

UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



“FACTORES ASOCIADOS AL INICIO TARDIO DE LA
ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES EN EL CENTRO DE
SALUD DE NICRUPAMPA, 2021”

TESIS PARA OBTAR EL TITULO DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Bach. CRUZ HUAYANEY, Nora Iris

ASESORA

Mag. ROJAS TELLO, Gilma Aly

HUARAZ – PERÚ

2021

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, CONDUCENTES A
OPTAR TÍTULOS PROFESIONALES Y GRADOS ACADÉMICOS EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

1. Datos del autor:

Apellidos y Nombres: _____

Código de alumno: _____

Teléfono: _____

E-mail: _____

D.N.I. n°: _____

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Tipo de trabajo de investigación:

Tesis

Trabajo de Suficiencia Profesional

Trabajo Académico

Trabajo de Investigación

Tesinas (presentadas antes de la publicación de la Nueva Ley Universitaria 30220 – 2014)

3. Para optar el Título Profesional de:

4. Título del trabajo de investigación:

5. Facultad de: _____

6. Escuela o Carrera: _____

7. Línea de Investigación (*): _____

8. Sub-línea de Investigación (*): _____

() Según resolución de aprobación del proyecto de tesis*

9. Asesor:

Apellidos y nombres _____ D.N.I n°: _____

E-mail: _____ ID ORCID: _____

10. Referencia bibliográfica: _____

11. Tipo de acceso al Documento:

Acceso público* al contenido completo.

Acceso restringido** al contenido completo

Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Santiago Antúnez de Mayolo una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer arreglos de forma en la obra y difundirlo en el Repositorio Institucional, respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso de que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:



12. Originalidad del archivo digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.



Firma del autor

13. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para las investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia Creative Commons, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica.



El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Recolector Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".

14. Para ser verificado por la Dirección del Repositorio Institucional

Seleccione la
Fecha de Acto de sustentación:

Huaraz,

Firma:




Varillas William Eduardo
Asistente en Informática y Sistemas
- UNASAM -

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

**** Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL DE TESIS

Los miembros del jurado que suscriben, se reunieron virtualmente para calificar la Tesis presentada por la Bachiller en Obstetricia:

CRUZ HUAYANEY NORA IRIS

De la Tesis Titulada:

“FACTORES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES EN EL CENTRO DE SALUD DE NICRUPAMPA 2021”.

Después de haber escuchado la sustentación y las respuestas a las preguntas formuladas, la declaran aprobada con el calificativo de:..... *Quin.ee*..... (*15*), en consecuencia la sustentante queda en condición de recibir el Título Profesional de **LICENCIADA EN OBSTETRICIA**; otorgado por el Consejo Universitario de la UNASAM en conformidad a las normas Estatutarias y la Ley Universitaria.

Huaraz, 13 de Octubre del 2021.


Dr. MARCELO IDO AROTOMA ORE
PRESIDENTE

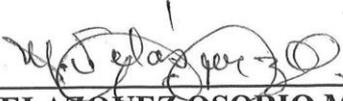

Dra. MARIA INÉS VELÁSQUEZ OSORIO
SECRETARIA


Dra. YULIANA MERCEDES DE LA CRUZ RAMIREZ
VOCAL

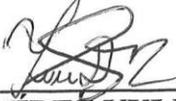
MIEMBROS DEL JURADO



**Dr. AROTOMA ORE MARCELO IDO
PRESIDENTE**



**Dra. VELAZQUEZ OSORIO MARIA INÉS
SECRETARIA**



**Dra. DE LACRUZ RAMÍREZ YULIANA MERCEDES
VOCAL**

ASESORA DE TESIS



Mag. GILMA ALY ROJAS TELLO
ASESORA

DEDICATORIA

Dedico el logro de haber culminar la carrera de ciencias médicas -obstetricia a mis amados padres Norka y Miquel que en todo momento confiaron en mí y brindaron su apoyo y su enorme amor.

Ellos me mostraron el gran orgullo que sentían y me alentaron a seguir adelante para la culminación de mi carrera a luchar y salir adelante ante las diversas adversidades de la

vida; son la fuerza que me impulso día a día para ser aún mejor persona y profesional. Gracias por el apoyo incondicional.

A mi querida familia y en especial a mi esposo Jorge por su apoyo incondicional, ayuda y su confianza en mí persona.

Gracias a todos, por su comprensión y su infinito amo

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a DIOS por guiar mis pasos dándome fortaleza para seguir adelante y a mis queridos padres NORKA Y MIQUEL por su enorme amor y su sacrificio.

A mi alma mater, la Universidad SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO y a sus docentes por haberme formado como profesional durante estos cinco años de estudio.

A mi familia que son el motor y el motivo de mi vida, por el apoyo incondicional que siempre obtuve de su parte.

Agradezco a cada una de las personas que de una forma u otra me ayudaron apoyándome a culminar esta etapa de mi vida enseñándome a ser mejor persona cada día y a superar cualquier obstáculo que se presenta.

ÍNDICE

| | |
|-------------------------------|----|
| RESUMEN..... | v |
| ABSTRACT | vi |
| 1. INTRODUCCIÓN | 7 |
| 2. HIPÓTESIS:..... | 11 |
| 3. BASE TEÓRICA:..... | 15 |
| 4. MATERIALES Y MÉTODOS:..... | 40 |
| 5. RESULTADOS | 46 |
| 6. DISCUSIÓN | 62 |
| 7. CONCLUSIONES:..... | 68 |
| 8. RECOMENDACIONES: | 69 |
| 9. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS | |
| ANEXO | |

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es determinar los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes en el centro de salud Nicrupampa, Huaraz 2021. Considerando la gran importancia que tiene la atención prenatal con el propósito de establecer un método de vigilancia materno-fetal de forma continua a lo largo del embarazo. Para lo cual nos planteamos el siguiente problema: ¿cuáles son los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes en el centro de salud Nicrupampa, Huaraz 2021? Teniendo como hipótesis: los factores sociodemográficos, personales e institucionales están asociados significativamente al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes. Metodología: estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y correlacional, de diseño no experimental de corte transversal –correlacional con una muestra de 80 gestantes con inicio tardío de su atención prenatal, para lo cual se usó como instrumento el cuestionario, realizándose la contratación de la hipótesis mediante la prueba de Chi cuadrado. Resultados: los factores asociados al inicio prenatal tardío fueron relevantes, por que mostraron relación estadísticamente significativa con ($p < 0,05$), Conclusión: solo 2 de estos factores no mostraron una relación significativa. Violencia familiar y maltrato del personal de salud.

Palabras clave: factores asociados, inicio tardío y control prenatal

ABSTRACT

The objective of this study is to determine the factors associated with the late start of prenatal care in pregnant women at the Nicrupampa health center, Huaraz 2021. Considering the great importance of prenatal care in order to establish a method of maternal-fetal surveillance continuously throughout the pregnancy. For which we pose the following problem: what are the factors associated with the late start of prenatal care in pregnant women at the Nicrupampa health center, Huaraz 2021? Taking as hypothesis: sociodemographic, personal and institutional factors are significantly associated with the late start of prenatal care in pregnant women. Methodology: a descriptive, retrospective and correlational study, with a non-experimental cross-sectional design - correlational with a sample of 80 pregnant women with late initiation of their prenatal care, for which the questionnaire was used as an instrument, and the hypothesis was contracted. using the Chi square test. Results: the factors associated with late prenatal initiation were relevant, because they showed a statistically significant relationship with ($p < 0.05$), Conclusion: only 2 of these factors did not show a significant relationship. Domestic violence and mistreatment of health personnel.

Key words: associated factors, late onset, and prenatal care.

1. INTRODUCCIÓN

La atención prenatal es un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas y/o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. ⁽¹⁾

La atención prenatal es un sistema de consulta que evalúa la progresión normal del embarazo y descubre precozmente a través de la clínica, el laboratorio y la ecografía la aparición de problemas maternos y/o fetales que podrían presentarse; este es considerado como una de las medidas más importantes para preservar la salud del binomio madre e hijo y está demostrado que contribuye a descender la mortalidad materna y perinatal. ⁽²⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materno perinatal. ⁽³⁾

La atención prenatal representa un desafío para los profesionales de salud, sobre todo en los servicios públicos donde mejorar los estándares de atención a los usuarios está supeditado a carencia de recursos, bajo ingreso económico y la cultura de la persona y de la institución. ⁽⁴⁾

En el mundo, la atención prenatal es una prioridad que engloba una serie de estrategias destinadas a optimizar los resultados del embarazo, parto, puerperio y recién nacido. ⁽⁵⁾

Se han realizado diversos estudios, con la finalidad de identificar aquellos factores que se encuentran asociados al inicio tardío de la atención prenatal, más aun los que influyen directamente en las gestantes para que decidan iniciar tardíamente su control del embarazo, observando que se presenta una serie de factores, tales como personales,

familiares, institucionales, entre otros, los cuales implican que estas pacientes no decidan certeramente con su atención oportuna, entre los principales indicadores se ha observado que la confidencialidad, el respeto, el acceso geográfico, los tiempos de espera, el horario de atención adecuado y la disponibilidad de horas, han sido determinantes para que las gestantes decidan sobre el inicio de su atención. ⁽⁶⁾

Por otro lado, en muchas comunidades de bajos recursos del Perú, la búsqueda de atención prenatal conlleva costos directos y de oportunidad que aumentan cuanto mayor sea la distancia a recorrer y que refuerzan la idea de que la búsqueda de atención prenatal pueda ser innecesaria o una pérdida de tiempo. La mujer y quien la acompañe tiene que interrumpir sus actividades diarias, ya sean laborales, domésticas o de cuidado de familiares y tiene que conseguir recursos para el transporte. Del mismo modo se ha podido observar en la práctica clínica, que muchas gestantes se quejan por las esperas prolongadas, hasta el punto que algunas se van del establecimiento sin haber sido atendidas. ⁽⁷⁾

Existen más factores que pueden incluir para el inicio tardío de la atención prenatal, en un estudio realizado en gestantes adolescentes, se identificó que entre las barreras y facilitadores para acceder al primer control y para mantener la asistencia, se encuentra el temor y la vergüenza a buscar atención médica, no saber a dónde acudir, ausencia de privacidad, maltrato y barreras administrativas. Cuando el embarazo es resultado de violencia sexual, estas barreras se agravan, por el silenciamiento, la culpabilidad y falta de apoyo, especialmente en menores de 15 años. ⁽⁸⁾

La falta de atención prenatal trae consigo consecuencias tanto para la madre como para el neonato, que pueden ser irreversibles. Algunas de ellas como la morbimortalidad

materna perinatal, que está relacionada con complicaciones obstétricas tales como: hemorragias posparto, embarazos ectópicos, eclampsia, sepsis, trombo-embolismo pulmonar, ruptura uterina, síndrome de Hellp, parto prematuro, abortos y otros. ⁽⁹⁾

Finalmente es pertinente indicar que la justificación de la presente tesis es de suma importancia ya que la atención prenatal es el conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el fin de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y de tener un recién nacido en óptimas condiciones tanto física y mental ; motivo por el que determinar los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal, nos permitirá la implementación de acciones para desarrollar tempranamente la atención prenatal sobre todo en el primer trimestre, para poder evitar complicaciones durante el embarazo, parto , puerperio y del recién nacido.

la presente tesis tiene valor teórico, debido a que aporta información sobre los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal, para luego determinar los factores que son causales de que las gestantes acudan de manera tardía a la atención prenatal o lo peor que nunca asistan.

La relevancia social de esta tesis se fundamenta en el beneficio que tendrán las gestantes que acudan al consultorio de obstetricia del Centro de Salud Nicrupampa, en las cuales se aplicara las estrategias de prevención sobre las complicaciones o dificultades que pueden ocasionar el inicio tardío de la atención prenatal. De esta manera se podrá captar gestantes desde el primer trimestre de la gestación.

La utilidad metodológica de esta tesis fue fundamentada en que ayudaba a proponer nuevas estrategias de abordaje del problema presentado, las cuales serán presentadas a las autoridades del Centro de Salud Nicrupampa, para la mejora de las estrategias

orientadas al cuidado de la salud materna y perimetral: para que de esta manera se logre la captación temprana y oportuna y evitar las complicaciones durante el embarazo.

Por estas consideraciones expuestas se hace necesario realizar la presente tesis mediante la formulación del siguiente **problema**: ¿Cuáles son los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al Centro de Salud Nicrupampa, Huaraz- 2021? teniendo como **objetivo general**: Determinar los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al Centro de Salud Nicrupampa, Huaraz-2021y como **objetivos específicos tenemos**:

- a) Identificar los factores sociodemográficos asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes
- b) Determinar los factores personales asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes
- c) Analizar los factores institucionales asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes.

