enfermeras.

Leininger define que, así como la enfermería es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo, el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces.

- **Enfermería Transcultural:** Se refiere a las enfermeras que están formadas en enfermería transcultural y que tienen como labor desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural.
- **Enfermería Intercultural:** Se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médicos o aplicados; la mayor parte de ellas no están autorizadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación.

Según Leininger, la enfermera transcultural es una enfermera diplomada, que es capaz de aplicar conceptos generales, principios y prácticas de la enfermería transcultural creados por las enfermeras transculturales especialistas.

Leininger, creo la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales enfermeros, que tiene sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y

guiar a los profesionales y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen y necesiten de estos profesionales. La cultura representa los modelos de su vida sistematizados y los valores que las personas que influyen en sus decisiones y acciones.

Leininger afirmó que el objetivo de la teoría de los cuidados consiste en proporcionar cuidados que sean coherentes con la cultura. Considera que las enfermeras deben trabajar de tal modo que se explique el uso de los cuidados y significados, y así los cuidados culturales, valores, creencias y modos de vida pueden facilitar bases fiables y exactas para planificar e implementar eficazmente los cuidados específicos de la cultura ⁽³¹⁾.

2.3 Definición de términos básicos

Embarazo: Es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

Control pre natal: Se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la Morbilidad y Mortalidad materna y perinatal.

Complicaciones en el embarazo:

Las complicaciones del embarazo son los problemas de salud que se producen durante el embarazo. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé o de ambos.

Anemia: Es una afección que se produce por tener muy pocos glóbulos rojos. Eso disminuye la capacidad que tienen los glóbulos rojos de transportar oxígeno o hierro. Las sustancias químicas (enzimas) de los tejidos que dependen del hierro pueden afectar el funcionamiento celular de los nervios y los músculos. el bebé depende de la sangre de la madre cuando se tiene anemia, es posible que el bebé no pueda crecer hasta alcanzar un peso saludable, quizás nazca antes (nacimiento prematuro) o tenga bajo peso al nacer.

CAPITULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

Existe relación entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao-2018.

3.1.2 Hipótesis específicos

Existe relación entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en el primer trimestre en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao-2018.

Existe relación entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en el segundo trimestre en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao-2018.

Existe relación entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en el tercer trimestre en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao-2018.

3.2 Definición de las variables

3.2.1 V : I Control prenatal

Idrogo define el control prenatal como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la Morbilidad y Mortalidad materna y perinatal ⁽⁸⁾

3.2.2 V : 2 Complicaciones del embarazo

Gabbe define las complicaciones del embarazo como los problemas de salud que se producen durante el embarazo. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé o de ambos. ⁽²⁷⁾

3.3 Operacionalización de Variables.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
V : I Control prenatal	Un control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo según la Organización Mundial de la Salud comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado.	Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre	< =1 control 2 a 3 controles <= 3 controles 4 a 6 controles <=5 controles >= 6 controles	Ordinal
V : D Complicaciones del embarazo	Procesos patológicos asociados al embarazo responsables de más del 70% de las muertes maternas: siendo las causas las hemorragias, infecciones, abortos peligrosos, eclampsia, la atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos.	Complicaciones del embarazo	Aborto Embarazo ectópico Mola hidatiforme Hipertensión gestacional Pre eclampsia Eclampsia Infección urinaria Anemia Amenaza de parto prematuro Desprendimiento prematura de placenta Placenta previa Ruptura prematura de membrana Diabetes gestacional	Nominal

CAPITULO IV

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Tipo y diseño de investigación

4.1.1 Tipo de Investigación

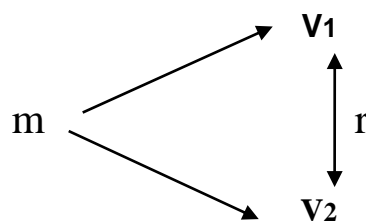
El estudio fue de enfoque cuantitativo su intención fue buscar la exactitud de mediciones con el fin de generalizar sus resultados a poblaciones o situaciones amplias. Descriptivo implica observar y describir el comportamiento de un sujeto sin influir sobre él de ninguna manera.

Trabajan fundamentalmente con sus variables.

Variable 1. Control prenatal

Variable 2. Complicaciones en el embarazo

4.1.2 Diseño de la Investigación: Correlacional



Donde:

n = tamaño de la muestra

V1 = Control prenatal

r : = relación entre ambas variables

V2 = Complicaciones del embarazo

Método de investigación

Descriptivo: Fue un método científico que implicó observar y describir el comportamiento de un sujeto sin influir sobre él de ninguna manera.

Inductivo. Se basa en la observación, el estudio y la experimentación de diversos sucesos reales para poder llegar a una conclusión que involucre a todos esos casos.

Deductivo. Es un modo de pensamiento que va de lo más general (como leyes y principios) a lo más específico (hechos concretos)

Retrospectivo: Porque el estudio se centró en hechos pasados

Correlacional: Se buscó obtener la relación existente entre ambas variables.

No experimental: No se realizó manipulación deliberada de las variables. Se basó fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dio en su contexto natural para analizarlos con posterioridad.

4.2. Población y muestra

4.2.1 Población.

Se contó con una población de 150 madres atendidas durante el periodo de julio a diciembre del 2018, según el sistema informático de dicha institución.

- **Criterios de Inclusión:**

Historias clínicas completas de gestantes que fueron atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao, durante el periodo de julio a diciembre del 2018.

- **Criterios de Exclusión:**

Historias clínicas perinatales incompletas, hojas de evaluación, exámenes auxiliares.

Historias clínicas con enfermedades no asociadas con el embarazo atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao.

4.2.2 Muestra de Estudio

Muestreo aleatorio simple.

Pacientes atendidas durante el periodo de julio a diciembre del 2018 que presentan complicaciones en el embarazo fue de 63

- **Tamaño de la muestra**

La muestra es de tipo proporcional donde se utilizó la siguiente formula:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{d^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

Donde:

N : Población 150

Z : 1.96 constante según nivel de confianza del 95%

p : 0.5 proporción esperada

q : 0.5 complemento de p

E : 0.05 error de precisión

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 150}{0.05^2 (149) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5} = 108$$

$$nf = \frac{n}{1 + n} \times N$$

$$nf = 63$$

4.3 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información de campo.

La técnica de recolección de datos fue mediante el análisis documental revisión de la historia clínica y del carnet perinatal de las madres, seleccionadas con los criterios de inclusión.

El instrumento fue la Guía de análisis documental elaborada por el autor estuvo conformada por ítems que midieron las variables antes mencionadas la que consta de datos generales de la historia clínica, antecedentes obstétricos.

El proceso de recolección de datos se realizó con previa autorización de la Institución, la recolección de datos se realizó mediante la revisión de las historias clínicas que cumplieron con los criterios de selección los datos fueron recolectados por el autor, se tomó en cuenta el anonimato y la confidencialidad durante la selección de datos en el período de julio a diciembre del 2018.

4.4. Análisis y procesamiento de datos

Los datos fueron codificados y luego ingresados a una base de datos creada en el programa estadístico SPSS Versión 24. Para determinar la relación entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao-2018.

Se obtuvo el coeficiente de correlación entre dichas variables.

Para la selección de la prueba estadística, se evaluó previamente el requisito de distribución normal de ambas variables. Dado que se cumplió dicho requisito, se utilizó la prueba estadística chi cuadrado.

