

UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO”
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL ACCESO A LA ATENCIÓN
PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO RECUAY -
ÁNCASH 2018-2019**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

Bach. ALFARO ROSALES, Pilar Emily

Bach. QUINO MARIÑO, Gianella Marily

ASESORA:

Dra.: Rodriguez Figueroa, Ada Eudocia

HUARAZ-PERU

2022



FIRMA DE LOS JURADOS



Dra. YSLADO MENDÉZ ROSARIO MARGARITA

PRESIDENTA



Dr. AROTOMA ORE MARCELO IDO

SECRETARIO



Dra. DE LA CRUZ RAMIREZ YULIANA MERCEDES

VOCAL

FIRMA DEL ASESOR



Dra. RODRIGUEZ FIGUEROA ADA EUDOCIA

ASESORA

DEDICATORIA

A mis padres Mary y Fidencio, por ser mi base fundamental y apoyo durante mi formación académica, brindándome todas las herramientas necesarias para lograr mis metas.

A mis abuelos María y Serapio, por ser mi motivo de salir adelante y me han dado todo lo que soy como persona, mis valores y principios.

A mi hermano Yeltsin por la motivación y compañía durante toda la etapa Universitaria.

GIANELLA

A mi madre Obdulia que estuvo acompañándome en mi camino para ser profesional, por su apoyo incondicional y amor verdadero.
Emily mi motor y motivo para seguir luchando por mis sueños.

PILAR

AGRADECIMIENTOS

A Dios por forjar y dirigir mi camino por el sendero correcto.

A mis padres por la confianza y apoyo, dándome ejemplos de superación, humildad y sacrificio, fomentando en mí el deseo de superación y de triunfo en la vida.

A mis abuelos por llevarme siempre en sus oraciones y enseñarme cosas vitales para la vida.

Mi Asesora la Dra. Ada por haberme guiado en base a su experiencia y sabiduría.

GIANELLA.

A Dios por darme la oportunidad de estar en este mundo, haberme acompañado y guiado a lo largo de mi vida y por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad. A mi madre Obdulia y a mi hija Emily por estar presente en cada paso de mi vida universitaria y por su amor infinito.

PILAR

ÍNDICE

RESUMEN	iv
ABSTRAC	v
1. INTRODUCCIÓN	1
2. HIPOTESIS	7
3. BASES TEORICAS	9
4. MATERIALES Y MÉTODOS	44
5. RESULTADOS	51
6. DISCUSION	62
7. CONCLUSIONES	72
8. RECOMENDACIONES	73
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	74
10.ANEXOS	80

RESUMEN

La investigación, tuvo como objetivo, determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y el acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Ancash 2018-2019. La investigación fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, corte transversal y descriptivo correlacional. La población estuvo constituida por 187 gestantes atendidas entre 2018-2019. La muestra fue igual a la población ($n= 187$), determinándose para ello, el muestreo no probabilístico y una muestra por conveniencia. La técnica empleada fue la Técnica documental mediante el cual se hizo un levantamiento de información a través de un instrumento que consistió en la revisión de los libros de partos, historias clínicas. Los resultados obtenidos, luego de la aplicación del SPSS mediante el chi cuadrado y regresión logística arrojan para los indicadores: Edad con p -valor= 0,030; Nivel educativo con un p -valor= 0,000; y, ocupación, con un p -valor= 0,006; en los 3 casos los valores son menores a 0,05. Conclusión, los factores sociodemográficos significativamente asociados al acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019 son: Edad, Nivel educativo y ocupación.

PALABRAS CLAVE: Factores sociodemográficos, atención prenatal, gestantes, edad, nivel educativo, ocupación.

ABSTRAC

The objective of the research was to determine the association between sociodemographic factors and access to prenatal care in pregnant women treated at the Hospital de Apoyo Recuay - Ancash 2018-2019. The research had a quantitative approach, non-experimental design, cross-sectional and descriptive correlational. The population consisted of 187 pregnant women treated between 2018-2019. The sample was equal to the population ($n=187$), determining for this, the non-probabilistic sampling and a convenience sample. The technique used was the Documentary Technique by means of which an information survey was made through an instrument that consisted of the revision of the delivery books, clinical histories. The results obtained, after the application of SPSS, show for the indicators: Age with $p\text{-value}= 0.030$; Educational level with a $p\text{-value}= 0.000$; and, occupation, with a $p\text{-value}= 0.006$; in all 3 cases the values are less than 0.05. Conclusion, the sociodemographic factors significantly associated with access to prenatal care in pregnant women treated at the Hospital de Apoyo Recuay - Ancash 2018-2019 are: Age, educational level and occupation.

KEY WORDS: Sociodemographic factors, prenatal care, pregnant women, age, educational level, occupation.

1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la OMS, en 2016, aproximadamente 300 000 féminas murieron por razones vinculadas con el embarazo, alrededor de 2,7 millones de neonatos fallecieron dentro de los 28 días posteriores al nacimiento y los 2,6 millones murieron al nacer, la gran parte de estos fallecimientos (>99%) ocurren en países en desarrollo, donde la ONU (Naciones Unidas) afirman que las atenciones médicas de alta calidad en el proceso de gestación y el parto previene varias de estas muertes¹.

La OMS (2016), menciona que la salud materna una prioridad política nacional como estrategias para ayudar en los resultados de proceso de gestación y prever la muerte perinatal y materna. No obstante, en 2016 insistió en que a nivel mundial solo el 64% de las féminas tuvieron 4 o más visitas prenatales durante el embarazo y que algunas gestantes no siguieron las recomendaciones ni la frecuencia de las ayudas, creando una grave dificultad sanitaria¹.

Por otro lado, en un estudio realizado por Naula en Cuenca-Ecuador (2017), manifiesta, en naciones como México, Nicaragua, Guatemala, Panamá Honduras y El Salvador, el 78% de las féminas asiste al menos a una consulta materna con una persona calificada y el 62% asiste al menos a 4 consultas por semana. El 56% asistieron a consultas con especialistas de la salud durante el primer trimestre del proceso de gestación. El país con gran porcentaje de mujeres que buscan atención prenatal de una persona calificada es Nicaragua (81%), entretanto que Panamá y Guatemala tienen la menor (38% y 18% respectivamente)².

Tradicionalmente, el embarazo se considera un acontecimiento orgánico normal, pero dado que los problemas que se evidencian durante este período ponen en peligro

la salud de la gestante y del bebé, considerándose que debe ser monitoreado para reconocer diversos componentes de riesgo para la prevención temprana del embarazo, evitando futuras enfermedades³. La adecuada manera de monitorear el embarazo es mediante la atención prenatal, cuya finalidad es examinar la mortalidad y la morbilidad durante la gestación, la labor de parto y el puerperio; no obstante, distintos componentes sociodemográficos como estado civil, edad, nivel educativo, socioeconómico, nivel profesional o geográficos, etc. por eso, muchas gestantes no participaban de los cuidados de enfermería. Esto determinará la accesibilidad de la atención prenatal de una forma u otra ⁴.

En nuestro país, en una indagación ejecutada por Huapalla (2016), en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, publicó, el 98,4% de las féminas fueron visitadas por un trabajador de la salud (técnico en enfermería, médico, obstetra, promotor de salud o sanitario) en el período prenatal, frente al 94,5% en 2011; sin embargo, no todas lograron el número ideal de visitas prenatales⁵, Especialmente considerando la recomendación actual de la OMS en las recientes recomendaciones emitidas en 2016 de aumentar el número de exámenes de control de embarazo obligatorios de cuatro a ocho, teniendo en consideración las evidencias de que una mayor exposición se asocia con un mayor riesgo de dificultades prenatales y posnatales. Como señal de la calidad del sistema de salud de un país, puede potencialmente prevenir muertes y complicaciones¹. También es primordial tener las primeras visitas prenatales lo más antes posible para identificar condiciones que puedan ponerla en gran riesgo más adelante en el embarazo y el parto. Sin embargo, solo el 77,4% de las mujeres de todo el país recibió la primera atención antes de culminar el embarazo de cuatro

meses, que se dio en el centro de salud de La Tulpuna-Cajamarca-2018 en la publicación Céspedes, a pesar de que muchas más mujeres están embarazadas y no todas son atendidas a tiempo, lo que impide el logro de las metas de control prenatal, detección temprana de peligros, prevención de dificultades y preparación para el parto, cuidado de la madre y del futuro bebé⁶.

Se demostraron desigualdades en la atención prenatal de acuerdo con las particularidades sociodemográficas de las gestantes, que varias veces son concluyentes de una atención prenatal adecuada. En consecuencia, los jóvenes menores de 20 años reciben atención relativamente más tarde que las féminas de 35 a 49 años. En términos de nivel socioeconómico, la desigualdad entre los quintiles inferior y superior de riqueza en atención prenatal, además reveló las desigualdades en el comienzo de la atención prenatal. Por localidad, las féminas rurales reciben atención más tarde, mientras que las féminas con cierto nivel de educación reciben atención prenatal tempranamente⁷.

En la Región Ancash, una investigación elaborada por Bellota, en el hospital "La Caleta"-Chimbote y en el hospital "Víctor Ramos Guardia" de Huaraz, en 2018, una investigación de controles y casos halló una vinculación significativa entre los controles prenatales y las morbilidades en el Hospital "La Caleta" (OR: 3,70 IC: 95% P = 0,025) y el Hospital "Víctor Ramos Guardia" (OR: 5,12 IC: 95% P = 0,01). Desarrollaron morbilidades en hospital "La Caleta" solo 57,7% de personas con APN <6 lo desarrollaron. En hospital "Víctor Ramos Guardia" parto prematuro 10,2%, enfermedades de membrana hialina 16,3%, sepsis 22,4% en el hospital "Víctor Ramos Guardia" 73,1% de pacientes con APN <6. En el Hospital La Caleta, las

morbilidades más constantes en el colectivo de casos con APN < 6 fue sepsis en 22,5%, seguida de ictericia en 17,5% y parto prematuro en 12,5%⁸.

A nivel local, en un estudio realizado por Palma en el hospital “Víctor Ramos Guardia” de Huaraz-2017, se llegó a las conclusiones siguientes: el 60% de las embarazadas no participaban de los controles prenatales, y el factor social más influyente fue el estado civil, de las cuales el 71% amas de casa y el 58% eran convivientes. Los factores que utilizan los autobuses de transporte público se asociaron con el 90% de los controles prenatales, pero se halló que el 71% de las mujeres embarazadas no asisten a los controles regulares y no trabajan. Los factores culturales más influyentes para la no observancia del control prenatal fueron el desconocimiento de la madre 45%, otras causas 13% y la posibilidad de no dejar al niño con nadie 10% y preferencia por la medicina ancestral 6%, así se logró el mismo porcentaje en la organización interna del hospital⁹.

En el hospital de Apoyo Recuay, el año 2018, se atendieron 100 gestantes y el 2019, acudieron 87 a su control prenatal, al consultorio materno, según datos obtenidos del libro de partos y cuaderno de registros del Servicio Materno del establecimiento en mención¹⁰. Las gestantes que presentan complicaciones durante el parto son derivados al hospital de referencia Víctor Ramos Guardia de Huaraz.

El déficit en la atención y accesibilidad de mujeres gestantes a las prestaciones básicas de salud, que implican los controles para llevar un embarazo saludable se evidencia con mayor frecuencia, tal como se ha expuesto, y no existe una información estadística precisa o investigaciones realizadas en nuestro medio local con vinculación a la temática de investigación, los centros de salud en la actualidad se

encuentran limitados para entender a la población por la pandemia covid-19, los sistemas de salud han colapsado en todo el país, a nivel regional y local, razón por la cual la atención a madres gestantes se encontró deficiencias y a ello se suman diversos factores del medio, por todo lo expuesto se planteó el siguiente problema de investigación: ¿Existe asociación entre los factores sociodemográficos y el acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019?, tuvo como objetivo general; determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y el acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019. Y como los objetivos específicos; a) Identificar la asociación entre la edad y el acceso a la atención prenatal, b) Determinar el nivel educativo de las gestantes y su relación con el acceso a la atención prenatal, c) Relacionar el estado civil de las gestantes y su relación con la atención prenatal, d) Identificar la asociación entre la ocupación y el acceso a la atención prenatal, e) Determinar el estrato socioeconómico de las gestantes y su relación con el acceso a la atención prenatal.

La presente investigación se justifica socialmente porque, las atenciones prenatales son una serie de actividades durante el embarazo y antes del parto para monitorear el curso del embarazo, identificar riesgos a tiempo, prever dificultades y preparar a la gestante para la maternidad, la formación y el parto. Las atenciones prenatales son herramientas esenciales que potencialmente puede prevenir las dificultades y el deceso, así como indicadores de la calidad del sistema de salud de un país. Potencialmente los indicadores evalúan la calidad de la atención prenatal son la cantidad de visitas prenatales y la accesibilidad temprana a la atención prenatal, pero

en las prácticas diarias, las embarazadas asisten a la atención prenatal más tarde del número recomendado por la OMS. Este hecho puede contribuir al aumento de la morbilidad perinatal¹¹, en tal sentido la investigación contribuye con la sociedad para evitar la morbilidad.

La investigación se justifica metodológicamente, porque, los hallazgos servirán como punto de inicio para estudios futuros que identificarán e influirán en los componentes sociodemográficos que establecen la accesibilidad a la atención prenatal para certificar que las gestantes tengan la atención prenatal temprana y más gestantes reciban la atención adecuada. Claramente se beneficiará el binomio madre-hijo, así como la comunidad, familia y el sistema de salud, lo que reducirá el costo de diversas dificultades del parto que pasan desapercibidas por ausencia de atención prenatal.

A la vez, el trabajo se justifica, por su valor teórico, esto dará lugar a reflexiones y debates científicos sobre el saber existente, confrontación de teorías, resultados contradictorios o introducción de una epistemología del saber existente. Desde una perspectiva práctica, apoyará a abordar a la accesibilidad a la atención prenatal y al menos sugerirá estrategias que, si se implementan, ayudarán a abordar este problema.

2. HIPOTESIS

Existe asociación significativa entre los factores sociodemográficos y el acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019.