HIPÓTESIS:

Los factores socioeconómicos, personales e institucionales están asociados significativamente al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al Centro de Salud de Nicrupampa, Huaraz, 2021.

2.1. VARIABLES:

- **Variable Independiente:**

Factores asociados

- **Variables Dependiente:**

Inicio tardío de la atención prenatal.

1.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

| VARIABLES | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIONES | INDICADORES | CATEGORÍAS | ESCALA DE MEDICIÓN |
|---|--|---------------------------------------|----------------------|---|-----------------------|
| VARIABLE INDEPENDIENTE Factores asociados | Son aquellos elementos condicionantes que relacionados contribuyen a obtener un mismo fin. | Factores Sociodemográficos | Edad | <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 18 años • 19 a 34 años • ≥ 35 años | De Razón |
| | | | Grado de instrucción | <ul style="list-style-type: none"> • Sin instrucción • Primaria • Secundaria • Superior | ordinal |
| | | | Lugar de procedencia | <ul style="list-style-type: none"> • Rural • Urbana | Nominal |
| | | | Ocupación | <ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Estudiante • Trabajadora independiente • Trabajadora dependiente | Nominal |
| | | | Ingreso económico | <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 950 nuevos soles • > 950 nuevos soles | Ordinal |
| | | | Estado Civil | <ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada o Conviviente | Nominal |

| | | | | | |
|--|--|---------------------------------|---|---|---------|
| | | Factores Personales: | Violencia familiar | <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Muy pocas veces • Algunas veces • Casi siempre • Siempre | Nominal |
| | | | Apoyo de pareja frente al embarazo. | <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Muy pocas veces • Algunas veces • Casi siempre • Siempre | Nominal |
| | | | Temor o vergüenza de acudir a la consulta prenatal. | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | Nominal |
| | | | Grado de importancia hacia la atención prenatal. | <ul style="list-style-type: none"> • Indispensable • Sumamente importante • Medianamente importante • Poco importante • No es importante | Nominal |
| | | | Desinterés de parte de la gestante por su salud | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | Nominal |
| | | | Dificultad para acudir a la atención prenatal | <ul style="list-style-type: none"> • Por trabajo • Por estudios • Por falta de información • Por cuidar a hijos menores • Otros | Nominal |

| | | | | | |
|--|---|--|---|--|---------|
| | | | Tipo de seguro | <ul style="list-style-type: none"> • Tiene SIS • Otro tipo de seguro • No tiene ningún tipo de seguro | Nominal |
| | | Factores institucionales | Tiempo de espera prolongado para consulta | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | Nominal |
| | | | Dificultad para sacar citas en APN | <ul style="list-style-type: none"> • Pocos cupos • Llegó tarde • Ubicación de la HCL • Falta de DNI o SIS • Ninguno | Nominal |
| | | | Antecedente del trato inadecuado de personal de salud | <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • Muy pocas veces • Algunas veces • Casi siempre • Siempre | Nominal |
| VARIABLE DEPENDIENTE Inicio tardío de la atención prenatal | Aquella atención prenatal que se produce a partir de las 14 semanas o después | Momento de inicio tardío de la atención prenatal | Inicio según edad gestacional | <ul style="list-style-type: none"> • 14 – 18 semanas • 29 – 40 semanas | Nominal |

2. BASE TEÓRICA:

3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

MACHADO, Saray. (2017). **Factores asociados a la falta de asistencia al control prenatal y consecuencias maternas y perinatales en tres IPS de Sincelejo 2016 – 2017**. Colombia. Tesis de pregrado. Objetivo: La finalidad de este trabajo investigativo ha sido determinar los factores relacionados con la falta de asistencia al control prenatal y sus consecuencias en el binomio madre - hijo en gestantes inscritas al programa de detección temprana de alteraciones del embarazo en IPS de Sincelejo.

Esta investigación se llevó a cabo a través de un estudio descriptivo retrospectivo correlacional de corte transversal realizado con datos de gestantes registradas como usuarias inasistentes a los programas de promoción y prevención en el formato de control prenatal

Resultados: Existen factores personales relevantes como desmotivación por el estado anímico, problemas familiares y de pareja (92,9%). Sociales: como el poco apoyo emocional de la familia y de la pareja (47,6%) e institucionales: las gestantes perciben no recibir preparación física para el parto (74,7%). Estos factores están asociados significativamente con la falta de asistencia a las citas de control prenatal. La complicación materna que se presentó con mayor frecuencia fue los trastornos hipertensivos (68,8 %), y en relación a las perinatales recién nacidos prematuros (25,3%) y bajo peso al nacer (17,7%) 10 Las consecuencias maternas que tuvieron mayor relación con los factores personales fueron la ruptura prematura de membrana con miedo al examen ginecológico (p: 0,000). En cuanto a los factores sociales se

presentó diabetes gestacional con el centro de salud le queda muy lejos (p: 0,000) y en los factores institucionales se encontró relación significativa en hemorragias de la segunda mitad del embarazo con mucho trámite en la IPS (p: 0,000). En relación a las perinatales tuvo relevancia los factores institucionales hallándose mayor asociación entre restricción del crecimiento intrauterino con servicios incompletos (p: 0,001).

Conclusión: El número de controles prenatales influye en los resultados obstétricos, es por esto que debe superar los 4 controles establecidos por la normatividad vigente, además debe establecer en qué periodo del embarazo y en qué condiciones se debe dar. Estando influenciada la falta de asistencia por muchos factores, destacándose los personales como la razón principal, se hace necesario que durante la atención prenatal se aborden tanto aspectos fisiológicos como psicosociales, que favorezcan la detección temprana de alteraciones y prevención de complicaciones. ⁽¹⁰⁾

CASTILLO, Irma. (2017). Los factores asociados al uso adecuado del control prenatal por gestantes de 13 municipios del departamento de Bolívar. Colombia. Artículo de investigación. Objetivo: determinar los factores asociados al uso adecuado del control prenatal por gestantes de 13 municipios del departamento de Bolívar, Colombia.

El incumplimiento de las consultas prenatales en una mujer gestante, implica múltiples riesgos. Variables personales, familiares y sociales determinan la asistencia regular a estas consultas; por tanto, son un aspecto clave para la estructuración de los servicios de cuidado materno infantil.

Se encontró como resultados que el 53,26 % de las mujeres reportaron uso adecuado de control prenatal. Ser mayor de 23 años (OR: 1,4 IC: 1,1-1,9), tener estudios superiores a secundaria (OR: 1,6 IC: 1,2- 2,3), tener pareja (OR: 1,9 IC: 1,2-3,0), ser empleadas (OR: 2,3 IC: 1,2-4,2), se asocian al uso adecuado del control prenatal. ⁽¹¹⁾

GARCÍA, César. (2017). **Barreras de acceso al CPN y la calidad de atención a gestantes**. Colombia. Artículo de investigación. Objetivo es: Describir las barreras de acceso al CPN y la calidad de atención a gestantes en Meta. El estudio determino que las menores de 20 años (adolescentes) fueron 23 (28,76%) y las mayores de 35 años fueron 4 (3,92%). Según el estado civil, se contó con 15,03% de solteras, 10,78% de casadas, 73,53% en unión libre. El 71.8% laboraba en el hogar, 19.34% era empleada y 6.89% trabajaba de manera independiente. Por su parte, 6.6% de los padres estaba desempleado, 61.39% era empleado y 26.73% trabajaba de manera independiente. Hubo 49,84% en estrato 1, 29,51% en estrato 2, 19,67% en estrato 3 y 0,98% en estrato 4. El 74,4% habitaba en zona urbana y el 25,6% en zona rural. El 25,5% ha asistido de uno a tres controles prenatales y 74,17% a cuatro o más controles. Asimismo, el 67,22% asistió a CPN en el primer trimestre de gestación, 25,17% en el segundo trimestre y 7.28% en el tercer trimestre. ⁽¹²⁾

NAULA, Mayra. (2017). **Los factores psicológicos y sociales que influyen en el control prenatal**. Ecuador. Tesis de pregrado. Objetivo es: determinar los factores psicológicos y sociales que influyen en el control prenatal.

El control prenatal se enfoca en el análisis de la correcta evolución del embarazo, detecta oportunamente riesgos, y brinda recomendaciones necesarias que permitan el

desarrollo saludable de la madre y el hijo/a. La no asistencia de las gestantes al respectivo control puede estar relacionada con factores sociales y psicológicos, entre los factores sociales está la edad, estrato social y aspectos económicos.

El estudio determinó que el 20,3% de las gestantes tenían una edad entre 15 y 19 años, el 53,9% de gestantes estaban casadas, prevaleció un nivel de educación secundaria completa (40,6%), un 10 46,1% eran amas de casa, en su mayoría (75,8%) procedían del área urbana, mientras que la diferencia (24,2%) del área rural; así mismo el 50,4% tenían un nivel socioeconómico medio bajo; el 95,3% de gestantes iniciaron el control prenatal de manera precoz. Determinaron en su estudio que no existe relación positiva entre las variables control prenatal y nivel de educación, ocupación y tipo de residencia, ya que su valor p resultó ser mayor a 0,05, es decir, las variables no están relacionadas significativamente, son independientes. ⁽¹³⁾

SÁNCHEZ, Amaya. (2016). **Factores sociales asociados con el uso de la atención prenatal en Ecuador**. Ecuador. Artículo de investigación. El objetivo de dicho estudio fue describir los factores sociales relacionados con el uso de la atención prenatal en Ecuador. Entre el 2011 y 2012, se hizo un análisis de las historias clínicas y se entrevistó a los participantes de 15 puestos de salud en Ecuador. Fueron una muestra probabilística de 5998 mujeres que tuvieron parto o aborto. Resultados. El estudio mostró que 94,1% de las mujeres había acudido a algún control prenatal, pero la asistencia al menos a cuatro controles fue 73,1%. Se encontró que el menor nivel educativo, el mayor número de embarazos, la ocupación en el sector agrícola o ganadero y la pertenencia a los grupos étnicos indígena, afro ecuatoriano u otros

minoritarios fueron factores asociados con la falta de uso (ningún control prenatal) o al uso inadecuado de la atención prenatal (menos de cuatro controles o primer control después de las 20 semanas de gestación) en Ecuador. Conclusiones. Estos resultados apuntan a la persistencia de desigualdades marcadas en el acceso y en la utilización de servicios de atención prenatal atribuibles a factores socioeconómicos y a la necesidad de fortalecer las estrategias para su abordaje para alcanzar la meta de la cobertura universal de atención prenatal.⁽¹⁴⁾

MARRUGO, Carlos. (2015). **Determinantes del acceso a la atención prenatal en Colombia.** Colombia. Artículo de investigación. EL Objetivo es Estimar y analizar los determinantes individuales y de contexto que inciden en el uso de los servicios prenatales (controles prenatales) por parte de las mujeres colombianas en estado de embarazo.”. Grupo de Investigación en Economía de la Salud –GIES. Estudio transversal a partir del micro-dato de la Encuesta Nacional de /y Salud 2010 de Colombia. Se estimó un modelo de regresión logística multinomial, la variable dependiente fue construida a partir del número de controles prenatales que realizaron las mujeres colombianas en periodo de gestación, con el fin de determinar los factores de mayor incidencia en el acceso a los controles, y encontró que, el 12,86% no realizó controles óptimos. Es decir, cerca del 20% de las mujeres pertenecientes al primer quintil de riqueza no alcanzó un nivel óptimo de atención prenatal. El 98% de las mujeres que pertenecieron al quinto quintil realizaron controles prenatales óptimos. Evidenció que el 26% de las mujeres sin ningún grado educativo no asistió a los controles prenatales, mientras que el 14,5% si lo hizo, a un número de controles considerados no óptimos. En las mujeres con educación superior completa, el 0,43%

no asistió a ningún control prenatal versus 97,34% que asistió a controles óptimos. Los coeficientes para la educación indican que el riesgo relativo de acceder a controles no óptimos de una madre con educación secundaria es 72% menor que el de una madre sin nivel educativo. El riesgo es aún menor (90%) en comparación con las madres que tienen educación superior. La edad de la madre, en relación a controles óptimos resultó altamente significativa, los coeficientes (1,47 y 1,53) indican efectos. La variable área de residencia no fue significativa en el modelo. De acuerdo a los resultados de las predicciones marginales del modelo logístico multinomial, afirmó que la riqueza predispone a mayor número de controles prenatales (6). Vera, K. y col. (Ecuador, 2015) en su tesis planteó como objetivo mejorar la calidad de vida de la población. Política N° 3.5: Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas y encontró como resultados que, el mayor porcentaje 9 de las encuestadas, 40% corresponde a embarazadas que habitan en el área urbano marginal frente al 22% que proceden del área rural; el 37% se encuentran cursando entre 15 a 20 años de edad, mientras que el mínimo, 16%, cursan edades que van de los 20 a 25 años de edad. El 58% vive en unión libre, y el 20% con estado civil de casada. El 60% se dedican a actividades dentro del hogar, y tan solo el 13% cuentan con un empleo remunerado. El 64% han estudiado secundaria, y tan solo el 4% no tienen ningún nivel académico. El 74% de las gestantes encuestadas pertenecen a un estrato social bajo, y solamente el 4% son a un estrato social medio. El 60% de las encuestadas iniciaron su control prenatal durante el primer trimestre de gestación, el 62% se

realizaron 5 o más controles prenatales. El 58% acudían cada mes a realizarse sus chequeos, frente al 2% que acudían cada 3 meses. ⁽¹⁵⁾

SALAZAR, Edgar. (2015). **Incidencias de embarazos no planificados y su relación con inicio tardío de control plena prenatal en su subcentro de salud “Patria Nueva” en el último trimestre del año 2014.** Ecuador. Tesis de pregrado. Objetivo: Determinar la incidencia de embarazos no planificados mediante la revisión de historias clínicas y a su vez relacionarlas con el inicio tardío del control prenatal en gestantes atendidas en el cuarto trimestre del 2014.