Para determinar la relación entre el control prenatal y las complicaciones en el embarazo de las gestantes, se obtuvieron tablas de distribución de frecuencias simples y acumuladas; según las escalas de clasificación de los instrumentos. Se trabajó a un nivel de significancia estadística de 0.05. Los resultados fueron presentados en tablas, y gráficos.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1. Resultados descriptivos

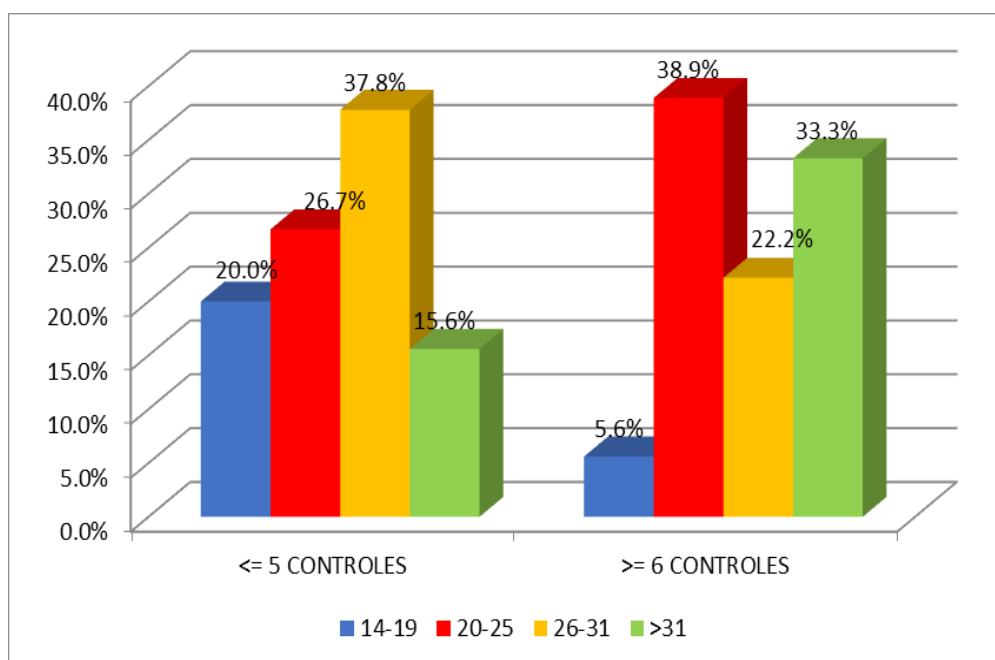
TABLA 5.1

CONTROL PRENATAL SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRAFICOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION CALLAO – 2018

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICOS	CONTROL PRENATAL	
	<= 5 CONTROLES	>= 6 CONTROLES
EDAD		
14-19	9(20.0%)	1(5.6%)
20-25	12(26.7%)	7(38.9%)
26-31	17(37.8%)	4(22.2%)
>31	7(15.6%)	6(33.3%)
ESTADO CIVIL		
CASADA	14(31.1%)	13(72.2%)
SOLTERA	11(24.4%)	0(0.0%)
CONVIVIENTE	20(44.4%)	5(27.8%)
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
PRIMARIA	4(8.9%)	0(0.0%)
SECUNDARIA	34(75.6%)	17(94.4%)
SUPERIOR	7(15.6%)	1(5.6%)
OCUPACION		
AMA DE CASA	28(62.2%)	13(72.2%)
COMERCIANTE	6(13.3%)	2(11.1%)
OTROS	11(24.4%)	3(16.7%)
PROCEDENCIA		
CALLAO	38(84.4%)	14(77.8%)
OTROS	7(15.6%)	4(22.2%)
GESTAS		
PRIMIPARA	13(28.9%)	5(27.8%)
MULTIPARA	30(66.7%)	12(66.7%)
GRAN MULTIPARA	2(4.4%)	1(5.6%)
PERIODO INTERGENETICO		
<2 AÑOS	27(87.1%)	10(76.9%)
2-4 AÑOS	4(12.9%)	3(23.1%)
PARTOS		
VAGINAL	26(57.8%)	12(66.7%)
CESAREA	19(42.2%)	6(33.3%)

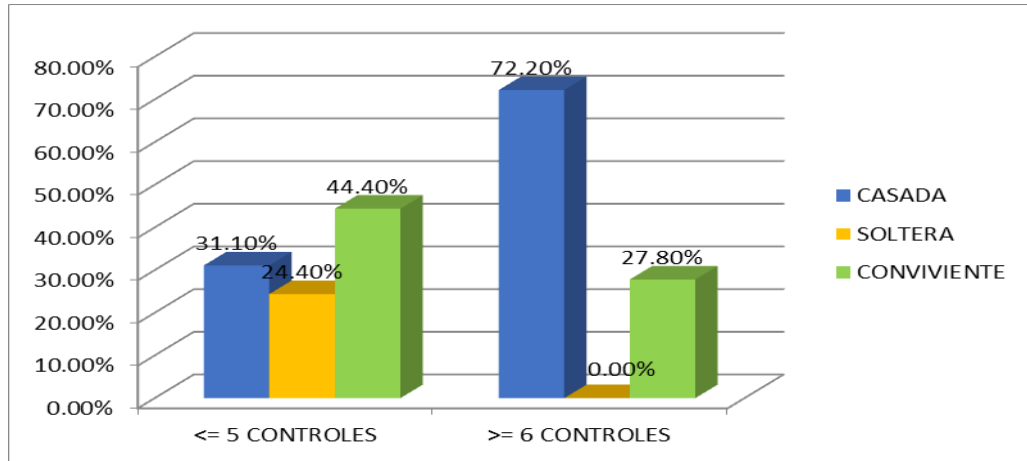
GRAFICO 5.1

**CONTROL PRENATAL SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRAFICOS
EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL
ALCIDES CARRION CALLAO – 2018**



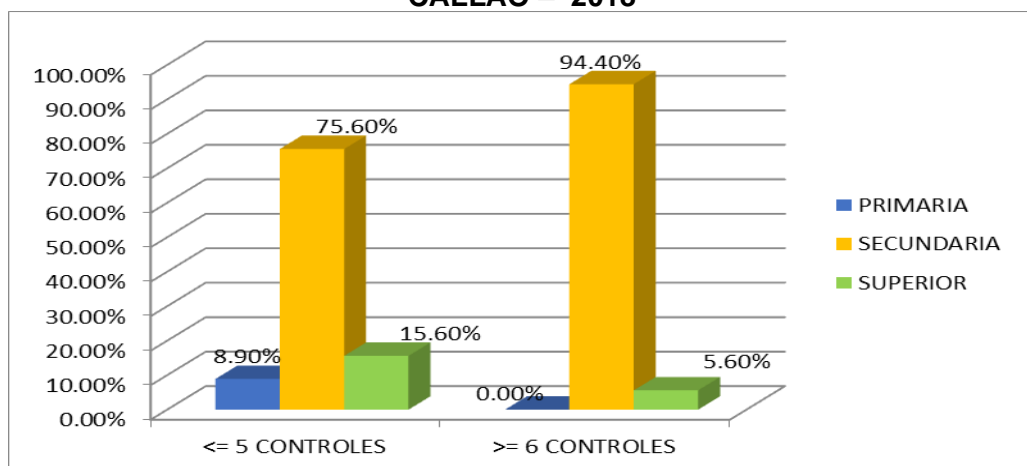
Se observa 17(37.8%) de los que recibieron <= 5 controles fueron del grupo de edad de 26-31 años, seguido de 12(26.7%) que corresponde al grupo de edad entre 20 – 25 años de edad, mientras en el grupo que tuvo >= 6 controles el 7(38.9%) corresponde a la edad de 20 – 25 años y el 6(33.3%) corresponde al grupo de edad mayores a 31 años.

GRAFICO 5.2
CONTROL PRENATAL, SEGÚN ESTADO CIVIL EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
CALLAO – 2018



En el grupo de los que recibieron <= 5 controles el 20(44.4%) son de estado civil conviviente y 14(31.1%) son casadas, mientras en el grupo que tuvieron >= 6 controles el 13(72.2%) tienen estado civil casada.

