



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

Tesis

Atención prenatal reenfocada y complicaciones maternas durante el embarazo
en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a
junio 2019

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Obstetricia

Presentado por:

Autora: Castillo Ortiz, Marlith Veronica

Asesora: Mg. Reyes Serrano, Bertha Nathaly

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9541-207X>

Lima – Perú

2020

DEDICATORIA

En primer lugar, doy gracias a Dios por darme la oportunidad de vivir, por brindarme virtudes y fortalezas necesarias para seguir siempre adelante y por haberme iluminado en cada paso de mi carrera.

Gracias a mis queridos padres: Armando Castillo De La Cruz y Ludovina Ortiz Sifuentes por darme su amor y confianza, por brindarme sus sabios consejos y apoyo incondicional haciendo de mí una persona forjada en valores y útil a la sociedad.

A mis hermanos, Guilver y Maricielo, por ser mi inspiración y estar siempre a mi lado, espero representar para ustedes un ejemplo a seguir con este gran paso en mi bella carrera.

A mis familiares y amistades, por darme muchos ánimos y apoyo en los momentos difíciles.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas trazadas.

A mi país, Perú, por darme la oportunidad de disfrutar de su geografía, cultura e historia. Nuestro territorio es muy grande y nos permite visibilizar las debilidades que se tiene en el sector salud, razón por la cual decidí hacer este trabajo de investigación con la finalidad de mejorar la salud de nuestras gestantes peruanas.

A la Universidad Privada Norbert Wiener, mi casa de estudios que me dio la bienvenida a una gran etapa de mi vida y a los docentes que con su amplia experiencia me brindaron educación y valores para ser una profesional de éxito.

A mi asesora, Mg. Bertha Nathaly Reyes Serrano por su apoyo, motivación, dedicación, por su valioso interés mostrado en el trabajo de investigación, por las sugerencias y por brindarme confianza, respeto y afecto constante en la asesoría de esta tesis, siendo fundamental para así poder culminarla satisfactoriamente.

Al jefe del departamento de Gineco-Obstetricia, MC. Gerónimo Rómulo Panaque, y al equipo de la oficina de jefatura de obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue quienes me permitieron acceder a las historias clínicas para realizar la recolección de datos.

ASESORA

MG. BERTHA NATHALY REYES SERRANO

JURADO

PRESIDENTE: DRA. SABRINA MORALES ALVARADO.

SECRETARIA: DRA. ANA SANZ RAMÍREZ.

VOCAL: MG. ELVIRA BENITES VIDAL.

ÍNDICE

1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	12
1.1. Planteamiento del problema.....	12
1.2. Formulación del problema.....	14
1.3. Justificación	15
1.4. Objetivo	16
1.4.1. Objetivo general	16
1.4.2. Objetivos específicos.....	16
2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1. Antecedentes	17
2.2. Base teórica.....	22
2.3. Terminología básica	36
2.4. Hipótesis	36
2.5. Variables e indicadores.....	38
2.6. Definición operacional de términos	39
3. CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	41
3.1. Tipo de investigación.....	41
3.2. Población y muestra.....	42
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	44
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico.	46
3.5. Aspectos éticos	46
4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	47
4.1. Resultados.....	47
4.2. Discusión	55
5. CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	58
5.1. Conclusiones	59
5.2. Recomendaciones	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXO 1: Matriz de consistencia	70
ANEXO 2: Instrumento: ficha de recolección de datos.....	72
ANEXO 3: Validez del instrumento	74
ANEXO 4: Juicio de expertos	79
ANEXO 5: Carta de presentación de recolección de los datos Universidad Wiener.	80

ANEXO 6: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos	82
ANEXO 7: Resultado de Turnitin.....	83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01: Características sociodemográficas según presencia o ausencia de complicaciones en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a junio 2019.....	47
Tabla 02: Características obstétricas según presencia o ausencia de complicaciones en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a junio 2019.....	49
Tabla 03: Complicaciones maternas según atención prenatal reenfocada en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a junio 2019.....	50
Tabla 04: Atención prenatal reenfocada según tipo de complicaciones maternas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a junio 2019.....	51

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación que existe entre la atención prenatal reenfocada y las complicaciones maternas durante el embarazo.

Metodología: Estudio con enfoque cuantitativo, tipo retrospectivo, de diseño no experimental, corte transversal, con alcance relacional. La muestra estuvo constituida por 200 historias clínicas de gestantes que tuvieron su parto en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio de 2019. Se aplicó la técnica de investigación documental, el instrumento fue una ficha que recogió datos sobre el análisis de la evaluación de la atención prenatal reenfocada y complicaciones maternas durante el embarazo.

Resultados: Se evidenció un total de 117 gestantes (58.5%) que no tuvieron atención prenatal reenfocada y 83 gestantes (41.5%) que si lo tuvieron. También se obtuvo que 46 gestantes (39.3%) que no cumplieron con una atención prenatal reenfocada, tuvieron infección de tracto urinario durante el embarazo, siendo esta la complicación materna con mayor presencia, seguida por la anemia con 28 gestantes (23.9%).

Conclusión: Se ha demostrado que, existe relación significativa entre la atención prenatal reenfocada y las complicaciones maternas durante el embarazo ($\chi^2=45,495$; $p=0.000$), lo que nos indica, que la atención prenatal reenfocada es una intervención eficaz en la disminución de morbimortalidad materna-perinatal en las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Palabras Clave: Atención prenatal reenfocada, complicaciones maternas.

SUMMARY

Objective: To determine the relationship between refocused prenatal care and maternal complications during pregnancy.

Methodology: Study with a quantitative approach, retrospective type, non-experimental design, cross section, with relational scope. The sample consisted of 200 medical records of pregnant women who had their delivery at the Hipólito Unanue National Hospital from January to June 2019. The documentary research technique was applied, the instrument was a file that collected data on the analysis of the evaluation of refocused prenatal care and maternal complications during pregnancy.

Results: A total of 117 pregnant women (58.5%) who did not have refocused prenatal care and 83 pregnant women (41.5%) that did. It was also found that 46 pregnant women (39.3%) who did not comply with refocused prenatal care, had urinary tract infection during pregnancy, this being the maternal complication with the highest presence, followed by anemia with 28 pregnant women (23.9%).

Conclusion: It has been shown that there is a significant relationship between refocused prenatal care and maternal complications during pregnancy ($\chi^2 = 45,495$; $p = 0.000$), which indicates that refocused prenatal care is an effective intervention in reducing maternal-perinatal morbidity and mortality in pregnant women treated at the Hipólito Unanue National Hospital.

Key Words: Refocused prenatal care, maternal complications.

1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema.

Una de las metas trazadas desde hace mucho tiempo a nivel mundial es disminuir las complicaciones maternas usando una serie de herramientas entre ellas la Atención Prenatal (APN), según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la APN es la oportunidad que tienen los profesionales de salud para brindar apoyo e información a las gestantes con la promoción de un estilo de vida saludable, la detección y la prevención de enfermedades, el asesoramiento en cuanto a la planificación familiar y el apoyo a aquellas mujeres que estén sufriendo de violencia familiar.(1)

El Ministerio de Salud, en su Guía Nacional de atención integral de la salud sexual y reproductiva, define a la APN como la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto. Actualmente según la Norma técnica de salud para la atención integral de la salud materna, la atención prenatal reenfocada trae consigo una serie de actividades e intervenciones que incluyen un paquete básico que permitirá la oportuna detección de signos de alarma y factores de riesgo, el autocuidado y la participación de la familia y la comunidad.(2, 22)

La OMS estima que a nivel mundial el 99% de casos de muerte materna suceden en entornos con recursos económicos limitados, estos en su mayoría pueden prevenirse, sólo con un mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales ya existentes, sin que ello represente un costo económico elevado. El enfoque de la atención prenatal reenfocada no sólo consiste en evitar la muerte y la morbilidad, sino que busca fomentar la salud y el bienestar a la vez que respeta los derechos y la dignidad de la persona.(3)

En Latinoamérica la muerte materna por múltiples factores es muy recurrente, el 95% de las muertes maternas se pueden prevenir, mediante diferentes soluciones sanitarias, una de ellas es la APN, esta constituye una intervención preventiva por excelencia. En el año 2000, los países, Miembros de las Naciones Unidas se reunieron y se comprometieron a trabajar para lograr una serie de Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), dentro de ellos estaba mejorar la salud materna, que tenía como meta para el 2015 lograr el acceso universal a la salud reproductiva, dentro de ellos la cobertura de atención prenatal, ya que en ella se exploran las condiciones de salud de la madre y el niño, se identifican distintos factores de riesgo, se brinda orientación y consejería a la gestante sobre el cuidado de su salud y la de su hijo, además se fomenta hábitos y conductas saludables, gracias a ello la tasa de mortalidad materna para el 2013 disminuyó en un 52 %.(4) Sin embargo los objetivos que se trazaron no fueron superados, dando lugar a 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), dentro de ellos garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos, teniendo como meta para el 2030 el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales, además de reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. (49) Siendo este un gran reto para todos los profesionales de salud.

