



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONCURRENCIA TARDÍA AL CONTROL
PRENATAL EN EL HOSPITAL DE BARRANCA - 2018**

Línea de investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública

Autora

Navarro Soto, Zulema Nelida

Asesor

Paredes Cruz, Elizabeth Del Pilar
(ORCID: 0000-0001-8198-6710)

Jurado

La Rosa Botonero, José Luis
Moncayo Magallanes, Américo Alejandro
Cáceres Narrea, Aparicio Raymundo

Lima - Perú

2022

Referencia:

Navarro, Z. (2022). *Factores que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el hospital de Barranca - 2018 [Tesis de maestría en la Universidad Nacional Federico Villarreal]*. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6396>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONCURRENCIA TARDÍA AL
CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL DE BARRANCA - 2018**

Línea de investigación: Salud Pública

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública

Autora

Navarro Soto, Zulema Nelida

Asesora

Paredes Cruz, Elizabeth Del Pilar

(ORCID: 0000-0001-8198-6710)

Jurado

La Rosa Botonero, José Luis

Moncayo Magallanes, Américo Alejandro

Cáceres Narrea, Aparicio Raymundo

Lima - Perú

2022

Dedicatoria

A Dios, por brindarme una segunda oportunidad, a la memoria de mis padres y a la presencia de mi hija Gabriela.

Agradecimiento

Mi especial agradecimiento para la Dra. Obsta. Elizabeth del Pilar Paredes Cruz, asesora y amiga, por compartir sus experiencias en investigación y por el ánimo brindado para seguir adelante.

ÍNDICE

RESUMEN-----	7
ABSTRACT-----	8
I Introducción -----	9
1.1. Planteamiento del problema -----	9
1.2. Descripción del problema -----	9
1.3. Formulación del problema -----	12
1.4. Antecedentes -----	13
1.5. Justificación de la investigación -----	17
1.6. Limitaciones de la investigación -----	18
1.7. Objetivos -----	18
1.8. Hipótesis -----	19
II. Marco Teórico	
2.1. Marco conceptual -----	20
III. Método	
3.1 Tipo de Investigación -----	28
3.2. Población y muestra -----	29
3.3. Operacionalización de variables -----	31

3.4. Instrumento-----	33
3.5. Procedimientos -----	33
3.6. Análisis de datos -----	33
3.7. Consideraciones éticas -----	33
IV. Resultados -----	35
V. Discusión de resultados -----	42
VI. Conclusiones -----	46
VII. Recomendaciones -----	48
VIII. Referencias -----	49
IX. Anexos -----	57
Anexo A. Matriz de consistencia -----	58
Anexo B. Consentimiento informado-----	59
Anexo C. Instrumento de recolección de datos-----	61
Anexo D. Validación y confiabilidad del instrumento-----	63

Índice de Tablas

Tabla 1. Caracterización socio-demográfica de las gestantes atendidas en el Hospital de Barranca -----	35
Tabla 2. Descripción de factores sociales que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca. Año 2018 -----	36
Tabla 3. Descripción de factores culturales que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca. Año 2018 -----	38
Tabla 4. Descripción de factores asociados al proveedor de salud que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca. Año 2018-----	39
Tabla 5. Descripción de factores asociados al servicio de salud que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca. Año 2018 -----	40
Tabla 6. Análisis bivariado de factores asociados que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca. Año 2018 -----	41
Tabla 7. Análisis multivariado de regresión logística de factores asociados que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca. Año 2018 -----	42

RESUMEN

La presente investigación se llevó a cabo con el fin de determinar los factores que influyeron en la concurrencia tardía al control prenatal en usuarias del Hospital de Barranca en el año 2018. Tuvo un enfoque cuantitativo, prospectivo, con diseño analítico, de casos y controles. La población estuvo conformada por 198 gestantes que iniciaron control prenatal a partir de las 14 semanas (casos) y 198 gestantes que iniciaron control prenatal antes de 14 semanas de gestación (controles). Los factores de riesgo a través del análisis bivariado que influyeron en la concurrencia tardía al control prenatal son: la falta de dinero (p 0,01) (OR=8,6), vergüenza a la atención (p 0,001) (OR=5,7), estado civil soltera (p 0,01) (OR=5,6), falta de apoyo de la pareja (p 0,01) (OR=4,2), edad de la gestante menor de 20 años (p 0,02) (OR=2,8), gestación oculta (p 0,02) (OR=2,7), dificultades para obtener cita para el control prenatal (0,02) (OR=2,7), embarazo no planificado (0,026) (OR=1,6), desconfianza en los profesionales que realizan el control prenatal (p 0,26) (OR=1,6) y dificultades con el SIS (0,049) (OR=1,6). Los factores de riesgo presentes en forma conjunta, a través del análisis multivariado de regresión logística, que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal son: la falta de dinero (OR=10,7), la falta de apoyo de la pareja (OR=5,4), el estado civil conviviente (OR=2,7) y el temor a la atención hospitalaria (OR=2,2). Se concluyó que los factores socio culturales, los factores asociados al proveedor de salud y a los sistemas de salud influyeron en el inicio tardío del control prenatal.

Palabras clave: factores, control prenatal, concurrencia tardía.

ABSTRACT

The present investigation was carried out in order to determine the factors that influenced late attendance at prenatal care in users of the Hospital de Barranca in 2018. It had a quantitative, cross-sectional, prospective, analytical, case-control design. The population consisted of 198 pregnant women who started prenatal care after 14 weeks of gestation (cases) and 198 pregnant women who started prenatal care before 14 weeks of gestation (controls). The associated factors through bivariate analysis that influenced late attendance at prenatal care are: lack of money (p 0,01) (OR = 8,6), embarrassment to care (p 0,001) (OR = 5, 7), single marital status (p 0,01) (OR = 5,6), lack of partner support (p 0,01) (OR = 4,2), age of the pregnant woman less than 20 years (p 0,02) (OR = 2,8), hidden pregnancy (p 0,02) (OR = 2,7), difficulties in obtaining an appointment for prenatal control (0,02) (OR = 2,7), pregnancy unplanned (0,026) (OR = 1,6), distrust in professionals who perform prenatal care (p 0,26) (OR = 1,6) and difficulties with the SIS (0,049) (OR = 1,6). The risk factors present jointly, through multivariate logistic regression analysis, that influence late attendance at prenatal care are: lack of money (OR=10.7), lack of partner support (OR =5.4), cohabiting marital status (OR=2.7) and fear of hospital care (OR=2.2). It was concluded that socio-cultural factors, factors associated with the health provider and the health systems influenced the late start of prenatal care.

Key words: factor, prenatal care checkup, late attendance.

I. INTRODUCCIÓN

La atención prenatal es una estrategia de salud que contribuye con la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal, siendo relevante que se realice de forma continua, integral, periódica y precoz; el inicio de la primera atención prenatal representa un momento decisivo en la atención de la gestante, debido que a partir de ahí se establecerá un plan de actividades periódicas y continuas basadas en las necesidades de salud. (Quijaite, 2018)

La Organización Mundial de la Salud (2016) menciona que debe brindarse una atención oportuna, completa y de calidad para todas las mujeres embarazadas y para sus recién nacidos, durante el periodo de gestación, el parto y el puerperio. La atención prenatal permite importantes acciones en salud, como la promoción, prevención, diagnóstico y manejo oportuno de enfermedades y complicaciones; estas acciones aplicadas en el momento oportuno pueden salvar vidas. Asimismo, la atención prenatal permite una adecuada comunicación con las mujeres, sus familias y la comunidad, puede modificar estilos de vida a favor de la salud materna, a fin de optimizar el uso de los servicios de salud y mejorar la calidad de atención.

Una herramienta muy útil para reducir la mortalidad materna, es la adherencia a los controles prenatales, dependiendo de las particularidades del sistema de salud y del personal sanitario (Gonzales y Pablo, 2018).

1.1 Planteamiento del problema

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reportó en el 2017, que el 91,6% de las mujeres entrevistadas presentaron alguna dificultad en el acceso a servicios de salud; el 82,7% de mujeres manifestaron “que no había medicamentos” y 79,8% que “no había algún personal de salud”; otros problemas manifestados fueron “conseguir dinero para el tratamiento” en el 50.8%, “que no había personal femenino” en 46.3%, entre otros; esta problemática que incluye a las mujeres embarazadas hace difícil el acceso a los servicios de salud materna, retrasando el inicio del control prenatal.

Avelino (2018) señala que el control prenatal tardío es un factor de riesgo para presentar alguna morbilidad mortalidad neonatal; Martínez (2019) determinó que el control prenatal tardío implica un riesgo aproximadamente 9 veces mayor de presentar alguna complicación materna o perinatal.

Quijaite et al. (2019), mencionan que el inicio tardío de la atención prenatal es parte de un problema de salud pública, y está asociado a diversos factores, personales, familiares, condiciones socio-culturales e institucionales.

Juárez et al. (2020), en un estudio realizado en Oaxaca, México, señalan que el 20% de las gestantes iniciaron tardíamente el control prenatal, después del primer trimestre del embarazo, y menciona entre los factores, el horario de atención, dificultad geográfica, prácticas de medicina tradicional vs. recomendaciones de medicina convencional, entre otros.

1.2 Descripción del problema

El criterio para considerar el inicio tardío del control prenatal difiere en la semana de gestación, en diferentes países de la Región, sin embargo, se encuentra alrededor del término del primer trimestre del embarazo; el control prenatal tardío, es un factor de riesgo para complicaciones maternas y perinatales. (Quijaite, 2018)

En el año 2015, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través de su secretario general, presentó la “*Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030*”, con una agenda posterior al 2015, según se describe en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, con el objetivo de poner fin a las muertes evitables de niños, adolescentes y mujeres, y que puedan vivir en un entorno saludable; para ello la OMS está trabajando para la mejora en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal. (Kimoom, 2015)

A pesar de la reducción del 38% de la tasa de mortalidad materna en el mundo entre los años 2000 y 2017, aproximadamente 810 mujeres mueren diariamente por causas evitables

durante el embarazo, el parto y el postparto, por lo que la reducción del número de muertes maternas no es suficiente, estando muy lejos de los objetivos planteados a nivel internacional. Tienen mayor riesgo de morir las mujeres pobres, de bajo nivel educativo, de zonas rurales y víctimas de violencia. Si bien existen intervenciones sencillas y rentables, aún no se logra llegar a la población que más lo necesita. (UNFPA, 2019)

Las recomendaciones publicadas por la OMS en el año 2016, para mejorar la calidad de la atención prenatal, están orientadas a reducir el riesgo de complicaciones de embarazo y las muertes prenatales, así también para brindar una experiencia positiva a las embarazadas, se mejora la comunicación entre el personal sanitario y las gestantes, se incrementan y mejoran las técnicas de evaluación; se recomienda a las gestantes iniciar el control prenatal antes de las 14 semanas de gestación, y los controles posteriores a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas. (OMS, 2018)

La primera meta incluida en el tercer objetivo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), 2016-2030, es la reducción de la muerte materna, que constituye un gran reto para el país, donde la muerte materna implica problemas de derechos humanos, inequidad de género e injusticia social (MINSA, 2020).