Estudio de tipo transversal, basado en la recopilación de datos obtenidos en las historias clínicas de pacientes que acudieron a su primer control prenatal en el subcentro de salud “Patria Nueva” en el último trimestre del 2014. Resultados: Los embarazos no planificados resultaron del 52%, los cuales tuvieron un inicio tardío de su control prenatal en el 39% de casos. Del grupo de embarazos no planificados que iniciaron su primer control prenatal de forma tardía el 78% son de estado civil de unión libre. Con nivel de instrucción secundaria se encuentran en el grupo etario de entre 15 y 25 años, y son primigestas: Conclusiones: Los embarazos no planificados en nuestra área de estudio tienen una ligera variación positiva a la mitad del total de embarazadas que acuden a control prenatal, teniendo como factor predominante el grupo etario menor de 25 años y de escolaridad de nivel medio. ⁽¹⁶⁾

sobre los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal, para luego determinar los factores que son causales de que las gestantes acudan de manera tardía a la atención prenatal o lo peor que no asistan.

RIVERA, Lauro. (2018). **Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú.** Perú. Artículo de investigación. El objetivo del presente estudio fue determinar los factores asociados al acceso de la atención prenatal en sus dimensiones de atención oportuna y cobertura.

Se realizó un Estudio observacional y analítico, con enfoque cuantitativo. La población de estudio estuvo conformada por las pacientes que tuvieron parto en los hospitales de Huaral y Chancay. Se analizó en el número de gestantes atendidas en la Red de Salud Huaral – Chancay durante el año 2014, el total de gestantes atendidas fue 2988. Se consideraron como criterios de inclusión a las puérperas que aceptaron participar en el estudio, cuyo parto fue atendido en el hospital de Huaral y Chancay y cuyas atenciones prenatales fueron realizadas en la jurisdicción de la red de salud.

RESULTADOS Se realizó el estudio en 110 puérperas cuyo grupo etario del rango de 18 a 29 años concentró el mayor número de usuarias (56,4%); respecto al grado de instrucción: 64,5% culminaron la secundaria y 21% tuvieron estudios superior técnico. En su mayoría, las puérperas eran convivientes (74,5%), seguido por casadas (19,1%) y solteras (6,4%). El 50,9% residía en un área rural y el 98,2% era hispanohablante. El 4,5% (n=5) no contaba con seguro de salud, y de quienes lo presentan el 34,5% (n=38) no tenían un seguro previo al embarazo. Dentro de los factores personales de las puérperas entrevistadas el 64,5% tuvo un embarazo no planificado, el 86,4% decidió usar un método anti conceptual (MAC) antes del embarazo, el 85,5% tuvo apoyo de su pareja, el 28,2% se olvidaba de sus citas, el 5,5% tuvo dificultad en el cuidado de los hijos, el 51,8% presentaba un periodo

intergenésico menor o igual de 24 meses, y 76,4% presentaba una paridad de 2 o menos.⁽¹⁷⁾

CÉSPEDES, Cynthia. (2018). **Factores sociodemográficos asociados al acceso a la atención prenatal. centro de salud La Tulpuna -Cajamarca,2018.** Perú. Tesis de pregrado. El Objetivo: De la presente investigación fue determinar los factores sociodemográficos asociados al acceso a la atención prenatal, en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna. Metodología. El estudio fue no experimental, de corte transversal, descriptivo y correlacional, se realizó en una muestra de 157 gestantes que acudieron en el tercer trimestre de gestación a su atención prenatal al Centro de Salud la Tulpuna. Resultados: el 35,7% de gestantes perteneció al grupo etario de 20-24 años; el 22,9% tuvo secundaria completa, el 80,9% son convivientes; proceden de la zona urbana en 88,5%; en su mayoría (71,3%) son amas de casa y el 66,9% pertenece al nivel socioeconómico marginal (E). Conclusión: se determinó que existe asociación significativa entre las variables nivel socioeconómico y número de atenciones prenatales según $p = 0,002$.⁽¹⁸⁾

MEZA, Susel. (2017). **Factores de riesgo del control prenatal inadecuado de las mujeres atendidas en el hospital nacional Hipólito Unanue, El Agustino 2017.** Perú. Tesis de pregrado. El objetivo es: Determina los factores de riesgo del control prenatal inadecuado en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el distrito de El Agustino durante noviembre a marzo de 2017. Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, casos y controles.

La población estuvo conformada por 90 mujeres y la muestra por 30 puérperas que conformaron el grupo caso con control prenatal inadecuado y 60 que conformaron el

grupo control con control prenatal adecuado. Conclusiones de la investigación: existen factores de riesgo que conllevan a un control prenatal inadecuado. En los factores personales fue el poco apoyo de la pareja, la dificultad del cuidado de sus hijos; los factores sociales mostraron dificultad para obtener permiso en el trabajo y el ambiente inadecuado de la consulta; y en los factores institucionales, fue la ausencia de citas de seguimiento, la falta de coordinación entre servicios para la atención y los gastos para exámenes no disponibles. Resultados: Se encontró que, dentro de los factores personales, las gestantes que no tuvieron un adecuado apoyo de la pareja, presentaron 6.36 veces mayor probabilidad de inasistencia al control prenatal (OR = 6.36 con un IC 95%). El problema se debió a la dificultad del cuidado de los hijos donde se evidenció tener 14.75 veces más probabilidad de no poder ir al control prenatal. Con respecto a los factores sociales, el no contar con permiso de parte del centro laboral (OR = 3.8 IC 95%) y el ambiente no adecuado para la cita (OR = 11.80 al 95%) presentó 11.80 veces más probabilidad de no poder ir al control prenatal. Dentro de los factores institucionales, la falta de citas de seguimiento por parte de profesionales de la salud (OR = 5.8 al 95%), la incoordinación entre servicios para la atención (OR = 11.80 al 95%) y el no contar con presupuesto disponible para ciertos exámenes (OR = 9.62 al 95%) tuvieron mayor riesgo para presentar controles prenatales inadecuados.

Conclusión: Existe factores de riesgo que conllevan a un control prenatal inadecuado en los factores personales fue el poco apoyo de la pareja, la dificultad del cuidado de sus hijos, factores sociales fueron dificultad obtener permiso en el trabajo y el ambiente inadecuado de la consulta y en los factores institucionales fue la ausencia

de citas de seguimiento, la falta de coordinación entre servicios para la atención y los gastos para exámenes no disponibles.⁽¹⁹⁾

HUALLPA, Edwar. (2017). **Factores de riesgo para la falta y el abandono del control prenatal en el hospital regional del Cusco, 2017**. Perú. Tesis de pregrado. El objetivo es: determinar los factores de riesgo para la falta y el abandono del control prenatal en gestantes que acuden para la atención de su parto. Estudio observacional, analítico, caso control, transversal, con 135 casos y 135 controles. Donde se encontró que el factor más importante de riesgo personal para la falta y abandono de los controles prenatales, fue el embarazo no planificado (OR = 21,9), contar con un grado de instrucción bajo (O = 3,6), ser soltera o no contar con pareja estable (OR = 2,8) y en gestantes que son multigestas, la dificultad para el cuidado de sus hijos (OR = 4,0). El ser multigesta (OR = 0,55) y el no contar con trabajo (OR = 0,49), son factores protectores contra la falta y el abandono del control prenatal.⁽²⁰⁾

RODRIGUEZ, José. (2017). **Factores de riesgo asociados al abandono de controles prenatales en gestantes del Hospital Ventanilla en el periodo junio - octubre 2017**. Perú. Tesis de Titulación. El objetivo es: Analizar los factores de riesgo asociados al abandono del control prenatal en gestantes del Hospital Ventanilla del periodo Junio - octubre 2017. Estudio Casos y Controles donde se obtuvieron 160 gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia—Estudio observacional, analítico, caso control, transversal, con 135 casos y 135 controles. Gestantes con abandono al control prenatal y 80 sin abandono al control prenatal, pareadas de acuerdo al carnet de gestación. Se aplicó el instrumento de recolección de datos que se dividió en 4 partes: nivel sociodemográfico, Factores de Riesgo

Social, Factores de Riesgo Institucional y Factores de Riesgo Personal. Posteriormente toda la información fue procesada en una base de datos en Excel, después analizada en un programa de SPSS versión 24.0 estadístico donde se obtuvieron estadísticas descriptivas e inferenciales con nivel de significación $p < 0.05$ donde se utilizó OR con un intervalo de confianza 95%, regresión logística binaria. Resultados: Fueron relevantes las asociaciones en los componentes de los Factores Sociales como: dificultad para pedir permiso en el trabajo (OR 4.3), ocupación manual (OR 3.8) y domicilio lejano (OR 7.6). En los Factores Institucionales no se encontraron asociación significativa en ninguno de los componentes. Asimismo, en los componentes de los Factores Personales fueron relevantes las asociaciones como: poco apoyo de la pareja (OR 4.7), importancia del control prenatal (OR 5.7), olvido de las citas (OR 2.5) y embarazo no planificado (OR 2.7). Además, se encontró en el grupo de controles que el 86.5% realizaron controles prenatales adecuados en relación a los numero de controles durante I trimestre, II trimestre y III trimestre. Conclusión: Existen Factores Sociales y Personales asociados al abandono de controles prenatales.

(21)

OLIVA, Vivian. (2016). **Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Moronacho**. Perú. Tesis de pregrado. El Objetivo es: Determinar los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un Centro de Salud del Callao, Perú. La frecuencia del inicio tardío de la atención prenatal en las gestantes adolescentes fue del 35.6% se caracterizaron por tener entre 17 a 19 años de edad (74.2%), solteras (96.8), proceden de zona urbana (41.9%), de nivel secundario

(90.3).no tienen ocupación (71.0%), a una distancia del centro asistencial de 15 a 30 minutos (38.7%), sin interés de la pareja o familiar por su embarazo (83.9%), en el 61.3% su embarazo fue no deseado.