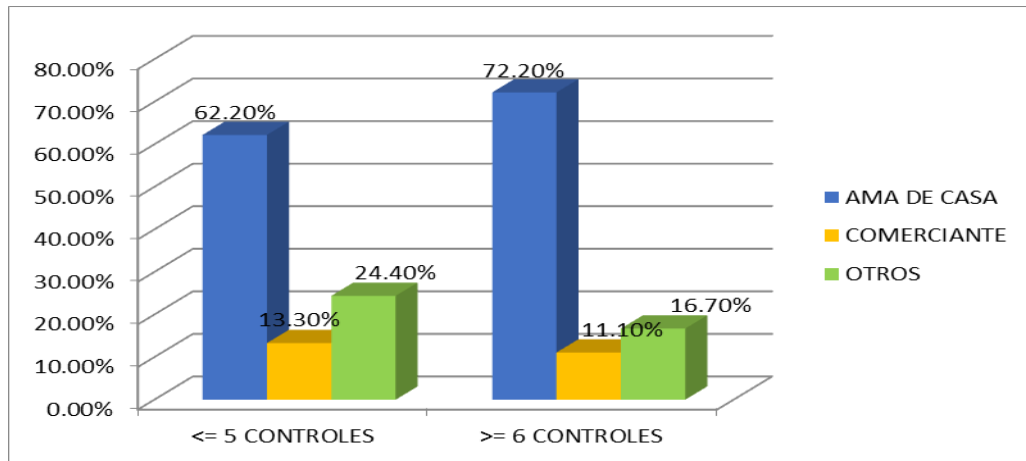
GRAFICO 5.3
CONTROL PRENATAL, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
CALLAO – 2018



Con respecto al grado de instrucción en el grupo que realizó <= 5 controles el 34(75.6%) tenían secundaria y en el grupo de los realizaron >= 6 controles el 17(94.4%) tenía grado de instrucción secundaria.

GRAFICO 5.4

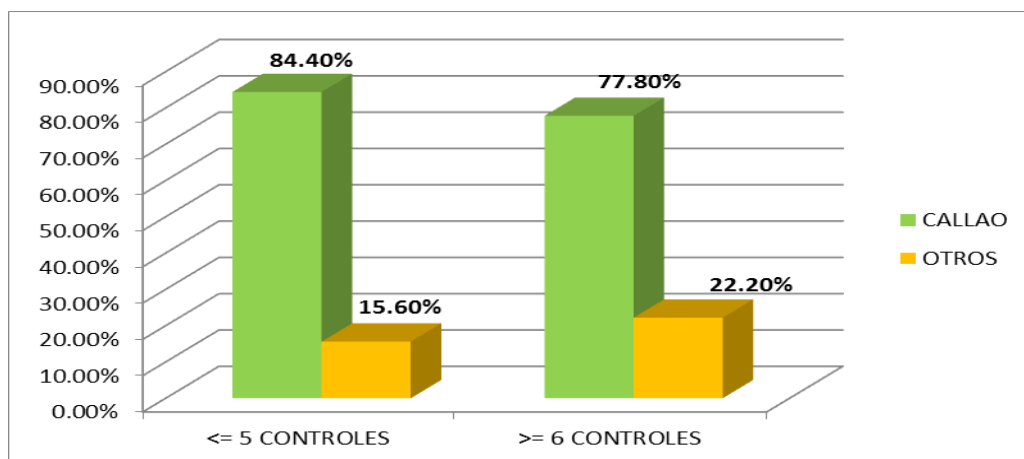
CONTROL PRENATAL, SEGÚN OCUPACIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION CALLAO – 2018



Con respecto a la ocupación en el grupo que realizó ≤ 5 controles el (62.20%) son ama de casa y en el grupo de los realizaron ≥ 6 controles el (72.20%) son ama de casa.

GRAFICO 5.5

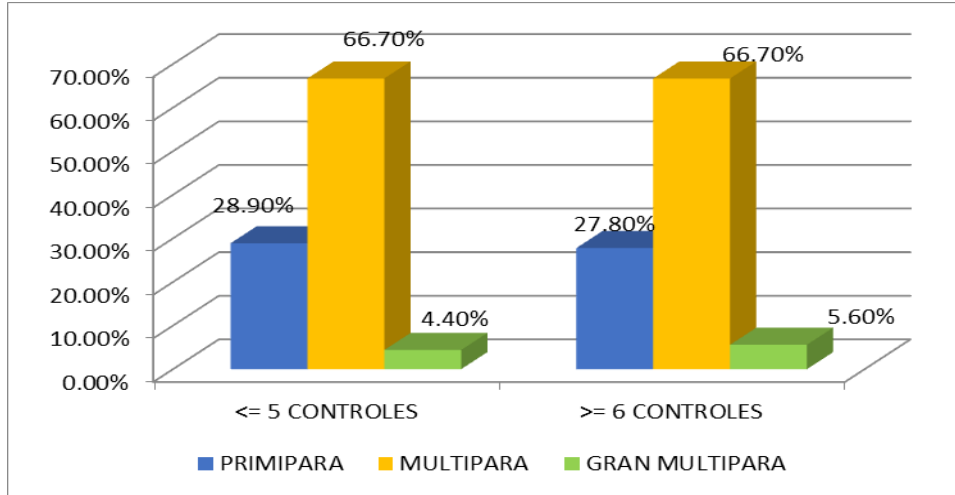
CONTROL PRENATAL, SEGÚN PROCEDENCIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION CALLAO – 2018



Con respecto a la procedencia el grupo que tenía ≤ 5 controles el (84.40%) eran del callao y en el grupo que tuvieron ≥ 6 controles (77.80%) procedencia callao.

GRAFICO 5.6

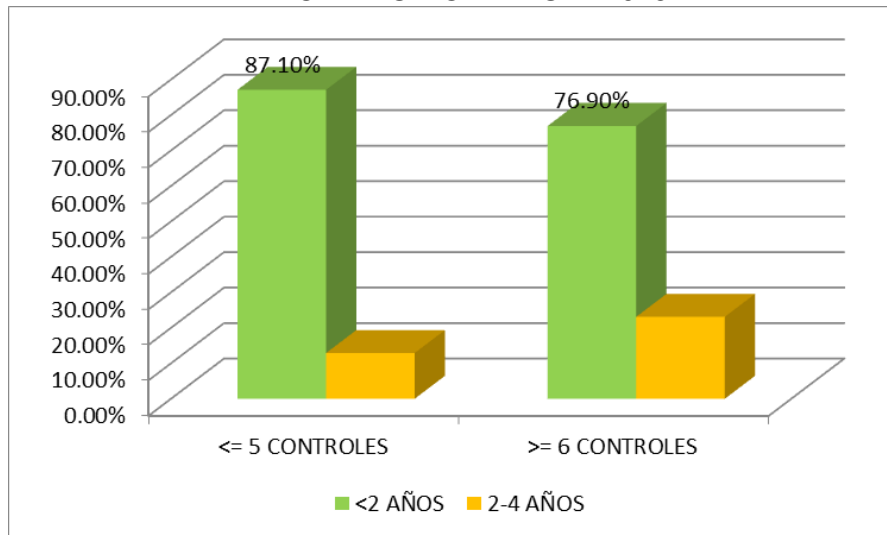
CONTROL PRENATAL, SEGÚN GESTAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION CALLAO – 2018



Con respecto a la gesta el grupo que tenía <= 5 controles el (66.70%) eran multíparas y en el grupo que tuvieron >= 6 controles (66.70%) fueron multíparas.