VARIABLES

Variable independiente: Factores sociodemográficos

Variable dependiente: Acceso a la atención prenatal.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALAS DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE (X): FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Constituyen una operación estadística conformada por una colección de indicadores que permiten analizar cómo inciden en la decisión de la gestante de acudir a la atención prenatal	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	EDAD	15-19 años -20-24 años -25-29 años -30-34 años -> de 34 años	De razón
			NIVEL EDUCATIVO	-Analfabeta -Primaria -Secundaria -Superior universitaria -Superior técnica	Nominal
			ESTADO CIVIL	-Casada -Soltera -Conviviente	Nominal
			OCUPACIÓN	-Empleada -Ama de casa -Estudiante -Independiente	Nominal
			ESTRATO SOCIOECONÓMICO	-Bajo -Medio -Alto	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE (Y): ACCESO A LA ATENCIÓN PRENATAL	Capacidad que desarrolla la gestante para buscar y obtener atención durante su embarazo.	ACCESO A LA ATENCIÓN PRENATAL (según indicadores para determinar el acceso a la atención prenatal-MINSA)	1-Asistencia a la primera atención prenatal. 2- Número de atenciones Prenatales	-Antes o hasta las 12 sem. de edad gestacional (atención prenatal temprana) -Después de las 12 sem. de edad gestacional (atención prenatal tardía) -< de 6 atenciones (atención prenatal inadecuada) -> de 6 atenciones (atención prenatal adecuada)	Ordinal

Fuente: Elaboración propia.

3. BASES TEORICAS

3.1 Antecedentes de la Investigación

MARRUGO Carlos (2016) **Determinante a la accesibilidad a la atención prenatal en Colombia**. Colombia. Estudio Científico. Objetivo: Evaluar y analizar los determinantes contextuales e individuales que alcanza con el empleo de los servicios prenatales (atención de la maternidad) por parte de las féminas embarazadas en Colombia. Metodología: Estudio descriptivo, con una muestra de 528 gestantes. Resultados: se halló que el 12,86 % no se controló de forma óptima. Esto significa que alrededor del 20 por ciento de las féminas en el primer quintil de riqueza no reciben una atención prenatal óptima. El 98% de las féminas del quinto quintil tuvieron control prenatal óptimo. Los resultados evidenciaron que el 26% de las féminas sin ninguna instrucción no participó del control prenatal, entretanto que el 14,5% de las mujeres participó del control prenatal que se consideró no optimas. Entre las féminas con nivel superior, el 0,43% no participó en ninguno de los controles prenatales, mientras que el 97,34% participó en el control óptimo. El coeficiente de educación indicó que las madres con educación secundaria tenían un riesgo relativo 72% menor de control no optimo que las madres sin grado de instrucción. El peligro era aún más bajo (90 %) en comparación con las madres con un alto nivel educativo. La edad materna comparada con el mejor control fue significativamente alta significativa, con coeficientes (1.53 y 1.47) sugiriendo un efecto, y la variable área de vivienda no fue significativa en el modelo. Predicción marginal basada en un modelo logístico multinomial, se observó que las riquezas tendían a ejercer un mayor control prenatal. Conclusiones: Un gran número de las gestantes participaron en la

atención prenatal, pero también hubo mujeres embarazadas sin ningún grado de instrucción que no participaron en la atención prenatal¹².

VERA Katiuska (2016) **Componente sociocultural y su vinculación con la adherencia a los controles prenatales en embarazadas atendidas en el Centro de Salud Montalvo los Ríos primer semestre 2016**. Ecuador. Tesis de Pregrado. Objetivo: Reconocer y analizar los componentes culturales y sociales vinculados a la no adherencia a los controles prenatales (CPN). Investigación descriptiva transversal correlacional. Estas informaciones se obtuvieron mediante las encuestas y revisiones de las historias clínicas de las mujeres embarazadas que acudieron al centro de salud “Montalvo” de la provincia de Los Ríos, entre varias determinaciones. Resultado: Demostraron que los componentes primordiales vinculados a la no adherencia a los controles prenatales entre las embarazadas fueron: la pobreza, una media de 3,5 pruebas durante el embarazo en el colectivo de embarazadas con este problema y una media de 2,5 en el colectivo de embarazadas sin grado de instrucción. La ausencia de conciencia sobre lo esencial de los controles prenatales, además se asoció con los incumplimientos, debido que el grupo de embarazadas con estas particularidades se obtuvo una media de 3,5 controles, asimismo, aquellos que tuvieron que trasladarse a los centros de salud por más tiempo recibieron un promedio de 3 controles. Conclusiones: Este estudio reconoció factores socioculturales correspondientes a cuestiones como el nivel educativo, la pobreza, el desconocimiento sobre lo importante que son los controles prenatales y las largas distancias a los centros de salud¹³.

VASQUEZ Darwin (2016) **Componentes vinculados al inadecuado control prenatal en pacientes de obstetricia y ginecología del Hospital Isidro Ayora-Loja, en el año 2016. Ecuador.** Tesis de Pregrado. Objetivo: Conozca los componentes asociados con la ausencia de atención prenatal. El tipo de investigación fue retrospectivo, transversal, descriptivo. Se insertaron 70 púérperas y embarazadas de término inmediato que recibieron menos de cinco visitas prenatales. La examinación se realiza mediante tablas de frecuencias y porcentajes correspondientes a representaciones gráficas. En este estudio revisaremos la literatura sobre los controles prenatales y los componentes que intervienen en la falta de dicho control. Resultados: La mayoría de las mujeres embarazadas, el 27% tiene entre 14 y 17 años, el 43% está conviviendo, el 41% ha terminado solo la escuela primaria, el 59% vive en zona rural, el 36% son primíparas, el 26% tiene segundigestas, el 83% no planearon su embarazo, el 46% tuvo de 0 a 2 pruebas, el 24% y el 21% no participó de las pruebas por desinterés y ocultamiento social del embarazo, respectivamente. Conclusiones: Los esenciales componentes vinculados a la pérdida de los controles prenatales fueron la residencia rural, el embarazo no deseado, el embarazo precoz, el bajo nivel educativo y la ausencia de interés, que predominó como factor personal¹⁴.

FLORES Carmen (2016) **Componentes sociodemográficos y seguimientos prenatales vinculados a la mortalidad perinatal en gestantes de Colombia.** Artículo Científico. Objetivo: Establecer la vinculación entre el componente sociodemográfico y los controles prenatales vinculados a la mortalidad perinatal en embarazadas colombianas. Investigación descriptiva y transversal secundario

a las informaciones obtenidas en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional 2010 (ENSIN 2010) y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2010). Resultados: Hay 14.754 féminas embarazadas entre 44 y 13 años. Los componentes sociodemográficos: región geográfica (oriental, atlántica, Bogotá, pacífica, central, territorios nacionales), sexo del recién nacido, nivel socioeconómico-Sisbén (I al VI) y áreas geográficas (centro poblado, población dispersa, cabecera municipal), los seguimientos prenatales (altura uterina, análisis de orina, presión arterial, control de peso, frecuencia cardíaca fetal, bioquímica sanguínea) y ácido fólico, la suplementación con calcio, hierro se obtuvieron mediante cuestionarios estructurados. Las asociaciones se determinaron a través de modelos de regresiones logísticas binarias simples y multivariantes. Las variables sociodemográficas que residen en centros densamente habitados, región pacífica u oriental y pertenecientes al nivel Sisbén I fueron las variables con mayor incidencia de muertes perinatales con valores de 1,7%, 1,5%, 1,4% y 1,4% correspondientemente. Después de ubicar por área, región y sexo del neonato, región y puntaje Sisbén, se halló un seguimiento inadecuado con respecto a la suplementación con hierro (OR 2,09), ácido fólico (OR 2,73), calcio (OR 1,73), la bioquímica sanguínea (OR 2,19), presión, arterial (OR 5,18), el control del peso (OR 5,12) y la bioquímica sanguínea (OR 2,19) se vincularon con susceptibilidades a las mortalidades perinatales. Conclusiones: Las mortalidades perinatales varió de acuerdo los componentes sociodemográficos estudiados y los seguimientos prenatales. Los países pueden utilizar los resultados de esta investigación para promover intervenciones para mejorar la atención prenatal durante el embarazo¹⁵.

FÚNEZ Yaoska (2017) **Componentes vinculados a la adherencia materna a los programas de controles prenatales en el Centro de Salud Primero de Mayo, de la ciudad de León en el periodo de diciembre 2017 a junio 2018.** Nicaragua. Tesis de pregrado. Objetivo: Identificar los componentes vinculados con la adherencia materna a los programas de controles prenatales en el Centro de Salud Primero de Mayo, de la ciudad de León, en el tiempo de diciembre 2017 a junio 2018. Investigación transversal analítico de cohortes. Universo 55 Mujeres embarazadas. Se utilizaron una encuesta y la prueba de Moriski para examinar los datos generales, los parámetros y componentes vinculados para evaluar el cumplimiento de la CPN. La información obtenida se examinó en SPSS. Resultados: La tasa de cumplimiento de la CPN fue del 29%. El 70,9% de pacientes adultos, 29% de adolescentes, 40% de amas de casa, 52,7% de pacientes con estudios secundarios, 45,5% de estado civil y unión estable. Los signos de parto fueron primíparas en 52,7% y parto fisiológico en 35,5%. Hubo una asociación entre la adherencia a la CPN y las pacientes que ingresaron al programa antes de las 12 semanas de gestación (P: 0,00), el uso oportuno de los medicamentos prescritos (P: 0,001) y la comprensión de la importancia del examen físico (P: 0,00), Cumplían prescripciones médicas (P: 0,00), participaban en más de 4 controles (P: 0,00) y tenían un intervalo intergenésico de 2 años (P: 0,09). Conclusiones: El alto nivel académico y la ama de casa fueron los esenciales componentes sociodemográficos asociados a los componentes obstétricos, con las mayores tasas de concordancia para embarazos múltiples, participación en más de 4 estudios e intervalo genético de más de 2 años. No

hallamos asociación significativa entre la adherencia a los controles prenatales y los factores institucionales¹⁶.

MACHADO Saray (2017) **Componentes vinculados a la no asistencia a los controles prenatales y resultados maternos y perinatales en tres IPS de Sincelejo 2016-2017**. Colombia. Tesis de Pregrado. Objetivo: Establecer los componentes asociados a la ausencia de controles prenatales en embarazadas inscritas en el programa de detección temprana de trastornos del embarazo de la IPS de Sincelejo y sus efectos en el binomio madre-hijo. Este estudio se ejecutó mediante una indagación descriptiva retrospectiva correlacional de corte transversal con informaciones de las embarazadas inscritas como usuarias no participantes de campañas y programas de prevención en formato prenatal controlado, una muestra de 170 gestantes que respondieron una encuesta semiestructurada empleada telefónicamente, además de revisar las historias clínicas, analizar datos obstétricos y ginecológicos, reveló componentes institucionales, sociales y personales vinculados con la ausencia de atención prenatal y sus efectos para las madres y los neonatos. Participaron números de control y trimestre de embarazo para verificar información de gestantes. Todas las informaciones fueron luego procesada y organizada en una base de data de Microsoft Excel y examinada usando estadística descriptiva usando un software SPSS versión 23 para determinar asociaciones usando la estadística Chi-cuadrado de Pearson. Resultados: Hubo componentes personales significativos como sentimientos negativos por inconvenientes afectivos, familiares y conyugales (92,9%). Social: el apoyo emocional, por ejemplo, de la familia y la pareja es bajo

(47,6 %) e institucional: las mujeres embarazadas sienten que no están aptas físicamente para el parto (74,7 %). Estos componentes se vincularon significativamente con la no participación en la atención prenatal. La dificultad materna más frecuente fue la enfermedad hipertensiva (68,8%), que se vinculó con bajo peso al nacer (17,7%) y prematuros perinatales (25,3%). El efecto materno más asociado a factores individuales fue la ruptura prematura de membranas por temor a los exámenes ginecológicos (p: 0,000). Con respecto a los componentes sociales, la diabetes gestacional estuvo alejada de los centros de salud (p: 0,000) y en cuanto a los factores institucionales, el sangrado en la segunda mitad de la gestación se asoció significativamente con demasiado trámite en las IPS (p: 0,000). Para la atención perinatal, los factores institucionales fueron significativos con una mayor vinculación entre las restricciones de los crecimientos intrauterinos y los servicios inadecuados (p: 0,001). Conclusiones: La cantidad de pruebas prenatales incide en el resultado del parto, por lo que se debe superar las 4 pruebas previstas en la normativa vigente, así como determinar en qué etapa del embarazo y en qué condiciones se debe realizar. Dado que la carencia de enfermería es multifactorial, siendo los factores personales la principal causa, la atención del embarazo debe abordar aspectos tanto físicos como psicológicos que contribuyan a la detección temprana de cambios y prevención de dificultades¹⁷.

LIGUA Carlos (2017) **Componentes que influyen en la falta de atención prenatal en los hospitales materno infantiles Bastión Popular**. Ecuador. Tesis de Pregrado. Objetivo: Investigar los componentes demográficos y

socioculturales que intervienen en las gestantes para ejecutar el control prenatal de forma inadecuada. Sabiendo que existen factores sociodemográficos que influyen en la presencia en el grupo control, el objetivo de esta indagación fue instaurar los comportamientos epidemiológicos que se mostró en el Centro de Salud Materno Bastión Popular, comprender quiénes son los grupos de edad vulnerables y cuáles son los componentes que pueden señalar las situaciones que apoyen a orientar, enseñar y capacitar lo esencial de la consulta prenatal, es decir, el objetivo de esta investigación es reconocer los componentes que conducen a la no participación de mujeres embarazadas. Desarrollo de visitas prenatales y programas educativos para mujeres embarazadas. El actual estudio es cuantitativo apoyado en el recojo de datos, basado en hechos descriptivos y laterales ya que se lleva a cabo durante un período de tiempo. La muestra total fue de 63 pacientes. Resultados: Se cumplió con los criterios de inclusión relevantes y la mayoría tuvo más de 5 visitas prenatales y comenzó la atención temprano, pero luego abandonaron. Conclusiones: El control prenatal es parte de un programa diseñado para promover la salud materna, fetal y familiar, beneficiando las estructuras del sistema de salud. Los impactantes registros de mortalidad materna y neonatal en los países subdesarrollados son evidencia de una atención materna deficiente¹⁸.