El inicio tardío de la atención prenatal en gestantes adolescentes se asoció significativamente con las solteras (OR=7.33, P=0.033). con las que proceden de la zona rural (OR=7.33, P=0.033) (OR=4,52, P=0.016)

estudio cuantitativo donde se concluye que el embarazo no deseado, la distancia al centro de salud y la falta de pareja son factores que condicionan el inicio tardío de atención prenatal. ⁽²²⁾

NOEL, Karin. (2016). **Factores asociados al abandono del control prenatal en el centro de salud Los Libertadores, distrito de San Martín de Porres. Marzo a mayo 2016.** Perú. Tesis de pregrado. El objetivo es determinar los factores de riesgo asociados al abandono de controles prenatal en el centro de salud los libertadores, distrito de San Martin de Porras de marzo a mayo 2016. Es una investigación de tipo cuantitativa, descriptivo asociativo prospectivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 612 gestantes que asistieron al Centro de Salud durante marzo a mayo del 2016. La muestra fue probabilística y estuvo constituida por 48 gestantes con abandono al control prenatal (casos) y 48 sin abandono al control prenatal (control). Se aplicó el instrumento de recolección de datos. Se indagó datos generales y factores del abandono prenatal: personal, familiar, laboral, institucional y obstétrico. Posteriormente toda la información fue procesada en una base de datos en Microsoft Excel y analizada a través del programa estadístico SPSS versión 22. Los estadísticos a utilizar fueron Chi². RESULTADOS: Fueron relevantes en los factores personales:

temor del examen ginecológico ($p < 0.0211$) y olvido de la cita del control ($p < 0.0000$). Factores familiares: no han recibido apoyo de la familia ($p < 0.0000$) y dificultad en acudir al control prenatal porque han tenido que realizar algunas actividades en la casa ($P < 0.0000$). Factores institucionales: poco tiempo de consulta ($p < 0.0001$) y vive lejos del establecimiento de salud ($p < 0.0411$). **CONCLUSIÓN:** Existen los factores personales, familiares e institucionales asociados significativamente al abandono del control prenatal. ⁽²³⁾

LUCERO, Norma. (2020). **Embarazo adolescente y controles prenatales insuficientes como factores de riesgo para bajo peso al nacer en el hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2018**. Perú. Tesis de pregrado. Se planteó el siguiente problema: ¿El embarazo adolescente y los controles prenatales insuficientes son factores de riesgo para bajo peso al nacer en el Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz, 2018? Con el objetivo general de determinar si el embarazo adolescente y los controles prenatales insuficientes son factores de riesgo asociados a bajo peso al nacer en el Hospital Víctor Ramos Guardia- Huaraz, 2018. Hipótesis: El embarazo adolescente y controles prenatales insuficientes son factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en el Hospital Víctor Ramos Guardia- Huaraz, 2018: Investigación: Estudio de enfoque descriptivo cuantitativo, retrospectivo, de casos y controles, correlacional, no experimental, se trabajó con toda la población en estudio conformada por 210 historias clínicas de RN. (70 casos y 140 controles) Instrumento: ficha de recolección de datos, información procesada mediante el programa SPSS V 22.0, realizando la contratación de la hipótesis mediante la prueba estadística Odds

Ratio. Resultados: Se encontró que el embarazo adolescente es un factor de riesgo asociado a bajo peso al nacer (OR: 8.6). Y los controles prenatales insuficientes <6 controles también son factores de riesgo asociado a bajo peso al nacer (OR: 5,1).

Conclusiones: Los factores tales como, embarazo adolescente y controles prenatales insuficientes aumentan en conjunto la probabilidad de presentar bajo peso al nacer.

(24)

MARÍN, Cinthia. (2018). **Factores asociados a vinculación prenatal materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia-Nuevo Chimbote, 2017.**

Perú. Tesis de posgrado. cuyo Objetivo fue: **Determinar los factores asociados a la vinculación prenatal materna de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia-Nuevo Chimbote, 2017.**

Se desarrolló una investigación observacional, de nivel relacional y diseño epidemiológico analítico de corte transversal, con muestreo probabilístico sistemático. Participaron 112 gestantes, a las cuales se les aplicó un cuestionario, así como la Escala de Vinculación Prenatal Materna cuyas siglas en inglés son MAAS, diseñado por Condón (1993) y traducido por Castro (2011). Para el análisis comparativo se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado de independencia con un nivel de significancia.

Resultados: se muestra que un 96,6% de gestantes de 15 a 19 años de edad tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 3,4% posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. También, el 84,4 % de gestantes de 20 a 24 años tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 15,6 % posee un Estilo Afecto positivo/ baja preocupación. Además, un 56,9% de gestantes de 25 a 40 años tiene un Estilo Fuerte / Saludable y 43,1%, posee un Estilo

Afecto positivo/ baja preocupación. Encontrándose relación altamente significativa ($p=0.000$) entre edad y vinculación prenatal materna El objetivo principal de este estudio ha sido determinar los factores asociados a la vinculación prenatal materna de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia de Nuevo Chimbote, 2017. Es así que respecto a los factores sociodemográficos se identificó la relación entre la Vinculación prenatal materna y edad. ⁽²⁵⁾

3.2. MARCO TEÓRICO:

A. ATENCIÓN PRENATAL.

Conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que pueden afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. Los componentes que abarcan el control prenatal son: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional. ⁽²⁶⁾

a. Características

El control prenatal debe ser. ⁽²⁷⁾

- **Precoz:**

Deberá iniciarse lo más temprano posible, tratando de que sea desde el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, además toma factible la identificación precoz de embarazos con alto riesgo.

- **Periódico:**

La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presenta la gestante. Las de alto riesgo necesitan mayor cantidad de consultas cuyo número varía según el tipo y la gravedad del problema. Las de bajo riesgo requieren pocas visitas prenatales.

- **Integral o completo:**

Los contenidos del control prenatal deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de educación, promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

- **Extenso o de amplia cobertura:**

Solo en la media en el que el porcentaje de la población controlada sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) se espera un descenso en la mortalidad materna y perinatal.

b. Frecuencia

Según la Norma Técnica de salud para la atención integral de salud materna, el esquema básico de atención prenatal incluye: ⁽²⁸⁾

- **Primera atención prenatal (<14 semanas):**

Confirmación del embarazo, orientación/ consejería y evaluación nutricional, anamnesis, detección de signos de alarma, medición de la talla, control del peso, determinación de la presión arterial, pulso y temperatura, examen gineco-obstétrico, evaluación clínica de la pelvis, estimación de edad gestacional, diagnóstico de número de fetos, Determinar el grupo

sanguíneo y Rh, terminación de Hb o Hto, Urocultivo o examen de orina, detección de diabetes gestacional, VIH/RPR, proteínas en la orina, toma de PAP, evaluación con ecografía, administración de ácido fólico, información sobre salud sexual y reproductiva, y planificación familiar.

- **Segunda atención prenatal (14 – 21 semanas)**

Detección de signos de alarma, control de peso, determinación de presión arterial, pulso y temperatura, estimación de edad gestacional, diagnóstico del número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinard o Doplex) proteína en la orina, vacunación antitetánica, evaluación estomatológica, administración de hierro + ácido fólico, información sobre salud sexual y reproductiva, y planificación familiar, Psicoprofilaxis/ Estimulación prenatal.

- **Tercera atención (22-24 semanas)**

Detección de signos de alarma, control de peso, determinación de presión arterial, pulso y temperatura, estimación de edad gestacional, diagnóstico del número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinar o Doplex), evaluación clínica del volumen de líquido amniótico, proteína en la orina, vacunación antitetánica, evaluación estomatológica, administración de hierro + ácido fólico, administración de calcio, información sobre salud sexual y reproductiva, y planificación familiar, Psicoprofilaxis/ Estimulación prenatal.

- **Cuarta atención (25-32 semanas)**

Detección de signos de alarma, control de peso, determinación de presión arterial, pulso y temperatura, estimación de edad gestacional, diagnóstico del número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinard o Doplex), evaluación clínica del volumen de líquido amniótico, diagnóstico, presentación y situación fetal, detección de diabetes gestacional, proteína en la orina, administración de hierro + ácido fólico, administración de calcio, información sobre salud sexual y reproductiva, y planificación familiar, Psicoprofilaxis/ Estimulación prenatal.

- **Quinta atención (33-36 semanas)**

Detección de signos de alarma, control de peso, determinación de presión arterial, pulso y temperatura, evaluación clínica de la pelvis, estimación de edad gestacional, diagnóstico del número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinard o Doplex), evaluación clínica del volumen de líquido amniótico, diagnóstico, presentación y situación fetal, VIH/RPR, proteína en la orina, bienestar fetal, test no estresante, administración de hierro + ácido fólico, administración de calcio, información sobre salud sexual y reproductiva, y planificación familiar, Psicoprofilaxis/ Estimulación prenatal.

- **Sexta atención (37-40 semanas)**

Detección de signos de alarma, control de peso, determinación de presión arterial, pulso y temperatura, estimación de edad gestacional, diagnóstico del número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinard o Doplex), evaluación clínica del volumen de líquido amniótico, diagnóstico,

presentación y situación fetal, proteína en la orina, bienestar fetal, test no estresante, administración de hierro + ácido fólico, administración de calcio, información sobre salud sexual y reproductiva, y planificación familiar, Psicoprofilaxis/ Estimulación prenatal.

B. INICIO TARDIO DE LA ATENCIÓN PRENATAL

El inicio de la atención prenatal es un acto voluntario y se refiere a la primera visita que realiza la mujer gestante a un proveedor de salud que puede ser el médico, o la obstetra, La conducta ideal y esperada es que la mujer acuda inmediatamente a su atención prenatal cuando confirma que está embarazada. El inicio de la atención prenatal en forma precoz, es una forma de prevenir el bienestar del binomio madre niño. ⁽²⁹⁾

Según el Ministerio de Salud, se define inicio tardío como aquella primera atención prenatal que se produce a partir de las 14 semanas o después. ⁽²⁹⁾

C. FACTORES ASOCIADOS

- **Factores sociodemográficos.**

Somos diferentes porque vivimos en contextos sociales diferentes por ello la sociedad compleja genera algunos elementos que pueden influenciar el control prenatal, por lo que los factores sociales identificados al abandono al control prenatal son: Soltera sin pareja estable, dificultad de permisos en el trabajo, desempleo, ocupación manual, poco apoyo de la familia, primaria incompleta, ambiente inadecuado para la consulta prenatal, dificultad de quehaceres

domésticos, residir en barrio marginal, domicilio lejano del lugar de atención, ser migrante y maltrato familiar. ⁽²⁹⁾

- **Factores personales.**

La persona juega un rol dentro de la sociedad, dependiendo de su nivel social y cultural, existen elementos internos y externos que influyen en la toma de decisiones del individuo, aunado a la motivación y razones específicas, las personas deciden realizar una u otra actividad, por lo que existen factores propios de la persona que puede asociarse al abandono al control prenatal: poco apoyo de la pareja, importancia del control prenatal, miedo al examen ginecológico, olvido de las citas de control prenatal, dificultad para el cuidado de los hijos, edad extrema, multiparidad, embarazo no planificado, poco tiempo de la consulta y desconocimiento sobre el control prenatal. ⁽²⁹⁾

- **Poco apoyo de la pareja.**

La atmósfera relacional en la familia de origen viene definida fundamentalmente por dos dimensiones que representan la manera cómo interactúan entre sí las personas que ejercen las funciones parentales (generalmente, la pareja parental). Si la pareja parental se separa o divorcia, la conyugalidad no se extingue, sino que se transforma en post-conyugalidad, que continúa definiendo la manera en la que los ex-cónyuges negocian los asuntos que siguen teniendo en común y sobre todo la gestión de los hijos. Conyugalidad y post-conyugalidad se inscriben en una dimensión bipolar, entre la armonía y la desarmonía. En cuanto a la salud materna, es la pareja la de directamente involucrada en el sostenimiento y desarrollo de la gestante

tanto psicológica como social, cuando este punto se quiebra, existe la posibilidad de no apoyo en el cuidado de la salud de la pareja. ⁽²⁹⁾

- **Importancia del control prenatal.**

Se ha identificado que uno de los factores asociados al no cumplimiento de las citas de seguimiento del control prenatal, es la poca importancia al mismo, así como a las citas de seguimiento, así mismo las actitudes de desánimo también se asocian a este factor. ⁽²⁹⁾

- **Factores institucionales.**

Son factores propios de la institución de salud, producto de su estructura normativa, organizacional y tecnológica con que cuenta para las atenciones prenatales, Entre ellos tenemos: trato inadecuado, relación profesional de la salud-paciente insatisfactoria, relación profesional de la salud-paciente impersonal, episodio de maltrato por parte del profesional, poca prioridad para su atención, citas de seguimiento del control prenatal, tiempo de espera largo, servicios incompletos, gastos para exámenes no disponibles, consulta prenatal de baja calidad y consultorio prenatal difícil de ubicar . ⁽²⁹⁾

- **Trato inadecuado.**

Este factor es considerado un derecho de los pacientes, se define como “trato digno” el cual es el derecho a ser tratados como personas, involucradas en el respeto a la privacidad e intimidad de las personas y el ser tratadas con realmente por todo el personal médico y no médico del sistema de salud. igualmente, algunas pacientes se quejan de la falta de trato considerado por parte del personal.

- **Poca prioridad para su atención.**

En nuestro sistema de salud, es común el tener una norma para la atención y por razones no justificadas saltar la norma en asuntos específicos, si bien es cierto que por ello puede ocurrir cuando se encuentra debidamente justificado, a veces en nuestro sistema de salud, la amicalidad o el tener algún grado de parentesco o recomendación hace que ello se considere suficiente para pasar por la barrera burocrática y ello hace que el sistema no sea confiable, peor aún, si por ese proceso las personas que sí esperan por el sistema, terminan sin ser atendidas, ello golpea duramente al sistema de salud y a la adherencia. Se ha identificado este factor como determinante para el no seguimiento del control prenatal.