GRAFICO 5.7

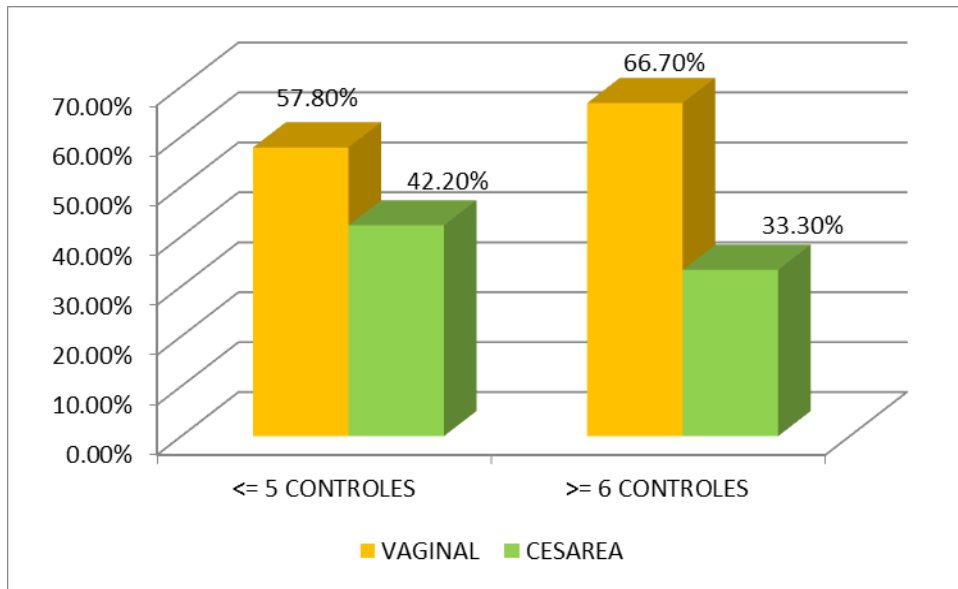
CONTROL PRENATAL, SEGÚN PERIODO INTERGENESICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION CALLAO – 2018



Con respecto al periodo intergenesico el grupo que tenía <= 5 controles el (87.10%) eran menor de 2 años y en el grupo que tuvieron >= 6 controles (76.90%) eran de 2 a 4 años

GRAFICO 5.8

CONTROL PRENATAL, SEGÚN TIPO DE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION CALLAO – 2018



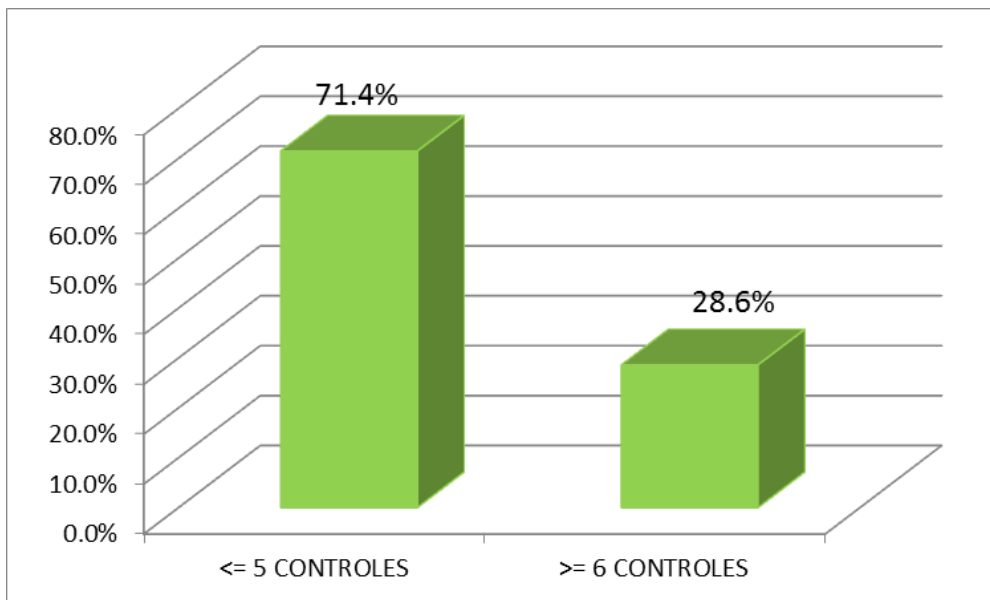
Con respecto al tipo de parto el grupo que tenía ≤ 5 controles el (57.80%) eran por parto vaginal y en el grupo que tuvieron ≥ 6 controles (66.70%) eran por parto vaginal.

TABLA 5. 2
GESTANTES SEGÚN NUMERO DE CONTROLES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION CALLAO – 2018

NUMERO CONTROLES	Nº	PORCENTAJE
<= 5 CONTROLES	45	71.4%
>= 6 CONTROLES	18	28.6%
TOTAL	63	100.0%

GRAFICO 5.9

GESTANTES SEGÚN NUMERO DE CONTROLES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION CALLAO – 2018



El 71.4% de gestantes tuvieron <= 5 controles, solo el 28.6% de gestantes realizaron >= 6 controles durante el embarazo.

TABLA 5.3

GESTANTES SEGÚN COMPLICACIONES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION CALLAO – 2018

COMPLICACIONES	NO		SI		TOTAL
	Nº	PORCENTAJE	Nº	PORCENTAJE	
ABORTO	58	92.1%	5	7.9%	63
EMBARAZO ECTOPICO	63	100.0%	0	0.0%	63
MOLA HIDATIFORME	63	100.0%	0	0.0%	63
HIPERTENSION	42	66.7%	21	33.3%	63
PREECLAMPSIA	59	93.7%	4	6.3%	63
ECLAMPSIA	56	88.9%	7	11.1%	63
SINDROME DE HELLP	62	98.4%	1	1.6%	63
INFECCION URINARIA	47	74.6%	16	25.4%	63
ANEMIA	24	38.1%	39	61.9%	63
AMENAZA PARTO PREMATURO	51	81.0%	12	19.0%	63
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	54	85.7%	9	14.3%	63
PLACENTA PREVIA	60	95.2%	3	4.8%	63
RUPTURA PREMATURA MEMBRANA	41	65.1%	22	34.9%	63
DIABETES GESTACIONAL	62	98.4%	1	1.6%	63

En la tabla N° 5.3 podemos observar el 92.1% de gestantes no tuvieron complicación de aborto durante la gestación y el otro 7.9% si tuvo complicación de aborto.

Ninguna gestante tuvo complicación de embarazo ectópico y mola hidatiforme. El 66.7% de gestantes no tenían complicación de hipertensión durante la gestación y el otro 33.3% tenían complicación de hipertensión.

El 93.7% de gestantes no realizo la complicación de preeclampsia, y el otro 6.3% si tuvo complicación.

El 88.9% de gestantes no realizo la complicación de eclampsia, y el otro 11.1% si tuvo complicación.

El 98.4% de gestantes no realizo la complicación de síndrome de hellp, y el otro 1.6% si tuvo complicación.

El 98.4% de gestantes no realizo la complicación de diabetes gestacional, y el otro 1.6% si tuvo complicación.

5.2. Resultados inferenciales

Hipótesis Especifico 1

Paso 1: Formulación de Hipótesis

H1: Existe relación entre el control prenatal en el primer trimestre y las complicaciones del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de Callao-2018

Ho: No existe relación entre el control prenatal en el primer trimestre y las complicaciones del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de Callao-2018

Paso 2: Nivel de significación

$\alpha = 0.05$

Paso 3: Selección de la prueba estadística:

Estadístico exacto de Fisher

Paso 4: Regla de decisión:

Rechazar H_0 si el valor p es menor de 0.05

Paso 5: Cálculo de la prueba

TABLA 6.1

COMPLICACIONES EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION CALLAO – 2018

VARIABLE/COMPLICACIONES	≤ 1 CONTROLES	2-3 CONTROLES	p	Prueba
ABORTO				
SI	3(15.8%)	2(4.5%)		
NO	16(84.2%)	42(95.5%)	0.156	Estadístico exacto de Fisher
EMBARAZO ECTOPICO				
NO	19(100%)	44(100%)		No aplica
MOLA HIDATIFORME				
NO	19(100%)	44(100%)		No aplica

Paso 6: Toma de decisión y conclusión

DECISIÓN ESTADÍSTICA: como $p\text{-value} = 0.156 > 0.05$, no se rechaza el H_0 .

CONCLUSIÓN: no hay evidencia suficiente para rechazar el H_0 .