En lo concerniente a las complicaciones maternas, muchas de ellas pueden ser evitadas o al menos detectadas a tiempo para evitar secuelas negativas en la madre o el feto. Para el caso del parto pretérmino, en nuestro país se estima que del total de nacidos vivos el 6,5% lo hace de manera prematura (5). En relación a la anemia gestacional, su distribución es asimétrica en el país de acuerdo a las características sociodemográficas de la población, existiendo distritos en zonas urbanas con 0% de anemia y otros,

especialmente en la sierra, donde alcanza el 100%, siendo Huancavelica y Puno las regiones con más prevalencia con 45,5% y 42,8%, respectivamente.(6) Acerca de las infecciones del tracto urinario, se estima que su frecuencia en las gestantes oscila entre el 2 y 10%, pero muchas veces es necesario realizar un urocultivo para hacer un diagnóstico más preciso, ya que muchas infecciones de carácter asintomático sólo son detectados cuando están en etapas muy avanzadas (7, 8).

En el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU), las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio se encuentran entre las primeras diez causas de morbilidad en su servicio de hospitalización. Durante el año 2018 se reportaron 1250 casos de aborto no especificado, 160 casos de ruptura prematura de membranas, 367 casos de infecciones del tracto urinario y 797 casos que engloban otras patologías de la gestante, estos en conjunto representan alrededor del 37% de los pacientes hospitalizados (9).

Por todo lo expuesto anteriormente es importante que se realice la presente investigación para conocer si existe relación entre la atención prenatal reenfocada y las complicaciones maternas.

1.2. Formulación del problema

¿Existe relación entre la atención prenatal reenfocada y las complicaciones maternas durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019?

1.3. Justificación

La atención prenatal reenfocada, representa para los profesionales del campo de la obstetricia una herramienta clave para el diagnóstico y la prevención de numerosas complicaciones durante el embarazo. Asimismo, son pocas investigaciones las que han utilizado como sede el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU), por tratarse de un establecimiento de salud del tercer nivel de atención de alta demanda en la zona Este de Lima Metropolitana. Es de gran utilidad entender la magnitud del problema que conlleva el incumplimiento de las atenciones prenatales, así como su inicio tardío. Cabe resaltar que, en el HNHU, en la actualidad la atención prenatal es realizada por el médico especialista en Gineco-Obstetricia; en su mayoría las gestantes que llegan son referidas de establecimientos de salud de menor complejidad, donde la atención prenatal es realizada por obstetras.

De acuerdo con el código de ética y deontología del Colegio de Obstetras del Perú, el profesional obstetra se encargará de atender a la gestante mientras no haya ninguna complicación que afecte la vida del feto y de ella misma, si fuese el caso se tendrá que derivar a la gestante con el profesional correspondiente.

Las complicaciones que se presentan son numerosas, dentro de ellas podemos destacar, el parto pretérmino, la anemia, los trastornos hipertensivos, la ruptura prematura de membranas, la infección del tracto urinario, entre otras. Siendo estas las causas que podrían poner en peligro la vida o salud del binomio madre – niño y así aumentar el índice de mortalidad materno - fetal.

La presente investigación pretende profundizar en la concientización de la atención prenatal reenfocada ya que cumple un rol preventivo en la salud materna de todas las gestantes y así poder evitar las complicaciones maternas. A partir de estos resultados será posible plantear nuevas estrategias para mejorar la atención prenatal reenfocada en el HNHU y en los establecimientos de salud de referencia.

1.4. Objetivo

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre la atención prenatal reenfocada y las complicaciones maternas durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.

1.4.2. Objetivos específicos

1.- Determinar la relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.

2.- Determinar la relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar anemia en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.

3.- Determinar la relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar trastornos hipertensivos en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.

4.- Determinar la relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.

5.- Determinar la relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar infección de tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.

2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes Nacionales

Zavala D., Vásquez Y. (2018) en su tesis “Relación entre atención prenatal reenfocada y la recurrencia y severidad de la infección del tracto urinario y anemia en gestantes. Hospital Distrital Santa Isabel - Porvenir 2017” planteó como objetivo determinar la relación entre la atención prenatal reenfocada y la recurrencia y severidad de la infección del tracto urinario y anemia en gestantes. El estudio tuvo un diseño observacional, de nivel correlacional y corte transversal, con una muestra de 148 historias clínicas de gestantes atendidas en un hospital de Trujillo. Los resultados muestran que el nivel de cumplimiento de la atención prenatal reenfocada en las gestantes fue del 48.6%. La recurrencia de la infección del tracto urinario en gestantes fue del 35.8%, mayormente del tipo bacteriuria asintomática con 35.8%, 26.4% y 2.7% en el primer, segundo y tercer episodio respectivamente. El porcentaje de recurrencia de anemia en gestante fue de 44.6%, con un porcentaje de severidad mayormente leve de 30.4 %, 23% y 6.8% en el primer, segundo y tercer episodio. La prueba Chi cuadrado evidencia que la atención prenatal reenfocada está asociada significativamente a la menor severidad de la infección del tracto urinario en el primer episodio ($p < 0.05$), y a la menor recurrencia y severidad de la anemia en gestantes en el primer y segundo episodio ($p < 0.05$). Se concluye que la atención prenatal reenfocada tiene una asociación con la presencia de recurrencia de infección urinaria y anemia.(15)

Ahumada M. y Alvarado G. (2016) en su artículo “Factores de riesgo para el parto prematuro en un hospital”, se propusieron determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en un hospital peruano. La investigación fue de tipo casos y controles, retrospectivo, con la participación de 298 pacientes con parto

pretérmino en el grupo de los casos y 302 pacientes que tuvieron un recién nacido a término en el grupo de los controles, atendidas en el Hospital Sergio Bernales. Los resultados obtenidos muestran que el parto pretérmino estaba asociado al control prenatal insuficiente, con menos de 6 controles (OR= 3,2; $p < 0,001$) y para la ausencia de control prenatal (OR ajustado= 3,0; $p < 0,001$). Se concluye que no haberse hecho ningún control prenatal y tener un control prenatal insuficiente se comportan como factores de riesgo para el parto pretérmino. (16)

Maúrtua N. (2018) en su tesis titulada “Atención prenatal reenfocada y complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes de 18 a 35 años en el Hospital María Auxiliadora. San Juan de Miraflores: octubre 2016 a mayo 2017- Lima” planteó como objetivo determinar si la atención prenatal reenfocada está relacionada con ciertas complicaciones obstétricas en el momento del parto, realizándose así un estudio de tipo descriptivo retrospectivo no experimental de corte transversal, conformada por 260 gestantes a las que se le atedió su parto en el Hospital María Auxiliadora. Los resultados más evidentes para el factor prenatal como factor de riesgo para complicaciones maternas fue que el 95% de las gestantes no cumplieron con la atención prenatal reenfocada, encontrándose así complicaciones obstétricas como el desgarro perineal de primer grado con un 23.9% y anemia puerperal leve con un 13%. Finalmente se concluyó que aquellas gestantes que no tuvieron una atención prenatal reenfocada fueron las que sufrieron de complicaciones maternas como desgarro perineal y anemia puerperal. (17)

Miñano M. (2016) en su tesis “Control prenatal inadecuado como factor asociado a parto pretérmino en pacientes del hospital regional docente de Trujillo realizada en el Hospital Regional Docente de Trujillo” tuvo como objetivo determinar si el control prenatal inadecuado es un factor asociado a parto pretérmino. El

estudio fue observacional, retrospectivo, de tipo analítico de casos y controles. El estudio se realizó con 156 pacientes divididos en 2 grupos. En los resultados se observó que la incidencia de control prenatal inadecuado en el grupo de casos es 32 pacientes y en 43 de los controles. Se obtuvo un OR de 2.27, con un intervalo de confianza IC95%=1.148-4.487, que refleja una asociación significativa entre ambas variables. En conclusión, el control prenatal inadecuado representa un factor de riesgo para parto pretérmino. (18)