En nuestro país, la muerte materna ha presentado una curva descendente, con una reducción de 14,3 muertes anuales desde el año 2016; hasta la semana epidemiológica (SE) 52-2019 ocurrieron 302 muertes maternas, representando un 15,6 % menos en comparación al año 2018; ésta cifra es la más baja registrada en el país; la identificación y registro de casos, nos permite visibilizar los riesgos y realizar intervenciones. (MINSA, 2020)

Según el Boletín Epidemiológico del Perú, Volumen 28 SE 14 (2019), las complicaciones obstétricas y/o médicas durante la gestación pueden ocasionar la muerte del feto o del neonato. En el Perú el 43 % de la mortalidad fetal-neonatal está en relación a muy bajo peso al nacer (menor de 1500 gramos), entre las causas de esta mortalidad figuran las

complicaciones en la salud de la madre antes y durante el embarazo (infecciones, hipertensión, hemorragias, embarazos a temprana edad, alta paridad, etc.); se reportaron 1,467 fallecimientos perinatales, de los cuales 721 (49.1 %) corresponden a defunciones fetales y 746 (50.9%) a defunciones neonatales; el 50% de las defunciones notificadas proceden de las DIRESAS: Lima Centro, Lima Norte, Callao, Piura, La Libertad, Loreto, Junín y Cusco.

La primera consulta prenatal debe realizarse precozmente, para detectar situaciones de riesgo que puedan complicar el embarazo en periodos posteriores; según ENDES 2019 – Primer semestre, en el 80,7% de las gestaciones ocurridas en los cinco años previos a la encuesta, se inició el control prenatal en los tres primeros meses del embarazo; los porcentajes son diferentes, si se trata del área urbana o rural, existiendo un 16.9 % y 26.3 % de control prenatal tardío en la zona urbana y rural respectivamente, Puno presenta el 41% de control prenatal tardío, a nivel Regional, en Lima Provincias se reporta 17% de control prenatal tardío. (ENDES, 2019)

Conociendo que a nivel regional la asistencia tardía al control prenatal es del 17%, se consideró pertinente investigar sobre los factores que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca, lo que permitirá a la institución la toma de decisiones para el mejoramiento en la calidad del control prenatal.

1.3 Formulación del problema

Problema general

¿Cuáles son los factores que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca?

Problemas específicos

- 1) ¿Cuáles son los factores sociales que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca?
- 2) ¿Cuáles son los factores culturales que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca?
- 3) ¿Cuáles son los factores asociados al proveedor de salud que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca?
- 4) ¿Cuáles son los factores de los servicios de salud que influyen en la concurrencia tardía al control pre natal en el Hospital de Barranca?

1.4 Antecedentes

Antecedentes internacionales

Juárez et al. (2020) en la investigación titulada “Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud”, realizada en Oaxaca, México, diseñaron un estudio cuanti-cualitativo, descriptivo, transversal, con el objetivo de determinar las barreras para acceder a los servicios obstétricos, en una muestra de 149 mujeres indígenas que acuden a los servicios obstétricos, teniendo como resultado que el 20% de las gestantes iniciaron tardíamente el control prenatal, después del primer trimestre del embarazo; las barreras principales fueron los horarios de atención, dificultad geográfica, problemas económicos, prácticas de medicina tradicional vs. recomendaciones de medicina convencional y dificultades para acceder a especialidades médicas, concluyendo que es necesario mejorar los ambientes de atención obstétrica, así como los procesos de atención.

Betancourt y Garcia (2019) en la investigación titulada “Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes” realizada en Falcón, Venezuela, diseñaron un estudio descriptivo, no experimental, de corte transversal, con el objetivo de determinar los

factores asociados a la no adherencia del control prenatal, en una muestra de 50 gestantes, teniendo como resultados que destacan el transporte, distancia desde el domicilio al centro de salud, factor económico, citas tardías, tiempo de espera y bajo nivel de conocimiento, como los factores asociados a la no adherencia al control prenatal, concluyendo que es necesario acciones educativas sobre la importancia de acudir a consulta prenatal.

Ossa y Pacheco (2019) en el estudio “Oportunidad en el ingreso de la gestante al programa de control prenatal según la Resolución 3280, durante el año 2019. Córdoba-Colombia”, revisaron 40 fuentes bibliográficas entre artículos de revistas, libros, tesis y trabajos de grados, realizaron la búsqueda de información, análisis e interpretación de las fuentes encontradas, con el objetivo de determinar la oportunidad en el ingreso de la gestante al control prenatal, obteniendo entre los resultados que diversos factores afectan el ingreso al control prenatal, como la baja escolaridad, barreras socio económicas y falta de captación temprana por los servicios de salud, influyendo negativamente en el acceso al programa, concluyendo que es necesario implementar estrategias de monitoreo y evaluación del cumplimiento del control prenatal, a fin de reducir los riesgos de morbilidad materna y perinatal.

Ipia et al. (2017) en la investigación “Impacto de las condiciones sociodemográficas sobre el control prenatal en Latinoamérica 2017”, realizada en Colombia, revisaron diferentes bases de datos: MEDLINE-PubMed Embase, Scielo, LILACS, EBSCO, Cochrane Library, Google Scholar Science y Direct; con el objetivo de establecer el impacto de las condiciones sociodemográficas sobre el control prenatal, encontraron 13 artículos con información pertinente a la investigación; concluyendo que la atención de otros hijos, las labores del hogar, la afiliación al seguro, el horario de trabajo y los factores sociodemográficos desfavorables, influyen de manera negativa sobre la atención prenatal y son los principales factores que afectan la calidad de la misma.

Machado et al. (2017) en la investigación titulada “Factores asociados a la falta de asistencia al control prenatal y consecuencias maternas y perinatales en tres IPS de Sincelejo 2016 – 2017” realizada en Colombia, diseñaron un estudio descriptivo, retrospectivo, correlacional, de corte transversal, siendo la muestra 170 gestantes inasistentes a los programas de control prenatal, a quienes se les aplicó una encuesta a fin de determinar los factores institucionales, sociales y personales relacionados con la inasistencia a la consulta prenatal y las consecuencias materno neonatales, teniendo como resultados que los factores personales asociados a la inasistencia al control prenatal, fueron la falta de motivación, problemas familiares y de pareja (92,9%), los factores personales, la falta de apoyo emocional de la familia y de la pareja (47,6%) y los factores institucionales, la falta de preparación física para el parto (74,7), concluyendo que el número de consultas prenatales influye en los resultados perinatales, por lo que se debe cumplir con el esquema establecido en las normas vigentes.

Antecedentes nacionales

Diez y Placencia (2019) en la investigación titulada “Asociación entre los factores del proveedor de salud y el número de atenciones prenatales en las usuarias de un hospital del Perú”, diseñaron un estudio cuantitativo, relacional y observacional, siendo la muestra 342 usuarias gestantes, con el objetivo de identificar la asociación entre los factores del proveedor de salud y el número de atenciones prenatales en las usuarias del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, teniendo como resultados que los factores asociados al número de atenciones prenatales fueron, el factor técnico científico, recibir orientación sobre los resultados de análisis ($p < 0,001$), recomendación de medicamentos en la consulta prenatal ($p = 0,003$) y como factor humano, que el profesional la llame por su nombre durante la consulta prenatal ($p < 0,001$), concluyendo que existe asociación entre el número de atenciones prenatales y los factores del proveedor de salud .

Quijaite et al. (2019) en la investigación titulada “Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un Centro de Salud del Callao, Perú”, diseñaron una investigación analítica, observacional, de corte transversal; con el objetivo de determinar factores asociados a control prenatal tardío, siendo la muestra 149 gestantes, a quienes se les aplicó un cuestionario para evaluar los factores personales, sociodemográficos, obstétricos e institucionales; en los resultados del análisis bivariado se encontró asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y el antecedente de violencia, falta de apoyo de la pareja, así como el embarazo no planificado; en el análisis multivariado, el embarazo no planificado y la falta de apoyo de la pareja, mantuvieron la asociación.

Rodriguez (2019) en la investigación titulada “Factores sociodemográficos e institucionales y el cumplimiento de la atención prenatal reenforcada. Puesto de Salud Manuel Arévalo” realizada en Trujillo, diseñó una investigación no experimental, retrospectiva, diseño de casos y controles, con el objetivo de determinar los factores que influyen en el cumplimiento de la atención prenatal reenforcada, se entrevistó a 213 gestantes, hallando inicio tardío del control prenatal en el 52.6%; entre los factores institucionales: el 89.7% de las gestantes reportó tiempo largo de espera, 84% demanda insatisfecha, el 54% percibió trato inadecuado del personal de servicio de apoyo, 13.1% percibió trato inadecuado del personal profesional, concluyendo que los factores institucionales influyen en el cumplimiento de la atención prenatal reenforcada.

Palma (2017) en la investigación “Factores socio culturales asociados a los controles prenatales de la gestante, Hospital Víctor Ramos Guardia”, realizada en Huaraz”; diseñó una investigación de tipo no experimental, correlacional, transversal, en una muestra de 50 gestantes, teniendo como resultado un 60% de inasistencia a los controles prenatales, el factor social más influyente fue el estado civil (conviviente) con el 58%, seguido de la ocupación (ama de casa) con 71%; el factor transporte se asocia al control prenatal mostrando 90%; los

factores culturales con más influencia fueron el desconocimiento de las gestantes con un 45%, el cuidado de hijos menores con el 10% y la inclinación a la medicina tradicional con el 6%; asimismo el factor institucional (tiempo de espera) obtuvo el 6%.

Vidal (2017) en la investigación “Factores de riesgo asociados al no cumplimiento de la atención prenatal en gestantes a término atendidas en Gineco-Obstetricia del Hospital Rezola” en Cañete, diseñó un estudio descriptivo, cuantitativo, de corte transversal y diseño no experimental, con el objetivo de determinar factores de riesgo asociados al no cumplimiento del control prenatal, siendo la muestra 129 gestantes, a quienes se les aplicó una encuesta, teniendo como resultado la asociación entre el no cumplimiento de la atención prenatal y los factores sociodemográficos, el domicilio lejano al hospital (65,9%), la falta de apoyo de la familia (61,2%), el cuidado de hijos menores (29,5%), poca importancia a la atención prenatal (22,5%), maltrato psicológico por parte de la familia (5,4%); los factores médicos asociados fueron: el temor al examen ginecológico (55,0%), el trato inadecuado por parte del médico u obstetra (23,3%), inconformidad con la atención del médico u obstetra (16,3%); los factores institucionales fueron la dificultad para conseguir cita (58,1%), el largo tiempo de espera (54,3%), el ambiente inadecuado (21,7%) y el servicio incompleto (17,1%) concluyendo que los factores sociodemográficos, médicos e institucionales influyen en el no cumplimiento del control prenatal.