Hipótesis Especifico 2

Paso 1: Formulación de Hipótesis

H1: Existe relación entre el control prenatal en el segundo trimestre y las complicaciones del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de Callao-2018

Ho: No existe relación entre el control prenatal en el segundo trimestre y las complicaciones del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de Callao-2018

Paso 2: Nivel de significación

$\alpha = 0.05$

Paso 3: Selección de la prueba estadística:

- Chi cuadrado de Pearson
- Estadístico exacto de Fisher

Paso 4: Regla de decisión:

Rechazar H_0 si el valor p es menor de 0.05

Paso 5: Cálculo de la prueba

TABLA 6.2
COMPLICACIONES EN EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES
CARRION CALLAO – 2018

VARIABLE/COMPLICACIONES	<= 3CONTROLES	4 -6 CONTROLES	p	Prueba
HIPERTENSION				
SI	5(35.7%)	16(32.7%)		
NO	9(64.3%)	33(67.3%)	1.000	Estadístico exacto de Fisher
PREECLAMPSIA				
SI	0(0.0%)	4(8.2%)		
NO	14(100%)	45(91.8%)	0.567	Estadístico exacto de Fisher
ECLAMPSIA				
SI	2(14.3%)	5(10.2%)		
NO	12(85.7%)	44(89.8%)	0.646	Estadístico exacto de Fisher
SINDROME DE HELLP				
SI	1(7.1%)	0(0.0%)		
NO	13(92.9%)	49(100.0%)	0.22	Estadístico exacto de Fisher
INFECCION URINARIA				
SI	2(14.3%)	14(28.6%)		
NO	12(85.7%)	35(71.4%)	0.49	Estadístico exacto de Fisher
ANEMIA				
SI	10(71.4%)	29(59.2%)		
NO	4(28.6%)	20(40.8%)	0.405	Chi cuadrado de Pearson

Paso 6: Toma de decisión y conclusión

VARIABLE : HIPERTENSION

DECISIÓN ESTADÍSTICA: como $p\text{-value} = 1.00 > 0.05$, no se rechaza el H_0 .

CONCLUSIÓN: Las diferencias observadas entre el control prenatal en el Segundo trimestre y la hipertensión no son estadísticamente significativas.

Paso 6: Toma de decisión y conclusión

VARIABLE : PREECLAMPSIA

DECISIÓN ESTADÍSTICA: como $p\text{-value} = 0.567 > 0.05$, no se rechaza el H_0 .

CONCLUSIÓN: Las diferencias observadas entre el control prenatal en el segundo trimestre y la preeclampsia no son estadísticamente significativas.

Paso 6: Toma de decisión y conclusión

VARIABLE : ECLAMPSIA

DECISIÓN ESTADÍSTICA: como $p\text{-value} = 0.646 > 0.05$, no se rechaza el H_0 .

CONCLUSIÓN: Las diferencias observadas entre el control prenatal en el segundo trimestre y la eclampsia no son estadísticamente significativas.

Paso 6: Toma de decisión y conclusión

VARIABLE : SINDROME DE HELLP

DECISIÓN ESTADÍSTICA: como $p\text{-value} = 0.222 > 0.05$, no se rechaza el H_0 .

CONCLUSIÓN: Las diferencias observadas entre el control prenatal en el II trimestre y el síndrome de Hellp no son estadísticamente significativas.

Paso 6: Toma de decisión y conclusión

VARIABLE : INFECCION URINARIA

DECISIÓN ESTADÍSTICA: como $p\text{-value} = 0.487 > 0.05$, no se rechaza el H_0 .

CONCLUSIÓN: Las diferencias observadas entre el control prenatal en el II trimestre y la infección urinaria no son estadísticamente significativas.

Paso 6: Toma de decisión y conclusión

VARIABLE : ANEMIA

DECISIÓN ESTADÍSTICA: como $p\text{-value} = 0.405 > 0.05$, no se rechaza el H_0 .

CONCLUSIÓN: Las diferencias observadas entre el control prenatal en el II trimestre y la anemia no son estadísticamente significativas.

Hipótesis Especifico 3

Paso 1: Formulación de Hipótesis

H1: Existe relación entre el control prenatal en el tercer trimestre y las complicaciones del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de Callao-2018

H₀: No existe relación entre el control prenatal en el tercer trimestre y las complicaciones del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de Callao-2018

Paso 2: Nivel de significación

$\alpha = 0.05$

Paso 3: Selección de la prueba estadística:

- Chi cuadrado de Pearson
- Estadístico exacto de Fisher

Paso 4: Regla de decisión:

Rechazar H_0 si el valor p es menor de 0.05

Paso 5: Cálculo de la prueba

TABLA 6.3

COMPLICACIONES EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION CALLAO – 2018

VARIABLE/COMPLICACIONES	<= 5 CONTROLES	>= 6 CONTROLES	p	Prueba
AMENAZA PARTO PREMATURO				
SI	10(22.2%)	2(11.1%)		
NO	35(77.8%)	16(88.9%)	0.482	Estadístico exacto de Fisher
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA				
SI	6(13.3%)	3(16.7%)		
NO	39(86.7%)	15(83.3%)	0.707	Estadístico exacto de Fisher
PLACENTA PREVIA				
SI	2(4.4%)	1(5.6%)		
NO	43(95.6%)	17(94.4%)	1.000	Estadístico exacto de Fisher
RUPTURA PREMATURA MEMBRANA				
SI	15(33.3%)	7(38.9%)		
NO	30(66.7%)	11(61.1%)	0.676	Chi cuadrado de Pearson
DIABETES GESTACIONAL				
SI	1(2.2%)	0(0.0%)		
NO	44(97.8%)	18(100.0%)	1.00	Estadístico exacto de Fisher

Paso 6: Toma de decisión y conclusión

VARIABLE : AMENAZA PARTO PREMATURO

DECISIÓN ESTADÍSTICA: como p-value =0.482 > 0.05, no se rechaza el H_0 .

CONCLUSIÓN: Las diferencias observadas entre el control prenatal en el tercer trimestre y la amenaza parto prematuro no son estadísticamente significativas

Paso 6: Toma de decisión y conclusión

VARIABLE : DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

DECISIÓN ESTADÍSTICA: como $p\text{-value} = 0.707 > 0.05$, no se rechaza el H_0 .

CONCLUSIÓN: Las diferencias observadas entre el control prenatal en el III trimestre y el desprendimiento prematuro de placenta no son estadísticamente significativas.

Paso 6: Toma de decisión y conclusión

VARIABLE : PLACENTA PREVIA

DECISIÓN ESTADÍSTICA: como $p\text{-value} = 1.00 > 0.05$, no se rechaza el H_0 .

CONCLUSIÓN: Las diferencias observadas entre el control prenatal en el tercer trimestre y la placenta previa no son estadísticamente significativas.

Paso 6: Toma de decisión y conclusión

VARIABLE : RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA

DECISIÓN ESTADÍSTICA: como $p\text{-value} = 0.676 > 0.05$, no se rechaza el H_0 .

CONCLUSIÓN: Las diferencias observadas entre el control prenatal en el tercer trimestre y la ruptura prematura de membrana no son estadísticamente significativas

Paso 6: Toma de decisión y conclusión

VARIABLE : DIABETES GESTACIONAL

DECISIÓN ESTADÍSTICA: como $p\text{-value} = 1.00 > 0.05$, no se rechaza el H_0 .

CONCLUSIÓN: Las diferencias observadas entre el control prenatal en el Tercer trimestre y la diabetes gestacional no son estadísticamente significativas

CAPITULO VI

DISCUSION DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de hipótesis con los resultados

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva, se debe realizar como mínimo 6 controles prenatales distribuidos en 1 control en I Trimestre, 2 controles II Trimestre y 3 controles III trimestre, si no cumple con esto se denomina como abandono de control prenatal. Se tuvo en cuenta los resultados de los factores sociodemográficos; en relación a la edad las que tuvieron menos de 5 controles fueron madres entre los 26-31 años con un (37.8%), en relación al estado civil fueron convivientes con un (44.4%), grado de instrucción secundaria con un (75.6%) , ocupación ama de casa con un (62.2%) procedencia callao con un (84.4%), gestas múltiparas con un (66.7%) periodo intergenérico < 2 años (87.1%) partos vaginal (57.8%).