Corcuera (2018) en su tesis “Atención prenatal reenfocada y su relación con la morbilidad materna durante el embarazo, parto y puerperio. Julio 2013 a Julio 2017. Centro de Salud El Bosque” planteó determinar la relación que existe entre la atención prenatal reenfocada y la morbilidad materna durante el embarazo, parto y puerperio en un periodo de cuatro años en el Centro de Salud El Bosque. El estudio tuvo un diseño no experimental y nivel correlacional, retrospectivo, y contó con una muestra de 277 historias clínicas de gestantes con atención prenatal. Los resultados evidencian que el 44% de las gestantes presentó una atención prenatal reenfocada inconclusa, y que esta presentó una relación significativa sobre la morbilidad materna durante el embarazo y el puerperio ($p < 0.001$). Las morbilidades más frecuentes que presentaron asociación significativa con la atención prenatal reenfocada fueron la infección del tracto urinario ($p = 0,000$), los trastornos hipertensivos ($p = 0,000$), mientras que la ruptura prematura de membranas no mostró asociación significativa ($p = 0,0440$). Se concluye que la presencia de morbilidad materna está asociada a una atención prenatal reenfocada inconclusa.(19)

Prato V. (2016) en su tesis “Control prenatal incompleto como factor de riesgo de anemia en gestantes adolescentes del hospital Nacional Dos de Mayo” planteó como objetivo demostrar que el

control prenatal incompleto es el principal factor de riesgo para el desarrollo de anemia en gestantes adolescentes. El estudio tuvo un diseño no experimental de tipo casos y controles, y contó con una muestra formada por 60 gestantes adolescentes con menos de 6 controles prenatales (casos) y 56 gestantes con 6 o más controles prenatales (controles) atendidas en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Dos de Mayo, excluyéndose a aquellas pacientes con diagnóstico pregestacional de anemia crónica asociada a otra patología y a las que tenían menos de 37 semanas de gestación. Los resultados evidencian que el control prenatal incompleto se comporta como un factor de riesgo significativo para anemia en el embarazo con 21 veces más probabilidad de tener dicha enfermedad (OR= 21.3750). Se concluye que control prenatal incompleto influye de manera determinante en el desarrollo de anemia en gestantes adolescente.(20)

Antecedentes Internacionales

Morales Y. y Montiel M. (2017) en su tesis titulada “Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015” plantearon como objetivo determinar cuáles son las complicaciones maternas que estén asociadas a la falta de control prenatal. El estudio fue descriptivo retrospectivo de corte transversal, constituido por 210 mujeres embarazadas que acudieron al referido hospital el año 2015. En cuanto a los resultados que se obtuvieron con relación a la falta de control prenatal y las complicaciones para la madre, fue que durante el trabajo de parto el 33% presentó preeclampsia, el 21% presentó ruptura prematura de membranas, el 20% Shock hemorrágico, el 6% retención de placenta, un 4% corioamnionitis y desprendimiento de placenta normo inserta, un 3 % hipotonía uterina y desgarro, un 2% diabetes gestacional y solo un 1% placenta previa y parto

obstruido. Se concluye que la falta de control prenatal es un factor predisponente para complicaciones maternas.(11)

Zhang B, Yang R, Liang SW, Wang J, Chang JJ, Hu K (2017) en su artículo titulado “Asociación entre la utilización de la atención prenatal y el riesgo de parto prematuro entre las mujeres chinas” plantearon un estudio de casos y controles, con una muestra de 2393 pacientes con recién nacidos prematuros como casos y 4263 mujeres con nacimientos a término en el grupo control. Se hizo una selección aleatoria de un control para cada caso entre las mujeres con nacimientos a término. Los resultados muestran que un 10.5% de mujeres recibieron atención prenatal inadecuada, asociándose a los partos pretérmino (OR: 1.41, IC 95%: 1.32–1.84). En conclusión, las mujeres que no recibieron una atención prenatal adecuada tienen un mayor riesgo de tener partos prematuros.(12)

Machado S., Molinares A., Urzola L. y Valdés M. (2017) en su tesis titulada “Factores asociados a la falta de asistencia al control prenatal y consecuencias maternas y perinatales en tres IPS de Sincelejo 2016 – 2017” tuvieron como objetivo determinar la falta de asistencia al control prenatal y sus consecuencias en el binomio madre-hijo en gestantes de tres instituciones prestadoras de salud de un municipio de Colombia. El estudio fue de tipo descriptivo retrospectivo correlacional y corte transversal con una muestra de 170 gestantes. Los resultados muestran que la complicación materna más común por falta del control prenatal adecuado fueron los trastornos hipertensivos con un 68,8 %. En conclusión, el número de controles prenatales influye en los resultados obstétricos, especialmente en la presencia de trastornos hipertensivos del embarazo. (13)

Lee S, Lee S, Lim N, Kim H, Bae, S, Ock M. et al. (2016) en su artículo titulado “Differences in pregnancy outcomes, prenatal care utilization, and maternal complications between teenagers and

adult women in Korea: A nationwide epidemiological study” Planteó como objetivo evaluar el nivel socioeconómico, los cuidados en el embarazo y parto y las complicaciones maternas en las adolescentes y otros grupos etarios. Para ello realizó un análisis multivariado a partir de la base de datos de la Corporación Nacional de Seguros de Salud, basado en la Clasificación Internacional de Enfermedades-CIEX. Los resultados evidencian que alrededor del 14.4% de adolescentes nunca recibieron atención prenatal, y el 61.7% realizaron menos de 4 visitas de atención prenatal, quienes presentaron con mayor frecuencia parto prematuro y laceración perineal, teniendo la adolescente 2.47 veces más probabilidades de parto prematuro por una atención prenatal inadecuada. Se concluye que la atención prenatal inadecuada en gestantes adolescentes está asociada al parto prematuro.(14)

2.2. Base teórica

2.2.1. Atención prenatal reenforcada

La atención prenatal reenforcada es una herramienta sistemática que se realiza durante el periodo del embarazo.(22). Se basa en chequeos médicos realizados por un profesional de salud , a razón que es importante para el cuidado de la salud de la gestante y el seguimiento del desarrollo fetal, con la finalidad evitar problemas en la salud materna y perinatal.(22)

La atención prenatal reenforcada está definida como el conjunto de acciones asistenciales que consta de entrevistas o visitas programadas con el equipo profesional de salud, así mismo contribuye con un adecuado control de la evolución del embarazo, preparación para el parto y crianza del recién nacido (RN), con la finalidad de reducir los riesgos que se presenta en el proceso fisiológico en el embarazo. Según el Ministerio de Salud, la atención integral de salud materna consiste en vigilar, evaluar,

prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puede condicionar a una mortalidad materna y perinatal. (23)

La atención prenatal reenfocada es una herramienta fundamental que permite identificar gestantes con riesgos obstétricos o perinatales. Por ejemplo, en las investigaciones realizadas por la doctora Santiesteban, se evidencio que los hijos nacidos de madres sin atención prenatales tienen tres veces mayor de riesgo de nacer con bajo peso y cinco veces más probabilidades de fallecer, en comparación con hijos de madres que reciben atención prenatal. Es por ello, que la atención prenatal debe empezar tan pronto como el embarazo, lo ideal es iniciar antes de las 14 semanas de gestación especialmente en pacientes con patologías crónicas. (24)

La primera atención prenatal está basada en una serie de actividades sanitarias que se brinda a la gestante, además, se realiza la historia clínica completa con el interrogatorio, examen físico general, exámenes auxiliares e interconsultas médicas. (25) A continuación se detallará cada proceso que se realiza en el primer control prenatal.

De acuerdo con la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la gestante del Ministerio de Salud, la primera atención prenatal debe durar aproximadamente media hora, mientras que las siguientes consultas prenatales pueden durar en promedio 15 minutos. De esta manera, en la primera atención se podrá detectar oportunamente cualquier posible complicación que pueda surgir durante el embarazo o la presencia de antecedentes que pueda favorecer su desarrollo. (23)

2.2.1.1 Características:

Esta debe ser precoz, periódica, integral y de amplia cobertura. Precoz, porque debe iniciarse antes de las 14 semanas, con la

confirmación del embarazo. Debe ser también periódica y frecuente, cumpliendo la siguiente estructura:

- Hasta las 32 semanas: Mensual
- Durante 33 – 36 semanas: Quincenal
- Desde las 37 semanas: Semanal. (22)

2.2.1.2. Periodicidad de la Atención Prenatal Reenfocada:

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

- La primera antes de las 14 semanas.
- La segunda entre las 14 a 21 semanas.
- La tercera entre las 22 a 24 semanas.
- La cuarta entre las 25 a 32 semanas.
- La quinta entre las 33 a 36 semanas.
- La sexta entre las 37 a 40 semanas.