1.5 Justificación de la investigación

El inicio tardío de la atención prenatal, incide en la morbimortalidad materna y perinatal, siendo un problema de salud pública pendiente de resolver; los sistemas de salud materna deben fortalecerse en los diferentes niveles de atención, debe garantizarse la calidad de los servicios. La Resolución Ministerial N° 659-2019/MINSA que aprueba las “Prioridades nacionales de investigación en salud en Perú 2019-2023”, considera estudiar las causas,

determinantes y repercusiones en la morbilidad materna y perinatal, los factores biológicos, de comportamiento, sociales, ambientales, derechos y variables del sistema sanitario que afectan la salud materna; así como el desarrollo de intervenciones para la prevención y manejo de la morbilidad materna extrema.

Las actividades que se realizan en el control prenatal, están destinadas al monitoreo de la salud de la madre y del feto, detectar factores de riesgo, atender complicaciones y reducir la morbilidad. Es imperativo el cumplimiento de lo establecido en las normas técnicas vigentes, que asegure atención humana, de calidad, con respeto y racionalidad científica, de acuerdo con la política nacional de salud sexual y reproductiva.

Esta investigación tiene valor teórico, porque ayuda a reconocer los factores que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca, plantea generar reflexión y debate académico sobre el conocimiento existente y contrastar resultados del presente estudio. En el aspecto práctico, permitirá a la institución la toma de decisiones para el mejoramiento en la atención de la salud materno perinatal; la relevancia social del estudio se fundamenta en el beneficio que tendrá la población, específicamente las mujeres gestantes, al proporcionar un mejor servicio que incida en la disminución de la morbi-mortalidad materno perinatal.

1.6 Limitaciones

El diseño que se aplicó es no experimental lo que limita establecer relación causa efecto solo establece relación.

1.7 Objetivos

Objetivo general

Determinar los factores que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca en el año 2018.

Objetivos específicos

- Identificar los factores sociales que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca.
- Identificar los factores culturales que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca.
- Precisar los factores asociados al proveedor de salud que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca.
- Establecer los factores de los servicios de salud que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca.

1.8. Hipótesis

Hipótesis general

Los factores socioculturales y los factores asociados al proveedor de salud y a los servicios de salud influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca.

Hipótesis específicas

- H_1 Los factores sociales influyen en la concurrencia tardía al control prenatal.
- H_0 Los factores sociales no influyen en la concurrencia tardía al control prenatal.
- H_1 Los factores culturales influyen en la concurrencia tardía al control prenatal.
- H_0 Los factores culturales no influyen en la concurrencia tardía al control prenatal.
- H_1 Los factores asociados al proveedor de salud influyen en la concurrencia tardía al control prenatal.
- H_0 Los factores asociados al proveedor de salud no influyen en la concurrencia tardía al control prenatal.

- H_1 Los factores de los servicios de salud influyen en la concurrencia tardía al control prenatal.
- H_0 Los factores de los servicios de salud no influyen en la concurrencia tardía al control prenatal.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco conceptual

2.1.1. *Control Prenatal*

Atención sanitaria que involucra actividades e intervenciones en salud materna que se brinda a las gestantes a fin de vigilar el desarrollo del embarazo e identificar situaciones de riesgo que puedan complicar su evolución normal; abarca los componentes de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna, se desarrolla a través de una metodología y periodicidad fundamentada que garantiza una atención completa y adecuada a cada gestante hasta el término del embarazo. (Ministerio de Salud de Ecuador, 2018)

2.1.1.1. Atención prenatal reenfocada. Conjunto de intervenciones que comprende la prevención, evaluación, vigilancia, diagnóstico y manejo oportuno de las complicaciones que se presenten durante el embarazo, implica una atención integral de la gestante y el niño por nacer, siendo importante su inicio precoz, idealmente antes de las 14 semanas; se brinda educación en salud materna, se promueve el autocuidado y la participación de la familia, con enfoque de género e interculturalidad, en el marco de los derechos humanos; sobre la periodicidad de las atenciones prenatales, deben ser en forma óptima 13 controles (mensual hasta las 32 semanas, quincenal entre las 33 y 36 semanas y semanal a partir de las 36 semanas, y un esquema básico de 6 atenciones, la primera antes de las 14 semanas, la segunda atención entre las 14 a 21 semanas, la tercera entre las 22 a 24 semanas, la cuarta entre las 25 a 32 semanas, la quinta atención entre las 33 a 36 semanas y la última atención a partir de las 37 semanas. (Norma Técnica N° 105-INSA/DG, 2014)

2.1.1.2. Importancia de la atención prenatal. En el año 2016, la OMS presentó un conjunto de recomendaciones a fin de mejorar la atención que se brinda a las gestantes; considerando que la mayor parte de las muertes maternas se pueden prevenir, es necesario que las mujeres puedan acceder a una atención prenatal de calidad, sobre todo mujeres en estado

de vulnerabilidad, las adolescentes y mujeres que viven en entornos de difícil acceso a servicios asistenciales. (OMS, 2017 y Lugones, 2018)

En cada cita de la atención prenatal, la gestante es evaluada y se realizan pruebas y procedimientos para detectar factores de riesgo y/o patologías que pueden perjudicar su salud y el desarrollo normal del embarazo, como la diabetes, hipertensión, anemia, infección urinaria, entre otras, además durante las visitas de la atención prenatal, se realiza la vacunación a la madre y se le brinda consejería en diversos temas, como signos de alerta durante el embarazo, nutrición, lactancia materna, cuidados del recién nacido, métodos anticonceptivos, prevención de la violencia, descarte de cáncer ginecológico y enfermedades de transmisión sexual. Así también se programan sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica y las entrevistas del Plan de Parto. (Norma Técnica N° 105-INSA/DG, 2014)

Las mujeres que no asisten al control prenatal tienen cinco veces más posibilidades de tener complicaciones; el 81,1% de los nacimientos ocurridos en los cinco años precedentes a la ENDES 19, tuvieron su primera atención en el primer trimestre del embarazo; según área de residencia, fue mayor en el área urbana con relación al área rural (83,5% y 74,0%, respectivamente). (ENDES, 2019)

2.1.2. Morbimortalidad materno perinatal

La morbilidad materna extrema, es definida por la OMS como cualquier condición que exponga a riesgo la vida de la gestante. Se considera a toda gestante o puérpera que sobreviva a complicaciones graves de salud, con alta probabilidad de morir. Publicaciones referentes al tema reportan frecuencias diferentes en diversos países de bajos ingresos, de acuerdo a los criterios utilizados para su diagnóstico, las cifras oscilan entre 0.04 a 14.9 %. (Henaó, 2016).

La tasa de mortalidad materna es bastante diversa, con tasas desde 1 caso por 100,000 nacidos vivos para países desarrollados, hasta más de 100 casos por cada 100,000 nacidos vivos en países en vías de desarrollo; es necesario vigilar los casos de morbilidad materna extrema, desarrollar estrategias e implementar intervenciones que nos permitan evitar la mortalidad. (Ortiz et al., 2019)

La morbilidad materna extrema está relacionada a situaciones graves de salud materna, como la eclampsia, el shock hipovolémico y el shock séptico; la disfunción orgánica: disfunción hepática, metabólica, renal, hematológica, vascular, cerebral, cardíaca, pulmonar o de coagulación; asimismo, ingreso a la unidad de cuidados intensivos de emergencia, post parto, post cesárea o post aborto y pacientes politransfundidas. (Norma Técnica N° 105-MINSA/DGSP, 2014)

La atención en salud de calidad, es un determinante de salud, que favorece las condiciones de vida de la gestante y del niño por nacer, lamentablemente las barreras en la atención de salud materna y los aspectos negativos en el servicio sanitario, como la dificultad para acceder a turnos, problemas con el seguro, la falta de empatía y experticia de los profesionales, torna difícil el acceso a la atención de salud de las gestantes con morbilidad extrema. (Hoyos y Muñoz, 2020)

2.1.2.1. Muerte Materna. Según la OMS, 2016, *“es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de su duración y lugar, debida a cualquier causa relacionada con la gestación o agravada por ésta.”*

A. Muerte materna directa. *“Es la que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, así como de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas”.* (OMS, 2016). Entre las principales complicaciones que ocasionan muerte

materna directa tenemos las complicaciones por hemorragia por aborto, retención placentaria y atonía uterina; las complicaciones hipertensivas, eclampsia, síndrome HELLP y las complicaciones sépticas.

B. Muerte materna indirecta. *“Es la que resulta de una enfermedad preexistente al embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante éste, no debida a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.”* (OMS, 2016)

La mortalidad materna de un país, es un indicador negativo en salud, que implica desigualdad social, inequidad de género e incapacidad de respuesta adecuada del sistema sanitario; se han planteado diversas estrategias a nivel internacional y nacional para su reducción, dentro de ello, el Perú adquirió el compromiso del cumplimiento de las metas propuestas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. (PNUD, 2016)

2.1.2.2. Mortalidad Perinatal. Según la OMS y la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE 10) la mortalidad perinatal es la que ocurre entre las 22 semanas completas de gestación hasta los siete días después del nacimiento. (PNUD, 2016)

Es un indicador de impacto de los servicios de salud materna brindados durante la gestación, parto y la atención del neonato.

A. Defunción fetal. *“Para fines de vigilancia epidemiológica se define la defunción fetal como la defunción de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, a partir de las 22 semanas de gestación o peso igual o mayor a 500 gramos”.* (MINSA 2019, Boletín epidemiológico del Perú, Vol. 28. SE-14)

B. Defunción neonatal. *“Para fines de vigilancia epidemiológica se define la defunción neonatal como la muerte de un recién nacido vivo, que ocurre en el intervalo comprendido desde su nacimiento hasta cumplidos los 28 días de vida”.* (MINSA 2019, Boletín epidemiológico del Perú, Volumen 28. SE-14)

2.1.3. Enfoque de interculturalidad en la atención materna

Debe estar basado en el diálogo asertivo de conocimientos, actitudes y prácticas de las diferentes culturas; los profesionales de salud que brindan atención materna, deben conocer y respetar las creencias, costumbres y la lingüística, de cada gestante y su familia durante la atención de la madre y el recién nacido, aceptar aquello que no implique riesgos y modificar a través de la educación en salud, aquello que pueda perjudicarla; el diálogo debe darse con respeto, sin imposiciones y requiere la apertura para revisar de manera crítica los sesgos culturales que inciden en la forma de atención y que afectan la adherencia al control prenatal. (Norma Técnica N° 105-MINSA/DGSP.V.01.)