- **Citas de seguimiento del control prenatal.**

La adherencia de la embarazada al control prenatal comprende tanto la ansiedad al control, como el cumplimiento de las recomendaciones, la adherencia del personal de salud a los protocolos se vea afectada por el número de pacientes, la falta de medicamentos, insumos y equipos, el poco tiempo para atender a cada paciente, la actitud institucional, la falta de estímulo, la escasa satisfacción profesional, la insuficiente capacitación técnico científica, la situación económica de las pacientes y la accesibilidad a los servicios de salud. Se ha identificado que uno de los factores para el no cumplimiento de las citas de control prenatal, es la poca importancia a las citas de seguimiento.⁽²⁹⁾

- **Tiempo de espera largo.**

El tiempo de espera es uno de los factores que afectan la calidad y la adherencia a cualquier servicio. Sobre todo, si el sistema no toma en cuenta ello, el tiempo de espera ha sido medido, pero también existe un margen de tolerancia cualitativo permitido por cada gestante, cuando ese margen de tolerancia es sobrepasado, se considera que el tiempo de espera para la consulta prenatal es largo. El estudio identificó este evento como un elemento para iniciar tardíamente los controles prenatales, así mismo indicaron que los horarios se cruzaban con el horario de trabajo y el horario de atención. Se identificó a este factor como un elemento para el no cumplimiento del control prenatal. ⁽²⁹⁾

3.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

a) Gestación:

Proceso de crecimiento y desarrollo fetal intrauterino, abarca desde el momento de la concepción (unión del óvulo y el espermatozoide) hasta el nacimiento. ⁽³⁰⁾

b) Edad Gestacional:

Duración del embarazo calculado desde el primer día de la última menstruación normal, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semana y día completo. ⁽³¹⁾

c) Factores Asociados:

Son aquellos elementos condicionantes que relacionados contribuyen a obtener un mismo fin. ⁽³²⁾

d) Ocupación:

Se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleva a cabo. ⁽³³⁾

e) Estado Civil:

Es la situación de las personas en relación a derechos y deberes civiles. ⁽³³⁾

f) Ingreso Económico:

Cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos. ⁽³³⁾

g) Edad:

Cómo origen en el latín *aetas*, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. ⁽³³⁾

h) Decenio:

Período de diez años. ⁽³⁴⁾

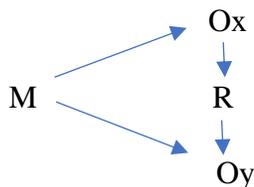
3. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es DESCRIPTIVO por el nivel de conocimientos que se adquiere, no busca relación causa – efecto. Genera hipótesis etiológicas. Es de tipo RETROSPECTIVO debido a que la información que requerimos se recopiló de las historias clínicas de eventos que ya fueron registrados, de corte TRANSVERSAL ya que los datos serán recolectados en un solo momento y en un periodo determinado y finalmente es CORRELACIONAL por que se estudiara la relación existente entre los factores asociados el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al centro de salud de Nicrupampa –Huaraz-2021

4.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño seleccionado a emplearse en el presente estudio, es el diseño no experimental, descriptivo transversal y en las que solo se observan y recolectan los datos en un tiempo corto específico sin la manipulado de las variables para después analizarlo. Y correlacional ya que en esta investigación se evaluará hasta qué punto se relacionan dichas variables para ello lo representaremos con el diagrama que justifique los hechos.



Donde:

M: Muestra

Ox observación de la variable 1

Oy observación de la variable 2

R: relación entre dichas variables

4.3. POBLACIÓN O UNIVERSO

La investigación se realizó en el centro de salud de Nicrupampa, Huaraz, Ancash.

La población que se utilizó en la investigación fueron las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal (edad gestacional igual o mayor a las 14 semanas al primer control), quienes acudieron al Consultorio de Obstetricia del Centro de Salud de Nicrupampa, con un total de 80 unidades de análisis quienes cumplieron con los siguientes criterios.

a) Criterio de inclusión

- Gestantes que iniciaron su atención prenatal o una edad gestacional igual o mayor a 14 semanas.
- Gestantes cuya atención prenatal se realizó en el Centro de Salud de Nicrupampa.
- Gestantes sin distinción de edad, religión y cultura.
- Gestantes que aceptaron voluntariamente formar parte del estudio.
- Gestantes con historias clínicas completas y legibles
- Gestantes con patologías y sin patologías maternas y neonatales.

b) Criterio de exclusión

- Gestantes que iniciaron su atención prenatal en el Centro de Salud Nicrupampa, con una edad gestacional menor a la de 14 semanas.

- Gestantes cuya atención prenatal se realizó en otro establecimiento de salud.
- Gestantes con historias clínicas incompletas

4.4. UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA

4.4.1. Unidad De Análisis

Historia clínica de la gestante con inicio tardío de la atención prenatal (edad gestacional igual o mayor a 14 semanas al primer control) en el consultorio de Obstetricia del Centro de Salud Nicrupampa, durante el tiempo sé que llevo a cabo el presente estudio.

4.4.2. Muestra

Por el número de los componentes de la población, se trabajó con todas las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal que acudieron al consultorio de Obstetricia del Centro de Salud de Nicrupampa, lo cual correspondió a una muestra de carácter censal, con un total de 80 gestantes.

4.5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de la información se realizó utilizando como técnica la revisión documental de las historias clínicas de las gestantes atendidas para cual se utilizó la ficha de recolección de datos (Anexo N° 01) compuesto por 4 partes del cual fue elaborado de acuerdo al problema y los objetivos de la investigación, según se detalla de la siguiente manera:

- Primera parte: Factores socioeconómicos que consta de 6 ítems de respuesta única.

- Segunda parte: Factores personales que constan de 6 ítems, 4 de ellos con alternativas de respuesta según la escala de Likert, 1 ítem de respuesta única, 2 ítems de respuesta dicotómicas.
- Tercera parte: Factores institucionales que consta de 4 ítems, 1 ítem de respuesta de Likert, 2 ítems respuestas únicas y 1 ítem de respuesta de escala dicotómica.
- Cuarta parte: Inicio según edad gestacional que consta de un ítem de respuesta única.

4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

a. Análisis descriptivo

La información obtenida se analizará mediante el programa estadístico SPSS versión 25.0, para lo cual se confeccionará una base de datos, cuyos resultados serán presentados en tablas bidimensionales, en los cuales se realizarán los respectivos análisis descriptivos según las variables en estudio.

b. Contrastación de la hipótesis

Se hizo uso de la prueba estadística no paramétrica Chi-cuadrado con un nivel de confianza del 95%.

4.7. ÉTICA DE LA INVESTIGACION

Toda investigación que implica a los Seres Humanos, debe ser llevada a cabo de acuerdo a los principios éticos, que sirven para promover y respetar a todos los seres humanos y proteger su salud y sus derechos individuales, que son universalmente reconocidos como principios bioéticos, En esta investigación los procedimientos

éticos, se planearon teniendo en cuentas estos principios y en todo momento se protegió la integridad y anonimato de las participantes tomando todas las precauciones para resguardar la intimidad de las personas, la confidencialidad de la información de la historia clínica, utilizando los datos única y exclusivamente para el desarrollo de este trabajo de investigación. Además, se consideró algunos principios éticos de la Asociación Médica Mundial (AMM) promulgada por la declaración de Helsinki, basada en la investigación médica en seres humanos.

principios básicos de Bioética

Autonomía: Es la capacidad de las personas de tomar sus propias decisiones. Todos los individuos deben ser tratados como seres autónomos y las personas que tienen la autonomía mermada tienen derecho a la protección.

Beneficencia: “Hacer el bien”, la obligación moral de actuar en beneficio de los demás. Curar el daño y promover el bien o el bienestar de la persona.

No-maleficencia: Es el *primum non nocere*. No producir daño y prevenirlo. Incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades. No hacer daño. Es un principio de ámbito público y su incumplimiento está penado por la ley. Los principios de Beneficencia y no Maleficencia se unen en la obligación moral de matizar los beneficios posibles y minimizar los potenciales perjuicios.

Justicia: Equidad en la distribución de cargas y beneficios. El criterio para saber si una actuación es o no ética, desde el punto de vista de la justicia, es valorar si la actuación es equitativa. Debe ser posible para todos aquellos que la necesiten. Incluye

el rechazo a la discriminación por cualquier motivo. Es también un principio de carácter público y legislado.

En investigación médica a los seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses (principio 6).

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y los respeto a todos los seres humanos y proteger a su salud y a sus derechos individuales, Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida (principio 9).

Deben tomarse toda clase de precaución para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social (principio 23).

Para la investigación médica en la que se utilice material o datos humanos identificables, el método de pedir normalmente el consentimiento para la recolección, análisis, almacenamiento y utilización. Podrá haber situaciones en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación o podría ser una amenaza para su validez. En esta situación, solo puede ser aprobada por un comité de ética de investigación (principio 25)

4. RESULTADOS

4.1. RELACIÓN DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES.

Tabla 1. Relación de factor edad con el Inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al Centro de Salud de Nicrupampa, Huaraz 2021.

| INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL | | EDAD | | Total |
|--|----|----------|------------------|--------|
| | | ≤ 18 | 19 – 37 | |
| 14 a 18 Semanas | N° | 0 | 34 | 34 |
| | % | 0,0% | 42,5% | 42,5% |
| 29 a 40 Semanas | N° | 8 | 38 | 46 |
| | % | 10,0% | 47,5% | 57,5% |
| Total | N° | 8 | 72 | 80 |
| | % | 10,0% | 90,0% | 100,0% |
| $\chi^2 = 6,570$ | | g.l. = 1 | p- Valor = 0,010 | |

Los resultados de la tabla demuestran que el mayor porcentaje 47,5% de las gestantes tienen una edad comprendida entre 19 y 37 años y tiene un inicio tardío de atención prenatal de 29 a 40 semanas, y el menor porcentaje 0% de las gestantes tienen una edad menor e igual a 18 años y una edad de inicio tardío de la atención pre natal de 14 a 18 semanas

La prueba estadística Chi-cuadrado con p-valor = 0,010 < 0,05 demuestra que existe relación significativa entre la edad como factor socioeconómico y el inicio tardío de la atención pre natal.

Tabla 2. Relación de Grado de instrucción con el Inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al Centro de Salud de Nicrupampa, Huaraz 2021.

| INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL | | GRADO | | | |
|---------------------------------------|----|----------|------------|----------|--------|
| | | Primaria | Secundaria | Superior | Total |
| 14 a 18 Semanas | N° | 0 | 14 | 20 | 34 |
| | % | 0,0% | 17,5% | 25,0% | 42,5% |
| 29 a 40 Semanas | N° | 8 | 22 | 16 | 46 |
| | % | 10,0% | 27,5% | 20,0% | 57,5% |
| Total | N° | 8 | 36 | 36 | 80 |
| | % | 10,0% | 45,0% | 45,0% | 100,0% |

$\chi^2 = 8,616$ g.l. = 1 p- Valor = 0,013

Los resultados de la tabla demuestran que el mayor porcentaje 27,5% de las gestantes han estudiado secundaria y tiene un inicio tardío de atención pre natal de 29 a 40 semanas, y el menor porcentaje 0% de las gestantes tienen estudios primarios y una edad de inicio tardío de la atención pre natal de 14 a 18 semanas

La prueba estadística Chi-cuadrado con p-valor = 0,013 < 0,05 demuestra que existe relación significativa entre el Grado de Instrucción y el inicio tardío de la atención pre natal.

Tabla 3. Relación del Lugar de procedencia con el Inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al Centro de Salud de Nicrupampa, Huaraz 2021.

| INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL | | PROCEDENCIA | | |
|--|----|-------------|------------------|--------|
| | | Rural | Urbana | Total |
| 14 a 18 Semanas | N° | 20 | 14 | 34 |
| | % | 25,0% | 17,5% | 42,5% |
| 29 a 40 Semanas | N° | 15 | 31 | 46 |
| | % | 18,8% | 38,8% | 57,5% |
| Total | N° | 35 | 45 | 80 |
| | % | 43,8% | 56,3% | 100,0% |
| $\chi^2 = 5,459$ | | g.l. = 1 | p- Valor = 0,019 | |

Los resultados de la tabla demuestran que el mayor porcentaje 38,8, % de las gestantes que proceden zona urbana y tiene un inicio tardío de atención pre natal de 29 a 40 semanas, y el menor porcentaje 17,5% de las gestantes que proceden zona urbana y tienen un inicio tardío de la atención pre natal de 14 a 18 semanas

La prueba estadística Chi-cuadrado con p-valor = 0,019 < 0,05 demuestra que existe relación significativa entre el lugar de procedencia y el inicio tardío de la atención pre natal.