Los controles prenatales deben ser completamente integrales englobando una serie de actividades a realizar en la madre y el feto. Son de amplia cobertura, ya que debe llegar a todas las gestantes garantizando su atención de acuerdo con sus necesidades de salud en los diferentes niveles de atención. (21)

2.2.1.3. Paquete de atención Integral en la Atención Prenatal Reenfocada:

Se considera una atención prenatal reenfocada cuando la gestante cumplió con el paquete básico, que consta de lo siguiente:

- Historia clínica Materno Perinatal, detección de factores de riesgo.
- Evaluación física. (Incluye: examen de mamas).
- Papanicolaou y/o IVAA.
- Educación para el auto examen de mamas.

- Orientación/consejería y evaluación nutricional. (Incluye talla y peso).
- Detección e intervención oportuna de signos de alarma.
- Examen Gineco-obstétrico.
- Plan de parto.
- Examen odontológico.
- Psicoprofilaxis /estimulación prenatal (cada programa tendrá sus 06 sesiones por separado).
- Tamizaje de Violencia.
- Exámenes completos de laboratorio.
- Ecografía en el primer trimestre y en el tercer trimestre.
- Monitoreo materno fetal en el tercer trimestre.
- Visitas Domiciliarias.
- Inmunización antitetánica (ESNI).
- Inmunización contra fiebre amarilla después de las 26 semanas en zonas endémicas. (ESNI).
- Inmunización contra la Influenza Adulto (0.5cc v. im. dosis única) debido a que las gestantes son consideradas como población de riesgo para influenza. A partir del segundo trimestre de gestación (a partir de las 20 semanas de gestación) y se programará al 60% del total de gestantes. (ESNI).
- Suplemento de ácido fólico (500 mcg) durante el primer trimestre, hasta las 13 semanas.
- Suplemento de hierro (60 mg) y ácido fólico (400 mcg), desde las 14 semanas. (PAN)
- Suplemento de calcio. 2 gramos v.o diarios, desde las 20 semanas hasta el parto.
- Tamizaje de: Bacteriuria asintomática (tira reactiva), Sífilis (prueba rápida), VIH (prueba rápida), Proteinuria (tira reactiva o ácido sulfosalicílico), Anemia (Hemoglobina con "Hemocue"), Diabetes gestacional (Hemoglucotest). (50)

2.2.2. Elaboración de historia completa:

2.2.2.1 Anamnesis: Se realizan preguntas acerca de los antecedentes familiares que pueden incrementar el riesgo de ciertas enfermedades, y antecedentes personales tanto clínicos, ginecológicos y obstétricos como quirúrgicos. También deben identificarse aquellos padecimientos que inician durante el embarazo.(25)

2.2.2.2. Evaluar edad gestacional: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el momento gestacional en estudio. Generalmente se calcula en semanas. (22)

2.2.2.3. Examen físico:

2.2.2.3.1. Funciones vitales: Determinación de la temperatura, frecuencia cardiaca y presión arterial. La que deberá ser tomada con la gestante en posición sentada si la presión sistólica es mayor o igual de 140 mm Hg o la diastólica mayor o igual de 90 mm Hg, o si hubiera un incremento de más de 30 mm Hg en la sistólica ó 15 mm Hg en la diastólica, con relación a su presión inicial, repetir la medición 2 a 6 horas después; de persistir esos valores o haberse incrementado, considerar manejo de preeclampsia.(27, 48)

2.2.2.3.2. Medidas antropométricas: La talla materna es aceptada como un indicador antropométrico de riesgo de complicaciones obstétricas, como desproporción cefalopélvica (DCP), trabajo de parto disfuncional y parto operatorio; la causa radicaría en la relación directa entre talla e índice pélvico(25). Según el Institute of Medicine Nutrition el estado nutricional materno pregestacional y la ganancia de peso (GP) durante el embarazo influyen en las condiciones maternas y perinatales e

incrementa el riesgo de peso bajo al nacer, parto prematuro y la mortalidad materna perinatal. La ganancia de peso durante el embarazo depende del estado nutricional pregravídico, que se obtiene de dos formas; por un lado, el peso y la talla tomadas en el primer control prenatal del primer trimestre del embarazo y, por otro lado, mediante el peso pregestacional manifestado por la gestante y la talla obtenida en el primer control prenatal. Se recomienda que la gestante con peso normal al inicio del embarazo tenga una GP entre 11,5 y 16 k; si tiene peso bajo, la GP debe ser 12,5 a 18 k; si sobrepeso, la GP será 7 a 11,5 k; y si es obesa, la GP será de 5 a 9 k.(29)

2.2.2.3.3. Examen obstétrico:

- **Altura Uterina:** La altura uterina (AU) ha sido evaluada como un indicador de crecimiento fetal; puesto que refleja el tamaño global del útero y éste, a su vez, el tamaño del feto en la segunda mitad de la gestación. Existe una correlación positiva entre la altura uterina y el peso al nacer en los embarazos a término. La edad gestacional, la paridad y el género del recién nacido han sido relacionadas con el peso al nacer de forma que, a mayor edad gestacional, paridad y género varón, mayor peso al nacer.(2, 30)
- **Latidos cardiacos fetales:** A partir de la sexta semana, se puede confirmar la actividad cardiaca embrionaria por ecografía transvaginal y en la semana 10, puede comenzar a detectarse en forma externa por medio de un estudio Doppler. Se puede auscultar con el estetoscopio de Pinard a partir de las semanas 22. La frecuencia cardíaca fetal oscila entre los 120 y 160 latidos por minuto.(30)
- **Diagnóstico de la Presentación Fetal:** Se define a partir del polo fetal que se encuentra en contacto con la pelvis materna,

capaz de desarrollar un mecanismo de parto. Siendo las maniobras de Leopold útiles a partir de la semana 20. (2, 30)

- **Valorización ginecológica:**

Examen de mamas: Se debe realizar consejería desde las primeras consultas. Evidenciar estado de mamas, piel y pezones para luego intervenir sobre promoción de lactancia.(22)

Toma de Papanicolaou: Debe realizarse en el primer control prenatal. El embarazo no constituye contraindicación, como tampoco la edad gestacional, para realizarlo se debe omitir cuando hay riesgo de sangrado por la especuloscopia (ejemplo: placenta previa). (22)

2.2.2.4. Exámenes auxiliares:

2.2.2.4.1. Tamizaje de proteínas en orina. Se determinará mediante métodos cuantitativos con pruebas rápidas en la primera consulta, ya sea con la tira reactiva o mediante la prueba de reacción con ácido sulfosalicílico.(22)

2.2.2.4.2. Hemoglobina: Procedimiento útil para diagnosticar anemia, siendo necesarios el interrogatorio (antecedentes familiares de anemia, trastornos hemorrágicos), examen físico completo en busca de palidez, control de TA, y el análisis de sangre por laboratorio, una manera sencilla y rápida de evaluación mediante el estudio de la Hemoglobina o del Hematocrito medición del porcentaje de glóbulos rojos que se encuentran en un volumen específico de sangre. (31,32)

2.2.2.4.3. Ecografía obstétrica: Útil como ayuda diagnóstica para la edad gestacional, especifica anatómicamente las anomalías del feto y placenta, visualiza la normalidad del proceso ponderal fetal,

evaluar el perfil biofísico fetal (PBF), y pesquisa cualquiera anomalía y descarta macrosomía y variaciones del líquido amniótico. (22, 28)

2.2.2.4.4. Glicemia: Aproximadamente un 5% de las embarazadas cursa una alteración del metabolismo de la glucosa. El 90% de ellos corresponde a una intolerancia a la sobrecarga de glucosa que se corrige espontáneamente en el postparto. Se estima que un 30% de las embarazadas diabéticas gestacionales no tienen factores de riesgo para diabetes. Algunos autores por ello recomiendan efectuar a todas las embarazadas una prueba de sobrecarga con 50 g. de glucosa oral (valor normal: normal: <140 mg/dl a la hora) alrededor de las 26 semanas. (22)

2.2.2.4.5. Tamizaje de VIH y Sífilis: El tamizaje con pruebas rápidas duales, RPR o PRS en el caso de Sífilis y PR o ELISA para VIH en las gestantes, se debe realizar en la primera atención prenatal idealmente en el primer trimestre de gestación. Al igual que los demás análisis de laboratorio, deben actualizarse a partir de las 33 semanas de gestación, con un intervalo mínimo de 3 meses con relación a la primera muestra. El manejo integral de la gestante, mujeres con aborto, puérperas con sífilis o probable sífilis, y del caso de Sífilis congénita es responsabilidad del establecimiento de salud y de los profesionales de salud competentes según los niveles de atención. (33)