MEJIA Angie (2018) **Componentes geográficos, socioculturales y económicos que influyen en las adherencias en los controles prenatales en la embarazada de un Centro de Salud de Bucaramanga en el primer semestre de 2018.** Colombia. Tesis de Pregrado. Objetivo: Identificación de componentes geográficos, socioculturales y económicos que inciden en las adherencias a la

atención prenatal de las embarazadas en Bucaramanga. La investigación de método cuantitativo se realizó mediante un diseño descriptivo transversal. Durante la implementación, se recolectó información mediante la encuesta (encuestas sociodemográficas y de antecedentes prenatales) a diez féminas que ejecutaron con los criterios de exclusión e inclusión. Las informaciones fueron examinadas por estadísticas descriptivas para encontrar porcentajes en una matriz de data de Microsoft Excel. Resultados: La encuesta evidenció que el 100% pertenece a la zona urbana, con edad entre 17 y 25 años, promedio 22,5 años, el 80% se asoció por estado civil y el 100% se asoció por nivel educativo. De acuerdo al acuerdo el 100% asistió, el 50% (5) indicó que el motivo de la visita fue detectar cambios, el 40% (4) recomendó, el 10% (1) no participó por otra razón (interés). En cuanto al primer control, se realizó entre las 4 y 16 semanas, y encontramos un 90% (90) de embarazadas que comenzaron con el control del embarazo en el primer trimestre. El 100% (10) de las gestantes no pagan consultas maternas, y los costos son cubiertos en un 80% (8) seguro social, 10% (1) secretaria de salud - Alcaldía y 10% (1) medicina prepaga. Conclusiones: Se halló que todas las féminas entrevistadas manifestaron ver los servicios que utilizan y los componentes que los inciden: vivir en una ciudad, estudios secundarios y superiores, pareja, trabajo y un sano sentido de pertenencia, principalmente la razón de la participación es ver un cambio¹⁹.

QUIJAITE Tifany (2019) Componentes vinculados al tarde inicio de la atención prenatal en un Centro de Salud del Callao, Perú. Ciudad de la Habana. Cuba. Artículo Científico. Objetivo: Identificación de componentes

vinculados al tarde inicio de la atención prenatal en el Centro de Salud del Callao, Perú. Es una investigación analítica, observacional, de corte transversal ejecutado en el Centro de Salud Alta Mar, Callao, Perú, de septiembre a noviembre de 2019. Se eligió una muestra no probabilística de 149 embarazadas y se utilizó un cuestionario validado. Las variables examinadas fueron los componentes obstétricos, sociodemográficos, individuales e institucionales del control prenatal de inicio tardío. Resultados: En los análisis bivariados, los componentes institucionales y sociodemográficos no mostraron asociaciones significativas. Por otro lado, componentes personales como antecedentes de violencia (OR= 2,3; IC 95% = 1,1–4,9) e inexistencia del interés en una pareja (OR= 3,7; IC 95% = 1,8–7,7), así como el nacimiento factores embarazo no planeado (OR= 3,7; IC 95% = 1,8-7, 7) = 6,6; IC del 95 % = 2,7–16,4) asociado con el tarde inicio de la atención prenatal. En el análisis multivariante, el embarazo no planeado (OR = 5,6; IC 95 % = 2,2–14,3) y el desinterés de la pareja (OR = 2,7; IC 95 % = 1,2–6,1) permanecieron asociados. Conclusiones: La falta de interés de la pareja y el embarazo no deseado se vincularon con el retraso en la iniciación de la atención prenatal, lo que aumentó la probabilidad del evento²⁰.

MURILLO Valeria (2019) **Componentes vinculados a la adherencia a los controles prenatales en gestantes de 35 a 20 años en ambulatorios de centros de salud de la localidad del Guayas.** Ecuador. Tesis de Pregrado. Objetivo: Establecer los componentes vinculados a la adherencia a los controles prenatales en embarazadas de 20 a 35 años que acuden a consultas externas del Centro de Salud de Guayacán. La investigación es descriptiva transversal. La muestra estaba

integrada por 80 embarazadas que asistieron a los subcentros de salud de octubre de 2018 a marzo de 2019. La guía de observación indirecta fue el instrumento utilizado. Resultados: El 86% de 20 a 25 años; el estado civil es soltero, el 56%, nivel educativo, el 57% escolaridad secundaria, sobre iniciar control prenatal, el 43% inicia a las 20 semanas, el 40% tiene control prenatal mensual; el factor modificable más destacado fue las infecciones del tracto urinario en el 75% y los antecedentes familiares en el 20%. Conclusiones: Conforme al OMS, muchas mujeres embarazadas tienen una buena edad gestacional; en su mayoría son solteros, su nivel de educación es básico; y viven en ciudades, lo que indica que son conscientes de la importancia de los controles prenatales²¹.

BURGOS Nancy (2016) Componentes vinculados a la accesibilidad de la atención prenatal en las púerperas de la Red de Salud Huaral Chancay 2016. Perú. Tesis de Posgrado. Objetivo: Identificar los componentes vinculados con la accesibilidad a la atención prenatal. El método es un diseño cuantitativo, transversal, no experimental, correlacionado. La muestra está compuesta por 110 sujetos. Se utilizaron dos métodos de recopilación de información: observaciones de la historia clínica en la literatura para confirmar la atención prenatal y cuestionarios para examinar los componentes relevantes. Para la examinación de las variables se utilizó SPSS versión 21. Nuevamente se obtienen percentiles en forma de gráficos y tablas para mostrar las distribuciones de las informaciones. Para probar esta hipótesis, se realiza la prueba de Rho Spearman con el fin de establecer la vinculación entre dos variables al 95% de nivel de confianza y al 5% de nivel de significancia. Resultados: La mayor parte de la población consultada

eran jóvenes y adultos (86,4 %), de habla hispana (98,2 %), asegurados tipo SIS (87,3 %) y la gran parte posee seguro previo al embarazo (65,5 %). Con respecto a los componentes personales, la gran parte no planeó quedar embarazada (64,5 %), decidió usar anticonceptivos (86,4 %), olvidó hacer una cita (71,8 %), tuvo poco apoyo de pareja (85,5%), tuvo problemas para cuidar a los niños (94,5 %). En cuanto a los componentes geográficos, un gran número vivía a menos de 60 minutos de un centro médico (90,9 %) y tenía movilidad limitada (59,1 %). Para la variable control prenatal, el 60,9% recibió atención inmediata dentro de las 13 semanas y el 80% obtuvo cobertura suficiente para más de 6 controles prenatales. Con respecto a la correlación de las variables no se halló vinculación significativa. Conclusiones: Los componentes geográficos, sociodemográficos y personales en el posparto de las mujeres no se asociaron con la accesibilidad a la atención prenatal de la Red de Salud Huaral Chancay²².

CHOQUEHUNCA Julia (2017) Componentes vinculados al retraso en el inicio de los controles prenatales en embarazadas en una consulta externa de maternidad hospitalaria Carlos Cornejo Roselló Vizcardo Azángaro Puno, junio a agosto del 2017. Perú. Tesis de Pregrado. Objetivo: Reconocer componentes institucionales, obstétricos y socioculturales vinculados a la atención prenatal tardía en embarazadas que acudieron al consultorio obstétrico del Hospital "Carlos Cornejo Roselló Vizcardo" Azángaro Puno entre junio y agosto de 2016. Se trata de una investigación descriptiva, prospectiva y transversal del campo relacional. Muestra 110 gestantes que acuden a su primera visita prenatal. Se desarrollaron tablas de distribuciones de frecuencias relativas y

absolutas, pruebas estadísticas de chi-cuadrado con un grado de significancia del 5%. Resultado: La gran parte de las embarazadas, 70,9%, iniciaron tardíamente su primer control prenatal. En componentes socioculturales, el 73,64% de las embarazadas tienen entre 20 y 35 años, el 85,45% conviven, el 59,09% presentan estudios secundarios, el 60,91% son amas de casa, el 83,64% vienen de la ciudad, el 69,09% reciben ayuda emocional de su pareja, el 64,55% de las embarazadas dijeron que, si cuentan con la ayuda de su familia, el 82,73% cree que el control prenatal es importante; el 34,62% de las embarazadas dijeron que no asistieron a su primera consulta prenatal en el primer trimestre por temor y/o timidez, y el 79,09% de las gestantes no sufrieron agresión intrafamiliar. Entre los componentes obstétricos, las multíparas representaron el 49,09%, las nulíparas el 70,91%, el embarazo no planeado el 76,36% y el intervalo entre nacimientos menor a 2 años el 60,9%. Con respecto a los componentes institucionales, el 93,64% de la población tenía seguro integral de salud, el 62,73% de las embarazadas recibía atención obstétrica regular y el 90,91% de las gestantes no estaba conforme con el período de espera. Conclusiones: Los componentes asociados al tarde inicio del primer control prenatal en las embarazadas atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo fueron: apoyo emocional de la pareja, edad, énfasis en el control prenatal, temor y/o vergüenza, violencia fuera del hogar, parto múltiple sin aborto, embarazo no planeado, con seguro de salud y atención regular de la gestante en la oficina de maternidad²³.

RIVERA Lauro (2018) **Componentes vinculados a la accesibilidad a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú.** Artículo

Científico. Objetivo: Identificar componentes vinculados a la accesibilidad a la atención prenatal en términos de atención pertinente y cobertura. Investigación cuantitativa, observacional y analítica de 110 gestantes de un hospital de Huaral y Chancay, Perú. Los componentes (sociodemográficos e individuales) vinculados a la accesibilidad a la atención prenatal se evaluaron según su cobertura (al menos 6 controles) y la atención oportuna (< 14 semanas para el primer control). Se ejecutó una examinación de regresión logística multivariante tomando en cuenta un nivel de confianza del 95%. Resultados: Se evidenció que el olvido de solicitar era un componente vinculado con la provisión inadecuada de atención prenatal ($p=0,048$), entretanto que contar con un seguro de salud antes de la atención prenatal se vinculó con la atención prenatal oportuna ($p=0,013$). Conclusiones: Sin olvidar las fechas y el seguro médico previo a la gestación relacionada con la accesibilidad a la atención prenatal⁴.

VÁSQUEZ Claudia (2018) **Componentes socioeconómicos, epidemiológicos y maternos de la edad reproductiva con atención prenatal inadecuada en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2018**. Perú. Tesis de Pregrado. Objetivo: Identificar componentes socioeconómicos, epidemiológicos y maternos en mujeres en edad fértil con atención obstétrica inadecuada del Centro Nacional Materno Perinatal, diciembre 2018. Investigación retrospectiva, de corte transversal, observacional. Método cuantitativo. Nivel descriptivo. Muestra: Consta de 134 púérperas con inadecuados controles prenatales y atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Resultado: El 78,4% de las púérperas con controles prenatales insuficientes tenían entre 20 y 34 años. En cuanto al nivel

educativo, el indicador más alto se fija en el 58,2% de los egresados de secundaria. En cuanto al estado civil, el porcentaje más alto encontrado en esta investigación fue de 65,7%, que se refiere a la convivencia. En cuanto a la ocupación, la mayor proporción de atención prenatal inadecuada para las puérperas se encuentra entre las amas de casa, que es del 74,6%. De la fuente de maternidad de mujeres con atención prenatal inadecuada, el 94% eran de origen urbano. En cuanto a la paridad, se observó que el 69,4% de las mujeres en puerperio con control prenatal inadecuado tuvieron partos múltiples. En cuanto a las dificultades obstétricas, el 56% de las puérperas con atención obstétrica inadecuada no evidenciaron dificultades obstétricas. Finalmente, el 76,9% de las mujeres con control prenatal inadecuado no tenían comorbilidades según las comorbilidades de las mujeres al momento del parto. Conclusiones: Los componentes socioeconómicos, epidemiológicos y maternos persisten para una proporción significativa de mujeres embarazadas, lo que resulta en una atención prenatal inadecuada para estas pacientes²⁵.

CÉSPEDES Cynthia (2018) Componentes sociodemográficos vinculados a la accesibilidad a la atención prenatal. Centro de Salud la Tulpuna-Cajamarca, 2018. Perú. Tesis de Pregrado. Objetivo: Establecer los componentes sociodemográficos vinculados a la accesibilidad al control prenatal de las embarazadas atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna. La investigación fue transversal, descriptivo, no experimental y correlacional y se ejecutó en una muestra de 157 embarazadas en controles prenatales en el tercer trimestre en el Centro de Salud la Tulpuna. Resultado: El 35,7% de las mujeres embarazadas

pertenecen al grupo de edad de 24 a 20 años; el 22,9% poseen educación completa, el 80,9% conviven; el 88,5% proviene de las ciudades; la gran parte (71,3%) son amas de casa y el 66,9% pertenecen al nivel socioeconómico marginal. Conclusiones: Según $p = 0.002$ se estableció que hay una vinculación significativa entre la variable nivel socioeconómico y la cantidad de atención prenatal²⁶.

HERNÁNDEZ Akram (2019) Componentes vinculados la calidad de la atención prenatal en Perú. Artículo Científico. Objetivo: Valorar la proporción de féminas peruanas que obtuvieron atención prenatal (APN) de calidad en los últimos cinco años e identificar componentes asociados a ello. Un análisis transversal de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017. Calcule la proporción de CPN de alta calidad en función de la cantidad de CPN. Se evaluaron las tasas de prevalencia ajustadas y crudas (RPa) de CPN de alto grado. Resultado: Se examinaron datos de 18.156 féminas, de las cuales el 56,1 % recibió CPN de alta calidad. Recibir más CPN aumentó la posibilidad de recibir CPN de alta calidad (49,6 % y 59,9 % para 6 y 8 controles, correspondientemente). Provenir de la Sierra (RPa=0,85; IC 95%: 0,80-0,91), vivir en zona rural (RPa=0,94; IC 95%: 0,89-0,99), corresponder a la población indígena (RPa=0,72; IC 95%: 0,66-0,79) asociada con poca probabilidad de recibir CPN de alta calidad. Tener educación superior (RPa=1,15; IC 95%: 1,07-1,23), secundaria (RPa=1,16; IC 95%: 1,10-1,22), quintil 5 (RPa=1,16; IC 95%: 1,05-1,28), quintil 4 (RPa=1,16; IC 95%: 1,07-1,26), quintil 3 (RPa=1,18; IC 95%: 1,09-1,27) , ser del quintil de riqueza 2 (RPa=1,15; IC 95%: 1,08-1,22), Costa (RPa=1,06; IC 95%: 1,00-1,12),

ser del resto de la Selva (RPa=1,31; IC 95%: 1,24-1,39), orden de nacimiento 2 a 3 (RPa=1,10; IC 95%:1,06-1,15) o ≥ 4 (RPa = 1,20; IC 95%:1,14-1,27), y haber recibido un CPN en el primer trimestre (RPa=1,20; IC 95%: 1,14-1,26), poseer afiliaciones a un seguro de salud (RPa=1,24; IC 95%: 1,18-1,30), se vinculaba con mayores probabilidades de recibir un CPN de calidad. Conclusiones: Cuatro de cada 10 féminas no reciben CPN de alta calidad. Ser aborigen o mujer de zonas rurales o de la sierra está asociado con CPN de mala calidad y estos grupos deben ser priorizados en las estrategias de salud materna²⁷.