Tabla 4. Relación de la Ocupación con el Inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al Centro de Salud de Nicrupampa, Huaraz 2021.

| INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL | | OCUPACION | | | | Total |
|---|----|-------------------|------------|------------------------------|----------------------------|--------|
| | | Ama de casa | Estudiante | Trabajadora independiente | Trabajadora dependiente | |
| 14 a 18 Semanas | N° | 17 | 7 | 7 | 3 | 34 |
| | % | 21,3% | 8,8% | 8,8% | 3,8% | 42,5% |
| 29 a 40 Semanas | N° | 10 | 8 | 12 | 16 | 46 |
| | % | 12,5% | 10,0% | 15,0% | 20,0% | 57,5% |
| Total | N° | 27 | 15 | 19 | 19 | 80 |
| | % | 33,8% | 18,8% | 23,8% | 23,8% | 100,0% |
| | | $\chi^2 = 10,529$ | g.l. = 1 | p- Valor = 0,015 | | |

Los resultados de la tabla demuestran que el mayor porcentaje 21,3% de las gestantes son amas de casa y tiene un inicio tardío de atención pre natal de 14 a 18 semanas, y el menor porcentaje 3,8% de las gestantes son trabajadoras dependientes y tienen una edad de inicio tardío de la atención pre natal de 14 a 18 semanas

La prueba estadística Chi-cuadrado con p-valor = 0,015 < 0,05 demuestra que existe relación significativa entre la Ocupación y el inicio tardío de la atención pre natal.

Tabla 5. Relación de Estado civil con el Inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al Centro de Salud de Nicrupampa, Huaraz 2021.

| | | ESTADOCIVIL | | | |
|------------------|----|-------------|--------|------------------|--------|
| | | Soltera | Casada | Conviviente | Total |
| 14 a18 Semanas | N° | 20 | 4 | 10 | 34 |
| | % | 25,0% | 5,0% | 12,5% | 42,5% |
| 29 a 40 Semanas | N° | 15 | 4 | 27 | 46 |
| | % | 18,8% | 5,0% | 33,8% | 57,5% |
| Total | N° | 35 | 8 | 37 | 80 |
| | % | 43,8% | 10,0% | 46,3% | 100,0% |
| $\chi^2 = 6,880$ | | g.l. = 2 | | p- Valor = 0,032 | |

Los resultados de la tabla demuestran que el mayor porcentaje 33,8% de las gestantes son convivientes y tiene un inicio tardío de atención pre natal de 29 a 40 semanas, y el menor porcentaje 5,0% de las gestantes son casadas y tienen una edad de inicio tardío de la atención pre natal de 14 a 18 semanas y 29 a 40 semanas.

La prueba estadística Chi-cuadrado con p-valor = 0,032 < 0,05 demuestra que existe relación significativa entre el Estado Civil y el inicio tardío de la atención pre natal.

Tabla 6. Relación de Ingreso con el Inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al Centro de Salud de Nicrupampa, Huaraz 2021.

| | | INGRESOS | | | |
|-----------------|----|----------|-------|-------|--------|
| | | <950 | 950 | >950 | Total |
| 14 a 18 Semanas | N° | 23 | 7 | 4 | 34 |
| | % | 28,7% | 8,8% | 5,0% | 42,5% |
| 29 a 40 Semanas | N° | 19 | 13 | 14 | 46 |
| | % | 23,8% | 16,3% | 17,5% | 57,5% |
| Total | N° | 42 | 20 | 18 | 80 |
| | % | 52,5% | 25,0% | 22,5% | 100,0% |

$\chi^2 = 6,073$ g.l. = 2 p- Valor = 0,048

Los resultados de la tabla demuestran que el mayor porcentaje 23,8% de las gestantes ganan menos de S/. 930 y tiene un inicio tardío de atención pre natal de 29 a 40 semanas, y el menor porcentaje 5,0% de las gestantes tienen un ingreso mayor a S/. 930.00 y tienen una edad de inicio tardío de la atención pre natal de 14 a 18 semanas.

La prueba estadística Chi-cuadrado con p-valor = 0,048 < 0,05 demuestra que existe relación significativa entre el Ingreso y el inicio tardío de la atención pre natal.

5.2. RELACIÓN DE LOS FACTORES PERSONALES AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Tabla 7. Relación de la violencia familiar con el Inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al Centro de Salud de Nicrupampa, Huaraz 2021.

| INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL | | VIOLENCIA FAMILIAR | | | Total |
|---------------------------------------|----|--------------------|-----------------|------------------|--------|
| | | Nunca | Muy pocas veces | Algunas veces | |
| 14 a 18 Semanas | N° | 22 | 4 | 8 | 34 |
| | % | 27,5% | 5,0% | 10,0% | 42,5% |
| 29 a 40 Semanas | N° | 32 | 4 | 10 | 46 |
| | % | 40,0% | 5,0% | 12,5% | 57,5% |
| Total | N° | 54 | 8 | 18 | 80 |
| | % | 67,5% | 10,0% | 22,5% | 100,0% |
| $\chi^2 = 0,280$ | | g.l. = 2 | | p- Valor = 0,869 | |

Los resultados de la tabla demuestran que el mayor porcentaje 40,0% de las gestantes nunca han sufrido violencia familiar y tiene un inicio tardío de atención pre natal de 29 a 40 semanas, y el menor porcentaje 5,0% de las gestantes muy pocas veces ha sufrido violencia familiar y tienen una edad de inicio tardío de la atención pre natal de 14 a 18 semanas.

La prueba estadística Chi-cuadrado con p-valor = 0,869 > 0,05 demuestra que no existe relación significativa entre la violencia familiar y el inicio tardío de la atención pre natal.

Tabla 8. Relación de Apoyo de pareja frente al embarazo con el Inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al Centro de Salud de Nicrupampa, Huaraz 2021.

| INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL | | APOYO | | | | | Total |
|---|---------|-------------------|--------------------|------------------|-----------------|------------------|-------------|
| | | Nunca | muy pocas veces | algunas veces | casi siempre | Siempre | |
| 14 a 18 Semanas | N° % | 4 5,0% | 4 5,0% | 10 12,5% | 9 11,3% | 7 8,8% | 34 42,5% |
| 29 a 40 Semanas | N° % | 2 2,5% | 3 3,8% | 5 6,3% | 11 13,8% | 25 31,3% | 46 57,5% |
| Total | N° | 6 | 7 | 15 | 20 | 32 | 80 |
| | % | 7,5% | 8,8% | 18,8% | 25,0% | 40,0% | 100,0% |
| | | $\chi^2 = 11,254$ | | g.l. = 2 | | p- Valor = 0,024 | |

Los resultados de la tabla demuestran que el mayor porcentaje 31,3% de las gestantes siempre han tenido apoyo y tiene un inicio tardío de atención pre natal de 29 a 40 semanas, y el menor porcentaje 2,5% de las gestantes nunca han tenido apoyo y tienen una edad de inicio tardío de la atención pre natal de 29 a 40 semanas.

La prueba estadística Chi-cuadrado con p-valor = 0,024 < 0,05 demuestra que existe relación significativa entre el apoyo y el inicio tardío de la atención pre natal.

Tabla 9. Relación de Temor o vergüenza de acudir a la consulta prenatal con el Inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al Centro de Salud de Nicrupampa, Huaraz 2021

| INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL | | TEMOR | | Total |
|---------------------------------------|----|-------|-------|--------|
| | | Si | No | |
| 14 a 18 Semanas | N° | 17 | 17 | 34 |
| | % | 21,3% | 21,3% | 42,5% |
| 29 a 40 Semanas | N° | 13 | 33 | 46 |
| | % | 16,3% | 41,3% | 57,5% |
| Total | N° | 30 | 50 | 80 |
| | % | 37,5% | 62,5% | 100,0% |

$\chi^2 = 3,942$ g.l. = 1 p- Valor = 0,047

Los resultados de la tabla demuestran que el mayor porcentaje 41,3% de las gestantes no tienen temor o vergüenza de acudir a la consulta prenatal y tiene un inicio tardío de atención pre natal de 29 a 40 semanas, y el menor porcentaje 16,3% de las gestantes si tienen temor o vergüenza de acudir a la consulta prenatal y tienen una edad de inicio tardío de la atención pre natal de 14 a 18 semanas.

La prueba estadística Chi-cuadrado con p-valor = 0,047 < 0,05 demuestra que existe relación significativa entre el temor o vergüenza y el inicio tardío de la atención pre natal.

Tabla 10. Relación de Grado de importancia hacia la atención prenatal con el Inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al Centro de Salud de Nicrupampa, Huaraz 2021.

| INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL | | IMPORTANCIA | | | | Total |
|---|----|------------------|-------------------------|----------------------|---------------|--------|
| | | Poco importante | Medianamente importante | Sumamente importante | Indispensable | |
| 14 a18 | N° | 0 | 4 | 26 | 4 | 34 |
| Semanas | % | 0,0% | 5,0% | 32,5% | 5,0% | 42,5% |
| 29 a 40 | N° | 1 | 12 | 21 | 12 | 46 |
| Semanas | % | 1,3% | 15,0% | 26,3% | 15,0% | 57,5% |
| Total | N° | 1 | 16 | 47 | 16 | 80 |
| | % | 1,3% | 20,0% | 58,8% | 20,0% | 100,0% |
| | | $\chi^2 = 7,910$ | g.l. = 3 | p- Valor = 0,048 | | |

Los resultados de la tabla demuestran que el mayor porcentaje 32,5% de las gestantes considera sumamente importante la atención en la consulta prenatal y tiene un inicio tardío de atención pre natal de 14 a 18 semanas, y el menor porcentaje 1,3% de las gestantes considera poco importante la atención en la consulta prenatal y tienen una edad de inicio tardío de la atención pre natal de 29 a 40 semanas.

La prueba estadística Chi-cuadrado con p-valor = 0,048 < 0,05 demuestra que existe relación significativa entre Grado de importancia hacia la atención prenatal y el inicio tardío de la atención pre natal.

Tabla 11. Relación de Interés de parte de la gestante por su salud con el Inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al Centro de Salud de Nicrupampa, Huaraz 2021.

| INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL | | INTERES | | |
|--|----|---------|-------|--------|
| | | Si | No | Total |
| 14 a 18 Semanas | N° | 33 | 1 | |
| | % | 41,3% | 1,3% | 42,5% |
| 29 a 40 Semanas | N° | 38 | 8 | 46 |
| | % | 47,5% | 10,0% | 57,5% |
| Total | N° | 71 | 9 | 80 |
| | % | 88,8% | 11,3% | 100,0% |

$\chi^2 = 4,089$ g.l. = 1 p- Valor = 0,043

Los resultados de la tabla demuestran que el mayor porcentaje 47,5% de las gestantes considera que, Si tiene interés de parte de la gestante por su salud y tiene un inicio tardío de atención pre natal de 14 a 18 semanas, y el menor porcentaje 1,3% de las gestantes considera que NO tiene interés de parte de la gestante por su salud y tienen una edad de inicio tardío de la atención pre natal de 14 a 18 semanas.

La prueba estadística Chi-cuadrado con p-valor = 0,043 < 0,05 demuestra que existe relación significativa entre Interés de parte de la gestante por su salud y el inicio tardío de la atención pre natal.

5.3. RELACIÓN DE LOS FACTORES INSTITUCIONALES CON EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Tabla 13. Relación de Tipo de seguro con el Inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al Centro de Salud de Nicrupampa, Huaraz 2021.

| INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL | | SIS | | | Total |
|---------------------------------------|----|-----------|---------------------------|------------------------------|--------|
| | | Tiene Sis | Tiene otro tipo de seguro | No tiene otro tipo de seguro | |
| 14 a 18 Semanas | N° | 32 | 2 | 0 | 34 |
| | % | 40,0% | 2,5% | 0,0% | 42,5% |
| 29 a 40 Semanas | N° | 36 | 2 | 8 | 46 |
| | % | 45,0% | 2,5% | 10,0% | 57,5% |
| Total | N° | 68 | 4 | 8 | 80 |
| | % | 85,0% | 5,0% | 10,0% | 100,0% |

$\chi^2 = 6,583$ g.l. = 2 p- Valor = 0,037

Los resultados de la tabla demuestran que el mayor porcentaje 45,0% de las gestantes tiene SIS y tiene un inicio tardío de atención pre natal de 29 a 40 semanas, y el menor porcentaje 2,5% de las gestantes tiene otro tipo de seguro y tienen una edad de inicio tardío de la atención pre natal de 14 a 18 semanas.