2.2.2.5. Suplementos nutricionales:

2.2.2.5.1. Prescripción de ácido fólico: Se debe llevar a cabo la administración de ácido fólico tres meses antes del embarazo, en una dosis de 1 mg diario. Una vez que está gestando, debe recibir ácido fólico desde la primera consulta hasta la semana 13 de gestación en una dosis de 500 ug. diarios. A partir de la semana catorce se prescribe este suplemento en una dosis de 400 ug. en combinación con el sulfato ferroso. (22)

2.2.2.5.2. Prescripción de sulfato ferroso: Los altos requerimientos fisiológicos de hierro en el embarazo son por lo general difíciles de alcanzar con la mayoría de las dietas de la población latinoamericana, por tanto, la mujer embarazada debe recibir suplementos de hierro. Como profilaxis, si los exámenes de sangre iniciales se encuentran dentro de parámetros normales se administrará una dosis promedio de hierro de entre 30 y 60 mg/día (que garantice la absorción de 5 a 6 mg de hierro al día) por 2 meses mínimo. En el Perú las Normas Técnicas indican su prescripción a partir de las 14 semanas, para no agravar una emesis gravídica en el primer trimestre, en dosis de 60 mg diarios junto con el ácido fólico.(22)

2.2.2.5.3. Prescripción de calcio: Es la administración profiláctica de calcio, que se brinda a la gestante desde las 20 semanas de gestación hasta el término. La dosis recomendada es de 2000 mg diarios. (22)

2.2.2.6. Inmunizaciones:

2.2.2.6.1. Vacunación antitetánica: Debe recibir dos dosis: la primera al contacto con la embarazada y la segunda cuatro semanas después de la primera. La vacuna estimula la producción de anticuerpos en la sangre materna y protege al bebé del tétanos neonatal forma muy grave de esta enfermedad que generalmente es fatal. Se considera protegida a aquella gestante que recibe dos dosis de la vacuna durante el embarazo o acredite con el carné que está en el período de protección y recibe una nueva dosis. (22)

2.2.2.7. Atención multidisciplinaria:

2.2.2.7.1 Evaluación Odontológica: Incluye todas las intervenciones y actividades de salud bucal brindadas a la gestante que realiza el odontólogo: instrucción de higiene oral, profilaxis simple y tratamiento dental. (21)

Las mujeres embarazadas pueden hacerse una revisión dental de rutina, pero los procedimientos radiológicos deben evitarse hasta el fin de la gestación, es aconsejable que se obturen las caries y se traten las infecciones. El uso de un cepillo dental de cerdas suaves aminorara el sangrado de las encías cuya vascularidad es mayor durante el embarazo. (34)

2.2.2.7.2. Evaluación nutricional: Todo establecimiento de salud debe evaluar nutricionalmente a la gestante, utilizando tablas del CLAP (peso, talla, edad gestacional) y estimando el índice de masa corporal gestacional (IMC), así como detectar la anemia y brindar su tratamiento oportuno. (21)

2.2.2.7.3. Tamizaje de Violencia física y psicológica: La OMS pone de relieve que la violencia contra las mujeres como un problema de salud prioritario, una de cada tres mujeres experimenta violencia física o sexual por parte de la pareja. (42)

Si bien las estadísticas difieren en el mundo, los efectos son los mismos. Por ello el tamizaje de violencia intrafamiliar debería realizarse a lo largo del embarazo y no en un solo momento, ya que esto aumenta el número de casos de violencia detectado. (21)

2.2.2.8. Psicoprofilaxis obstétrica: “Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación, parto y/o postparto para alcanzar una jornada obstétrica en las mejores condiciones para la madre y su bebé(s), forjándoles una experiencia satisfactoria; fortaleciendo la participación del padre. La PPO debe ejercerse con criterio clínico, enfoque de riesgo y de

forma personalizada, humanística y ética. La PPO disminuye las complicaciones y reduce la morbilidad y mortalidad maternal perinatal.” (26)

2.2.2.9. Complicaciones maternas:

2.2.2.9.1. Anemia: es una condición frecuentemente asociada al embarazo, especialmente en países en vías de desarrollo, donde hay déficit de hierro para cubrir las necesidades de la madre y el feto en desarrollo. Luego de la deficiencia de hierro, las infecciones son las causas más frecuentemente asociadas a esta patología. Otras deficiencias nutricionales provenientes son: vitamina A, vitamina B12, ácido fólico, riboflavina entre otros, siendo estos los posibles contribuyentes a su desarrollo (35-36). La prevalencia global de la anemia se estima aproximadamente en el 30.2% de mujeres no gestantes, aumentando hasta 47.4% durante el embarazo (35). La OMS considera anemia en mujeres no embarazadas cuando el valor de hemoglobina es menor a 12gr/dl y en mujeres embarazadas cuando este es menor de 11 gr/dl y anemia severa cuando la hemoglobina es menor a 7gr/dl(37). El no mantener concentraciones adecuadas de hierro, durante el embarazo, puede tener consecuencias fatales en la madre y el feto, llegando inclusive a incrementar el riesgo de morbi-mortalidad (38). La prueba de laboratorio de hematocrito y especialmente la de hemoglobina, son los métodos más útiles para el diagnóstico de la anemia. También es necesario averiguar durante la anamnesis los antecedentes familiares de anemia o presencia de trastornos hemorrágicos, además durante el examen físico se deberá detectar la palidez en piel y faneras. (31,32)

2.2.2.9.2. Parto pretérmino: El parto pretérmino se define por la presencia de contracciones uterinas de manera regulares que ocurre después de las 22 semanas y antes de completar las 37 semanas de gestación o 259 días. (39) Esta patología es una de las principales causas de morbimortalidad neonatal, ya que es

responsable de un alto porcentaje de secuelas en infantes. (40) A pesar de haberse realizado diversos estudios tecnológicos sobre el cuidado neonatal, aun su prevalencia no ha variado en las últimas décadas, por lo que es considerado un problema de salud pública. En el Perú, las estadísticas nacionales revelan una tasa de mortalidad perinatal de 33,2% por 1000 recién nacidos vivos, en tanto que la mortalidad infantil es de 88 por 1000 recién nacidos vivos. (41) Para el diagnóstico es importante hacer una revisión exhaustiva de la historia clínica, para detectar datos como los antecedentes de la gestante, edad materna, gravidez, paridad, abortos, peso de la gestante, tiempo de embarazo, y la evolución del examen obstétrico, por ejemplo, en latidos y movimientos fetales. En el examen clínico es importante tener en cuenta la frecuencia de las contracciones uterinas y las modificaciones que presenta el cuello uterino como el borramiento, dilatación y posición del cuello uterino. (42) Para un mejor resultado debe evaluarse mediante el cálculo del índice de Bishop. (43) La edad gestacional se determina mediante el Método de Capurro y a las 24 horas se realiza el Método de Ballard con la finalidad de corroborar la edad gestacional del recién nacido. (42) Los exámenes auxiliares que se solicitan para el caso de parto prematuro son hemograma, hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo, RH, glucosa, calcio, bilirrubina, ecografía transvaginal, perfil biofísico y monitoreo obstétrico. (42)

2.2.2.9.3. Trastornos hipertensivos del embarazo: Los estados hipertensivos del embarazo son las complicaciones con mayor repercusión en la salud materna, y aún siguen siendo una de las cuatro primeras causas de mortalidad de la mujer embarazada tanto en países desarrollados como en desarrollo (1). La Preeclampsia, Eclampsia y síndrome de HELLP son algunos síndromes complejos que ocasionan una gran variedad de síntomas clínicos severos. (2) La Preeclampsia es la enfermedad hipertensiva más común y peligrosa del embarazo siendo esta

progresiva, afectando a la madre y al feto, que en ocasiones los lleva a la muerte (2). Estas enfermedades inducidas por el embarazo hoy en día siguen siendo temas controversiales que tienen aún la necesidad de investigaciones científicas. La Preeclampsia es la principal causa de morbilidad y mortalidad materna y fetal (1). En Latinoamérica y Caribe esta es el origen de 25.7% de las muertes maternas al igual en Estados Unidos que ha incrementado su incidencia en 25% en los últimos 20 años. (5) En el Perú, su incidencia, complica de 3 a 22% de los embarazos, así la incidencia en la población hospitalaria fluctúa entre 10 y 15 %. (5) La Preeclampsia posee un origen multisistémico, este se origina con el desarrollo anormal de la placenta y con la interacción de múltiples factores que llevan a un daño endotelial (2). Esta se finaliza con la culminación del embarazo, y se manifiesta clínicamente después de las 20 semanas de gestación (11). Esta enfermedad presenta su cuadro sindrómico a partir de la segunda mitad del embarazo, sin embargo, los mecanismos patógenos se manifiestan con mucha anticipación (2). Se habla de Preeclampsia Leve cuando se evidencia una presión arterial mayor igual a 140/90 mmHg en una mujer previamente normotensa y se habla Preeclampsia Severa (PS) cuando se encuentran síntomas con compromiso de órgano, estas suelen ser acompañadas con dolor de cabeza, visión borrosa, problemas visuales, dolor en la zona derecha del abdomen, vómito, trombocitopenia o hipersensibilidad hepática; llegando a complicarse con la presencia de convulsiones, alcanzando en dicho caso la categoría de eclampsia. (13, 14)