3.2 Bases Teóricas

A. Atención Prenatal

Es un seguimiento sistemático y periódico y una evaluación integral de la gestante y del feto con el objetivo de diagnosticar, prevenir y tratar los componentes que pueden incidir en la morbilidad perinatal y materna²⁸.

a) Características:

- **Periódico**
 - Hasta las 32 semanas: Mensual (mínimo 6 controles).
 - Antes de las 14 semanas es la primera atención.
 - Entre las 14 y 21 semanas es la segunda atención.
 - Entre las 22 y 24 semanas es la tercera atención.
 - Entre las 27 y 29 semanas es la cuarta atención.
 - Quincenal: durante 32-36 semanas.

- Entre las 32 y 36 semanas es la quinta atención.
- Semanal: desde las 37 semanas.
- Entre las 37 y 40 semanas es la sexta atención.

- **Integral**

El contenido mínimo de control debe respaldar la implementación efectiva de las medidas de promoción, protección, restauración y restauración de la salud.

La adecuada atención prenatal, diferenciada en calidad, cantidad, contenido, oportunidades y riesgo, incide de forma positiva en la salud de la familia y es un ejemplo claro de medicina preventiva.

Otros consejos integran una mayor evaluación materna y fetal para identificar dificultades, una mejor comunicación entre los especialistas de la salud y las embarazadas y un contacto inicial en las primeras 12 semanas de embarazo.

- **Amplia cobertura**

Universal, en otras palabras, para todas las féminas embarazadas en una determinada región. La cobertura es una función esencial para garantizar que las intervenciones y la ayuda sean eficaces.

Sin cobertura, no se puede alcanzar el efecto deseado, como menciona la OMS en su Informe acerca de la salud a nivel mundial, que enfatiza que hay dos barreras para extender la cobertura.

El primero es sobre ciertas áreas que no presta atención prenatal, lo que significa que las mujeres embarazadas en realidad no tienen acceso al servicio.

La segunda, evidencia quejas sobre la conducta poco servicial de los trabajadores de la salud, costos inesperados o injustos, malestares por los horarios y cuidados, poca conexión con la pareja²⁸.

Las principales recomendaciones de la OMS.

La OMS, aconseja lo siguiente:

- Elaborar al menos 8 visitas prenatales para disminuir las mortalidades perinatales y ayudar la experiencia de alimentación de la fémima, con la primera consulta médica a las 12 semanas de embarazo, después a las semanas 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40.
- Ultrasonido antes de las 24 semanas de embarazo para apreciar la edad gestacional, ayudar a la identificación de embarazos múltiples y anomalías fetales, disminuir la inducción en el parto y brindar a la fémima una experiencia satisfactoria durante este procedimiento biológico.
- Revisar los niveles de azúcar en el torrente sanguíneo con el fin de identificar diabetes y vacunar a todas las fémimas en gestación contra el tétanos.
- Las gestantes toman un suplemento oral diario que contiene de 30 a 60 mg de Fe elemental y 400 microgramos (0,4 mg) de ácido fólico para evitar la anemia materna, la sepsis posparto, el parto prematuro y el bajo peso al nacer.
- Consejos sobre alimentos que poseen minerales y vitaminas, la nocividad del tabaco y el alcohol y el requerimiento de realizar ejercicios.

- Calcio añadido para prever la preeclampsia; vitamina A para evitar la ceguera nocturna; desparasitación y dosis profilácticas para no poseer el VIH o la malaria.
- Si es necesario, utiliza varios remedios caseros como medias de compresión para los pies hinchados, los antiácidos para la acidez estomacal, acupuntura o ejercicio para el dolor de espalda y el salvado para el estreñimiento.

- Asimismo, analizaron 49 consejos adicionales que detallan la atención que las mujeres deben recibir en cada consulta, incluidos consejos nutricionales, consumo de tabaco y drogas, actividad física y prevención de enfermedades como la malaria y el VIH/SIDA²⁸.

Diez principios para el cuidado prenatal emitidos por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud

1. Desmedicalización, lo que quiere decir que la atención básica debe realizarse con la poca cantidad de intervención posible y con el nivel de habilidad más bajo posible.

2. Basado en el empleo de técnicas apropiadas. Se conceptualiza como una agrupación de actividades, que integran procedimientos, métodos, técnicas, equipos y diversas herramientas, todas utilizadas para solucionar una problemática específica, y tienden a disminuir la complejidad o donde procedimientos más simples pueden ser suficientes o un mejor empleo de tecnología compleja.

3. Significado basado en evidencia respaldado por la evidencia científica adecuada.
4. Regionalización basada en un sistema efectivo de derivación desde los centros primarios hacia los niveles terciarios de atención.
5. Ser multidisciplinario con las participaciones de especialistas de la salud como enfermeros, obstetras, trabajadores sociales, educadores, neonatólogos, etc.
6. Integral, en otras palabras, se toman en consideración los requerimientos sociales, emocionales, culturales e intelectuales de las féminas, sus hijos y sus familias, y no solo el cuidado físico.
7. Enfocarse en el grupo familiar, centrándose en los requerimientos de la fémina, sus hijos y su pareja.
8. Estar en forma, es decir. considerar diferentes patrones culturales.
9. Considere las decisiones de las féminas.
10. Respetar la dignidad, confidencialidad y privacidad de las féminas.

Estos principios deben emplearse a la atención del embarazo y a todos los cuidados del neonato²⁹.

Atención prenatal óptima o adecuada

El modelo reciente de la OMS propone que las gestantes aumenten el número de consultas con especialistas de la salud durante el embarazo de cuatro a ocho, dadas

las evidencias de que una mayor exposición reduce las dificultades prenatales y posnatales.

La primera consulta médica debe ser a las 12 semanas de embarazo, luego a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas²⁹.

Pero en este estudio, la norma del MINSA, que determina que la atención prenatal debe ser de al menos seis²⁹.

Acceso a la atención prenatal

La accesibilidad a los servicios de salud es uno de los retos más primordiales que atraviesan los sistemas de salud en los países de medianos y bajos ingresos y se comprende como las capacidades de un sujeto o un colectivo de individuos para recibir y buscar atención médica. Asimismo, de esta concepción extensamente aceptado, la definición del acceso varía en la literatura. Según Andersen, se refiere de "poder usar las prestaciones de salud según sea lo requerido"; Para Cromelia y McLafferty, la accesibilidad es "el poder de actuar sobre los recursos de salud"; para Dixon-Woods et ál., la manera más provechosa de comprender de la accesibilidad mediante la definición de candidatura, que describe los derechos de los sujetos a la atención de la salud determinados por ellos mismos y el sistema de atención de la salud. De los tipos de acceso, predomina la multidimensionalidad de esta definición, ya que integra cuestiones de accesibilidad, usabilidad, conveniencia y aceptabilidad, permitiendo el uso de enfoques interdisciplinarios

y transversales desde diferentes campos del conocimiento o disciplinas, que pueden integrar la antropología, psicología, salud pública y economía, entre otros. De la definición de acceso, destaca el hecho de que la capacidad de buscar servicios y atender necesidades o deseos individuales o colectivos es un aspecto clave para su realización³⁰.

Hace hincapié en que las competencias pueden formarse en función de particularidades individuales, como el estado de salud, la edad, el sexo o la percepción del mismo; sistemas de prestación de servicios, como la combinación, los horarios de trabajo, la disponibilidad de recursos y el entorno en el que vive un individuo, como las instalaciones de transporte, los aspectos culturales o la convivencia. La definición también enfatiza la visualización del acceso como un procedimiento de identificación de momentos clave como la exploración de servicios, la necesidad, el inicio de la atención y la continuidad de los sistemas que satisfacen las necesidades³⁰.

La accesibilidad a los servicios de salud es un procedimiento que responde integralmente a la necesidad de atención y dependerá del servicio y del sujeto, ya que ambos están intrínsecamente relacionados con la imposibilidad o posibilidad de un encuentro.

Los indicadores para determinar el acceso a la atención prenatal: Se brindan por coberturas de los programas de controles prenatales con al menos seis controles durante el embarazo y presencia hasta las 12 semanas de embarazo en la primera visita (atención prenatal temprana)³⁰.

El MINSA estima que una mujer embarazada está bajo control si presenta al menos seis tareas de atención del embarazo:

Dos antes de las 22 semanas, la 3era a las 22-24 semanas, la 4ta a las 27-29, la 5ta a las 33-35, la 6ta a partir de las 37 hasta la última semana de embarazo. Si una mujer embarazada cumple con estos criterios, se estima que tiene un control prenatal adecuado y, lógicamente, si una mujer embarazada presenta menos de seis controles prenatales, el control prenatal es inadecuado.

El segundo criterio es establecer si una mujer embarazada tiene una visita prenatal antes de la edad gestacional o hasta las 12 semanas se estima una visita prenatal temprana, entretanto que una visita prenatal tardía se define como la primera visita prenatal de acuerdo con el MINSA. Ocurre luego de 12 semanas²⁸.

b) Objetivos:

- Evaluaciones integrales a la embarazada y al feto para determinar si existen signos de enfermedades o alarmas vinculadas que necesiten de tratamientos especializados y derivación oportuna.
- Prever, diagnosticar y tratar las dificultades de la gestante.
- Preparar a la embarazada para el parto y estimulación prenatal del feto.
- Animar el apoyo familiar y comunitario para la atención prenatal.
- Animar el cumplimiento de la dieta.
- Detección de cáncer de cérvix y patologías mamarias.
- Fomentar la planificación familiar y la salud reproductiva.
- Prevención del tétanos neonatal.

- Fomentar la lactancia materna durante el crecimiento del neonato.
- Planificación institucional individual del parto con la participación de parejas y familia²⁸.

d) Frecuencia de las atenciones prenatales:

La atención prenatal comienza lo antes posible y debe ser regular, duradera y completa.

Las mujeres embarazadas recibieron al menos 6 visitas prenatales, divididas de la manera siguiente:

- Antes de las 22 semanas son dos atenciones.
- Entre las 22 a 24 semanas es la tercera.
- Entre 27 a 29 semanas es la cuarta.
- Entre las 33 a 35 semanas es la quinta.
- Entre las 37 a 40 semanas es la sexta.

e) Procedimientos:

1. Primera consulta prenatal

Esto debe tomar no menos de 20 min. y debe incluir un historial clínico completo, que incluya:

-Anamnesis: Considere la filiación, el historial médico personal relevante para la mujer embarazada, el historial médico ginecológico y el historial obstétrico y asigne una edad gestacional.

-Examen clínico general: Que integra las mamas, riñones, pulmones y corazón.

-Examen obstétrico.

-Exámenes auxiliares basales: (Hemoglobina, Grupo sanguíneo, glucosa, urea, creatinina y factor Rh, infección por VIH (ELISA), reacciones serológicas para sífilis (RPR), análisis de orina completo, ecografía obstétrica). Si es necesario, se solicitarán pruebas adicionales:

- Muestreo de Papanicolaou.
- Llenar la tarjeta perinatal.
- Control y valoración del estado nutricional.
- Solicita una evaluación dental.
- Comienza la vacuna contra el tétanos ²⁸.

2. Atenciones prenatales posteriores

Dichas consultas duran al menos 15 minutos y se desarrollan de conformidad con acuerdos prioritarios, teniendo en cuenta:

- **En todas las consultas:**
 - ✓ Evaluaciones integrales.
 - ✓ Pregunte acerca de los síntomas y signos de advertencia.
 - ✓ Vigile el incremento de peso materno, los signos vitales (esencialmente la presión arterial) y la aparición de edema.
 - ✓ El crecimiento fetal intrauterino se controla controlando la altura del útero
 - ✓ Interpretación de prueba auxiliar.

- ✓ Estimar la edad gestacional.
- ✓ Si los valores no son indicativos de anemia, suplementar con Fe (60 mg de hierro elemental y 400 microgramos de ácido fólico) a partir de las 16 semanas.
- **A partir de las 28 semanas:**
 - Establecer la posición, ubicación, apariencia y cantidad de fetos.
 - Monitoreo cardíaco fetal.
 - Preguntar por los movimientos fetales (18-20 semanas).
 - Preparación psicoprofiláctica para estimulación prenatal y parto a partir de las 12 semanas (a partir de las 22 semanas).
- **A partir de las 35 semanas:**
 - Mediciones pélvicas internas y evaluación de la pelvis fetal en primíparas
 - Determinación de la adaptación fetal.
 - Reevaluar la maternidad en general.
 - Las pruebas adicionales se actualizan de acuerdo con los estándares médicos
 - Si es necesario, se requieren controles de salud fetal.
 - Preguntar por los riesgos operatorios y el cronograma de cesárea electiva, si es necesario²⁸.

B. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Los factores sociodemográficos forman una actividad estadística que radica en un grupo de indicadores que buscan estudiar cómo influyen en la decisión de una mujer embarazada en tomar control prenatal, los cuales pueden ser:

- **La edad:**

Derivado del latín aetas, es una palabra que significa vida o al tiempo vivido. La importancia de la edad no solo como condición de puesta en escena biológica, sino también como estructura sociocultural y semiótica, según su cosmovisión, indica un lugar en el ciclo de vida de una determinada cultura en el tiempo y el espacio, no solo en el arte sino también en la literatura, pintura, escultura, escritura, música, arquitectura y literatura, pero la ciencia también ha desarrollado y reinventado varios modelos para explicar este fenómeno³¹.

- **Nivel educativo:**

Todas las etapas que construyen un tipo formativo. La mayoría son propedéuticos, solo unos pocos son terminales; algunas son opciones propedéuticos y terminales, en otros términos, los estudiantes pueden usarlos cuando se preparan para pasar a otro nivel superior o ingresar al mercado laboral después de graduarse³¹.

Sistema Educativo Peruano. Organización del desarrollo de la educación en el Perú, que conforme a la Ley General de Educación y la Constitución Política del Estado, se organiza de la siguiente manera: programas, ciclos, modalidades, categorías, niveles y etapas. Se divide en dos etapas:

- 1era etapa: Educación básica
- 2da etapa: Educación superior.