La prueba estadística Chi-cuadrado con p-valor = 0,037 < 0,05 demuestra que existe relación significativa entre el Tipo de seguro con el Inicio tardío de la atención prenatal y el inicio tardío de la atención pre natal.

Tabla 15. Relación de Dificultad para sacar citas en APN con el Inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al Centro de Salud de Nicrupampa, Huaraz 2021.

| INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL | | DIFICULTAD PARA SACAR CITAS | | | | Total |
|---------------------------------------|----|-----------------------------|-------------|----------------------------------|--------------------|--------|
| | | Falta de cupos | Llego tarde | Ubicación de la Historia clínica | Falta de DNI o SIS | |
| 14 a 18 Semanas | N° | 6 | 22 | 2 | 4 | 34 |
| | % | 7,5% | 27,5% | 2,5% | 5,0% | 42,5% |
| 29 a 40 Semanas | N° | 8 | 15 | 19 | 4 | 46 |
| | % | 10,0% | 18,8% | 23,8% | 5,0% | 57,5% |
| Total | N° | 14 | 37 | 21 | 8 | 80 |
| | % | 17,5% | 46,3% | 26,3% | 10,0% | 100,0% |

$\chi^2 = 13,884$
g.l. = 3
p- Valor = 0,003

Los resultados de la tabla demuestran que el mayor porcentaje 27,5% de las gestantes llegó tarde para sacar su cita y tiene un inicio tardío de atención pre natal de 14 a 18 semanas, y el menor porcentaje 2,5% de las gestantes tiene dificultad para ubicar su historia clínica y tienen una edad de inicio tardío de la atención pre natal de 14 a 18 semanas.

La prueba estadística Chi-cuadrado con p-valor = 0,003 < 0,05 demuestra que existe relación significativa entre la dificultad para sacar citas y el inicio tardío de la atención pre natal.

Tabla 16. Relación de Antecedente del trato inadecuado de personal de salud con el Inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al Centro de Salud de Nicrupampa, Huaraz 2021.

| INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL | | MALTRATO DE SALUD | | | Total |
|---------------------------------------|----|-------------------|-----------------|------------------|--------|
| | | Nunca | Muy pocas veces | Algunas veces | |
| 14 a 18 Semanas | N° | 26 | 5 | 3 | |
| | % | 32,5% | 6,3% | 3,8% | 42,5% |
| 29 a 40 Semanas | N° | 29 | 9 | 8 | 46 |
| | % | 36,3% | 11,3% | 10,0% | 57,5% |
| Total | N° | 55 | 14 | 11 | 80 |
| | % | 68,8% | 17,5% | 13,8% | 100,0% |
| | | $\chi^2 = 1,820$ | g.l. = 2 | p- Valor = 0,402 | |

Los resultados de la tabla demuestran que el mayor porcentaje 36,3% de las gestantes indica que nunca tuvo un trato inadecuado de personal de salud y tiene un inicio tardío de atención pre natal de 29 a 40 semanas, y el menor porcentaje 3,8% de las gestantes algunas veces tuvo un trato inadecuado de personal de salud y tienen una edad de inicio tardío de la atención pre natal de 14 a 18 semanas.

La prueba estadística Chi-cuadrado con p-valor = 0,402 > 0,05 demuestra que no existe relación significativa entre la dificultad para sacar citas y el inicio tardío de la atención pre natal.

6. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente tesis en relación al primer objetivo específico orientado a identificar los factores sociodemográficos asociados al inicio tardío de la atención prenatal fueron dados a conocer en las tablas (1 al 6), en las cuales se observó que el mayor porcentaje de (47,5 %); de las gestantes tiene una edad comprendida entre 19 y 37 años y tienen un inicio tardío de 29 a 40 semanas; (38,8 %) proceden de zona urbana y tienen un inicio tardío de 29 a 40 semanas; (33,8%) son convivientes y tienen un inicio tardío de 29 a 40 semanas; (27,5,8%) con secundaria completa y tienen un inicio tardío de 29 a 40 semanas ; (23,8%) con ingreso económico menor a 950 soles y tienen un inicio tardío de 29 a 40 semanas ; y por último (21,3%) son amas de casa y tienen un inicio tardío de 14 a 18 semanas. Encontrándose que todos estos factores tienen una relación significativa con $p < 0,05$; resultados similares fueron reportados por CÉSPEDES, Cynthia. en 2018, en el centro de Salud de Tulpanas, cuyo resultado fue de 35,7% de gestantes perteneció al grupo etario de 20-24 años; el 22,9% tuvo secundaria completa, el 80,9% son convivientes; proceden de la zona urbana en 88,5%; en su mayoría (71,3%) son amas de casa. Conclusión: se determinó que existe asociación significativa entre las variables nivel socioeconómico y número de atenciones prenatales según $p = 0,002$.

Otro estudio con cierta semejanza es el de Rivera, donde se observa que más del 50% del grupo etario, sus edades están comprendidas en el rango de 18 a 29 años, más de la mitad cuenta con secundaria completa y el restante tiene estudios superiores técnico, menos de tres cuartas partes eran convivientes, y la cuarta parte restante lo conforman solteras y

casadas, obtenidos más de la mitad residía en un área rural. El 4,5% no contaba con seguro de salud, y el 34,5% no tenían un seguro previo al embarazo.

Con respecto al segundo objetivo específico que es determinar los factores personales asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes se da a conocer en las tablas del (7 al 12), Los resultados de la tabla (7) demuestran que el mayor porcentaje 40,0% de las gestantes nunca han sufrido violencia familiar y tiene un inicio tardío de atención pre natal de 29 a 40 semanas.

La prueba estadística Chi-cuadrado con $p\text{-valor} = 0,869 > 0,05$ demuestra que no existe relación significativa entre la violencia familiar y el inicio tardío de la atención pre natal.

Asimismo, los resultados de la tabla (8) demuestran que el mayor porcentaje 31,3% de las gestantes siempre han tenido apoyo y tiene un inicio tardío de atención pre natal de 29 a 40 semanas.

La prueba estadística Chi-cuadrado con $p\text{-valor} = 0,024 < 0,05$ demuestra que existe relación significativa entre el apoyo y el inicio tardío de la atención pre natal.

Por otro lado, los resultados de la tabla (9) demuestran que el mayor porcentaje 41,3% de las gestantes no tienen temor o vergüenza de acudir a la consulta prenatal y tiene un inicio tardío de atención pre natal de 29 a 40 semanas.

La prueba estadística Chi-cuadrado con $p\text{-valor} = 0,047 < 0,05$ demuestra que existe relación significativa entre el temor o vergüenza y el inicio tardío de la atención pre natal.

los resultados de la tabla (10) demuestran que el mayor porcentaje 32,5% de las gestantes considera sumamente importante la atención en la consulta prenatal, pero tiene un inicio tardío de atención pre natal de 14 a 18 semanas.

La prueba estadística Chi-cuadrado con $p\text{-valor} = 0,048 < 0,05$ demuestra que existe relación significativa entre Grado de importancia hacia la atención prenatal y el inicio tardío de la atención pre natal.

los resultados de la tabla (11) demuestran que el 47,5% de las gestantes considera que, Si tiene interés de parte de la gestante por su salud y tiene un inicio tardío de atención pre natal de 14 a 18 semanas.

La prueba estadística Chi-cuadrado con $p\text{-valor} = 0,043 < 0,05$ demuestra que existe relación significativa entre Interés de parte de la gestante por su salud y el inicio tardío de la atención pre natal.

Y por último, los resultados de la tabla (12) demuestran que, el 21,3% de las gestantes considera que tiene dificultad por falta de información para acudir a la atención prenatal y tiene un inicio tardío de atención pre natal de 29 a 40 semanas.

La prueba estadística Chi-cuadrado con $p\text{-valor} = 0,026 < 0,05$ demuestra que existe relación significativa entre la dificultad para acudir a la atención prenatal y el inicio tardío de la atención pre natal.

Con respecto a los factores personales; Se encontraron resultados similares a los de NOEL, Karin. (2016). **en el centro de salud Los Libertadores, distrito de San Martín de Porres (Perú).**

Fueron relevantes en los factores personales: temor del examen ginecológico ($p < 0.0211$) y olvido de la cita del control ($p < 0.0000$). Factores familiares: no han recibido apoyo de la familia ($p < 0.0000$) y dificultad en acudir al control prenatal porque han tenido que realizar algunas actividades en la casa ($P < 0.0000$).

Otros resultados semejantes también fueron reportados por Rivera, dentro de los factores personales el 85,5% tuvo apoyo de su pareja, el 28,2% se olvidaba de sus citas, el 5,5% tuvo dificultad en el cuidado de los hijos, el 51,8% presentaba un periodo intergenésico menor o igual de 24 meses, y 76,4% presentaba una paridad de 2 o menos.

Otra investigación similar es la de Meza, donde existen factores de riesgo y mayor probabilidad que conllevan a un control prenatal inadecuado y tardío; en los factores personales fue el poco apoyo de la pareja, la dificultad del cuidado de sus hijos, factores sociales fueron dificultad obtener permiso en el trabajo y el ambiente inadecuado de la consulta y en los factores institucionales fue la ausencia de citas de seguimiento, la falta de coordinación entre servicios para la atención y los gastos para exámenes no disponibles.

Finalmente, con respecto al tercer objetivo específico que es analizar los factores institucionales asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes se da a conocer en las tablas del (13 al 16).

Los resultados de la tabla (13) demuestran que el mayor porcentaje 45,0% de las gestantes tiene SIS y tiene un inicio tardío de atención pre natal de 29 a 40 semanas,

La prueba estadística Chi-cuadrado con $p\text{-valor} = 0,037 < 0,05$ demuestra que existe relación significativa entre el Tipo de seguro con el Inicio tardío de la atención prenatal y el inicio tardío de la atención pre natal.

Los resultados de la tabla (14) demuestran que el mayor porcentaje 22,5% de las gestantes espera más de 111 minutos y tiene un inicio tardío de atención pre natal de 14 a 18 semanas.

La prueba estadística Chi-cuadrado con $p\text{-valor} = 0,023 < 0,05$ demuestra que existe relación significativa entre el tiempo de espera con el Inicio tardío de la atención prenatal y el inicio tardío de la atención pre natal

Los resultados de la tabla (15) demuestran que el mayor porcentaje 27,5% de las gestantes llegó tarde para sacar su cita y tiene un inicio tardío de atención pre natal de 14 a 18 semanas.

La prueba estadística Chi-cuadrado con $p\text{-valor} = 0,003 < 0,05$ demuestra que existe relación significativa entre la dificultad para sacar citas y el inicio tardío de la atención pre natal.

Los resultados de la tabla (16) demuestran que el mayor porcentaje 36,3% de las gestantes indica que nunca tuvo un trato inadecuado de personal de salud y tiene un inicio tardío de atención pre natal de 29 a 40 semanas.

La prueba estadística Chi-cuadrado con $p\text{-valor} = 0,402 > 0,05$ demuestra que no existe relación significativa entre la dificultad para sacar citas y el inicio tardío de la atención pre natal.

Resultados semejantes se encontraron en la investigación de RIVERA, Lauro. (2018). en los hospitales de Huaral y Chancay. Se analizó en el número de gestantes atendidas en la Red de Salud Huaral – Chancay - en factores institucionales; el 4,5% (n=5) no contaba con seguro de salud, y de quienes lo presentan el 34,5% (n=38) no tenían un seguro previo al embarazo.

También se encontró cierta semejanza en la investigación de Meza en cuanto a factores institucionales, fue la ausencia de citas de seguimiento, la falta de coordinación entre servicios para la atención(citas) y los gastos para exámenes no disponibles.

7. CONCLUSIONES:

1. Los factores sociodemográficos asociados al inicio tardío de la atención prenatal están relacionados significativamente, la edad de la gestante está en el rango de 19 y 37 años, en mayor porcentaje seguido de las proceden de zona urbana, que son convivientes, con secundaria completa, con ingreso económico menor a 950 y, por último, en menor porcentaje las que son amas de casa.
2. Los factores personales asociados al inicio tardío de la atención prenatal tienen relación estadísticamente significativa, las gestantes que tienen interés por su salud, seguido de las gestantes que cuenta con seguro de salud (SIS), las que no tienen temor o vergüenza de acudir a su control prenatal, las que consideran sumamente importante la consulta de control prenatal, las que siempre han tenido apoyo de su pareja, las que tienen dificultad para acudir a su control prenatal por falta de información .
3. Los factores institucionales asociados al inicio tardío de la atención prenatal tienen relación estadísticamente significativa, Las gestantes que acudieron tarde a su cita de control prenatal, seguido las gestantes que tuvieron un tiempo de espera prolongada.
4. En factores personales e institucionales que no tienen relación significativa encontramos: las gestantes que no sufrieron violencia familiar y las que nunca tuvieron un trato inadecuado por parte del personal de salud.