2.1.3.1. Pertinencia intercultural. Es necesario que los establecimientos de salud incorporen el enfoque intercultural en su gestión y prestación de servicios, se debe considerar las características singulares de los diferentes grupos de la población atendida, y adaptarse a las particularidades ambientales, geográficas, socioeconómicas, lingüísticas y culturales, a través de una comunicación horizontal, es decir, entre el personal de la salud y los usuarios; en este marco, el servicio deberá disponer de material educativo comunicacional, información verbal, escrita o visual completa, en lenguaje comprensible para usuarias y usuarios, respetuoso de su visión del mundo en la redacción y representación gráfica. (Norma Técnica Parto Vertical, 2016 y Directiva Administrativa N°261-MINSA/2019/DGIESP)

2.1.4 Factores que retrasan el inicio de la atención prenatal

2.1.4.1. Determinantes sociales de la salud. La OMS define los determinantes sociales de la salud como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen" (OPS, 2020) y están condicionados a la evolución de la especie humana, siendo influenciados por factores biológicos, conductuales, ambientales, sociales,

laborales, económicos, y culturales, además por los servicios de salud, como respuesta sistematizada de la sociedad para prevenir las enfermedades y recuperar la salud. (De La Guardia y Ruvalcaba, 2020)

La toma de decisiones en salud pública debe considerar los aspectos socioculturales de una población; la interculturalidad en las políticas públicas, sobre todo en salud, es un imperativo, debiendo alentar la inclusión y ejercicio de los derechos de los grupos en situación de vulnerabilidad. (Laureano et al., 2016)

2.1.4.2. Interfaz social y adherencia al control pre natal. Muchas investigaciones asocian las variables socio-demográficas que caracterizan a las gestantes con la adherencia al control pre natal, enfatizando en la edad, estado civil, nivel educativo, ocupación y religión; también influyen los saberes, creencias y prácticas en salud que tienen las embarazadas, además del apoyo de la pareja o familia y el funcionamiento del sistema de salud. Los estudios sobre atención prenatal, abordan los aspectos del sistema de salud y de sus proveedores, la disponibilidad geográfica de servicios de salud, las barreras institucionales que dificultan el acceso a la atención profesional, además aspectos de la relación médico-paciente, la empatía, la calidad de atención, analizando la visión de los profesionales y la percepción de la población abordando la dinámica de la relación entre ambos aspectos. (Gonzales y Pablo, 2018)

PIÑA (2020) , señala *“como principales determinantes sociales de la salud que influyen en la adherencia al control prenatal: la edad, creencias, costumbres, accesibilidad geográfica, el clima de la región y la desigualdad de género”*.

2.1.4.3. Embarazo no planificado. Es el embarazo inesperado, no deseado, que se puede presentar por la no utilización de métodos anticonceptivos o por la falla de los mismos;

es un factor de riesgo para iniciar tardíamente la atención prenatal, conllevando a riesgos como aborto inseguro y complicaciones materno-fetales. (Chilipio y Santillán, 2017)

UNFPA, en el contexto de la presentación de su informe Estado de la Población Mundial 2019, señaló que solo el 45 % de las mujeres peruanas, planearon su embarazo, el caso de las adolescentes es aún más preocupante.

La tasa de embarazos no planificados ha disminuido a nivel mundial, debido al mayor acceso a anticonceptivos; sin embargo, el progreso ha sido desigual, pues las mujeres de los países más pobres tienen una probabilidad tres veces mayor de enfrentar embarazos no planificados que aquellas de los países desarrollados, lo que revela inequidades persistentes en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Según un estudio publicado en *Lancet Global Health* se revela, que más del 50% de los embarazos no planeados terminan en aborto. (GUTTMACHER, 2020)

2.1.4.4. Embarazo oculto. Poffald, et al, (2013), en su investigación sobre barreras para acceder al control prenatal en adolescentes de 15-19 años en Santiago, Chile, mencionan desde una visión sociocultural, que la negación y el ocultamiento del embarazo es la principal barrera para el acceso de las adolescentes a servicios de atención prenatal, siendo un grupo etario vulnerable, con dependencia económica, muchas veces víctimas de violencia de pareja, lo que no les permite afrontar el embarazo e iniciar la atención prenatal precozmente. El embarazo oculto representa un riesgo para la morbilidad extrema, al no haber control pre natal, no se identifican factores de riesgo y las posibles complicaciones. Menéndez et al. (2012) en un estudio que involucró a 72 adolescentes embarazadas encontró que el 68,7 % ocultó su el embarazo por temor a los padres.

2.1.4.5. Barreras de los servicios de salud. La dificultad para acceder a los servicios de salud materna, son percibidas de distinta manera por el personal de salud y los usuarios. Los

trabajadores de salud, manifiestan, faltas de recursos, de personal, de equipos, insumos, medicamentos, etc. Los usuarios hacen referencia al trato del personal, la dificultad para encontrar turnos, trámites con el seguro, el tiempo de espera, etc. (Hoyos, 2019)

A. Percepción de los profesionales de salud. La escasez de recursos en los hospitales del Ministerio de Salud del Perú, es un problema con agenda pendiente; la carencia de insumos, equipos y medicamentos, no permite la atención de calidad, el personal de salud debe afrontar las consultas y emergencias con insumos restringidos y muchas veces equipos obsoletos, este problema se agudiza cuando se trata de resolver situaciones de suma gravedad, como los casos de emergencia obstétrica. con notables deficiencias en la capacidad resolutive. (Soto, 2019)

B. Percepción de los usuarios. Diversos estudios señalan que las gestantes perciben dificultades para acceder a los servicios de salud materna, lo que se deriva en ausencia de control prenatal, ingreso tardío o abandono del mismo; las gestantes reportan problemas en el trámite para acceder al Seguro Integral de Salud (SIS), dificultad para encontrar cita, turnos limitados en los consultorios, largas colas en pasillos de espera, el temor y vergüenza en la atención, también se señala la falta de empatía y maltrato del personal, la desconfianza en los profesionales por la presencia de “practicantes”; además se refieren a falta de medicamentos, equipos de laboratorio y de ecografía inoperativos, lo que obliga a acudir a servicios particulares, afectándose económicamente. (Hoyos y Muñoz, 2019)

III. MÉTODO

3.1 Tipo de Investigación

Estudio de tipo cuantitativo, transversal, prospectivo, con diseño analítico, de casos y controles.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

Estuvo constituida por 1523 gestantes atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital de Barranca, durante el periodo de recolección de la muestra.

3.2.2 Muestra

De acuerdo con el tipo de investigación, los objetivos y el alcance de las contribuciones del presente estudio, el cálculo de la muestra se realizó teniendo en cuenta el diseño de casos controles, el cual se determinó con el promedio de la prevalencia de los factores estudiados encontrados en la literatura, la frecuencia de exposición para los casos fue de 41.7%, la determinación de la frecuencia de exposición en los controles fue 25%. Se obtuvo una muestra de 396 participantes, 198 casos (gestantes con control prenatal tardío, a partir de las 14 semanas) y 198 controles (gestantes con control prenatal precoz, antes de las 14 semanas)

Fórmula:

$$n = \frac{[Z_{\alpha} + \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} + \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde: N = Sujetos necesarios para casos y controles

Z α = 1.96 riesgo deseado (5%) Z β =

0.84 (potencia de prueba de 80%)

$p_1 = 41,7\%$ (Proporción de “falta de apoyo de pareja para acudir al control prenatal”, en casos)

$p_2 = 25\%$ (Proporción de “falta de apoyo de su pareja para acudir al control prenatal”, en controles)

$P =$ Media de las proporciones $p_1, p_2 = 33,35\%$

Cálculo:

$$n = \frac{[1,96 * \sqrt{2(0,33)(1- 0,33)} + Z\beta * \sqrt{0,417(1- 0,417)+0,25(1- 0,25)}]^2}{(0,417-0,25)^2}$$

$n = 198$

3.2.3 Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión para los casos:

- Gestantes con control prenatal en el Hospital de Barranca.
- Gestantes con inicio de control prenatal a partir de las 14 semanas de gestación,
- Gestantes que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de inclusión para los controles:

- Gestantes con control prenatal en el Hospital de Barranca.
- Gestantes que iniciaron control pre natal antes de las 14 semanas de gestación.
- Gestantes que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión para casos y controles:

- Gestantes que con alguna dificultad para brindar la entrevista.

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION
DEPENDIENTE: Concurrencia tardía al control prenatal	Primera atención prenatal a partir de la semana 14 de gestación, de acuerdo con la fecha de última regla. (Quijaite, 2019)	Inicio del control pre natal en el segundo o tercer trimestre de gestación	Inicio del control pre natal a partir de la semana 14	SI NO	Cualitativa nominal
INDEPENDIENTES: FACTORES SOCIALES	Condiciones socio económicas en que las personas nacen, crecen, viven, educan, trabajan y envejecen” y que influyen en la salud de los individuos, las familias y las comunidades en su conjunto (OMS, 2016)	Compromete las interacciones de la gestante y su entorno, la convivencia, el apoyo de la familia, nivel de instrucción, ocupación, nivel de ingresos, lejanía hasta el establecimiento de salud.	Edad	Menor de 20 años Entre 20 y 35 años Mayor de 35 años	Cuantitativa de razón
			Estado civil	Soltera Conviviente Casada Separada Viuda	Cualitativa nominal
			Grado de instrucción	Sin estudios Primaria Secundaria Superior Técnica Superior Universitaria Estudiante	Cualitativa Ordinal
			Ocupación	Ama de casa Dependiente Independiente	Cualitativa nominal
			Procedencia	Rural Urbana	Cualitativa nominal
			Apoyo de la pareja	SI NO	Cualitativa nominal

			Número de hijos	Ninguno Uno Dos a mas	Cualitativa ordinal
			Falta de dinero	SI NO	Cualitativa nominal
FACTORES CULTURALES	Conjunto de valores, costumbres, creencia, prácticas formas y expresiones que caracterizan una población y determinan su estado de salud, que constituyen la forma de vida de un grupo específico (Gonzales et al., 2018)	Patrón de conducta de la gestante ante el control pre natal, embarazo deseado, intento de abortar, vergüenza a la atención de salud, preferencia la medicina tradicional.	Embarazo planificado	SI NO	Cualitativa nominal
			Embarazo oculto	SI NO	Cualitativa nominal
			Temor o vergüenza	SI NO	Cualitativa nominal
FACTORES ASOCIADOS AL PROVEEDOR DE SALUD	Aspectos técnicos, científicos y humanos presentes en la atención de salud y que determina la relación profesional-paciente (Diez y Placencia, 2019)	Referido al proceso de la atención, la calidad de la atención, confianza que inspira el profesional, privacidad en la atención, nivel de satisfacción	Falta de empatía del personal que realiza el CPN	SI NO	Cualitativa nominal
			Desconfianza en el profesional que realiza el CPN	SI NO	Cualitativa nominal
FACTORES ASOCIADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD	Referido al proceso de acceso a los servicios de salud, a la interacción entre aspectos específicos de la provisión de servicios hacia la población (Lara y García, 2019)	Limitantes u obstáculos en la atención de la gestante. Afiliación al SIS, obtención de citas, tiempo de espera, comodidad de ambiente.	Dificultades para conseguir cita	SI NO	Cualitativa nominal
			Dificultades con el SIS	SI NO	Cualitativa nominal

3.4. Instrumento

Se elaboró un cuestionario estructurado en cuatro partes, se aplicó a las gestantes con control prenatal tardío y al grupo de control, en el Hospital de Barranca. (Anexo 3)

La validez del instrumento se realizó a través del juicio de expertos, con la participación de siete profesionales obstetras, obteniendo 95.91% de acuerdo entre los jueces. Posteriormente, se aplicó una prueba piloto a 30 gestantes, a fin de medir la confiabilidad del instrumento, a través del Coeficiente Alfa de Cronbach, con el resultado de 0.840, ubicándose en el intervalo de confianza bueno (Anexo 4).