2.2.2.9.4. Ruptura prematura de membranas: La ruptura prematura de membranas (RPM) es una patología de causa desconocida, que implica defectos estructurales o bioquímicos, que crean falta de elasticidad en las membranas, excesiva presión intrauterina o debilitamiento por invasión bacteriana y reacciones inflamatorias.(39) Alrededor del 4 % de todos los embarazos son

complicados con ruptura prematura de membranas (RPM). Los factores de riesgo que han sido asociados incluyen sangrado anteparto, tabaquismo, ruptura prematura de membrana previa, o parto pretérmino, bajo estado socioeconómico, infección del tracto genital inferior, gestación múltiple, polihidramnios y alteraciones en el tejido conectivo tales como el Síndrome de Ehler Danlos; tienen un riesgo aumentado. Las carencias nutricionales que afectan la formación del colágeno han mostrado una variación en la estructura y fuerza que puedan tener, las cuales son formadas a través de una serie de reacciones mediadas por lisis oxidasa. La lisis oxidasa es una enzima dependiente del cobre, las mujeres con RPM se ha encontrado que tienen niveles bajos de cobre. Los bajos niveles de vitamina C, esencial para la formación de la triple estructura helicoidal del colágeno, también ha sido asociado a RPM.(44) El principal signo para diagnosticar RPM es la presencia de líquido amniótico en el canal vaginal. El examen con espéculo estéril permite verificar el diagnóstico, estimar la dilatación cervical, recoger líquido amniótico para pruebas de madurez pulmonar fetal y obtener muestras de cultivos cervicales. Se recomienda evitar el tacto vaginal, especialmente repetido, para disminuir el riesgo de infección, excepto en caso de un parto inminente. Si se sospecha de una infección intraamniótica subclínica, una amniocentesis puede confirmar la infección (39)

2.2.2.9.5. Infección del Tracto Urinario (ITU): Es una infección bacteriana que se encuentra en mayor frecuencia durante el embarazo, debido a que favorecen la estasis urinaria y el reflujo vesico-ureteral, predisponiendo las infecciones sintomáticas de la parte alta de las vías urinarias. La infección de vías urinarias se asocia a parto pretérmino y bajo peso al nacer (45). En el segundo trimestre de gestación es común la pielonefritis aguda, siendo factores de riesgo para ella, la nuliparidad y la edad de la madre. Clínicamente se caracteriza por la presencia de fiebre, escalofríos, dolor lumbar uni o bilateral y síntomas digestivos. El

agente causal más común para estas infecciones es la *Escherichia coli*, en aproximadamente 70 % de los casos, y con menor frecuencia la *Klebsiella-Enterobacter* (3%), *Proteus* (2%) y organismos Grampositivos incluyendo el estreptococo del grupo B (10%). El factor de riesgo más común es el antecedente de historia previa de pielonefritis y bacteriuria asintomática. (46)

La prueba de laboratorio solicitada para su diagnóstico es el examen de orina, en esta se busca la presencia de elementos como los nitritos y la esterasa leucocitaria. La piuria, leucocituria, hematuria, cilindros leucocitarios en el examen general de orina pueden indicar presencia de ITU en vías altas. El urocultivo se debe indicar entre las semanas 12 y 16 de gestación o en la primera consulta de atención prenatal, antes de iniciar la antibioticoterapia en pacientes con ITU sintomática, y es el mejor método diagnóstico para bacteriuria asintomática.(47)

2.2.2.9.6. Terminología básica:

- Atención prenatal reenfocada: Es la vigilancia y evaluación integral del binomio madre – niño, de preferencia antes de las 14 semanas de embarazo, donde se brinda un paquete básico de intervenciones que se desarrollaran con enfoque de género e interculturalidad. (22)
- Complicaciones maternas: Son problemas de salud que se dan durante la gestación y pueden poner en riesgo la vida de la madre y el feto.

2.3. Hipótesis

Hipótesis general

H_i: Existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de que se presenten complicaciones maternas durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.

H₀: No existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de que se presenten complicaciones maternas durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.

Hipótesis específicas

H₁: Existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.

H₀: No existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.

H₁: Existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar anemia en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.

H₀: No existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar anemia en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.

H₁: Existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar trastornos hipertensivos en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.

H₀: No existe entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar trastornos hipertensivos en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.

H₁: Existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.

H₀: No existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.

H₁: Existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar infección de tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.

H₀: No existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar infección de tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.

2.4. Definición operacional de términos.

- **Variable 1:**

Atención prenatal reenfocada: SI – NO

- **Variable 2:**

Complicaciones maternas: Parto pretérmino Anemia, Trastornos hipertensivos, Ruptura prematura de membranas e Infección del tracto urinario.

2.5. Variables e indicadores

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	Tipo	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO DE RECOLECCION
Variable 1: Atención prenatal reenfocada	Número de atenciones	6 atenciones prenatales	Cuantitativa	Ordinal	Ficha de recolección de Datos
	Exámenes auxiliares	Hemoglobina	Cualitativa	Nominal	
		Glicemia			
		Tamizaje de proteinuria			
		Ecografías			
		Tamizaje de VIH/Sífilis			
	Inmunizaciones	Administración de vacuna antitetánica según edad gestacional	Cualitativa	Nominal	
	Atención multidisciplinaria	Evaluación y consejería nutricional		Nominal	
		Atención odontológica			
		Psicoprofilaxis			
		Tamizaje de violencia basada en género			
	Suplementos nutricionales	Prescripción de sulfato ferroso	Cualitativa	Nominal	
		Prescripción de ácido fólico			
Prescripción de calcio					
Valoración ginecológica	Toma de PAP	Cualitativa	Nominal		
	Examen de mamas				
	Parto pretérmino	Parto ocurrido entre la semana 22 y 37 de gestación.	Cualitativa		

Variable 2: Complicaciones maternas	Anemia	Hemoglobina inferior a los valores normales en el embarazo (<11 mg/dL).		Nominal	
	Trastornos hipertensivos	Preeclampsia			
		Eclampsia			
	Ruptura prematura de membranas	Pérdida de líquido amniótico por el canal vaginal antes del trabajo de parto y con una gestación mayor/igual a 22 semanas			
Infección del tracto urinario	Prueba de laboratorio positiva para infección urinaria: Leucocitos mayor de 3 a 5 por campo y/o presencia mayor de 100 000 colonias en urocultivo				

3. CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación.

Enfoque Cuantitativo: Utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías.

De acuerdo con el nivel de profundidad de la búsqueda planeada del conocimiento que se pretende obtener:

Explicativo o Analítico: se trata de explicar la relación o asociación entre variables.

De acuerdo con la intervención de la investigadora sobre el fenómeno estudiado es:

Estudio observacional: se sustenta en el uso de técnicas que permiten al investigador adquirir información por medio de la observación directa y el registro de fenómenos, pero sin ejercer ninguna intervención. No experimental: se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos.

De acuerdo con el momento en que ocurre el fenómeno y su registro es:

Estudio de tipo retrospectivo: Son aquellos en los cuales se indaga sobre hechos ocurridos en el pasado.

De acuerdo con el número de ocasiones en que se colectan los datos sobre el fenómeno estudiado es:

Corte transversal: Investigaciones que recopilan datos en un momento único. No experimental: Estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos. Alcance correlacional: Conocer la relación o asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables. (48)

3.2. Población y muestra.

3.1.1. Población:

De acuerdo con los reportes de estadística del Hospital Nacional Hipólito Unanue del año 2019, el número de partos atendidos entre enero y junio fue de 900. (10)

3.1.2. Muestra:

Para determinar el tamaño de la muestra se aplicó la siguiente fórmula de cálculos de muestras para la estimación de proporciones de una sola población, siendo:

$$n = \frac{N * z_1 - \alpha^2 * \rho * q}{e^2 * (N - 1) + Z_1 - \alpha^2 * p * q}$$

Donde:

Tamaño de la población	N	900
Error de alfa	α	0.05
Nivel de confianza	$1-\alpha$	0.95
Z de (1- α)	$Z(1-\alpha)$	1.96
Probabilidad de éxito	p	0.5
Complemento de p	q	0.5
Precisión	d	0.05
Tamaño de la muestra	n	200

$$n = \frac{900(1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * 899 + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{3457.44 * 0.25}{0.0025 * 899 + 3.8416 * 0.25}$$

$$n = \frac{864.36}{2.2475 + 2.0785}$$

$$n = \frac{864.36}{4.326}$$

$$n = 199.80582$$

Por tanto, se trabajó con una muestra total de 200 historias clínicas.