8. RECOMENDACIONES:

1. Organizar y sectorizar la atención de los pacientes según requerimiento: atención prenatal y planificación familiar.
2. Se sugiere a los profesionales de la salud (obstetras) y otros continuar con estudios relacionados a la presente investigación, enfocarse en factores determinantes como el obstétrico y otros que representen inicio tardío de la atención prenatal
3. Se sugiere a los profesionales de la salud (obstetras) que realicen charlas y sesiones educativas sobre atención prenatal su importancia y las complicaciones del inicio tardío, Sobre todo en las gestantes de áreas rurales, para de esta manera sensibilizar, sobre la adecuada y oportuna atención prenatal.
4. Se sugiere a todos los profesionales de la salud principalmente a los del área de obstetricia implementar estrategias de salud, para mejorar la calidad de atención, entre ellos evitar el tiempo prolongado de espera, a la vez brindar mayor confianza y comodidad para evitar temor o vergüenza que puedan sentir las gestantes al acudir a su control prenatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Votta R. Obstetricia. 4ta Ed. Buenos Aires: López Libreros editores; 1988.
2. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Resolución 412 de 2000.
Disponible en: <http://www.hmg.gov.co-publicaciones-pdf>
3. Organización mundial de la salud. Día mundial de la salud 2005: haga que cada madre y cada niño cuenten [internet]. Ginebra, Suiza; [citado el 20 jun. de 2021].
Disponible en: <https://cutt.ly/hmTy0DP>
4. Dueñas M, Noguera A. Evaluación de la calidad de la atención del Programa de Control Prenatal a partir de la atención brindada a las usuarias en el Centro de Salud Suroccidente de la E.S.E. Popayán enero de 2011 - junio de 2011 [Internet]. [Tesis de especialización]. Universidad EAN. 2012 [citado: 2021, julio 5]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10882/1734>
5. Villanueva M, Olivera E, Pinzón A, Carrascal H, Satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de salud públicas y factores asociados. Cartagena. Rev. Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2014 [citado 9 jul. de 2021]; 19 (1): 128-140. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309131703010>
6. Esguerra C, Esguerra I. Causas de Inasistencia al control prenatal. Avances en Enfermería 1991;9(2):99-107.
7. Castro A, Sandesara U. Integración de la Atención Prenatal con los Procesos de Detección Manejo Clínico VIH y de Sífilis en el Perú. Lima: Socios en salud sucursal Perú; 2009.
8. Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González M, Sanhueza G. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio

- cualitativo en Chile. Rev. Salud pública México [Internet] 2013. [citado 9 jul. de 2021]; 55(6): 572-579. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>
9. Castillo I, Fortich L, Padilla J, Monroy M, Morales Y, Ahumada A. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. Rev Cubana de Enfermería [Internet]. 2017 [citado 9 Jul 2021]; 33(1). Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/840>
 10. Machado S, Molinares A, Urzola L, Valdés M. Factores asociados a la falta de asistencia al control prenatal y consecuencias maternas y perinatales en tres IPS de Sincelejo 2016 - 2017. [Internet]. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República; 2018. [citado: 2021, julio 5]. Disponible en: <https://repositorio.unisucre.edu.co/bitstream/handle/001/637/T618.32%20F%20142.pdf>
 11. Castillo I, Fortich L, Padilla J, Monroy M, Morales Y, Ahumada A. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. Rev Cubana de Enfermería [Internet]. 2017 [citado 9 Jul 2021]; 33(1). Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/840>
 12. García C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. Rev. Fac. Med. [Internet]. 2017. [citado 9 jul. de 2021];65(2):305-10. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v65n2/0120-0011-rfmun-65-02-305.pdf>
 13. Naula M, Pacheco M. Factores psicológicos y sociales que influyen en el control prenatal, Azogues 2017 [tesis de pregrado]. Cuenca; 2018 [citado el 10 jun. de 2021]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/29659>

14. Sánchez A, Cevallos W, Grijalva M, Silva L, Tamayo S, Jacobson J, et al. Factores sociales asociados con la utilización de los servicios de atención prenatal en Ecuador. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2016 [citado 9 jul. de 2021];40(5):341–6. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31376>
15. Marrugo C, Moreno D, Salcedo F, Marrugo V. Determinantes del acceso a la atención prenatal en Colombia. Rev CES Salud Pública [Internet]. 30 de septiembre de 2015 [citado 9 de julio de 2021];6(1):5-11. Disponible en: https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/3025
16. Salazar E. Incidencia de embarazos no planificados y su relación con inicio tardío de control prenatal en el Subcentro de Salud “Patria Nueva” en el último trimestre del año 2014 [Internet]. 2015 [citado el 10 jun. de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/4248>
17. Rivera L, Burgos N, Gomez J, Moquillaza V. Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú. An. Fac. med. [Internet]. 2018. [citado 2021 Jul 11]; 79(2): 131-137. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i2.14939>
18. Céspedes C. Factores Sociodemográficos Asociados al acceso a la Atención Prenatal. Centro de Salud Tulpuna -Cajamarca, 2018 [tesis para optar el título profesional de Obstetra]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2295/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

19. Meza S. Factores de riesgo del control prenatal inadecuado en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue – El Agustino 2017 [Internet]. 2017. [citado el 8 jun. de 2021]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/2783>
20. Huallpa E. Factores de riesgo para la falta y el abandono del control prenatal en el hospital regional del Cusco, 2017 [Internet]. Cusco, Perú: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2017. [citado: 2021, jul 5]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12918/2587>
21. Rodríguez J. Factores de riesgo asociados al abandono de controles prenatales en gestantes del Hospital Ventanilla en el periodo Junio - octubre 2017 [Internet]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2018. [citado: 2021, jul 5]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1250>
22. Oliva V. Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Morona cocha [Internet]. Iquitos, Perú: Universidad Científica del Perú; 2016. [citado: 2021, jul 8]. Disponible en: <http://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/69278/1/1-Oliva.pdf>
23. Noel K. Factores asociados al abandono del control prenatal en el Centro de Salud Los Libertadores, distrito de San Martín de Porres. Marzo a mayo 2016 [Internet]. Lima, Perú: Universidad de San Martín de Porres; 2016. [citado: 2021, jun 19]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/2303>
24. Lucero N, Ortiz R. Embarazo adolescente y controles prenatales insuficientes como factores de riesgo para bajo peso al nacer en el hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2018 [Internet]. Huaraz, Perú: Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo;

2020. [citado: 2021, jun 19]. Disponible en: <http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/3637>
25. Marín C. Factores asociados a vinculación prenatal materna en gestantes atendidas en el Centro de Salud Yugoslavia-Nuevo Chimbote, 2017 [Internet]. Chimbote, Perú: Universidad San Pedro; 2018. [citado: 2021, jul 1]. Disponible en: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/4583>
26. Ministerio de Salud Pública. CONE en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Quito: MSP; 2013 [citado: 2021, jul 9]. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
27. Schuarz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6ta Edición. Buenos Aires: Editorial El Ateneo. 2011.
28. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud materna. Lima: MINSA; 2013.
29. Quelopana A. Predictores del inicio del control prenatal en mujeres del Área Metropolitana de Monterrey, México. [tesis de grado]. México. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Enfermería. 2006.
30. Munares O. Factores asociados al abandono al control prenatal – Instituto Nacional Materno Perinatal - 2011 [Internet]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014. [citado: 2021, jul 10]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/3775>
31. Montero L. Medicopedia, el Diccionario Médico Interactivo de PortalesMedicos.com [Internet]. Perú; [última actualización: 2021, jul 10]. [citado: 2021, jul 10]. Disponible en: https://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php?title=Portada

32. Ministerio de salud Pública: Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica. Primera edición. Quito: Dirección Nacional de Normalización. 2015. Disponible en: <http://salud.gob.ec>.
33. Ahumada A, Fortich L, Monroy M, Morale Y, Padilla J. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en el ZODES dique del departamento de Bolívar [Internet]. Cartagena, Colombia: Universidad de Cartagena; 2013. [citado: 2021, jun 1]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11227/2663>
34. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.4 en línea]. España [Fecha de consulta: 2021, May 12]. Disponible en: <https://dle.rae.es>

ANEXOS

ANEXO 1**CUESTIONARIO****“FACTORES RELACIONADOS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN
PRENATAL EN GESTANTES, CENTRO DE SALUD NICRUPAMPA, HUARAZ,
2021”**

Los datos obtenidos se recolecto mediante ficha de observación de la atención dada en el consultorio de obstetricia del centro de salud “Nicurupampa”.

Lea detenidamente las preguntas y una sola respuesta con un aspa (X).

I. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

P1. Edad: ____años.

P2. Grado de instrucción

- Sin instrucción
- Primaria
- Secundaria
- Superior

P3. Lugar de procedencia

- Rural
- Urbana

Tiempo de distancia al CS.....

P4. ¿A qué se dedica actualmente?

- Ama de casa
- Estudiante
- Trabajadora independiente
- Trabajadora dependiente

P5. Estado civil:

- Soltera
- Casada o conviviente

P6. Sus ingresos familiares mensuales, son:

- < 930 soles
- 930 soles
- > 930 soles

II. FACTORES PERSONALES

P7. ¿Ha sufrido maltrato físico, psicológico, sexual o económico por parte de su pareja?

- Nunca
- Muy pocas veces
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

P8. ¿Tiene apoyo de su pareja en el cuidado de su embarazo?

- Nunca
- Muy pocas veces
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

P9. ¿Tienes temor o vergüenza de acudir a la consulta prenatal?

- Si
- No

P10. ¿Crees que la atención prenatal es importante?

- No es importante
- Poco importante
- Medianamente importante
- Sumamente importante
- Indispensable

P11. ¿Tiene usted interés en cuidar su salud?

- Si
- No

P12. ¿Cuál fue la dificultad para acudir antes a su atención prenatal?

- Por trabajo
- Por estudio
- Por falta de información
- Por cuidar a sus hijos menores
- Por otros motivos

¿Cuál?

III. FACTORES INSTITUCIONALES

P13. ¿Usted tiene algún tipo de seguro?

- Tiene SIS
- Tiene otro tipo de seguro
- No tiene otro tipo de seguro

P14. ¿Cree usted que la espera para la atención prenatal es prolongada?

- Si
- No

¿Qué tiempo de espera?

P15. ¿Cuál fue la dificultad para acudir antes a su atención prenatal?

- Falta cupos
- Llego tarde
- Ubicación de la HCL
- Falta de DNI o SIS

P16. ¿Alguna vez ha recibido un mal trato por parte del personal de salud?

- Nunca
- Muy pocas veces
- Algunas veces
- Casi siempre
- Siempre

IV. MOMENTO DE INICIO DE LA ATENCIÓN PRENATAL

P16. Inicio según edad gestacional

- 14 a 18 semanas
- 29 a 40 semanas

ANEXO N°2

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE
DATOS

Realizado el cálculo de la confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente alfa de Crombach, se obtuvo como resultado un instrumento de investigación confiable, según se detalla a continuación.

Estadística de fiabilidad

| Alfa de Crombach | N° de elementos |
|------------------|-----------------|
| 0,671 | 10 |

ANEXO N°3

**FORMATO DE VALIDACION DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE
DATOS POR JUCIO DE EXPERTOS**

A continuación, le presentamos ocho aspectos relacionados al proyecto de investigación, a los cuales se calificará entre la puntuación 1 o 0 de acuerdo a 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. Los ítems despiertan ambigüedad (...)
7. El instrumento a aplicarse llega a la comprobación de la hipótesis (...)
8. La hipótesis está formada correctamente (...)

LEYENDA

PUNTUACION

DA: De Acuerdo

ED: En Desacuerdo

RESULTADOS

| JUEZ | Ítem 1 | Ítem 2 | Ítem 3 | Ítem 4 | Ítem 5 | Ítem 6 | Ítem 7 | Ítem 8 | TOTAL |
|-------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------|
| I | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 08 |
| II | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 05 |

| | | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------|
| III | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 07 |
| TOTAL | | | | | | | | | 20 |



Dra. Elizabeth Vélez Salazar

Juez I



Q.F. Willy E. Córdova Cassai

Juez II



Dra. Consuelo Teresa Valencia Vera

Juez III