3.5. Procedimiento

Se presentó una solicitud a la Dirección del Hospital de Barranca para la aplicación de la encuesta. La recolección de datos se realizó en la sala de espera de los consultorios externos de Obstetricia y en la Sala de Hospitalización de Gineco Obstetricia del Hospital de Barranca, durante los meses de noviembre 2018 a abril 2019.

Una vez concluida la aplicación de encuestas se ingresó los datos al Programa estadístico SPSS versión 22.0, y arrojó los resultados de la investigación.

3.6. Análisis de datos

Se ejecutó la valoración y el análisis estadístico descriptivo e inferencial de los datos, para interpretar la información obtenida extrayendo las conclusiones necesarias del estudio.

3.7. Consideraciones éticas

La investigación cumplió con los principios éticos publicados por Beauchamp y Childress en 1979, quienes señalan los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos: autonomía, las gestantes decidieron libremente participar en la investigación,

firmando para ello el consentimiento informado (Anexo 2); beneficencia, la información obtenida se usará para fines de estudio y para el beneficio de la población; justicia: no hubo discriminación de ningún tipo en quienes participaron en la investigación y se brindó seguridad y confidencialidad sobre los datos obtenidos; no maleficencia: durante la recolección de datos no se expuso a riesgo a las pacientes ni al medio ambiente. Los datos se usarán con fines científicos de la investigación, respetando los datos de las participantes de manera que se cumpla la confidencialidad.

V. RESULTADOS

Se encuestaron 396 gestantes atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital de Barranca, durante el periodo octubre 2018 a abril 2019, 198 gestantes que iniciaron el control prenatal antes de la semana 14 y 198 que lo iniciaron a partir de la semana 14. Los resultados son los que se muestran a continuación:

La tabla 1, nos muestra la caracterización socio-demográfica de las gestantes que participaron en la investigación. El 70.20% corresponde a gestantes entre las edades de 20 a 35 años; el 70.35% a estado civil conviviente; 58.59% grado de instrucción secundaria; 72.22% ama de casa y el 79.80% procede de zona urbana.

Tabla 1

Caracterización socio-demográfica de las gestantes atendidas

	N°	%
Edad		
Menor de 20 años	78	1,70
De 20 a 35 años	278	70,20
Mayor de 35 años	40	10,10
Estado civil		
Soltera	77	19,45
Conviviente	279	70,45
Casada	35	8,84
Divorciada	5	1,26
Viuda	0	0
Grado de Instrucción		
Analfabeta	9	2,27
Primaria	46	11,62
Secundaria	232	58,59
Superior Técnica	53	13,38
Superior Universitaria	56	14,14
Ocupación		
Estudiante	45	11,36
Ama de casa	286	72,22
Trabajo Dependiente	43	10,86
Trabajo Independiente	22	5,56
Lugar de procedencia		
Rural	80	20,20
Urbana	316	79,80

Fuente: Elaboración en base a ficha de recolección de datos

Tabla 2
Descripción de factores sociales que influyen en la concurrencia tardía al control pre natal en el Hospital de Barranca. 2018

		Edad gestacional de inicio del control pre natal				Valor
		A partir de 14 semanas		Antes de las 14 semanas		
Factores		N	%	N	%	P
Edad	Menor de 20 años	53	26,8%	25	12,6%	0,02
	De 20 a 35 años	128	64,6%	150	75,8%	
	Mayor de 35 años	17	8,6%	23	11,6%	
	Total	198	100,0%	198	100,0%	
Estado civil	Soltera	51	25,8%	26	13,1%	0,001
	Conviviente	137	69,2%	142	71,7%	
	Casada	9	4,5%	26	13,1%	
	Divorciada	1	0,5%	4	2,0%	
	Viuda	0	0,0%	0	0,0%	
	Total	198	100,0%	198	100,0%	
Grado de Instrucción	Analfabeta	7	3,5%	2	1,0%	0,204
	Primaria	26	13,1%	20	10,1%	
	Secundaria	117	59,1%	115	58,1%	
	Superior Técnica	21	10,6%	32	16,2%	
	Superior Universit.	27	13,6%	29	14,6%	
Ocupación Actual	Estudiante	24	12,1%	21	10,6%	0,601
	Ama de Casa	152	76,8%	134	67,7%	
	Trabajo dependiente	16	8,1%	27	13,6%	
	Trabajo Independ.	6	3,0%	16	8,1%	
Lugar de Procedencia	Total	198	100,0%	198	100,0%	0,802
	Rural	41	20,7%	39	19,7%	
	Urbano	157	79,3%	159	80,3%	
Falta de apoyo de la pareja	SI	79	39,9%	27	13,6%	0,001
	NO	119	60,1%	171	86,4%	
	Total	198	100,0%	198	100,0%	
Falta de dinero	SI	89	44,9%	17	8,6%	0,001
	NO	109	55,1%	181	91,4%	
	Total	198	100,0%	198	100,0%	

Número de hijos	Ninguno	84	42,4%	68	34,3%	
	Uno	66	33,3%	56	28,3%	0,026
	Dos	29	14,6%	52	26,3%	
	3 a más	19	9,6%	22	11,1%	
	Total	198	100,0%	198	100,0%	

Fuente: Elaboración en base a ficha de recolección de datos

La tabla 2, muestra que se encontró significancia estadística en la asociación de factores sociales y la concurrencia tardía al control pre natal, en la edad de la gestante menor de 20 años (p 0,02), el estado civil soltera (p 0,001), la falta de apoyo de su pareja (p 0,001), la falta de dinero (p 0,001) y la nuliparidad (p 0,026). No se encontró significancia estadística de asociación con el grado de instrucción, ocupación y lugar de procedencia de las gestantes.

Tabla 3

Descripción de factores culturales que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca.

		Edad gestacional de inicio del control pre natal				Valor
		A partir de 14 semanas		Antes de las 14 semanas		
Factores		N	%	N	%	P
Embarazo Planificado	SI	77	38,9%	100	49,5%	0,026
	NO	121	61,1%	98	50,5%	
	Total	198	100,0%	198	100,0%	
Gestación Oculta	SI	40	20,2%	17	8,6%	0,02
	NO	158	79,8%	181	91,4%	
	Total	198	100,0%	198	100,0%	
Temor o vergüenza a la atención	SI	21	10,6%	4	2,0%	0,001
	NO	177	89,4%	194	98,0%	
	Total	198	100,0%	198	100,0%	

Fuente: Elaboración en base a ficha de recolección de datos

La tabla 3, nos muestra que se encontró significancia estadística de asociación entre los factores culturales y la concurrencia tardía al control pre natal, en embarazo no planificado (p 0,026), gestación oculta (p 0,02) y la vergüenza a la atención (p 0,001).

Tabla 4

Descripción de factores asociados al proveedor de salud que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca.

		Edad gestacional de inicio del control pre natal				
		A partir de 14 semanas		Antes de las 14 semanas		Valor
		n	%	N	%	P
Falta de empatía del personal que realiza el CPN	SI	96	48,5%	78	39,4%	0,085
	NO	102	51,5%	120	60,6%	
	Total	198	100,0%	198	100,0%	
Desconfianza en los profesionales que realizan el CPN	SI	121	61,1%	98	49,5%	0,026
	NO	77	38,9%	100	50,5%	
	Total	198	100,0%	198	100,0%	

Fuente: Elaboración en base a ficha de recolección de datos

La tabla 4, muestra que entre los factores asociados al proveedor de salud que influyen en la concurrencia tardía al control pre natal se encontró la desconfianza en los profesionales que realizan el control prenatal (p 0,026), no se encontró significancia estadística en la falta de empatía de los profesionales que realizan el control prenatal.

Tabla 5

Descripción de factores asociados a los servicios de salud que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca.

		Edad gestacional de inicio del control pre natal				Valor P
		A partir de 14 semanas		Antes de las 14 semanas		
		N	%	N	%	
Dificultades para obtener cita para el CPN	SI	40	22,2%	17	8,6%	0,02
	NO	158	79,8%	181	91,4%	
	Total	198	100,0%	198	100,0%	
Dificultades con el SIS	SI	59	29,8%	41	20,7%	0,049
	NO	139	70,2%	157	79,3%	
	Total	198	100,0%	198	100,0%	

Fuente: Elaboración en base a ficha de recolección de datos

La tabla 5, muestra que se encontró significancia estadística entre los factores asociados al servicio de salud y la concurrencia tardía al control como: dificultades para obtener cita para el control prenatal (p 0,02) y dificultades con el SIS (p 0,049).

Tabla 6

Análisis bivariado de factores asociados que influyen en la concurrencia tardía al control pre natal en el Hospital de Barranca.