Como se observó en los resultados obtenidos según número de controles el 71.4% de gestantes tuvieron ≤ 5 controles, solo el 28.6% de gestantes realizaron ≥ 6 controles durante el embarazo. Miñano, M. refiere en su trabajo de investigación "Control Prenatal inadecuado como factor asociado a parto pretérmino La muestra estuvo constituida por 156 gestantes: 52 casos con parto pretérmino y 104 controles. Se encontró

que el 48.1% de gestantes realizó un control prenatal inadecuado, en el grupo de casos se observó en 32 pacientes y en 43 de los controles. La incidencia de parto pretérmino fue de 10.7%. El grupo de pacientes con 35 semanas de gestación con parto pretérmino y control prenatal inadecuado fue el de mayor frecuencia con 28.1%. Los casos de parto pretérmino moderado tardío ocuparon el primer lugar con 76.9%. Se llega a la conclusión de que el control prenatal inadecuado sí es un factor asociado a parto pretérmino.

A partir de lo analizado se puede afirmar que el cumplimiento de una adecuada atención prenatal es una garantía para lograr niños sanos y madres saludables, por lo que debe realizarse con el mayor rigor y cumplimiento establecido de la atención prenatal y cumplirla constituye una prioridad para lograr mejores resultados en el binomio madre-niño.

- Las complicaciones durante el embarazo son problemas de salud que se dan durante el período de gestación. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé, o ambas. Algunas mujeres padecen problemas de salud antes de quedar embarazadas, lo cual puede desencadenar complicaciones. Otros problemas surgen durante el embarazo. Más allá de que una complicación sea común o extraña, siempre hay maneras de lidiar con los problemas que se presentan durante el embarazo.

En los resultados obtenidos en gestantes según complicaciones se observó que el 7.9% sí tuvo complicación de aborto, el 33.3% tuvo complicación de hipertensión, el 6.3% tuvo complicación de

preeclampsia, el 11.1% tuvo complicación. eclampsia, y el otro 1.6% tuvo complicación. de síndrome de hellp, y el otro 1.6% tuvo complicación. de diabetes gestacional.

En el Hospital José Hernán Soto Cadenillas Cajamarca (2012) se registraron complicaciones como Amenaza de aborto 15.3%, aborto 2.4%, infección del tracto urinario 27.1 %, hemorragias 15%, pre eclampsia 14%, anemia 6%, hiperémesis gravídica 0.9%, entre otras complicaciones: Embarazo ectópico, no especificado 0.5%.

A partir de lo analizado podemos definir que la gestación es un acontecimiento fisiológico en la vida de la mujer y su desarrollo ocurre, en general, sin complicaciones. Sin embargo, a cada año centenas de millares de mujeres mueren debido a alteraciones durante la gestación y el parto. Se han observado que los problemas de salud, durante la gestación, han aumentado mundialmente, principalmente debido a complejas interacciones entre factores demográficos y estilo de vida, se destacan las Infecciones del Tracto Urinario, la Enfermedad Hipertensiva Específica de la Gestación, anemia e hiperémesis.

6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares

En la tabla 5.1, en relación a las variables sociodemográficos se observó que el 7(37.8%) de los que recibieron ≤ 5 controles fueron del grupo de edad de 26-31 años, seguido de 12(26.7%) que corresponde al grupo de edad entre 20 – 25 años de edad, mientras en

el grupo que tuvo ≥ 6 controles el 7(38.9%) corresponde a la edad de 20 – 25 años y el 6(33.3%) corresponde al grupo de edad mayores a 31 años. En el grupo de los que recibieron ≤ 5 controles el 20(44.4%) son de estado civil conviviente y 14(31.1%) son casadas, mientras en el grupo que tuvieron ≥ 6 controles el 13(72.2%) tienen estado civil casada. Con respecto al grado de instrucción en el grupo que realizó ≤ 5 controles el 34(75.6%) tenían secundaria y en el grupo de los realizaron ≥ 6 controles el 17(94.4%) tenía grado de instrucción secundaria. Con respecto a la gesta el grupo que tenía ≤ 5 controles el 30(66.7%) eran multíparas y en el grupo que tuvieron ≥ 6 controles 12(66.7%) también fueron multíparas.

Al contrastarlo con el estudio de Mayorga Palacios Andrea Del Pilar Colombia en el año 2012. En su estudio titulado Percepción sobre el Control Prenatal de las Gestantes Adolescentes en la E.S.E San Cristóbal, Bogotá 2012. quien trabajó con una población de 121, con ello encontró que el nivel educativo influye en los embarazos a temprana edad. En cuanto el estado civil, mencionan que las mujeres en edad fértil son solteras las cuales son la mayoría. Con respecto a los antecedentes gineco-obstétricos, se conoce que la mayoría de ellas eran primigestas, esto evidencia que la fecundidad en adolescentes sigue en aumento, además se conoce que los factores económicos, sociales y familiares, influyen significativamente en el embarazo a temprana edad.

En la Tabla 5.2 gestantes según número de controles el 71.4% de gestantes tuvieron ≤ 5 controles, solo el 28.6% de gestantes realizaron ≥ 6 controles durante el embarazo

.Al contrastarlo con el estudio de Munares (2011) Perú realizó el estudio titulado factores asociados al abandono al control prenatal Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011; este estudio de tipo prospectivo, transversal, analítico, cuantitativo cuyo objetivo general es analizar los factores asociados al abandono del control prenatal en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal; donde se tomó una muestra de 662 gestantes atendidas de las cuales 331 eran gestantes que abandonaron el control prenatal y 331 eran gestantes que no abandonaron el control prenatal; llegando a la conclusiones siguientes: (a) dentro de los factores sociales se encontró una asociación con la dificultad de permisos en el trabajo y los quehaceres domésticos;(b) dentro de los factores instituciones se encontró relación con el trato inadecuado, relación profesional-paciente, incoordinación entre los servicios, tiempo de espera largo, servicios incompletos, calidad inadecuada del control prenatal y consultorio prenatal difícil de ubicar; (c) en cuanto a factores personales se encontró relación con olvido de las citas, dificultad para el cuidado de los hijos, multiparidad y el abandono al control prenatal; (d) el modelo multivariado arrojó asociación para el abandono al control prenatal con dificultades de permisos en el trabajo, dificultades por

quehaceres domésticos, servicios incompletos, consultorios prenatales difíciles de ubicar y calidad inadecuada del control prenatal.

En la Tabla 5.3 gestantes según complicaciones se observó que el 7.9% tuvo complicación de aborto, el 33.3% tenían complicación de hipertensión, el 6.3% si tuvo complicación. de preeclampsia, el 11.1% si tuvo complicación. de eclampsia, el 1.6% si tuvo complicación. de síndrome de hellp y el 1.6% si tuvo complicación. de diabetes gestacional

En el Hospital Regional de Cajamarca en el año 2012 se registraron complicaciones en el embarazo como: Amenaza de aborto 15.3%, aborto espontáneo, incompleto sin complicación 2.4%, Hemorragia 1.4%, pre eclampsia, no especificada 1.4%, Hiperémesis grávida leve 0.9%, Embarazo ectópico, no especificado 0.5%.

En el Hospital José Soto Cadenillas (2012) se registraron complicaciones como infección del tracto urinario 27.1 %, hemorragias 15%, pre eclampsia 14%, anemia 6%, hiperémesis gravídica 2.6%, entre otras complicaciones: embarazo molar, desnutrición, oligohidramnios y polihidramnios etc. Por lo expuesto se puede concluir, que existe relación entre los resultados encontrados

En la tabla 6.1 se muestra las complicaciones según los controles recibidos en el primer trimestre, no se encontró asociación entre el

número de controles y las complicaciones del embarazo en el I trimestre de gestación.