Educación Básica. Esta es la 1era etapa del sistema educativo peruano, que posee como fin promocionar la formación integral de los educandos, para realizar su

potencial, desarrollar sus habilidades, conocimientos, aptitudes y valores básicos para actividades adecuadas y eficaces en todas las áreas de la educación y sociedad. Se divide en: Educación básica regular, Educación básica alternativa y Educación básica especial.

Nivel de educación inicial. Conformar el 1er nivel de la Educación básica regular, ofreciendo para niños de 0 a 2 años (Cuna Jardín) en modalidad no escolarizada y para niños de 3 a 5 años (Inicial Jardín) en modalidad escolarizada.

Nivel de educación primaria. Es el 2do nivel y conforma del III al VI ciclo de la Educación Básica Regular; la educación tiene una extensión de 6 años, desde el 1er hasta el 6to grado de primaria, y está destinada a educandos de aproximadamente 6 a 11 años.

Nivel de educación secundaria. Es el 3er nivel y forma los ciclos VI y VII de la Educación Básica Regular, incluyendo las modalidades de menores y adultos. Los beneficios son escolarizados por medio de escuelas y de manera no escolarizada por medio de programas formativos, se dicta en 5 años. El objetivo de la educación secundaria está orientado a:

- Ahondar el desarrollo científico, humanístico y la formación de valores obtenidos en el nivel primaria.
- Otorgar apoyo vocacional y capacitar a los estudiantes en diversos campos con estándares teóricos y prácticos.

Superior No Universitaria. Abarca las Escuelas Normales, la Escuela Superior de Educación profesional (ESEP), la Escuela de Sub-Oficiales de las Fuerzas Armadas, Escuela Superior de Administración de Empresas, Institutos Superiores Tecnológicos e Institutos Superiores Pedagógicos. En cada uno de estos casos, la duración de los estudios no suele ser inferior a 3 años.

Superior Universitaria. Abarca la Universidad, Seminarios Religiosos, la Academia Diplomática del Perú, Instituto Superior de Arte del Perú, la Escuela de Periodismo, la Escuela de Oficiales de las Fuerzas Armadas y Policiales, Instituto pedagógico nacional y la Escuela de Enfermería. En cada uno de estos casos, la duración de los estudios no es inferior a 4 años³¹.

Estado civil:

Esto es el contexto de un individuo que tiene una ley o costumbre en el país que se aplica al matrimonio o la convivencia.

El estado civil es una cualidad de los individuos que se examina en cualquier censo por su significancia en el desarrollo y disolución de la familia, la cual se considera el cimiento del que depende la sociedad de una nación.

Abarca las categorías mostradas a continuación:

- Conviviente (unión de hecho). Es un individuo que vive con su pareja sin contraer matrimonio religioso o civil.

- Separado (de matrimonio o de convivencia). Es un individuo que se encuentra separada de su cónyuge y no vive en unión de hecho o convivencia.
- Casado. Es un individuo que contrae matrimonio religioso y/o civil y convive con su cónyuge.
- Viudo (de matrimonio o convivencia). Esto se aplica a un individuo que no ha vuelto a contraer nupcias o vive en una unión de hecho o cohabitación después de la muerte de un cónyuge.
- Divorciado. Son personas que han terminado su matrimonio por sentencia judicial y no se han vuelto a casar ni han vivido en unión de hecho o convivencia.
- Soltero. Se trata de alguien que nunca ha estado casado, nunca vivió o vive en unión de hecho o convivencia³¹.

- **Ocupación:**

Este tipo de vinculo que presenta entre un empleado y un gerente en el lugar de trabajo o entre él y un empleado. La primera diferencia básica es si trabajas independientemente o dependientemente³¹.

Abarca las categorías mostradas a continuación:

- Empleado. Personas dedicadas principalmente a profesiones intelectuales; trabajar en instituciones, organizaciones, empresas privadas o estatales y recibir una compensación por su trabajo cada dos semanas o 4 en forma de salarios, comisiones, en especie, etc.

- Obrero. Una persona que se dedica principalmente al trabajo físico; trabaja en una compañía o empresa privada o pública y recibe salario, trabajo a destajo, comisión semanal, quincenal o diaria. Por ejemplo: trabajador de una compañía de calzado, ayudante de albañilería.
- Trabajador Independiente. Es el individuo que cuenta con su propio negocio lo dirige y lidera por sí mismo una profesión u oficio, no posee trabajadores con remuneración a su cargo.
- Trabajador(a) del Hogar. Es un individuo que presta un servicio pago en una casa particular. Estos servicios se refieren a trabajos específicos del hogar como: lavandería, cocina, mucama, chofer, etc.
- Ama de casa. Se define como una persona mayor o igual a 15 años, hombre o mujer, que toma decisiones de compra diarias para el manejo del hogar.
- **Estrato socioeconómico.** Es una medida sociológica y económica general que coordina la preparación de un individuo para el trabajo y su posición económica y social en asociación con los demás, en relación a sus ingresos, la educación y el uso. Al estudiar el nivel socioeconómico de un grupo familiar, se examina los ingresos, la orientación, la educación y la ocupación del hogar, así como los ingresos agregados, relativos al individuo, y también se analizan los atributos individuales de los miembros.

El nivel socioeconómico generalmente se define como bajo, medio y alto. Los individuos con un nivel socioeconómico bajo suelen tener un menor acceso a los

recursos financieros, educativos, sanitarios y sociales que las personas con un mayor nivel socioeconómico. Como resultado, es más probable que estas personas tengan mala salud y padezcan enfermedades crónicas y discapacidades. También conocido como estatus socioeconómico.

3.3 Definición de términos

a) Número de Gestantes Controladas:

Cantidad de mujeres embarazadas que tuvieron al menos seis controles prenatales³².

b) Anamnesis:

Se refiere a la información recogida por los profesionales de la salud por medio de interrogantes específicas y desarrolladas para el propio paciente o para otros sujetos asociados³².

c) Examen clínico general:

Es una serie de operaciones realizadas por un médico o enfermera con el fin de adquirir información sobre la salud de un individuo. La ciencia responsable de su análisis se llama semiótica clínica³³.

d) Gestante atendida:

Significa la primera visita prenatal que percibe una mujer embarazada durante su gestación actual³⁴.

e) Gestante controlada:

Se identifican a las mujeres embarazadas que han realizado su 6ta visita prenatal y han recibido este paquete básico de maternidad³⁵.

f) Situación fetal:

Es el vínculo entre el eje longitudinal de la madre y el feto. Al principio de la labor de parto, es importante conocer la posición del feto en la cavidad uterina, porque es el principal determinante de la vía de extracción³⁵.

g) Posición fetal:

La posición fetal, como su nombre señala, se refiere a la posición del feto en el cuerpo durante el embarazo y el desarrollo. La mayoría de las veces, la espalda está doblada o la cabeza está doblada hacia adelante y las extremidades están dobladas y orientadas hacia el torso³⁶.

h) Presentación fetal:

Muestra la forma en la que el bebé está situado con el fin de que pase por el canal de parto para el alumbramiento.

i) Encajamiento fetal:

Se relaciona al momento en que el mayor diámetro de la presentación fetal pasa por la abertura pélvica. Si la presentación es craneal

(anterior), el diámetro superior (9,5 cm) es biparietal (entre los dos huesos parietales del cráneo del infante); si la espalda tiene forma, el diámetro superior está entre la cadera. El encajamiento se puede confirmar por palpación³⁷.

j) Signos:

Es la señal que se descubre en los exámenes físicos o una prueba de laboratorio que señala que un sujeto puede tener cierta condición o padecimiento. Algunos ejemplos de signos son fiebre, hinchazón, sarpullido, presión arterial alta o nivel alto de azúcar en la sangre³⁷.

k) Síntomas:

Es una referencia subjetiva u objetiva dada por el paciente a lo que percibe como anormal o causado por una condición patológica o padecimiento³⁸.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1 Tipo de estudio

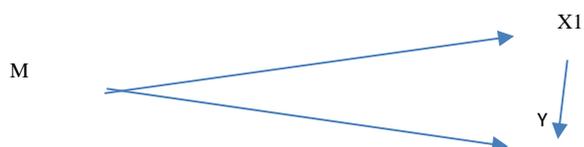
La investigación según el enfoque fue cuantitativa, ya que, se recopiló los datos para probar hipótesis, fundamentándose en mediciones numéricas y análisis estadístico, para conocer la correlación o asociación entre variables independiente y dependiente.

Según su finalidad fue descriptivo, en este tipo de estudio el objeto es exponer el contexto de estudio realizando una enumeración establecida de sus cualidades. Conforme con el periodo temporal la investigación fue de corte transversal, porque los datos fueron recolectados en un único periodo de tiempo. Asimismo, fue un estudio retrospectivo, porque se observaron los hechos y se registraron los acontecimientos.

4.2 Diseño de Investigación

Fue un diseño no experimental, de tipo descriptivo correlacional; sin manipulación o cambio deliberado en la variable independiente para cambiarla y observar la consecuencia en la variable dependiente. Son estudios que solo investigan fenómenos que ocurren en un entorno natural o real.

El esquema del diseño de investigación es el mostrado a continuación:



Donde:

M: Muestra

X1: Variable independiente (Factores sociodemográficos)

Y: Variable dependiente (Acceso a la atención prenatal)

r: Asociación.

4.3 Población o Universo

El estudio se aplicó en el Hospital de Apoyo Recuay Nivel 2-1, localizado en el Jr. Bolívar S/N, de la provincia de Recuay - Departamento de Áncash. La población estuvo constituida por 100 gestantes atendidas en el consultorio materno, en el año 2018 y 87 gestantes atendidas el año 2019, que asistieron a su atención prenatal, según el libro de partos y cuaderno de registros del Servicio Materno del Hospital de Apoyo Recuay, haciendo un total de $N^{\circ} = 187$ gestantes atendidas, para ello se tomó en consideración los criterios siguientes:

Criterio de inclusión:

- Gestantes que asistieron a su atención prenatal en el periodo 2018-2019 al Servicio Materno del Hospital de Apoyo Recuay.
- Gestantes registradas con datos completos, según objetivos de la investigación en el libro de partos y cuaderno de registros del Hospital de Apoyo Recuay.
- Gestantes de todas las edades que acudieron a su atención prenatal en el Hospital de Apoyo Recuay, en el periodo de estudio.
- Gestantes de alto y bajo riesgo obstétrico, que asistieron para su atención prenatal.

Criterios de exclusión:

- Gestantes que asistieron a su atención prenatal en los otros periodos de atención, en el Servicio Materno del Hospital de Apoyo Recuay.
- Gestantes no registradas en el libro de partos y cuaderno de registros del Hospital de Apoyo Recuay.
- Gestantes de todas las edades que asistieron a su atención prenatal en los otros periodos de atención, en el Servicio Materno del Hospital de Apoyo Recuay.

4.4 Unidad de Análisis y Muestra

4.4.1 Unidad de Análisis

La unidad de análisis estaba integrada por cada una de las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay, en los meses enero - diciembre del 2018 - 2019, respectivamente, hasta completar la cantidad de la muestra.

4.4.2 Muestra

Por ser accesible para la obtención de datos, se trabajó con toda la población planteada ($n= 187$), determinándose para ello, el muestreo no probabilístico de una muestra por conveniencia.

Es la muestra que estuvo disponible en el tiempo o periodo de investigación, por lo cual se eligió revisar los libros de partos y cuadernos de registros diarios, para recolectar la información, especialmente en esta época de confinamiento y distanciamiento social por el coronavirus (SARS-Cov-2).

4.5 Instrumento de Recolección de datos

4.5.1 Técnica de Recolección de Datos

En la investigación se utilizan técnicas bibliográficas, que son técnicas de recogida de información de distintas fuentes (libros, diarios, revistas, tesis, etc.) y utilizando las herramientas definidas conforme a dichas fuentes. En tal sentido en la presente investigación se realizó la revisión de los libros de partos, historias clínicas y cuaderno de registros diarios del Servicio de Materno del Hospital de Apoyo Recuay.

4.5.2 Instrumento de Recolección de Datos

La ficha de recolección de datos (Anexo 1), constó de varios criterios según las variables desarrolladas, los objetivos planteados y las hipótesis. El instrumento de recolección de datos estuvo distribuido de la siguiente manera:

I. Parte: Factores sociodemográficos, consta de 5 Ítems: Edad, nivel educativo, estado civil, ocupación y estrato socioeconómico.

II. Parte: Acceso a la atención prenatal, consta de 02 Ítems. Asistencia a la primera atención prenatal y número de atenciones prenatales.

Validez

La validez, un instrumento que permite la medición en forma verídica y conveniente la característica, para cuya medida ha sido elaborada. La validación realizada por los jueces es una técnica manejada para medir el nivel de validez del instrumento. La Validación del instrumento de recolección de datos, se realizó por medio del juicio de expertos, los cuales fueron conformados por 02 profesionales en Obstetricia (Anexo 2).

En la tabla de validez se presenta a los profesionales participantes en la validación

Tabla 1

Validez por juicio de expertos de los instrumentos

DNI	EXPERTO (A)	ESPECIALISTA	CALIFICACIÓN
40324426	Lic. RIOS SALINAS, Rosa M.	Temático	Aplicable
31661737	Lic. SAENZ GARCIA, Chavela M.	Temático	Aplicable

Fuente: Elaboración propia.

Confiabilidad

Se refiere al nivel de aplicabilidad del instrumento de manera reiterada a un sujeto u objeto y genera los mismos resultados. Además, el alfa de Cronbach aprueba la formación de similitud de cada uno de los ítems planteados.

En esta investigación el valor obtenido para el Alfa de Cronbach es de 0.826 para el grupo de la muestra, lo cual indica que es altamente confiable al ser mayor que 0.80, pero si oscilan entre 0,60 y 0,80 se considera confiable. Por ello se consideró que el instrumento empleado para recolectar la información es válido para la aplicación.

Tabla 2

Rangos de confiabilidad

Rangos	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy Alta
0,61 a 0,80	Alta
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Muy Baja

Fuente: Tomado de Ruiz Bolívar (2002) .

Nuestro valor obtenido es de 0.826, de acuerdo con este valor nuestra confiabilidad es muy alta.

Tabla 3

Resultado de la prueba de confiabilidad

Tipo de aplicación	N° de datos	N° de ítems	Alfa de Cronbach
General	187	24	0,826

Nota: Elaboración propia

4.6 Análisis Estadístico e Interpretación de la Información

Análisis descriptivo.