		Valor p	Odds Ratio (OR)	Intervalo de confianza OR 95%	
				Límite Inferior	Límite Superior
Edad	Menor de 20 años	0,009	2,8	1,3	6,3
	De 20 a 35 años	0,674	1,1	0,6	2,2
	Mayor de 35 años	-	-	-	-
Estado Civil	Soltera	0,001	5,6	2,3	13,8
	Conviviente	0,011	2,7	1,2	6,1
	Casada	-	-	-	-
	Divorciada	0,783	0,7	0,07	7,3

Falta de apoyo de la pareja	SI	0,001	4,2	2,5	7,0
	NO				
Falta de dinero	SI	0,001	8,6	4,9	15,3
	NO				
Embarazo no planificado	SI	0,026	1,6	1,4	4,9
	NO				
Embarazo oculto	SI	0,02	2,7	1,4	4,9
	NO				
Vergüenza	SI	0,001	5,7	1,9	17,0
	NO				
Desconfianza en los profesionales realizan el CPN	SI	0,026	1,6	1,1	2,4
	NO				
Dificultades con el SIS	SI	0,049	1,6	1,03	2,5
	NO				
Dificultades para obtener cita	SI	0,02	2,7	1,4	4,9
	NO				

Fuente: Elaboración en base a ficha de recolección de datos

La tabla 6, muestra que los factores asociados a través del análisis bivariado que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal son: la falta de dinero (OR=8,6), vergüenza (OR=5,7), estado civil soltera (OR=5,6), conviviente (OR=2,7), falta de apoyo de la pareja (OR=4,2), edad de la gestante menor de 20 años (OR=2,8), embarazo oculto (OR=2,7), dificultades para obtener cita para el CPN (OR=2,7). embarazo no planificado (OR=1,6), desconfianza en los profesionales que realizan el CPN (OR=1,6), dificultades con el SIS (OR=1,6)

Tabla 7

Análisis multivariado de regresión logística de factores asociados que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca.

		Valor p	Odds Ratio (OR)	Intervalo de confianza OR 95%	
				Límite Inferior	Límite Superior
Estado Civil	Conviviente	0,033	2,7	1,1	7,0
Falta de apoyo de la pareja	SI/NO	0,000	5,4	2,7	10,6
Falta de dinero	SI/NO	0,000	10,7	5,7	20,1
Temor a la atención hospitalaria	SI/NO	0,004	2,2	1,3	3,8

Fuente: Elaboración en base a ficha de recolección de datos

La tabla 7, muestra que los factores de riesgo presentes en forma conjunta, a través del análisis multivariado de regresión logística, que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal son: la falta de dinero (OR=10,7), la falta de apoyo de la pareja (OR=5,4), el estado civil conviviente (OR=2,7) y el temor a la atención hospitalaria (OR=2,2).

V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La investigación se realizó con el fin de determinar los factores que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca en el año 2018.

Como primer objetivo del estudio, se planteó identificar los factores sociales que influyen en la concurrencia tardía al control pre natal, en este sentido, se coincide con Machado et al. (2017), quienes concluyeron que el poco apoyo emocional de la familia y de la pareja (47,6%) están asociados significativamente a la falta de asistencia al control prenatal.

En el Perú, se coincide con la investigación de Quijaite (2019), quien concluye que el desinterés de la pareja se asocia con el inicio tardío de la atención prenatal (OR= 3,7; IC95 % = 1,8-7,7); Meza (2017) en Lima, concluye que las gestantes tuvieron poco apoyo de la pareja, presentando un (OR 6,36), 6,36 veces mayor riesgo de no asistir al control prenatal y Fabián (2017), quien encontró que el 73% de las gestantes adolescentes estudiadas eran primigestas y recibieron apoyo de sus parejas en el 69% de los casos. La presencia y acompañamiento del padre durante el proceso del embarazo, brinda fortaleza emocional a las gestantes, les da seguridad y se logra mejor adherencia al control prenatal, por el contrario, la ausencia o falta de apoyo de la pareja, influye en la asistencia tardía a la atención prenatal. Es necesario manifestar que esto se debe a que la mujer vive en un microambiente donde el apoyo familiar es crucial en el desarrollo emocional de la gestante.

En el segundo objetivo, respecto a los factores culturales asociados a la concurrencia tardía al control prenatal se coincide con diversas investigaciones realizadas en el Perú, en que el embarazo no planificado se asocia con la asistencia tardía al control prenatal, como Quijaite (2019), quien asocia embarazo no planificado e inicio tardío del control prenatal (OR= 6,6; IC95 % = 2,7-16,4), Cruz (2018), en Puno, quien asocia el embarazo no planificado (88.0%),

con la asistencia tardía al control prenatal; Choquehuanca (2017) menciona que el 76.36% no planificó su embarazo; Chilipio (2017), señala que el embarazo no planificado incrementó 1.48 veces ($p=0.004$) las probabilidades de iniciar tardíamente el control prenatal, siendo las gestantes con embarazo no planificado en su mayoría del grupo etario de 20 a 34 años (78,6%) y nulíparas (58,2%); así también, se coincide con Fernández (2018) y Fabian (2017), en que el embarazo no planificado, se asocia a la asistencia tardía al control prenatal. El embarazo no planificado, está en relación al no acceso a los servicios de salud de salud sexual y reproductiva y al abandono o falla del método anticonceptivo; aproximadamente el 85% de mujeres que dejaron de usar un anticonceptivo se embarazan en el primer año, lo que conlleva a generar una amplia gama de riesgos y complicaciones materno-fetales, además de malnutrición, enfermedad, maltrato, abandono, e incluso la muerte. El inicio precoz de la atención prenatal, permite reconocer factores de riesgo y evitar complicaciones, permite la realización de actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud.

Por otro lado, Bonifaz (2020), señala que el 55,8% de las gestantes no acuden precozmente a la atención prenatal por miedo y vergüenza; Choquehuanca (2017) determinó que el 34,62% de las gestantes no iniciaron el control prenatal en el primer trimestre por miedo y vergüenza a la evaluación médica y Vidal (2017) incluye el temor al examen ginecológico (55,0%). El miedo o la vergüenza ante un examen ginecológico en las primigestas, temor a lo desconocido, te/mor a los procedimientos, la falta de información influye mucho.

Respecto al embarazo oculto, encontrado en la presente investigación como factor asociado a ingreso tardío al control prenatal, no se encontraron investigaciones actuales, sin embargo, Poffald et al. (2013), en su investigación menciona que, desde una visión sociocultural, la negación y ocultamiento del embarazo es la principal barrera para el acceso de las adolescentes a servicios de salud materna, y Menéndez et al. (2012), en un estudio que

involucró a 72 adolescentes embarazadas, encontró que el 68,7 % ocultó su embarazo por temor a los padres. El embarazo precoz expone a las adolescentes a una situación de crisis, con mucho temor para informar a sus padres y la respuesta de éstos, desazón por frustrar sus planes de vida, por otro lado, las familias reaccionan con descalificación, enojo, negación al apoyo e incluso expulsión del hogar, La pareja es el gran ausente, considerando que muchas veces el embarazo es producto de violación sexual o una relación con alguien que recién se conoció y que no asume su responsabilidad.

En el tercer objetivo en relación a los factores asociados al proveedor de salud que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal, Bonifaz (2020) manifiesta que el 56,7% refiere que el trato brindado por el personal es malo; Vidal (2017), relaciona el trato inadecuado por parte del médico u obstetra (23,3%) con el inicio tardío del CPN. La percepción de las gestantes sobre falta de empatía, desconfianza o mal trato del personal de salud, influye en la relación profesional-usuaria, afectando la adherencia al control prenatal. Debido a los turnos recargados, la gran afluencia de pacientes a los consultorios externos o a la emergencia obstétrica, se ha normalizado, una atención rápida, poco empática y sin dar mucha oportunidad a que las gestantes expresen sus emociones, lo que es percibido por ellas como trato inadecuado o malo, creando desconfianza en los profesionales.

En el cuarto objetivo, respecto a los factores asociados a los servicios de salud que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal, se coincide con Betancourt (2019) en que la dificultad para obtener una cita, es uno de los factores que retrasan el inicio del control prenatal; asimismo; Fernández (2018) asocia la inasistencia al control prenatal a la atención insatisfactoria, falta de seguimiento, tiempo de espera largo y servicios incompletos; Vidal (2017) relaciona el control prenatal tardío a la dificultad de conseguir cita (58,1%) y según Miranda (2016) el 47,1% de gestantes dieron como razones para inicio tardío de la atención

prenatal, la existencia de mucho trámite. Los hospitales del estado, tienen grandes carencias logísticas, ambientes, servicios de ayuda diagnóstica, laboratorio, farmacia y otros, lo que influye en la percepción de las gestantes sobre la calidad del servicio materno, prefiriendo muchas veces acudir a consultas privadas, pero por el costo de las mismas lo hacen tardíamente y en forma incompleta.

A través del análisis bivariado, encontramos que los factores que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal son: la falta de dinero (OR=8,6), vergüenza (OR=5,7), estado civil soltera (OR=5,6), falta de apoyo de la pareja (OR=4,2), edad de la gestante menor de 20 años (OR=2,8), embarazo oculto (OR=2,7), dificultades para obtener cita para el control pre natal (OR=2,7). embarazo no planificado (OR=1,6), desconfianza en los profesionales que realizan el control pre natal (OR=1,6), dificultades con el SIS (OR=1,6).

Los factores de riesgo presentes en forma conjunta, a través del análisis multivariado de regresión logística, que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal son: la falta de dinero (OR=10,7), la falta de apoyo de la pareja (OR=5,4), el estado civil conviviente (OR=2,7) y el temor a la atención hospitalaria (OR=2,2).

VI. CONCLUSIONES

- 6.1 Conforme se planteó en la hipótesis general, existen factores sociales, culturales, asociados al proveedor de salud y a los servicios de salud que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal.
- 6.2 Los factores sociales asociados a la concurrencia tardía al control prenatal son: la edad menor de 20 años (p 0,02) (OR= 2,8), el estado civil soltera (p 0,01) (OR=5,6), la falta de apoyo de la pareja (p 0,01) (OR=4,2) y la falta de dinero (p 0,01) (OR=8,6).
- 6.3 Los factores culturales asociados a la concurrencia tardía al control prenatal son: embarazo no planificado (p 0,026) (OR=1,6), gestación oculta (p 0,02) (OR=2,7) y la vergüenza a la atención (p 0,001) (OR=5,7).
- 6.4 El factor asociado al proveedor de salud identificado es la desconfianza en los profesionales que realizan el control prenatal (p 0,026) (OR=1,6).
- 6.5 Los factores asociados al servicio de salud que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal son: dificultades para obtener cita para el control prenatal (p 0,02) (OR=2,7) y dificultades con el SIS (p 0,049) (OR=1,6).
- 6.6 Conforme se planteó en la hipótesis general, existen factores socioculturales, factores asociados al proveedor de salud y a los servicios de salud que influyeron en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca, durante el periodo de estudio.
- 6.7 Los factores asociados a través del análisis bivariado que influyeron en la concurrencia tardía al control prenatal son: la falta de dinero (p 0,01) (OR=8,6), vergüenza a la atención (p 0,001) (OR=5,7), estado civil soltera (p 0,01) (OR=5,6), falta de apoyo de la pareja (p 0,01) (OR=4,2), edad de la gestante menor de 20 años (p 0,02) (OR=2,8), gestación oculta (p 0,02) (OR=2,7), dificultades para obtener cita

para el control prenatal (0,02) (OR=2,7), embarazo no planificado (0,026) (OR=1,6), desconfianza en los profesionales que realizan el control prenatal (p 0,26) (OR=1,6) y dificultades con el SIS (0,049) (OR=1,6)

6.8 Los factores de riesgo presentes en forma conjunta, a través del análisis multivariado de regresión logística, que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal son: la falta de dinero (OR=10,7), la falta de apoyo de la pareja (OR=5,4), el estado civil conviviente (OR=2,7) y el temor a la atención hospitalaria (OR=2,2).