Zamora, et al (2013) en el estudio “Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales” concluye que el embarazo en adolescentes incrementa la morbilidad materna y perinatal, representando además un problema sociocultural; se analizaron datos sociodemográficos, atención prenatal, información sobre la evolución y terminación del embarazo, somatometría y valoración del recién nacido, así como las complicaciones presentadas en las 9 madres o sus neonatos con el objetivo de comparar la morbilidad materno y perinatal entre estos grupos. Se halló como estado civil más frecuente la unión libre, así como que en adolescentes la mayoría eran primigestas y se dedicaban al hogar. En las complicaciones maternas la más frecuente encontrada en las adolescentes fue la ruptura prematura de membranas (48 vs 19 casos), mientras en los neonatos de las adolescentes la complicación más frecuente fue el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (32 vs 18 neonatos), ambas con una $p < 0.05$ teniendo diferencia estadística significativa.

En la tabla 6.2 se muestra las complicaciones según los controles recibidos en el segundo trimestre, no se encontró asociación entre el número de controles y las complicaciones del embarazo en el segundo trimestre de gestación.

Al contrastarlo con el estudio de García y col, (2010) Cuba realizaron un estudio retrospectivo y analítico de casos y controles sobre los riesgos del embarazo en las gestantes de 35 y más años del Policlínico de Falcón, entre 2005 y 2007. El grupo control estuvo integrado por una muestra aleatoria de embarazadas de 20 a 34 años. El hábito de fumar se encontró en el 71,43% de las gestantes de edad avanzada, en las que predominaron además el sobrepeso (42,86%) y la obesidad (38,09%). En el grupo estudio la hipertensión arterial crónica y los trastornos hipertensivos gestacionales estuvieron presentes en el 57,14% y 42,86% respectivamente. Tuvieron significación estadística la hipertensión arterial crónica ($p = 0,000$) y la amenaza de parto pre término ($p= 0,021$). Concluyen que en las añosas es más frecuentes el tabaquismo, el peso corporal excesivo, la hipertensión arterial crónica y la amenaza de parto pretérmino.

En la tabla 6.3 complicaciones en el tercer trimestre del embarazo se muestra las complicaciones según los controles recibidos en el tercer trimestre, no se encontró asociación entre el número de controles y las complicaciones del embarazo en el tercer trimestre de gestación.

Al contrastarlo con el estudio de Romero Y Cols, (2013) Huancayo desarrollaron una investigación observacional, analítica, transversal, retrospectiva de casos y controles que incluyó 210 pacientes, con la finalidad de determinar los factores de riesgo para parto pretérmino en un

Hospital Materno Infantil de Huancayo, tomando como referencia un total de 1225 partos de los cuales se seleccionaron 105 pacientes con parto pretérmino para el grupo de casos y 105 controles con parto a término, tomados entre el periodo de septiembre 2010 a marzo 2011. La frecuencia encontrada de parto pretérmino fue de 8.57% correspondiente a los 105 casos, con una media de edad de 25.7 +/-6,8; se encontró como factores de riesgo el número de controles prenatales menores de seis con un OR 3.75 y un IC 95% de 2.10 – 6.67, ruptura prematura de membranas con OR 6.58 e IC al 95% de 2.41-17.92, anemia con un OR de 2.51 y un IC de 95% de 1.12-5.62 y pre eclampsia con un OR de 9.01 y un IC 95% de 2.60-31.16. Se concluyó que los factores de riesgo para parto pretérmino fueron el número de controles prenatales menores de seis, ruptura prematura de membranas, anemia y pre eclampsia.

6.3. Responsabilidad ética

La información se recolectó con la autorización del director de Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao. El investigador tiene la responsabilidad de proteger la información obtenida para el desarrollo de la investigación, aplicar los principios éticos universales, usar los mejores métodos científicos posibles, obtener el consentimiento informado apropiado y respetar la confiabilidad.

CONCLUSIONES

- a. El presente estudio concluye que el aborto estuvo presente en el 15.8% de gestantes con menos de 1 control prenatal para el primer trimestre.

- b. Se concluyó también que las complicaciones frecuentes como anemia con un 71.4%, Hipertensión 35.7% e Infección urinaria 14.3% con menos de 3 controles prenatales estuvo presente en el segundo trimestre.

- c. Otras complicaciones que se presentaron en el tercer trimestre en gestantes con menos de 5 controles prenatales fueron Ruptura prematura de membranas (33.3%), Amenaza de parto prematuro (22.2%) y Desprendimiento prematuro de placenta con (13.3%).

RECOMENDACIONES

- a. Se recomienda a las autoridades del Hospital Daniel Alcides Carrión que a través de sus programas en Salud Reproductiva intervengan en la prevención ya que por medio de la detección temprana (antes de la concepción) y el tratamiento, se reduciría los casos de aborto.

- b. Se recomienda a la gestante el cumplimiento del control prenatal a lo largo del embarazo por que reducen el riesgo de complicaciones. La atención prenatal alerta al personal de salud sobre situaciones que pudieran requerir cuidados especiales, como anemia, hipertensión e infección urinaria.

- c. Se recomienda al personal de enfermería brindar orientación a las gestantes sobre los signos de alarma y las complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo para su atención y tratamiento oportuno.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sandoval, José; Mondragón, Fanny; Ortíz, Mónica. Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso control. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Perú. 2017
2. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. OMS [serie en internet]. 2016:
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Salud materna ENDES. 2016
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. [Página principal de internet]. UNICEF; 2016.
5. Miñano M. Control prenatal inadecuado como factor asociado al parto pre termino Trujillo. 2016
6. Ministerio de Salud. Control prenatal 2015
7. Idrogo Tuesta S. Control Prenatal y su relacion con la Morbimortalidad Perinatal en el Hospital Regional de Loreto Universidad Nacional de la Amazonia Peruana Facultad de Medicina Humana. 2014.
8. Gonzaga M. Atención prenatal y mortalidad materna México 2014
9. Aguilar Pereira R.. Factores asociados a la asistencia del Control Prenatal en las mujeres que acuden al Subcentro de Salud Teniente Hugo Ortiz de la ciudad de Santa Rosa 2014

10. Zamora-Lares AN, Panduro-Barón JG, Pérez-Molina JJ, Quezada-Figueroa NA, González-Moreno J, Fajardo-Dueñas S. Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales. Rev Med MD 2013.
11. Espitia de la Hoz, Lilian Orozco Santiago. En su estudio titulado Anemia en el embarazo Colombia. 2013.
12. Romero y Colb Factores de riesgo parto pre termino Huancayo 2013.
13. Melgarejo E, Rodríguez Y, Guibovich A. Factores asociados al cumplimiento del control prenatal. Ancash-. Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba 2012
14. Lazo P. Atención prenatal: Tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud. Pensamiento Psicológico. 2012.
15. Organización Mundial de la Salud – OMS. 2012
16. Gobierno Regional de Cajamarca Perú (2012)
17. Hospital José Soto Cadenillas Cajamarca Perú 2012
18. Rico Venegas, Ramos Frausto, Martínez. estudio titulado Control prenatal Vs resultado obstétrico perinatal. México. 2012
19. Mayorga Palacios Andrea Del Pilar. En su estudio titulado Percepción sobre el Control Prenatal de las Gestantes Adolescentes en la E.S.E San Cristóbal, Bogotá 2012
20. Munares O. Factores Asociados al Abandono al Control Prenatal – Instituto Nacional Materno Perinatal Perú 2011.