La información se recogió usando la ficha de datos del historial clínico de las gestantes con acceso a la atención prenatal en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019, que se procesaron en el Microsoft Excel, asimismo, fue digitalizada y procesada en el programa estadístico SPSS V.24. Con el fin del cálculo del dato descriptivo categórico se llevó a cabo la distribución de frecuencias y porcentajes, en tablas cruzadas, considerando las variables.

Finalmente, se efectuó el análisis inferencial no paramétrico del chi cuadrado y además regresión logística, para demostrar el grado de asociación entre el factor sociodemográfico y el acceso a la atención prenatal, se valida la hipótesis de la investigación, evaluando el valor para establecer la asociación estadísticamente significativa y considerando el valor de ($p < 0,05$) con un grado de confianza del 95%.

4.7 Ética de la Investigación

El estudio respeta lo estipulado en el código de ética de investigación de la Universidad Nacional “Santiago Antúnez de Mayolo” Facultad de Ciencias

Médicas de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, es así, que el estudio estuvo basado en los siguientes principios éticos:

- Probidad, los resultados presentados son reales y fehacientes, no han sido manipulados, con intenciones de vulnerar la objetividad de la investigación.
- Autonomía en cuanto el director decidió libre y voluntariamente en otorgar el acceso al Hospital de Apoyo Recuay Áncash y al historial clínico de las gestantes para la extracción de datos con fines de estudio.
- Respeto a la propiedad intelectual, porque se hace mención a cada autor citado en la investigación y así respetar su autoría evitando el plagio total o parcial de los contenidos y teorías científicas obtenidos de las diferentes fuentes de investigación.
- Responsabilidad, en toda la información bibliográfica y la recopilación de datos, bajo la autorización del hospital y cumpliendo los protocolos de bioseguridad por la pandemia a causa del Covid-19.
- Confidencial, en función a los integrantes de la muestra, el historial clínico fue usado específicamente para la recopilación de datos, en absoluta reserva de identidad de las gestantes y bajo el compromiso que no serán divulgados a otras personas o a los expertos de evaluación de la investigación, siendo de uso exclusivo para el estudio.
- La investigación se ha estructurado respetando los lineamientos de acuerdo con el esquema del reglamento de grados y títulos de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNASAM y a la normativa actualizada Vancouver que ha dado origen al presente Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE).

5. RESULTADOS

Tabla 4. Edad asociada al acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019.

EDAD		ASISTENCIA A LA 1 ^{era} ATENCIÓN		Total
		APN TEMPRANA	APN TARDÍA	
15-19 años	N°	33	4	37
	%	17.6%	2.1%	19.7%
20-24 años	N°	15	22	37
	%	8.0%	11.8%	19.8%
25-29 años	N°	29	8	37
	%	15.5%	4.3%	19.8%
30-34 años	N°	37	9	46
	%	19.8%	4.8%	24.6%
-> de 34 años	N°	21	9	30
	%	11.2%	4.8%	26.0%
Total	N°	135	52	187
	%	72.1%	27.9%	100%

$\chi^2 = 26,123$ p-Valor = 0,000

El resultado de la tabla 4 muestra que el mayor porcentaje 19,8% de las gestantes con edad contenida entre 30 y 34 años tienen acceso a la atención prenatal temprana antes o hasta las 12 semanas y un menor porcentaje 2,1% de ellas con edad entre 15 y 19 años acceden a la atención prenatal tardía.

La prueba estadística Chi-cuadrado con $p\text{-valor} = 0,000 < 0,05$ expone que existe asociación significativa entre la edad como factor sociodemográfico y el acceso a la atención prenatal.

Tabla 5. Edad asociada al número de atenciones prenatales en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019.

EDAD		N° DE ATENCIONES PRENATALES		
		APN INADECUADA	APN ADECUADA	Total
15-19 años	N°	17	20	37
	%	9.1%	10.7%	19.8%
20-24 años	N°	28	9	37
	%	15.0%	4.8%	19.8%
25-29 años	N°	5	32	37
	%	2.7%	17.1%	19.8%
30-34 años	N°	5	41	46
	%	2.7%	21.9%	24.6%
-> de 34 años	N°	10	20	30
	%	5.3%	10.7%	16.0%
Total	N°	65	122	187
	%	34.8%	65.2%	100%

$\chi^2 = 26,123$ p-Valor = 0,000

El resultado de la tabla 5 muestra que el mayor porcentaje 21,9% de las gestantes con edad contenida entre 30 y 34 años tienen un número adecuado de acceso a la atención

prenatal adecuada y un menor porcentaje 2,7% de ellas con el mismo rango de edad tienen un número de atención prenatal inadecuado.

La prueba estadística Chi-cuadrado con $p\text{-valor} = 0,000 < 0,05$ expone que existe asociación significativa entre la edad como factor sociodemográfico y el acceso al número de atenciones prenatales.

Tabla 6. Nivel educativo asociado al acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019.

NIVEL EDUCATIVO		ASISTENCIA A LA 1 ^{era} ATENCIÓN		
		APN TEMPRANA	APN TARDÍA	Total
Analfabeta	N°	5	4	9
	%	2.7%	2.1%	4.8%
Primaria	N°	24	15	39
	%	12.8%	8.0%	13.6%
Secundaria	N°	67	31	80
	%	35.8%	16.6%	52.4%
Superior universitaria	N°	15	1	16
	%	8.0%	0.5%	8.5%
Superior técnica	N°	24	1	25
	%	12.8%	0.5%	13.3%
Total	N°	135	52	187
	%	72.1%	27.9%	100%

$\chi^2 = 14,923$ p-Valor = 0,005

El resultado de la tabla 6 muestra que el mayor porcentaje 35.8% de las gestantes que han estudiado secundaria y tienen acceso a la atención prenatal temprana antes o hasta las 12 semanas y un menor porcentaje 0,5% de ellas han estudiado superior técnica y universitaria, estas acceden de forma tardía después de las 12 semanas a la atención.

La prueba estadística Chi-cuadrado con $p\text{-valor} = 0,000 < 0,05$ expone que existe relación significativa entre el nivel educativo como factor sociodemográfico y el acceso a la atención prenatal.

Tabla 7. Nivel educativo asociado al número de atenciones prenatales en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019.

NIVEL EDUCATIVO		N° DE ATENCIONES PRENATALES		
		APN INADECUADA	APN ADECUADA	Total
Analfabeta	N°	6	3	9
	%	3.2%	1.6%	4.8%
Primaria	N°	19	20	39
	%	10.2%	10.7%	20.9%
Secundaria	N°	30	68	98
	%	16.0%	36.4%	52.4%
Superior universitaria	N°	4	12	16
	%	2.1%	6.4%	8.5%
Superior técnica	N°	6	19	25
	%	3.2%	10.2%	13.4%
Total	N°	65	122	187
	%	34.7%	65.3%	100%

$$x^2 = 14,923$$

$$p\text{-Valor} = 0,005$$

El resultado de la tabla 7 muestra que el mayor porcentaje 36,4% de las gestantes que han estudiado secundaria tienen acceso a la atención prenatal adecuada y un menor porcentaje 1,6% de ellas sin nivel educativo (analfabetas) tienen un número de atención prenatal inadecuado. La prueba estadística Chi-cuadrado con $p\text{-valor} = 0,000 < 0,05$ expone que existe relación significativa entre el nivel educativo como factor sociodemográfico y el acceso al número de atenciones prenatales.

Tabla 8. Estado civil asociado al acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019.

ESTADO CIVIL		ASISTENCIA A LA 1 ^{era} ATENCIÓN		
		APN TEMPRANA	APN TARDÍA	Total
Casada	N°	13	0	13
	%	7.0%	0.0%	7.0%
Soltera	N°	41	17	58
	%	21.9%	9.1%	31.0%
Conviviente	N°	81	35	115
	%	43.3%	18.7%	62%
Total	N°	135	52	187
	%	72.1%	27.9%	100%

$x^2 = 5,396$ p-Valor = 0,067

El resultado de la tabla 8 muestra que el mayor porcentaje 43.3% de las gestantes son convivientes y acceden a la atención prenatal temprana antes o hasta las 12 semanas y un menor porcentaje 0,0% de ellas con estado civil casadas acceden a la atención prenatal tardía después de las 12 semanas. La prueba estadística Chi-cuadrado con $p\text{-valor} = 0,067 > 0,05$ expone que no existe relación significativa entre el estado civil como factor sociodemográfico y el acceso a la atención prenatal.

Tabla 9. Estado civil asociado al número de atenciones prenatales en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019.

ESTADO CIVIL		N° DE ATENCIONES PRENATALES		
		APN INADECUADA	APN ADECUADA	Total
Casada	N°	0	13	13
	%	0.0%	7.0%	7.0%
Soltera	N°	30	28	58
	%	16.0%	15.0%	31.0%
Conviviente	N°	35	81	116
	%	18.7%	43.3%	62.0%
Total	N°	65	122	187
	%	34.7%	65.3%	100%

$\chi^2 = 5,396$ p-Valor = 0,067

El resultado de la tabla 9 muestra que el mayor porcentaje 43.3% de las gestantes son convivientes y acceden a la atención prenatal adecuada y un menor porcentaje 0,0% de ellas con estado civil casada tienen un número de atención prenatal inadecuado.

La prueba estadística Chi-cuadrado con p-valor = 0,067 > 0,05 expone que no existe relación significativa entre el estado civil como factor sociodemográfico y el acceso al número de atenciones prenatales.

Tabla 10. Ocupación asociada al acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019.

OCUPACION		ASISTENCIA A LA 1 ^{era}		
		ATENCIÓN		
		APN TEMPRANA	APN TARDÍA	total
Empleada	N°	21	0	21
	%	11.2%	0.0%	11.2%
Ama de casa	N°	75	38	113
	%	40.1%	20.3%	60.4%
Estudiante	N°	26	12	38
	%	13.9%	6.4%	23.3%
Independencia	N°	13	2	15
	%	7.0%	1.1%	8.1%
Total	N°	135	52	187
	%	72.2%	27.8%	100%

$\chi^2 = 11,831$ p-Valor = 0.008

El resultado de la tabla 10 muestra que el mayor porcentaje 40.1% de las gestantes son amas de casa y acceden a la atención prenatal temprana antes o hasta las 12 semanas y un menor porcentaje 0,0% de ellas son empleadas y tienen acceso a la atención prenatal tardía después de las 12 semanas.

La prueba estadística Chi-cuadrado con p-valor = 0,008 < 0,05 expone que existe relación significativa entre la ocupación como factor sociodemográfico y el acceso a la atención prenatal.

Tabla 11. Ocupación asociada al número de atenciones prenatales en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019.

OCUPACIÓN		N° DE ATENCIONES PRENATALES		
		APN INADECUADA	APN ADECUADA	Total
Empleada	N°	0	21	21
	%	0.0%	11.2%	11.2%
Ama de casa	N°	36	77	113
	%	19.3%	41.2%	60.5%
Estudiante	N°	23	15	38
	%	12.3%	8.0%	20.3%
Independencia	N°	6	9	15
	%	3.2%	4.8%	8.0%
Total	N°	65	122	187
	%	34.8%	65.2%	100%

$\chi^2 = 11,831$ p-Valor = 0.008

El resultado de la tabla 11 muestra que el mayor porcentaje 4,2% de las gestantes son amas de casa y tienen un número de atención prenatal adecuado y un menor porcentaje 0,0% de ellas son empleadas y tienen un número inadecuado de atenciones prenatales. La prueba estadística Chi-cuadrado con p-valor = 0,008 < 0,05 expone que existe relación significativa entre la ocupación como factor sociodemográfico y el acceso al número de atenciones prenatales.

Tabla 12. Estrato socioeconómico asociada al acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019.

ESTRATO SOCIOECONÓMICO		ASISTENCIA A LA 1 ^{era} ATENCIÓN		
		APN TEMPRANA	APN TARDÍA	Total
Bajo	N°	32	11	34
	%	17.1%	5.9%	23.0%
Medio	N°	103	41	144
	%	55.1%	21.9%	77.0%
Total	N°	135	52	187
	%	72.1%	27.9%	100%

$\chi^2 = 11,96$ p-Valor = 0,710

El resultado de la tabla 12 muestra que el mayor porcentaje 55.1% de las gestantes son de un estrato socioeconómico medio y acceden a la atención prenatal temprana antes o hasta las 12 semanas y un menor porcentaje 5,9% de ellas son de un estrato socioeconómico bajo y tienen acceso a la atención prenatal tardía.

La prueba estadística Chi-cuadrado con p-valor = 0,710 > 0,05 expone que no existe relación significativa entre el nivel socioeconómico como factor sociodemográfico y el acceso a la atención prenatal.

Prueba de Hipótesis

Tabla 14. Resumen de los factores sociodemográficos asociados al acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019.

Variables	B	D Error	Exp(B)	Gl	t	Sig.	I.C.95.0% para Exp(B)	
							Inferior	Superior
Edad	-,012	,025	-,037	1	-,482	,030	-,062	,038
Nivel educativo	-,171	,038	-,386	1	-4,56	,000	-,245	-,097
Estado civil	,055	,051	,076	1	1,065	,288	-,047	,156
Ocupación	-,004	,046	-,007	1	-,089	,006	-,095	,087
Estrato socioeconómico	,253	,092	,238	1	2,768	,929	,073	,434
Constante	1,258	,220	,000	1	5,718	,000	,824	1,692

En el resumen del procesamiento de regresión logística, las variables que resultaron ser significativas fueron: Edad con p-valor= 0,030; nivel educativo con un p-valor= 0,000; y ocupación, con un p-valor= 0,006; en los 3 casos los valores son menores a 0,05. Lo cual indica que los factores sociodemográficos asociados al acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019 son: Edad, nivel educativo y ocupación.

6. DISCUSION

Los resultados respecto al objetivo general a partir del procesamiento de regresión logística sobre la asociación entre los factores sociodemográficos y el acceso a la atención prenatal en gestantes, las variables que resultaron ser significativas fueron: Edad con p-valor= 0,030; nivel educativo con un p-valor= 0,000; y ocupación, con un p-valor= 0,006; en los 3 casos los valores son menores a 0,05. Lo cual indica que los factores sociodemográficos significativamente asociados al acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019 son: Edad, nivel educativo y ocupación.