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1 Desarrollar investigaciones cuantitativas y/o cualitativas, que permitan sumar evidencias que confirmen o discutan los factores asociados a la concurrencia tardía al control prenatal, contrastando los resultados del presente estudio,
- 7.2 Implementar acciones profesionales orientadas a los adolescentes, brindando consejería para la postergación del inicio de relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos si son sexualmente activos, captar precozmente a la gestante adolescente y así evitar el embarazo oculto y el acceso tardío al control prenatal.
- 7.3 Desarrollar estrategias para mejorar el acceso a la atención de planificación familiar, evitar los embarazos no deseados, considerando que existe la relación entre embarazo no planificado y el acceso tardío al control prenatal.
- 7.4 Promover la participación de la pareja, en la consulta prenatal, las actividades de promoción y sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.
- 7.5 Sensibilizar al personal de salud para mejorar la empatía y el buen trato, que genere confianza en los profesionales y el personal de apoyo durante el control prenatal.
- 7.6 Promover en el personal de salud estrategias que permitan agilizar la documentación para acceso al SIS y la asignación oportuna de las citas.
- 7.7 Incentivar a las gestantes a través de redes sociales, conversatorios y talleres acerca de la importancia de asistir tempranamente a la consulta de control prenatal.

VIII. REFERENCIAS

- Avelino Villon NJ. (2018) *Control prenatal inadecuado como factor de riesgo para la morbimortalidad neonatal en un hospital de referencia de Lima octubre-diciembre 2018* (Tesis de Titulación Universidad Nacional Federico Villarreal; Facultad de Medicina “Hipólito Unanue) <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2018>
- Beauchamp T. y Childress J. Principios de Ética Biomédica. *Tribuna Abierta del Instituto Borja de Bioética*. volumen 17, núm. 64.
http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_agronomia/Produccion_Animal/Produccion_Animal/Bioetica.pdf
- Betancourt, A. y García, M. (2019) Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida, ISSN-e 2610-8038, Vol. 4, N°.7, 2020*, pp. 74-96
<http://dx.doi.org/10.35381/s.v.v4i7.646>
- CHILD. (2015) *The global strategy for women's, children's and adolescents health (2016-2030)*. https://www.who.int/pmnch/media/events/2015/gs_2016_30.pdf
- Chilipio, M. y Santillán, J. (2017) Embarazo no planificado como factor de riesgo para inicio tardío y abandono de la atención prenatal. *Rev Int Salud Materno Fetal*. 2019; 4(1): 3-9 <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/85/92>
- Choquehuanca, J. (2017). *Factores asociados al inicio tardío del control prenatal de gestantes que acuden al Consultorio Externo de Obstetricia del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo Azángaro Puno*. (Tesis para optar el título profesional en Obstetricia, Universidad Católica de Santa María)
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM_29dcc16a3a92e67af5910fe57df1e952

- Cruz, N. (2018). *Causas de asistencia tardía a la atención prenatal en gestantes del Puesto de Salud Mariano Melgar Juliaca. Puno.* (Tesis para optar el Título de Obstetra, Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez)
<http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/4727>
- De la Guardia, M. y Ruvalcaba, J. (2020) La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal ISSN-e: 2529-850X Volumen 5 Número 1* pp. 81-90
2020 DOI: 10.19230/jonnpr.3215
<https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n1/2529-850X-jonnpr-5-01-81.pdf>
- Diez, K. y Placencia, M. (2019) Asociación entre los factores del proveedor de salud y el número de atenciones prenatales en las usuarias de un hospital del Perú, 2019. *Rev. Fac. Med. Hum. Enero 2021;21(1):108-117.* DOI 10.25176/RFMH.v21i1.3200
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v21n1/2308-0531-rfmh-21-01-108.pdf>
- Fabian, E., (2017). *Factores de la asistencia inoportuna de la atención prenatal de las gestantes adolescentes del Centro de Salud Lauricocha de Ayacucho.* (Tesis Segunda Especialidad de Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico, Universidad Nacional de Huancavelica)
<https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1714/TESIS%20FABIAN%20HUARCAYA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. UNFPA (2019). *Las muertes maternas prevenibles descienden desde 2000, pero el ritmo de progreso es lento.* Yemen.
<https://www.unfpa.org/es/news/las-muertes-maternas-prevenibles-descienden-desde-2000-pero-el-ritmo-de-progreso-es-lento>

- Fondo de Población de las Naciones Unidas. UNFPA (2019) *Más de la mitad de las mujeres peruana se embarazan sin planificarlo*. <https://peru.unfpa.org/es/news/m%C3%A1s-de-la-mitad-de-las-mujeres-peruanas-embarazan-sin-planificarlo#:~:text=En%20el%20Per%C3%BA%2C%20solo%20el,de%20la%20Poblaci%C3%B3n%20Mundial%202019.>
- Gonzales, A., Genes, A., Mendoza, J., Mera R., Gaitán N. y Salazar, Z. (2017) Determinantes culturales de la salud. *Opinion novel. Colombia. Revista digital Avances en Salud. Vol. 1:(2) Julio - diciembre 2017 (44 - 47)*
- Gonzales, V. y Pablo, F. (2018) Adherencia a controles prenatales en el norte argentino desde la perspectiva de la interfaz social. *Revista Ciencia & Saúde Coletiva. 2018;(23): pp. 2741-2750.* <https://www.scielo.br/j/csc/a/CFXJcyDXFZcNPGX5G7tmwHz/?lang=es>
- Guttmacher, Institute. (2020) *Nuevas estimaciones muestran una disminución de embarazos no planeados a nivel mundial.* <https://www.guttmacher.org/es/news-release/2020/nuevas-estimacionesmuestran-una-disminucion-de-embarazos-no-planeados-nivel>
- Henaó L. Cañón, M. y Herrera M., (2016) Caracterización de la morbilidad materna extrema en la Clínica Universitaria Colombia: una serie de casos. *Rev. Médica Sanitas. 19(2): 66-77* <https://revistas.unisanitas.edu.co/index.php/RMS/article/view/475>
- Hoyos, L. y Muñoz, L. (2020) Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquia. *Rev. de Salud Pública 21(1)* <https://scielosp.org/article/rsap/2019.v21n1/17-21/es/>
- Ipiá, N., Ortega, D., Acosta, P., López, W., Martínez, J., Corrales, N., Rosero, C. y Cedeño, A. (2017), “Impacto de las condiciones sociodemográficas sobre el control prenatal en

Latinoamérica 2017". *Rev. fac. med. 2019 vol. 67 no. 3*: 519-23.

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n3.69536>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

ENDES. (2019) *Documento. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019 Nacional y Departamental.*

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/

Juárez, C., Villalobos, A., Saucedo, A. y Nigenda, G. (2020). Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. *Revista Gaceta Sanitaria*, 34, pp. 546-552.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911119301621>

Lara, H. y García, E. (2019) Factores asociados a la utilización de servicios de atención ambulatoria en México: un análisis de los proveedores. *Revista Ciencias de la Salud*, vol. 18, núm. 3, 2020. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9790>

<https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56264562002/html/index.html>

Laureano J., Gil E., Mejía M. y De la Torre, C. (2016) Embarazo en adolescentes de Jalisco, México: una mirada desde la marginación social. *Rev. Perú. ginecol. Obst. Vol. 62 no3*

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v62n3/a02v62n3.pdf>

Lugones, M. (2018). La importancia de la atención prenatal en la prevención y promoción de salud. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 44(1)
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100001

Machado, S., Molineros, A., Urzola, L. y Valdés, M. (2017). *Factores asociados a la falta de asistencia al control prenatal y consecuencias maternas y perinatales en tres IPS de*

Sincelejo 2016 - 2017. (Tesis para título de enfermera, Universidad de Sucre.
<http://repositorio.unisucre.edu.co/handle/001/637>

Martínez, H, (2019) "*Control prenatal inadecuado asociado a complicaciones perinatales en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo enero junio del 2019*" (Tesis para optar título profesional de médico cirujano, Universidad Ricardo Palma)
<http://168.121.49.87/handle/URP/2965>

Meza, S. (2017). *Factores de riesgo del control prenatal inadecuado de las mujeres atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue – El Agustino.* (Tesis para optar título profesional en Obstetricia, Universidad Particular San Martín de Porres)
https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2783/meza_dsn.pdf?sequence=3&isAllowed=y#:~:text=Resultados%3A%20En%20los%20factores%20personales,poder%20asistir%20al%20control%20prenatal.

Ministerio de Salud. MINSA (2014) *Norma Técnica N° 105-MINSA/DGSP.V.01.*
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf

Ministerio de Salud. MINSA (2016). "*Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural*"
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/4240.pdf>

Ministerio de Salud. MINSA (2019) *Boletín Epidemiológico del Perú. SE 14.*
<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/14.pdf>

Ministerio de Salud. MINSA (2019) *Adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención (Directiva Administrativa N°261 MINSA/2019/DGIESP)* <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4809.pdf>

Ministerio de Salud. MINSA (2020) *Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú, SE 52. Boletín Epidemiológico del Perú.*

https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202053.pdf

Organización Mundial de la Salud (2016). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal. Ginebra, Suiza.*

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250802/WHO-RHR-16.12-spa.pdf;jsessionid=0061DA6C38758BABC0AEE4882DBBBD9E?sequence=1>

Organización Panamericana de la Salud OPS (2020). *Determinantes sociales de la salud.*

<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Ortiz, E., Herrera, E. y De La Torre. A, (2019) Morbilidad Materna Extrema: evento trazador para mejorar la calidad de la atención obstétrica en América Latina. *Rev. Colombia Médica. Vol. 50 (4) Cali.*

Ossa, T. y Pacheco, Y. (2019) *Oportunidad en el ingreso de la gestante al programa de control prenatal según la resolución 3280, durante el año 2019. Córdoba-Colombia.* (Monografía para obtener el título de Especialista en Auditoría de la Calidad en Salud, Universidad de Córdoba)

<https://repositorio.unicordoba.edu.co/xmlui/bitstream/handle/ucordoba/3068/ossaposa-datatiana-pacheconavarroyarledis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Palma, M. (2017). *Factores socio culturales asociados a los controles pre natales. Huaraz.* (Tesis para obtener título de enfermera, Universidad San Pedro)

<http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/8801>

Piña, A. (2017) Determinantes sociales de la salud que influyen en la adherencia al control prenatal. *Rev. Publicando. Vol. 7 (26).*

<https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/2136/2225>

Poffald, L.; Hirmas, M., Aguilera, X., Vega, J., Gonzales, M. y Sanhueza G. (2013)

Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile 2013. Artículo en *Rev Salud Pública de México* / vol. 55 (6) <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55n6/v55n6a6.pdf>

Programa de las Naciones Unidas en el Perú (2016). *La Agenda 2030 y los ODS*.