- Muestreo:
El muestreo fue de tipo no probabilístico por conveniencia, ya que todas las historias clínicas participantes fueron seleccionadas de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión.

3.1.3. Criterios de inclusión y exclusión de la muestra.

- Criterios de inclusión:
 - Pacientes cuyo parto fue atendido en el Hospital Nacional Hipólito Unanue del 1 de enero de 2019 al 30 junio de 2019 y cuyas historias clínicas fueron ubicables.
 - Pacientes con diagnóstico confirmado de parto pretérmino, anemia gestacional, trastornos hipertensivos, ruptura prematura de membranas e infección del tracto urinario.
 - Historias clínicas que contengan la tarjeta de atención prenatal y estén completas.
- Criterios de exclusión:
 - Pacientes cuyo parto no haya sido atendido en el Hospital Nacional Hipólito Unanue del 1 de enero de 2019 al 30 junio de 2019 y cuyas historias clínicas fueron ubicables.
 - Pacientes sin diagnóstico confirmado de parto pretérmino, anemia gestacional, trastornos hipertensivos, ruptura prematura de membranas e infección del tracto urinario.
 - Historias clínicas que no contengan la tarjeta de atención prenatal y no estén completas.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

3.3.1. Técnica

Para la realización del presente estudio se empleó la técnica de recolección de datos, este se hizo mediante la revisión documental de las historias clínicas.

Para ello se realizó lo siguiente:

Autorizaciones:

Como aspecto ético de toda investigación es necesario obtener el permiso necesario de las autoridades del hospital y a la vez ponerlos en conocimiento sobre la investigación realizada, por ello:

- Se presentó una carta dirigida al Médico Jefe del Hospital Nacional Hipólito Unanue, con el propósito de obtener los permisos necesarios para iniciar la recolección de datos.
- También se presentó una carta al médico jefe del departamento de gineco-obstetricia para poder hacer uso de las historias clínicas que se encuentran en la jefatura de obstetricia.
- Se realizaron las coordinaciones necesarias con la encargada de almacenar las historias clínicas y se le entregó una copia del cargo que se me hizo entrega en mesa de partes, además de la carta de aceptación emitida por el jefe del departamento de Gineco – Obstetricia, para así acceder a la documentación. El horario que se me brindó para realizar la revisión fue de lunes a sábado de 7:00 am a 3.00 pm

3.3.2 Instrumento de recolección de datos

Se usó una ficha de recolección de datos, que estuvo dividido en 4 partes.

- a. **Parte 1: Datos generales:** Constó de 4 ítems (Edad, grado de estudios, estado civil y ocupación).
- b. **Parte 2: Datos obstétricos:** Constó de 2 ítems (Edad gestacional y número de gestaciones).

- c. **Parte 3: Atención prenatal reenfozada:** Constó de 3 ítems (Edad gestacional a la que inicio su atención prenatal, número de atenciones prenatales y actividades de la atención prenatal, que estará dividido en 11 sub-ítems dicotómicos).
- d. **Parte 4: complicaciones maternas:** Constó de 5 ítems dicotómicos (Parto pretérmino, anemia, trastornos hipertensivos, ruptura prematura de membranas e infección del tracto urinario).

La validación del instrumento se determinó mediante juicio de expertos, en el que participaron cuatro obstetras con grado de magister y un médico cirujano con especialidad en gineco-obstetricia, como resultado se obtuvo una confiabilidad de 0.895 y que es equivalente a una excelente validez. (Ver anexo 3)

La recolección de datos se realizó durante 2 semanas de lunes a sábado a horas 7:00 a.m. hasta las 15:00 p.m. Estos horarios fueron coordinados con el personal encargado de las historias clínicas:

Lunes 18 – 11 – 9: De 7:20 a.m. a 12-.40 p.m. Se revisó 15 historias clínicas.

Martes 19 – 11 – 19: De 10:00 a.m. a 13:00 p.m. Se revisó 19 historias clínicas.

Miércoles 20 – 11 – 19: De 7:00 a.m. a 12:30 p.m. Se revisó 21 historias clínicas.

Jueves 21 – 11 – 19: De 6:50 a.m. a 13:20 p.m. Se revisó 25 historias clínicas.

Viernes 22 – 11 – 19: De 7:00 a.m. a 14:00 p.m. Se revisó 23 historias clínicas.

Sábado 23 – 11 – 19: De 7:00 a.m. a 14:00 p.m. Se revisó 23 historias clínicas.

Lunes 25 – 11 – 9: De 8:30 a.m. a 12:00 p.m. Se revisó 22 historias clínicas.

Martes 26 – 11 – 19: De 11:20 a.m. a 15:00 p.m. Se revisó 27 historias clínicas.

Miércoles 27 – 11 – 19: De 10:00 a.m. a 13:00 p.m. Se revisó 33 historias clínicas.

Jueves 28 – 11 – 19: De 7:00 a.m. a 14:00 p.m. Se revisó 29 historias clínicas.

Viernes 29 – 11 – 19: De 9:00 a.m. a 13:00 p.m. Se revisó 31 historias clínicas.

Sábado 30 – 11 – 19: De 7:50 a.m. a 15:00 p.m. Se revisó 29 historias clínicas.

Solo se escogieron aquellas que cumplieron con los criterios inclusión y exclusión mencionados anteriormente.

3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico.

Los datos recolectados fueron trasladados a una matriz del programa SPSS versión 25.0 para su análisis, este comprende dos partes: descriptiva e inferencial.

En el análisis descriptivo se presentó los datos de las variables en tablas de frecuencias. El análisis inferencial se realizó mediante la prueba de Chi cuadrado de Pearson (X^2) con un nivel de significancia de 0,05; considerando significativo aquellos intervalos de confianza al 95% que sean superiores a la unidad.

3.5. Aspectos éticos

Los resultados de la investigación contribuirán con el desarrollo de mejoras en las estrategias de atención a las gestantes (principio de beneficencia), sin involucrarlas en experimentos, ni afectarlas de manera física, psicológica o causando daños a terceros (principio de no maleficencia). Finalmente, como autora de la investigación soy la única responsable del uso que pudiera darse a los hallazgos encontrados, y me comprometo a actuar bajo la ética y moral (principio de justicia). Para ello se presentaron las siguientes cartas de autorización hacia las autoridades pertinentes.

Cartas de autorización:

- Carta N. ^a 13-12-797-2019-DFCS-UPNW, dirigida al jefe del Hospital Nacional Hipólito Unanue. (ver anexo 6)
- Carta N. ^a 13-12-797-2019-DFCS-UPNW, dirigida al jefe del Dpto. de Gineco – Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue. (ver anexo 5)

4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Tabla 1. Características sociodemográficas según presencia o ausencia de complicaciones en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019

Características Sociodemográficas	Complicaciones Maternas				Total		p Valor
	Presente		Ausente		N.º	%	
	N.º	%	N.º	%			
Edad en años cumplidos							
< =19 años	15	15.0%	14	14.0%	29	14.5%	N.S. (>0,05)
20 - 24 años	25	25.0%	29	29.0%	54	27.0%	
25 - 29 años	17	17.0%	23	23.0%	40	20.0%	
30 - 34 años	21	21.0%	22	22.0%	43	21.5%	
35 - 39 años	15	15.0%	9	9.0%	24	12.0%	
>= 40 años	7	7.0%	3	3.0%	10	5.0%	
Grado de estudios							
Primaria Completa	8	8.0%	11	11.0%	19	9.5%	N.S. (>0,05)
Secundaria Incompleta	16	16.0%	19	19.0%	35	17.5%	
Secundaria Completa	53	53.0%	54	54.0%	107	53.5%	
Sup. Tec. Incompleta	4	4.0%	3	3.0%	7	3.5%	
Sup. Tec. Completa	12	12.0%	7	7.0%	19	9.5%	
Sup. Univ. Incompleta	3	3.0%	3	3.0%	6	3.0%	
Sup. Univ. Completa	4	4.0%	3	3.0%	7	3.5%	
Estado civil							
Casada	18	18.0%	20	20.0%	38	19.0%	N.S. (>0,05)
Soltera	26	26.0%	18	18.0%	44	22.0%	
Conviviente	56	56.0%	62	62.0%	118	59.0%	
Ocupación							
Ama de Casa	57	57.0%	66	66.0%	123	61.5%	N.S. (>0,05)
Empleado	12	12.0%	17	17.0%	29	14.5%	
Estudiante	8	8.0%	6	6.0%	14	7.0%	
Comerciante	15	15.0%	9	9.0%	24	12.0%	
Profesional	7	7.0%	2	2.0%	9	4.5%	
Sin Ocupación	1	1.0%	0	0.0%	1	0.5%	
Total	100	100.0%	100	100.0%	200	100.0%	