Dichos resultados concuerdan con las investigaciones realizadas por: MARRUGO Carlos (2016) expresa que la edad de la madre, el nivel educativo en asociación con el acceso a la atención prenatal es altamente significativas, es decir el mayor porcentaje de las gestantes con secundaria completa o estudios superiores acudieron a su control prenatal. Por su parte VERA Katuska (2016) expresa que los componentes más significativos asociados a la no asistencia al control prenatal por parte de las gestantes fueron: Pobreza, el grupo de gestantes con este problema durante el embarazo tenía un promedio de 3,5 controles, sin ningún nivel de formación con un promedio de 2,5 controles. FÚNEZ Yaoska (2017) menciona, no ser ama de casa y el alto nivel académico fueron los factores sociodemográficos más importantes, dijo, mientras que el embarazo múltiple, la participación en más de 4 exámenes y un intervalo genético de más de 2 años fueron los más altos en comparación con los factores obstétricos. Asimismo, FLORES Carmen (2016) en su investigación determino que los factores sociodemográficos inciden en la mortalidad perinatal y el seguimiento prenatal estudiados; las variables sociodemográficas, vivir en centros

poblados, región oriental o pacífica, y pertenecer al nivel Sisbén I, son las que evidenciaron mayor frecuencia de muerte perinatal, con valores de 1,7%, 1,5%, 1,4% y 1,4%, correspondientemente.

Sin embargo, los resultados difieren con los resultados del estudio realizado por: MACHADO Saray (2017) expresa, de que hay componentes personales significativos como sentimientos negativos por problemas afectivos, familiares y conyugales (92,9%). Social: poco apoyo emocional del grupo familiar y la pareja (47,6%) y apoyo institucional: las gestantes creían que no estaban preparadas físicamente para el parto (74,7%). Estos componentes se asociaron significativamente con la no asistencia al control prenatal. LIGUA Carlos (2017) menciona en su investigación que todas las mujeres gestantes obedecieron con los criterios de inclusión relevantes y la mayoría tuvo más de 5 visitas prenatales y comenzó la atención temprano, pero luego abandonó. QUIJAITE Tifany (2019) señaló que los factores sociodemográficos e institucionales no mostraron asociaciones significativas en el análisis bivariado. Por otro lado, factores personales como antecedentes de violencia (OR= 2,3; IC 95% = 1,1–4,9) y falta de interés en una pareja (OR= 3,7; IC 95% = 1,8–7,7), así como el obstétrico o embarazo no planeado (OR= 3,7; IC 95% = 1,8–7,7) = 6,6; IC del 95 % = 2,7–16,4) asociado con el inicio tardío de la atención prenatal. RIVERA Lauro (2018) encontró que faltar a una cita fue un factor vinculado con una cobertura de maternidad inapropiada ($p = 0,048$), mientras que tener un seguro de salud antes de la atención prenatal se vinculó con una atención prenatal oportuna ($p = 0,013$).

Con respecto a las variables cabe señalar, los factores sociodemográficos forman una actividad estadística que consiste en un conjunto de indicadores que admiten estudiar cómo influyen en la decisión de una mujer embarazada de tomar control prenatal, los

cuales pueden ser: La edad, el nivel educativo, estado civil, ocupación, procedencia y estrato socioeconómico. La atención prenatal es el seguimiento y estudio integral de la mujer embarazada y del feto con medidas sistemáticas y rutinarias encaminadas a prevenir, diagnosticar y tratar los componentes que pueden afectar la morbimortalidad materna y perinatal²⁸. Y el acceso a la atención prenatal es el acceso a los servicios de salud como uno de los desafíos más significativos que enfrentan los sistemas de salud, principalmente en los países de bajos y medianos ingresos, y se comprende como la capacidad de un individuo o un conjunto de individuos para buscar y recibir atención en salud. En la definición de acceso, se presenta como un componente clave para brindar acceso el hecho de que sea posible buscar servicios y satisfacer necesidades o un deseo individual o colectivo³⁰.

Respecto al objetivo específico 1.

Los resultados con respecto, edad asociada al acceso a la atención prenatal en gestantes y al número de atenciones prenatales en gestantes atendidas, muestran que el mayor porcentaje 19,8% de las gestantes con edad comprendida entre 30 y 34 años tienen acceso a la atención prenatal temprana antes o hasta las 12 semanas y un menor porcentaje 2,1% de ellas con edad entre 15 y 19 años acceden a la atención prenatal tardía. Asimismo, se expone que las mujeres entre 15 a 19 años acceden a la atención prenatal temprana en un 17,6% y las mujeres entre 25 a 29 años representan un 15,5%. Los resultados también muestran que el mayor porcentaje 21,9% de las gestantes con edad contenida entre 30 y 34 años tienen acceso a la atención prenatal adecuada y un menor porcentaje 2,7% de ellas con el mismo rango de edad tienen un número de atención prenatal inadecuado, el 15% de las mujeres entre 20 a 24 años, tienen un número de acceso inadecuado a la atención prenatal.

Dichos resultados concuerdan con la investigación realizada por MARRUGO Carlos (2016), la edad materna comparada con el mejor control fue altamente significativa y los coeficientes (1.47 y 1.53) indicaron que el efecto de la variable área de vivienda no fue significativo en el modelo. Por su parte VÁSQUEZ Darwin (2016), determino que la mayoría son gestantes adolescentes entre 14 – 17 años, que representan el 27%, asimismo que el 83% no planificaron su embarazo, un 46% tienen de 0 a 2 controles, el 24 y 21% no asiste a los controles por falta de interés y por ocultar el embarazo de la sociedad respectivamente, siendo uno de los principales problemas los embarazos no deseados y a temprana edad. Asimismo, FÚNEZ Yaoska (2017) menciona que, la incidencia de adherencia al CPN fue de 29%. Pacientes Adultas representan un total del 70.9% y en cuanto a los adolescentes se obtuvo un 29%. Por su parte CÉSPEDES Cynthia (2018) y VÁSQUEZ Claudia (2018) señalan que el 35,7% de gestantes concernió al grupo etario de 20-24 años, siendo porcentajes menores que pertenecían a otras diferentes edades. Y el 78,4% de las púerperas con atención prenatal insuficiente tuvieron una edad entre los 20 y 34 años, respectivamente. BURGOS Nancy (2016) determinó que la mayoría de los encuestados eran adultos jóvenes y adultos (86,4 %), hispanos (98,2 %), tipo de seguro SIS (87,3 %) y la mayoría tenía seguro antes del embarazo (65,5 %). En cuanto a los factores personales, la mayoría no planeó el embarazo (64,5%), decidió usar anticonceptivos (86,4%), faltó a una cita (71,8%), tuvo dificultad para cuidar a los hijos (94,5%) y tuvo poco apoyo de la pareja. (85,5%).

Con respecto a la dimensión edad es preciso señalar que su origen proviene de la palabra latina aetas, que se refiere a la vida o al tiempo vivido. La importancia del tiempo no solo como categoría de puesta en escena biológica, sino también como

construcción sociocultural y simbólica, según su cosmovisión, indica la condición temporal y espacial de cada ciclo de vida cultural, encarnado no solo por el arte: la literatura, la arquitectura, la pintura, escultura, la escritura, la arquitectura y la ciencia han desarrollado y reinventado varios modelos para explicar este fenómeno (Simó C., 2015).

Respecto al objetivo específico 2.

Los resultados evidencian que el mayor porcentaje 35.8% de las gestantes tienen un nivel educativo de secundaria y tienen acceso a la atención prenatal temprana antes o hasta las 12 semanas y un menor porcentaje 0,5% de ellas han estudiado superior técnica y universitaria, estas acceden de forma tardía después de las 12 semanas a la atención prenatal. Asimismo, el mayor porcentaje 36,4% de las gestantes que han estudiado secundaria tienen acceso a la atención prenatal adecuada y un menor porcentaje 1,6% de ellas sin nivel educativo (analfabetas) tienen un número de atención prenatal inadecuado.

Los resultados obtenidos contradicen a MARRUGO Carlos (2016) expuso que el 26% de las mujeres no tenían educación y no participaban en el control prenatal, mientras que el 14,5% participaba en algunas pruebas que se consideraban óptimas. Entre las mujeres con educación superior, el 0,43% no participó en ningún control prenatal, mientras que el 97,34% participó en el control óptimo. El coeficiente de educación indicó que las madres con educación secundaria tenían un riesgo relativo 72% menor de control subóptimo que las madres sin educación. El riesgo era aún más bajo (90%) en comparación con las madres con un alto nivel educativo. Por su parte FÚNEZ Yaoska (2017) señala que el 40% de las mujeres gestantes son amas de casa,

y solo tienen estudios secundarios el 52.7% lo que determina la asistencia a las atenciones para sus controles, y a su vez que estos controles sean óptimos. Sin embargo, los resultados de la investigación no concuerdan con los resultados de MEJIA Angie (2018) que afirma, en cuanto a la educación, el 100% tenían un alto nivel educativo, después de asistir a las consultas prenatales el 100% asistieron, declarando el motivo de la visita, el 50% (5) notaron cambios, el 40% (4) después de la derivación y el 10% (1), por otros motivos (interés) en relación a que para el primer control entre la semana 4 y 16, con las gestantes que comenzaron su control en el 1er trimestre de embarazo hallamos el 90% (90). El 100% (10) de las gestantes no costearon por la consulta de control prenatal y la institución responsable de asumir el costo fue el 80% (8) Seguridad social, el 10% (1) medicina prepagada y el 10% (1) secretaría de salud-Alcaldía.

Con respecto a la dimensión nivel educativo, cabe señalar que, es cada una de las etapas que desarrollan un tipo educativo. Casi todos son propedéuticos, solo unos pocos son terminales; algunas son opciones propedéuticas y terminales, es decir, los estudiantes pueden usarlos mientras se preparan para pasar a otro nivel superior o ingresar a la fuerza laboral después de graduarse³¹.

Respecto al objetivo específico 3.

Los resultados muestran que el mayor porcentaje 43.3% de las gestantes son convivientes y acceden a la atención prenatal temprana antes o hasta las 12 semanas y un menor porcentaje 0,0% de ellas con estado civil casada acceden a la atención prenatal tardía después de las 12 semanas. Asimismo, de evidencia que el mayor porcentaje 43.3% de las gestantes son convivientes y acceden a la atención prenatal

adecuada y un menor porcentaje 0,0% de ellas con estado civil casada tienen un número de atención prenatal inadecuado.

Estos resultados tienen similitud con las investigaciones realizadas por CHOQUEHUNCA Julia (2017) menciona que en los factores socioculturales el 73.64% de gestantes su edad fluctuaba entre 20-35 años, un 85.45% son convivientes. MURILLO Valeria (2019) encontró con relación al estado civil de las gestantes que acudían a su control prenatal a los diferentes establecimientos de salud del 56% de ellas su estado civil era solteras. MEJIA Angie (2018) menciona que el 80 % de ellas contaban con parejas, pero no especifica el estado civil. FÚNEZ Yaoska (2017) en su investigación halló que el estado civil de las gestantes solo se define como una asociación estable del 45,5%. Cualidades del parto el 52,7% fueron primigestas y el 35,5% tuvieron parto fisiológico.

Es preciso señalar que El estado civil de una persona es la posición de esa persona en el país con respecto a las leyes o costumbres relacionadas con el matrimonio o la convivencia. El estado civil es una cualidad de las personas que se analiza en cualquier censo por su significancia en el desarrollo y disolución de la familia, la cual se considera el cimiento del que depende la sociedad de una nación³¹.

Respecto al objetivo específico 4.

Los resultados muestran que el mayor porcentaje 40.1% de las gestantes son amas de casa y acceden a la atención prenatal temprana antes o hasta las 12 semanas y un menor porcentaje 0,0% de ellas son empleadas y tienen acceso a la atención prenatal tardía después de las 12 semanas. Además, un mayor porcentaje 41,2% de las gestantes son

amas de casa y tienen un número de atención prenatal adecuado y un menor porcentaje 0,0% de ellas son empleadas y tienen un número inadecuado de atenciones prenatales. Los resultados de investigación tienen similares características con los estudios realizados por FÚNEZ Yaoska (2017) menciona que la prevalencia de adherencia al CPN fue del 40% de las gestantes son amas de casa y acceden a los servicios de control prenatal. CHOQUEHUNCA Julia (2017) en su investigación menciona que el 60,91% eran amas de casa, el 83,64% eran de zona urbana, el 69,09% recibieron apoyo emocional de su pareja y el 64,55% de las gestantes admitieron que recibieron apoyo de su grupo familiar, lo que determina llevar un adecuado control prenatal. VÁSQUEZ Claudia (2018) expresa que, según la profesión de la mujer posparto, la mayor proporción de atención prenatal inadecuada es 74,6%, siendo amas de casa. Por fuente de nacimiento, el 94% de las mujeres con atención prenatal inadecuada eran de origen urbano. Asimismo, CÉSPEDES Cynthia (2018) demostró que las mujeres gestantes que fueron parte de la muestra de la investigación el 71,3% son amas de casa. Todos coinciden en que el acceso a la atención y control prenatal son adecuadas, no obstante, se debe dar mayor énfasis y mayor frecuencia para prevenir riesgos durante el embarazo.

Con respecto a la dimensión ocupación, este tipo de asociación existe entre un empleado y un gerente en el lugar de trabajo o entre él y un empleado. La primera distinción fundamental es si una persona trabaja independiente o dependiente, un ama de casa es un hombre o una mujer de 15 años o más que toma las decisiones de compra diarias para administrar el hogar³¹.

Respecto al objetivo específico 5.

Los resultados exponen que el mayor porcentaje 55.1% de las gestantes son de un estrato socioeconómico medio y acceden a la atención prenatal temprana antes o hasta las 12 semanas y un menor porcentaje 5,9% de ellas son de un estrato socioeconómico bajo y tienen acceso a la atención prenatal tardía. Además, se evidencia que el mayor porcentaje 52,9% de las gestantes son de un estrato socioeconómico medio y tienen un número adecuado de acceso a la atención y un menor porcentaje 10,7% de ellas son de un estrato socioeconómico bajo y tienen un número inadecuado de atenciones prenatales.