Disponible en: <http://onu.org.pe/ods/>

Quijaite, T., Valverde, N. y Barja, J. (2019). Factores asociados al inicio tardío de la atención

prenatal en un Centro de Salud del Callao, Perú. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 45(4), 613. scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000400003 scielo.sld.cu/pdf/gin/v45n4/1561-3062-gin-45-04-e613.pdf

Resolución Ministerial N° 658-2019/MINSA. *Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en Perú 2019-2023*”

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343478/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N__658-2019-MINSA.PDF

Rodriguez, M, (2019). *Factores obstétricos, sociodemográficos e institucionales y el cumplimiento de la atención prenatal reenfocada. Puesto de Salud Manuel Arévalo.*

Trujillo (Tesis para obtener el grado académico de: maestra en gestión de los servicios de la salud, Universidad Cesar Vallejo)

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/47926>

Soto A. (2019) Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. *Rev Perú. Exp. Salud Pública*. 36(2):304-11.

doi: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4425>

Vidal, A. (2017) *Factores de riesgo asociados al no cumplimiento de la atención prenatal en gestantes a término atendidas en Gineco-Obstetricia del Hospital Rezola. Cañete.*
(Tesis para optar título profesional de Obstetra, Universidad Privada Sergio Bernales)
<http://repositorio.upsb.edu.pe/xmlui/handle/UPSB/121>

ANEXOS

ANEXO A. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p><u>Problema Principal</u> ¿Cuáles son los factores que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca?</p>	<p><u>Objetivo General</u> Determinar los factores que influyen en la concurrencia tardía al control pre natal en el Hospital de Barranca.</p> <p><u>Objetivos Específicos</u></p> <p>Identificar los factores sociales que influyen en la concurrencia tardía al control pre natal en el Hospital de Barranca.</p> <p>Identificar los factores culturales que influyen en la concurrencia tardía al control pre natal en el Hospital de Barranca.</p> <p>Precisar los factores asociados al proveedor de salud que influyen en la concurrencia tardía al control pre natal en el Hospital de Barranca.</p> <p>Establecer los factores de los servicios de salud que influyen en la concurrencia tardía al control pre natal en el Hospital de Barranca.</p>	<p><u>Hipótesis general</u> Los factores socioculturales, los factores asociados al proveedor de salud y a los servicios de salud influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca.</p> <p><u>Hipótesis específicas</u></p> <p>H_i Los factores sociales influyen en la concurrencia tardía al control prenatal.</p> <p>H_o Los factores sociales no influyen en la concurrencia tardía al control prenatal.</p> <p>H_i Los factores culturales influyen en la concurrencia tardía al control prenatal.</p> <p>H_o Los factores culturales no influyen en la concurrencia tardía al control prenatal</p> <p>H_i Los factores asociados al proveedor de salud influyen en la concurrencia tardía al control prenatal.</p> <p>H_o Los factores asociados al proveedor de salud no influyen en la concurrencia tardía al control prenatal.</p> <p>H_i Los factores de los servicios de salud influyen en la concurrencia tardía al control prenatal.</p> <p>H_o Los factores de los servicios de salud no influyen en la concurrencia tardía al control prenatal.</p>	<p><u>Variable Dependiente:</u> Concurrencia tardía al control pre natal</p> <p><u>Variables Independientes:</u></p> <p>Factores sociales</p> <p>Factores culturales</p> <p>Factores asociados al proveedor de salud</p> <p>Factores asociados a los servicios de salud</p>	<p><u>Diseño de la investigación</u> No experimental</p> <p><u>Tipo de Investigación</u> Estudio de tipo cuantitativo, observacional, analítico, de casos y controles.</p> <p><u>Población y muestra de la investigación</u></p> <p><u>Población</u> La población está constituida por 1523 gestantes atendidas en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital de Barranca., durante el periodo de estudio.</p> <p><u>Muestra</u> Está constituida por 198 gestantes que iniciaron atención prenatal a partir de las 14 semanas (casos) y 198 gestantes que iniciaron atención prenatal antes de las 14 semanas (controles)</p>

ANEXO B. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: “Factores que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca – 2018”

Nombre de la investigadora: Zulema Nelida Navarro Soto

Asesora: Dra. Elizabeth Del Pilar Paredes Cruz

Institución: Universidad Nacional Federico Villarreal

Institución colaboradora: Hospital de Barranca

Propósito de la investigación: determinar los factores que influyen en la concurrencia tardía (Norma Técnica N° 105-INSA/DG, 2014) al control prenatal.

Beneficios: dirigido a las gestantes, pues una vez obtenidos los resultados, deberán ser tomados en cuenta por los profesionales, a fin de implementar estrategias para lograr el inicio precoz del control prenatal y detectar a tiempo factores de riesgo y complicaciones.

Derechos del participante: debe saber que su participación en el estudio es libre y voluntaria, tiene derecho a participar, negarse o suspender su participación cuando lo desee sin tener que brindar explicaciones, ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión, si tiene alguna duda, puede realizar preguntas en cualquier momento de la ejecución del estudio.

Confidencialidad: los datos recogidos serán anónimos, de carácter privado, y serán utilizados para fines científicos de la investigación; el responsable del estudio tomará las medidas pertinentes para la custodia de los datos.

Si por alguna circunstancia se tuviera que volver a realizar la encuesta, se le comunicará oportunamente. Una copia de este consentimiento, le será entregada.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo _____, participante con DNI. N° _____, en base a lo expuesto en el presente documento, acepto participar voluntariamente en la investigación “Factores que influyen en la concurrencia tardía al control prenatal en el Hospital de Barranca – 2018”

He sido informada de los objetivos y de los beneficios de este estudio y las características de mi participación.

Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima, y no será utilizada en ningún otro propósito fuera del estudio.

He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme cuando lo decida, sin tener que dar explicaciones, ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

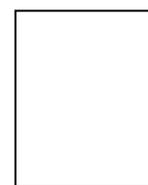
Entiendo que una copia de este documento de consentimiento me será entregada y que puedo pedir información de los resultados de este estudio, para ello puedo contactarme con la investigadora responsable Zulema Nelida Navarro Soto, al correo znavarro@unab.edu.pe o al número celular 945106421.



Nombre y Firma

Huella

Gestante



Zulema Nelida Navarro Soto

Huella

Investigadora

ANEXO C. INSTRUMENTO**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONCURRENCIA TARDIA AL CONTROL****PRENATAL HOSPITAL DE BARRANCA-2018****INICIO DEL CONTROL PRENATAL**

- a) A partir de las 14 semanas
- b) Antes de las 14 semanas

FACTORES SOCIALES

1. **EDAD** a) Menor de 20 años b) Entre 20 a 35 años c) Mayor de 35 años
2. **ESTADO CIVIL** a) Soltera b) Conviviente c) Casada d) Separada e) Viuda
3. **GRADO DE INSTRUCCIÓN** a) Sin estudios b) Primaria c) Secundaria
d) Superior Técnica e) Superior Universitaria
4. **OCUPACIÓN** a) Estudiante b) Ama de casa c) Dependiente d) Independiente
5. **LUGAR DE PROCEDENCIA** a) Rural b) Urbana
6. **NÚMERO DE HIJOS** a) Ninguno b) Uno c) De 2 a 5 d) Más de 5
7. ¿Consideras que la falta de dinero retrasó el inicio del control prenatal? SI () NO ()
8. ¿La falta de apoyo de su pareja retrasó el inicio del control prenatal? SI () NO ()

FACTORES CULTURALES

9. ¿Su embarazo fue planificado? SI () NO ()

10. ¿Ocultó su embarazo? SI () NO ()

11. ¿El temor o vergüenza retrasó el inicio del control prenatal? SI () NO ()

FACTORES ASOCIADOS AL PROVEEDOR DE SALUD

12. ¿Considera que hay empatía en el personal que atiende el CPN? SI () NO ()

13. ¿Tiene desconfianza en el profesional que atiende el CPN? SI () NO ()

FACTORES ASOCIADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD

14. ¿La dificultad para obtener cita, retrasó el inicio del CPN? SI () NO ()

15. ¿Las dificultades con el SIS, retrasaron el inicio del CPN? SI () NO ()

ANEXO D. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

CÁLCULO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES

Porcentaje de concordancia

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

Donde:

Ta = N° total de acuerdo entre los jueces

Td = N° total de desacuerdo entre los jueces

b = Grado de concordancia significativa

Se construye una matriz de evaluación, 1=de acuerdo 0=desacuerdo

Criterios	Jueces							Total
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	
1	1	1	1	1	1	1	1	7
2	1	1	1	1	1	1	1	7
3	1	1	1	1	1	1	1	7
4	1	1	1	1	1	1	1	7
5	1	1	1	1	1	1	1	7
6	1	1	1	1	1	1	1	7
7	1	1	0	1	0	1	1	5
Total	7	7	6	7	6	7	7	47

$$Ta = 47$$

$$Td = 2$$

$$B = 47/47+2 \times 100 = 95.91\% \text{ de acuerdo entre los jueces}$$

CONFIABILIDAD DE CRONBACH

Nivel de confiabilidad del instrumento

Tabla estadística de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N° de elementos
0.840	15

Interpretación:

La confiabilidad del instrumento fue evaluada con una prueba piloto en una muestra de 30 gestantes, siendo el valor de Alfa de Cronbach 0.840, que se ubica en el intervalo de confianza bueno.

Análisis de resultados:

Como criterio general George y Malley (2003) sugieren las siguientes recomendaciones para evaluar el Coeficiente de Alfa de Cronbach:

Coeficiente alfa > 0.90 es excelente

Coeficiente alfa > 0.80 es bueno

Coeficiente alfa > 0.70 es aceptable

Coeficiente alfa > 0.60 es cuestionable

Coeficiente alfa > 0.50 es pobre

Coeficiente alfa < 0.50 es inaceptable