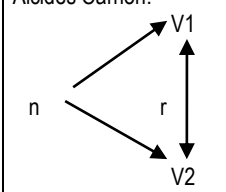
21. MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de Epidemiología. La Mortalidad Materna en el Perú 2002 - 2011.
22. RODRIGUEZ Y CLS Factores de riesgo maternos asociados a parto pre término –Trujillo 2011.
23. CULQUE MENDOZA Yony Tesis Características epidemiológicas de casos de muerte materna , en el Hospital Regional Docente de Trujillo 2010
24. OPS. Salud en las Américas, Volumen I. Panorama de la Salud en la Región. 2007.
25. Teoría de la vida embarazada y la reprobación (VER) Miguel García Casas 2005
26. SCWARCZ. Obstetricia, Schwarcz R, Fesina R, Duverges C. Obstetricia. 6ª Edición. Buenos Aires. Editorial El Ateneo. 2003
27. GABBE, STEVEN. Jennifer “Obstetricia. Normalidad y Complicaciones en el embarazo”. España 2003.
28. GONZÁLEZ M. Enfermedades Maternas que complican la gestación. Obstetricia. 4ta ed. Masson-Salvat; 2003.
29. MONGRUT Steane. “Tratado de obstetricia normal y patológico.” 4ta edición. Lima Perú. 2000.
30. REEDER, L. Martín Enfermería Materno Infantil 17º Edición México 2000.
31. Teoría Cuidados Culturales Madeleine Leininger 1978
32. Centro Latino Americano de Perinatología CLAP 1970

ANEXOS

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: CONTROL PRENATAL Y SU RELACION CON LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION CALLAO – 2018

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Problema general ¿Qué relación existe entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao-2018?</p> <p>Problemas específicos ¿Qué relación existe entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en el primer trimestre en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao-2018?</p>	<p>Objetivo General Establecer la relación entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao-2018.</p> <p>Objetivos Específicos Determinar la relación entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en el primer trimestre en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao-2018.</p>	<p>Hipótesis general Existe relación entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao-2018.</p> <p>Hipótesis específicos Existe relación entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en el primer trimestre en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao-2018.</p>	<p>V : 1 Control prenatal</p> <p>V : 2 Complicaciones del embarazo</p>	<p>El presente estudio fue una investigación Descriptiva correlacional retrospectivo, no experimental</p>	<p>Conformada por 150 historias clínicas de pacientes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. El tamaño de la muestra fue de 63 Historias clínicas de mujeres que acuden al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.</p>  <p>Donde: n: = tamaño de la muestra V.1 = Control prenatal r = relación entre ambas variables V.2 = Complicaciones del embarazo</p>	<p>Para el presente estudio se diseñó una guía de recolección de datos por el autor estuvo conformada por ítems que midieron las variables antes mencionadas.</p>

<p>¿Qué relación existe entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en el segundo trimestre en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao-2018?</p>	<p>Determinar la relación entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en el segundo trimestre en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao-2018.</p>	<p>Existe relación entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en el segundo trimestre en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao-2018.</p>				
<p>¿Qué relación existe entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en el tercer trimestre en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao-2018?</p>	<p>Determinar la relación entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en el tercer trimestre en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao-2018.</p>	<p>Existe relación entre el control prenatal y las complicaciones del embarazo en el tercer trimestre en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao-2018.</p>				

ANEXO N° 02

Guía de Recolección de Datos

I. Característica Sociodemográficas de la Gestante.

1.- Edad

- 1. 14 - 19 años
- 2. 20 - 25 años
- 3. 26 - 31 años
- 4. > 31

2.- Estado civil

- 1. Casada
- 2. Soltera
- 3. Conviviente

3.- Grado de instrucción

- 1. Primaria
- 2. Secundaria
- 3. Superior
- 4. Otros

4.-Ocupación

- 1. Ama de casa
- 2. Comerciante
- 3. Otros

5. Procedencia

- 1. Callao
- 2. Otros

II. Antecedentes gineco-obstétricos

1. Gestas:

- 1. Primípara
- 2. Multípara
- 3. Gran multípara

2. Periodo intergenesico

- 1. < 2 años
- 2. 2 - 4 años
- 3. > 4 años

3. Partos

Vaginales

Cesárea

V. I. Control prenatal

Número de controles prenatales:

I . Trimestre

> 1 control

2 a 3 controles

II . Trimestre

> 3 controles

4 a 6 controles

III . Trimestre

> 6 controles

< 8 controles

V. D Complicaciones en el embarazo

1. Aborto:

1. Si

2. No

2. Embarazo ectópico

1. Si

2. No

3. Mola Hidatiforme:

1. Si

2. No

4. Hipertensión

1. Si

2. No

5. Pre-eclampsia:

1. Si

2. No

6. Eclampsia

1. Si

2. No

7. Síndrome de HELLP

- 1. Si
- 2. No

8. Infección urinaria

- 1. Si
- 2. No

9. Anemia

- 1. Si
- 2. No

10. Amenaza de parto prematuro

- 1. Si
- 2. No

11. Desprendimiento prematuro de placenta

- 1. Si
- 2. No

12. Placeta previa

- 1. Si
- 2. No

13. Ruptura prematura de membrana

- 1. Si
- 2. No

ANEXO Nº 03

BASE DE DATOS

Nº	Edad	estado civil	Grado Instrucción	Ocupación	Procedencia	Gestas	Periodo Inter-genético	Partos	Aborto	Emb. Ectópico	Mola Hildatiforme	Hipertensión	Pre-eclampsia	Eclampsia	Sind. Hellp	Inf. Urinaria	Anemia	Amenaza parto prematuro	Desp. Prematuro placentaria	Placenta previa	Rutptura prematura Memb	Diabetes gestacional	Nº Control es prenatales
1	3	3	2	1	1	2	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	3
2	3	1	2	1	1	2	2	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	2
3	2	3	2	1	1	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
4	4	1	2	1	1	2	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3
5	2	3	3	2	2	2	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
6	2	1	2	1	1	2	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
7	3	1	2	1	1	2	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
8	2	3	2	1	2	2	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
9	3	2	2	1	1	2	1	2	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	2
10	2	3	2	1	1	2	1	2	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	2
11	3	1	2	1	1	2	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	2
12	1	3	2	1	1	1		2	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	2
13	1	2	1	3	1	1		2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
14	3	1	2	1	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
15	2	1	2	1	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
16	4	1	2	2	2	2	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
17	4	3	2	2	2	3	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3
18	4	1	2	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	3
19	2	1	1	1	1	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2
20	2	1	2	1	1	2	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
21	2	1	2	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	2
22	4	1	2	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	2
23	4	2	3	2	2	3	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
24	4	3	2	1	1	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
25	2	1	2	1	1	1		2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
26	1	3	2	3	1	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
27	3	1	2	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
28	4	1	2	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3
29	2	1	2	1	1	1		2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	3
30	2	1	2	1	1	1		1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
31	2	1	2	1	1	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
32	1	3	2	2	2	1		2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
33	2	1	2	1	2	2	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3

34	2	3	2	1	1	2	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	
35	1	3	2	3	1	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
36	4	1	2	2	2	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
37	1	2	1	3	1	1		1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
38	4	3	2	1	1	2	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
39	3	2	2	1	1	2	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
40	2	3	3	1	1	2		1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
41	4	1	2	1	2	2		1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
42	3	3	3	1	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1
43	1	2	2	1	1	1		2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
44	3	3	2	1	1	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	2
45	1	2	1	3	1	1		2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
46	2	3	2	1	1	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
47	3	3	2	1	1	3	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
48	3	3	2	1	2	2	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
49	1	2	2	3	1	1		2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
50	4	1	2	3	1	2	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	3
51	4	1	2	2	1	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
52	1	3	2	3	2	1		2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1
53	3	3	2	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
54	3	1	3	3	1	1		1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
55	3	2	2	2	1	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
56	3	1	3	3	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
57	3	2	3	3	1	1		1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	2
58	2	3	2	3	1	2		1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
59	3	3	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1
60	2	1	2	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3
61	3	2	3	3	1	1		1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
62	3	3	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
63	3	3	2	3	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2