Los resultados obtenidos son contrarios a las investigaciones realizadas por: HERNÁNDEZ Akram (2019) menciona, Recibir más CPN aumentó la posibilidad de recibir CPN de alta calidad (49,6 % y 59,9 % para 6 y 8 controles, respectivamente). Provenir de zona de montaña (RPa=0,85; IC 95%: 0,80-0,91), vivir en zona rural (RPa=0,94; IC 95%: 0,89-0,99), corresponder a población indígena (RPa=0,72; 95) % IC: 0,66-0,79) se asocia con una inferior probabilidad de recibir CPN de alta calidad. CÉSPEDES Cynthia (2018) determina que las mujeres gestantes que acceden a los controles provienen de la zona urbana en 88,5%; y el 66,9% corresponde al nivel socioeconómico marginal (E). QUIJAITE Tifany (2019) menciona, en el estudio bivariado, los factores sociodemográficos e institucionales no mostraron asociaciones significativas.

Con relación a la procedencia y factores socioeconómicas, se debe señalar que se refiere al lugar de donde provienen las gestantes atendidas en el consultorio materno, en el año 2018, atendidas el 2019, que acudieron a su atención prenatal. Se evalúa

según zona urbana o rural⁶. Como se demuestra en un estudio realizado por Céspedes, sobre factores sociodemográficas de las gestantes, donde, el 25.8% de gestantes de origen rural tuvo acceso a la atención prenatal, lo cual fue mayor confrontado con el 5.4% de gestantes sin acceso, siendo estadísticamente significativo ($p=0.000$), en consecuencia, la procedencia se asoció al acceso de la atención prenatal en gestantes del tercer trimestre. Asimismo, las gestantes de origen rural tienen 6.12 veces más probabilidad de mostrar anemia, que aquellas gestantes de origen urbano⁶.

7. CONCLUSIONES

1. Se ha identificado que existe asociación significativa entre la edad y el acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019.
2. Se ha determinado que existe relación significativa entre el nivel educativo y el acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019.
3. Se ha determinado que no existe relación significativa entre el estado civil y el acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019.
4. Se ha determinado que existe relación significativa entre la ocupación y el acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019.
5. Se ha determinado que no existe relación significativa entre el estrato socioeconómico y el acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019.

8. RECOMENDACIONES

1. A la directora del hospital se recomienda ampliar las atenciones a mujeres de todas las edades y brindar todas las posibilidades para el acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019.
2. A la directora del hospital se sugiere promover campañas de información de acuerdo con el nivel educativo para que las mujeres gestantes tengan mayor interés de acceder a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019.
3. A la directora del hospital se recomienda realizar capacitación al personal en temas de familia y la planificación familiar en función del estado civil de las parejas y que tengan el acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019.
4. Al gobierno regional de Áncash se sugiere generar puestos de trabajo en las diferentes instituciones, empresas y entidades públicas y privadas para que las mujeres tengan igualdad de oportunidades en el ámbito laboral y de este modo tengan la economía para trasladarse a los centros de salud y el acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019.
5. Al personal del hospital se recomienda promover charlas y campañas de atención a las mujeres gestantes de todos los estratos socioeconómico para seguir mejorando el acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Aconseja cuidados prenatales. Ginebra: OMS; 2018. [En línea]2021 [Fecha de acceso 03 de febrero 2021]. Disponible en:
<https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/la-oms-aconseja-sobre-los-cuidados-prenatales->
2. Naula M, Pacheco M. Factores psicológicos y sociales que influyen en el control prenatal. [Tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2017.
3. Rivera P, Carvajal R, Mateus J, Arango F, Valencia J. Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociadas al acceso al control prenatal. Hacia la promoción de la salud. 2014; 19(1): p. 84-98.
4. Vera K, Sánchez I. Factores socioculturales y su relación con el cumplimiento del control prenatal en gestantes atendidas en el centro de salud Montalvo los Ríos. [Tesis de pregrado]. Guayaquil: Universidad Técnica de Babahoyo; 2015
5. Huapalla R. Extremos de la vida reproductiva como factor de riesgo para desarrollar preeclampsia en gestantes del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2016
6. Cespedes V. Factores sociodemográficos asociados al acceso a la atención prenatal. Centro de Salud la Tulpuna-Cajamarca, 2018 [Tesis de pregrado]. Perú. Universidad Nacional de Cajamarca; 2018.

7. Bosmediano N. Factores de riesgo en pacientes gestantes añosas con preeclampsia en Hospital III Iquitos-EsSalud [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2014
8. Bellota T. Relación entre atención prenatal inadecuada y morbilidad neonatal en costa y sierra, Áncash 2018 [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad San Pedro; 2019.
9. Palma S. Factores socio culturales asociados a los controles prenatales de la gestante, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz. 2017[Tesis de pregrado]. Perú: Universidad San Pedro; 2018.
10. Hospital de Recuay-Servicio Materno. Atenciones prenatales 2028-2019-MINSA. Libro de partos y cuaderno de registros.
11. Rizo F. Edad y origen de la madre como factores de riesgo de prematuridad [Tesis posgrado]. España: Universitat d' Alacant, Departamento de Farmacología, pediatría y Química Orgánica; 2013.
12. Marrugo C. Determinantes del acceso a la atención prenatal en Colombia. CES salud pública. 2015; 6: p. 5-11.
13. Vera K. Factores socio culturales y su relación con el cumplimiento del control prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Montalvo los Ríos primer semestre 2016 [Tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo; 2016.
14. Vásquez D. Factores relacionados con la falta de control prenatal en pacientes atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora-Loja,

en el año 2016. Ecuador [Tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2016

15. Flores Carmen. Factores sociodemográficos y seguimiento prenatal asociados a la mortalidad perinatal en gestantes de Colombia. Artículo Científico. Nutr Hosp. <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v32n3/18originalpediatria06.pdf>.

16. Funez Y. Factores asociados a la adherencia al programa de Control Prenatal, en las gestantes de los Sectores del Puesto de Salud Primero de Mayo, de la ciudad de León en el periodo de diciembre 2017 a junio 2018 [Tesis de pregrado]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2017.

17. Machado S. Factores asociados a la falta de asistencia al control prenatal y consecuencias maternas y perinatales en tres IPS de Sincelejo 2016-2017 [Tesis de pregrado]. Colombia: Universidad de Sucre; 2017.

18. Ligua C. Factores que influyen en la inasistencia al control prenatal en el Centro de Salud Materno Infantil Bastión Popular [Tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2017.

19. Mejía A. Factores económicos, socioculturales y geográficos que influyen en la adherencia al control prenatal en la gestante de un Centro de Salud de Bucaramanga en el primer semestre de 2018 [Tesis de pregrado]. Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia; 2018.

20. Quijaite T. Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un Centro de Salud del Callao, Perú. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2019 [citado 3 de

febrero 2021]; 45 (4): 28-9. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-.

21. Murillo V. Factores asociados al cumplimiento del control prenatal en embarazadas de 20 a 35 años atendidas en la consulta externa de un centro de salud de la provincia del Guayas [Tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2019. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12620/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-534.pdf>

22. Burgos N. Factores relacionados al acceso de la atención prenatal en las puérperas de la Red de Salud Huaral Chancay 2015 [Tesis de posgrado]. Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2017. [Repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/8773/Burgos_LNH.pdf?sequence=1&isAl](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/8773/Burgos_LNH.pdf?sequence=1&isAl)

23. Choquehuanca J. Factores Asociados al Inicio Tardío del Control Prenatal de Gestantes Que Acuden al Consultorio Externo de Obstetricia del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo Azángaro Puno, junio a agosto del 2017 [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad Católica de Santa María; 2017. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM_29dcc16a3a92e67af5910fe57df1e952

24. Rivera L. Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú An. Fac. med. [Internet]. 2018 [citado 3 de febrero 2021]; 79 (2): 34-7. Disponible en: [www.scielo.org.pe > scielo > pid=S1025-55832018000](http://www.scielo.org.pe/scielo/pid=S1025-55832018000).

25. Vásquez C. Factores epidemiológicos, socioeconómicos y maternos en puérperas con atención prenatal insuficiente en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2018 [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad Nacional Federico Villareal; 2018.
26. Cespedes C. Factores sociodemográficos asociados al acceso a la atención prenatal. Centro de Salud la Tulpuna-Cajamarca, 2018 [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2018.
27. Hernández A. Factores asociados a la calidad de la atención prenatal en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [Internet]. 2019 [citado 3 de febrero 2021]; 36 (2): 34-12. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpmesp/2019.v36n2/178-187/>
28. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Hospital “Víctor Ramos Guardia” Huaraz-Peru;2016.
29. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Artículo original. Ginebra 27-Suiza; 2016.
30. Flores S. Nivel de conocimiento sobre la atención prenatal en mujeres de 20 a 40 años [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad Científica del Perú; 2017.
31. Simó C. El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud. *Revista española de Investigaciones Sociológicas*. 2015; 151: p. 141-166.

32. Lozano O. Controles prenatales y su asociación con la morbimortalidad del recién nacido en el Hospital Sergio Bernales [Tesis de pregrado]. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2017.
33. Miranda C. Factores de capacidad en el uso de control prenatal adecuado en gestantes de Sincelejo. Salud Uninorte Barranquilla. 2016; 32(3).
34. Castillo I. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. Revista Cubana de Enfermería. 2017; 33(1).
35. Izaguirre A. et al. Incremento del riesgo obstétrico en embarazo adolescente. Estudio de casos y controles. Archivos de medicina. 2016; 12(4): p. 3.
36. Atienzo E. Características de la atención prenatal en adolescentes del Perú, comparación con mujeres adultas. Revista Médica Herediana. 2016; 27(3).
37. García C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. revista de la Facultad de medicina. 2017 noviembre 8: p. 305-310.
38. Zafra J. Barreras en el acceso a los controles prenatales y parto institucionalizado. Pinto Recodo. Lamas. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2015; 61(1).

10. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL
SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ANEXO N° 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Factores sociodemográficos asociados al acceso a la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Recuay - Áncash 2018-2019

I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS:

1. EDAD:

- 1.-15-19 años
- 2.-20-24 años
- 3.-25-29 años
- 4.-30-34 años
- 5.-> de 34 años

2. NIVEL EDUCATIVO:

- 1.-Analfabeta
2. -Primaria
- 4.-Secundaria
- 6.-Superior universitaria
- 7.-Superior técnica

3. ESTADO CIVIL:

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

4. OCUPACIÓN:

- 1.-Empleada
- 2.-Ama de casa
- 3.-Estudiante
- 4.-Independencia

5. ESTRATO SOCIOECONÓMICO:

- 1.-Bajo
- 2.-Medio
- 3.-Alto

II. ACCESO A LA ATENCIÓN PRENATAL

6. Asistencia a la primera atención prenatal

- 1.-Antes o hasta las 12 sem. de edad gestacional (atención prenatal temprana)
- 2.-Después de las 12 sem. de edad gestacional (atención prenatal tardía)

7. Número de atenciones prenatales.

- 1.-< de 6 atenciones (**atención prenatal inadecuada**)
- 2.-> de 6 atenciones (**atención prenatal adecuada**)

ANEXO N° 02

**FORMATO DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR
JUICIO DE EXPERTOS**

A continuación, le presentamos siete aspectos relacionados al proyecto de investigación, a los cuales se calificará con la puntuación 1 ó 0 de acuerdo con su criterio:

1. El instrumento persigue los fines del objetivo general (...)
2. El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos (...)
3. La hipótesis es atingente al problema y a los objetivos planteados (...)
4. El número de los ítems que cubre cada dimensión es el correcto (...)
5. Los ítems están redactados correctamente (...)
6. El instrumento por aplicarse llega a la comprobación de la hipótesis (...)
7. La hipótesis está formulada correctamente (...)

LEYENDA

PUNTUACIÓN

DA: De Acuerdo

1

ED: En Desacuerdo

0

RESULTADOS:

JUEZ	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	TOTAL
I								
II								
TOTAL								

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [...] Aplicable después de corregir [...]

No aplicable [...]

Apellidos y nombres del juez evaluador:

DNI:

Especialista: Metodólogo [...] Temático [...]

Firma del Experto Informante

FORMATO DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS

A continuación, le presentamos siete aspectos relacionados al proyecto de investigación, a los cuales se calificará con la puntuación 1 ó 0 de acuerdo con su criterio:

1. El instrumento persigue los fines del objetivo general (DA)
2. El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos (DA)
3. La hipótesis es atingente al problema y a los objetivos planteados (DA)
4. El número de los ítems que cubre cada dimensión es el correcto (DA)
5. Los ítems están redactados correctamente (DA)
6. El instrumento por aplicarse llega a la comprobación de la hipótesis (DA)
7. La hipótesis está formulada correctamente (DA)

LEYENDA	PUNTUACIÓN
DA: De Acuerdo	1
ED: En Desacuerdo	0

RESULTADOS:

JUEZ	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	TOTAL
I	1	1	1	1	1	1	1	7
II	1	1	1	1	1	1	1	7
TOTAL	2	2	2	2	2	2	2	

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [...]
No aplicable [...]

Apellidos y nombre s del juez evaluador: **Lic. RIOS SALINAS, Rosa María.**

DNI: **40324426**

Especialista: Metodólogo [...] Temático


 DIRECCIÓN REGIONAL DE ANCASH
 RED DE SERVICIO HUAYLAS SUR
 MICRO REGIÓN HUARI PAMPA
 Lic. Rosa María Ríos Salinas
 COP. : 18368 DNI : 40324426

Firma del Experto Informante

FORMATO DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS

A continuación, le presentamos siete aspectos relacionados al proyecto de investigación, a los cuales se calificará con la puntuación 1 ó 0 de acuerdo con su criterio:

1. El instrumento persigue los fines del objetivo general (DA)
2. El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos (DA)
3. La hipótesis es atingente al problema y a los objetivos planteados (DA)
4. El número de los ítems que cubre cada dimensión es el correcto (DA)
5. Los ítems están redactados correctamente (DA)
6. El instrumento por aplicarse llega a la comprobación de la hipótesis (DA)
7. La hipótesis está formulada correctamente (DA)

LEYENDA	PUNTUACIÓN
DA: De Acuerdo	1
ED: En Desacuerdo	0

RESULTADOS:

JUEZ	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	TOTAL
I	1	1	1	1	1	1	1	7
II	1	1	1	1	1	1	1	7
TOTAL	2	2	2	2	2	2	2	

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [...]

No aplicable [...]

Apellidos y nombres del juez evaluador: **Lic. SAENZ GARCIA, Chavela M.**

DNI: **31661737**

Especialista: Metodólogo [...] Temático



 GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
 RED HUAYLAS SUR
 M.R. HUARUPAMPA

Lic. Chavela M. Saenz Garcia
 DNI: 31661737 - COP. 21969
 OBSTETRA

Firma del Experto Informante