Fuente: Elaboración propia obtenida de la información de las Historias clínicas materno-perinatales del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

En la tabla número 1, se puede observar que la edad con mayor prevalencia para el grupo de aquellas gestantes que presentaron complicaciones fue de 20-24 años, haciendo un total de 25%, mientras que para el grupo de gestantes sin complicaciones se obtuvo un 29%. Por otro lado, la edad que obtuvo un menor porcentaje fueron aquellas gestantes que tuvieron mayor o igual de 40 años, por consiguiente, la mayor parte de la población se encuentran entre los 20 a 24 años, haciendo un total de 27%, siendo así que, 25% tuvieron complicaciones durante su embarazo; por otro lado, la población de menor cantidad son aquellas pacientes cuya edad es mayor o igual a los 40 años, haciendo un total de 5%, y dentro de ellas el 5% tuvieron complicaciones durante su embarazo. No existe diferencia estadísticamente significativa en ambos grupos, lo que nos indicaría que esta variable edad no está relacionada.

En cuanto al grado de estudios se puede observar que para el grupo de aquellas gestantes que presentaron complicaciones maternas, el 53% de la población estudiada tuvo secundaria completa, mientras que para el grupo de gestantes sin complicaciones maternas fue de un 54%. Por otro lado, un grupo muy reducido tuvo estudios superiores inconclusos, haciendo un total del 3% para ambos grupos. En tal sentido el 53% de la población tiene secundaria completa y un 3% tienen estudios universitarios inconclusos. No existe diferencia estadísticamente significativa en ambos grupos, lo que nos indicaría que esta variable grado de estudios no está relacionada.

Con respecto al estado civil de la población de estudio, para el grupo de aquellas gestantes que presentaron complicaciones maternas, se obtuvo que 56% eran convivientes, mientras que para el grupo de gestantes sin complicaciones maternas se obtuvo un 62%. Por otro lado, se encontraron aquellas gestantes con estado civil: solteras, las cuales representaron para el grupo de aquellas gestantes que presentaron complicaciones maternas un 26%, mientras que para el grupo gestantes sin complicaciones maternas fue del 18%. Así mismo para aquellas gestantes que estuvieron casadas, las cuales obtuvieron un 18% para el primer grupo y 20% para el segundo grupo. Siendo así que el 59% del total de la población son convivientes, de las cuales 56 de ellas tuvo complicaciones durante su embarazo; el 22% son solteras, y a la vez, 26% de ellas tuvieron complicaciones maternas durante su embarazo, el 19% son casadas y de las cuales 18% tuvieron complicaciones maternas durante su embarazo. No existe

diferencia estadísticamente significativa en ambos grupos, lo que nos indicaría que esta variable estado civil no está relacionada.

Por último, con relación a la ocupación de la población de estudio, se obtuvo que el mayor porcentaje de gestantes que son amas de casa, haciendo un total de 61.5% y en menor porcentaje con un 0.5% aquellas gestantes que no tiene ninguna ocupación. No existe diferencia estadísticamente significativa en ambos grupos, lo que nos indicaría que esta variable ocupación no está relacionada.

Tabla 2. Características obstétricas según presencia o ausencia de complicaciones en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.

Características Obstétricas	Complicaciones				Total	P Valor
	Presente		Ausente			
Edad Gestacional						
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
< 37 semanas	21	21.0%	7	7.0%	28	14.0%
37 a 41 semanas	78	78.0%	90	90.0%	168	84.0%
> 41 semanas	1	1.0%	3	3.0%	4	2.0%
Paridad						
1 parto	26	26.0%	31	31.0%	57	28.5%
2 a 4 partos	64	64.0%	64	64.0%	128	64.0%
5 a más partos	10	10.0%	5	5.0%	15	7.5%
Edad Gestacional al inicio del APN						
< 14 semanas	52	52.0%	67	67.0%	119	59.5%
14 a 28 semanas	37	37.0%	28	28.0%	65	32.5%
> 28 semanas	11	11.0%	5	5.0%	16	8.0%
Total	100	100.0%	100	100.0%	200	100.0%

Fuente: Elaboración propia obtenida de la información de las Historias clínicas materno-perinatales del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

En la tabla número 2, se puede observar que la edad gestacional con mayor prevalencia es de 37 a 41 semanas, teniendo para el grupo de complicaciones maternas presentes el 78% y para el grupo complicaciones maternas ausentes, un 90%. Por otro lado, la menor prevalencia de edad gestacional fue > 41 semanas siendo así que para el grupo de complicaciones maternas presentes se obtuvo un 1% y para el grupo de complicaciones maternas ausentes el 3%. De tal forma que, del total de la población de estudio un 84%, tuvieron de 37 a 41 semanas de gestación y solo un 2% tuvieron mayor a 41 semanas. Siendo así que, existe diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre los rangos de la edad gestacional, para la presencia o ausencia de complicaciones maternas.

En cuanto a la paridad, el 64% de la población de estudio tuvo de 2 a 4 partos, dentro de ellas 64% gestantes tuvieron complicaciones durante su embarazo, siendo estos pertenecientes al grupo de aquellas gestantes que presentaron complicaciones maternas, al igual que con el grupo de aquellas gestantes que no presentaron complicaciones maternas. Un 7.5% tuvieron más de 5 partos, de los cuales el 10% de ellas presentaron complicaciones maternas, siendo así que, no existe diferencia estadísticamente significativa entre las pacientes con

complicaciones maternas y el grupo de pacientes que no la tuvieron, lo que podría indicarnos que la paridad no está relacionada a la presencia o ausencia de complicaciones maternas.

Por otro lado, la mayor prevalencia en cuanto la edad gestacional al inicio de la atención prenatal fue menor de 14 semanas de gestación, con un porcentaje de 59.5%, una menor parte de la población inició su atención prenatal después de las 28 semanas de gestación, siendo estas representadas por el 8%, siendo así que, no existe diferencia estadísticamente significativa entre las pacientes con complicaciones maternas y el grupo de pacientes que no la tuvieron, lo que podría indicarnos que la edad gestacional al inicio de la atención prenatal no está relacionada a la presencia o ausencia de complicaciones maternas.

Tabla 3. Complicaciones maternas según atención prenatal reenforcada en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a junio 2019.

Atención Prenatal Reenfocada	Complicaciones				Total		Chi 2	p Valor
	Presente		Ausente		N.º	%		
	N.º	%	N.º	%				
No	82	82.0%	35	35.0%	117	58.5%		
Si	18	18.0%	65	65.0%	83	41.5%	45,495	0,000
Total	100	100.0%	100	100.0%	200	100.0%		

Fuente: Elaboración propia obtenida de la información de las Historias clínicas materno-perinatales del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

En la tabla número 3, se presenta la relación entre atención prenatal reenforcada y complicaciones maternas durante el embarazo. Se puede observar que un 82% de la población estudiada no tuvo una atención prenatal reenforcada, siendo las mismas quienes presentaron complicaciones maternas durante su embarazo. Mediante la prueba de Chi cuadrado de independencia ($\chi^2=45,495$; $p=0.000$) resulto significativo estadísticamente; es decir, existe diferencia estadísticamente significativa entre las pacientes con atención prenatal reenforcada y el grupo de las pacientes que no la tuvieron para las complicaciones maternas lo que podría indicarnos que estas variables están relacionadas.

Tabla 4. Atención prenatal reenforcada según tipo de complicaciones maternas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Enero a junio 2019.

Complicaciones	APN Reenfocado				Total		Chi2	p Valor
	No Reenfocada		Reenfocada		N.º	%		
	N.º	%	N.º	%				
Parto pretérmino								
Si	16	13.7%	1	1.2%	17	8.5%	9,709	0,002
No	101	86.3%	82	98.8%	183	91.5%		
Anemia								
Si	29	23.9%	2	2.4%	31	15.1%	17,395	0,000
No	88	76.1%	81	97.6%	169	84.9%		
Trastornos hipertensivos								
Si	19	16.2%	3	3.6%	22	11.0%	7,905	0,005
No	98	83.8%	80	96.4%	178	89.0%		
Ruptura prematura de membranas								
Si	22	18.8%	5	6.0%	27	13.5%	6,790	0,009
No	95	81.2%	78	94.0%	173	86.5%		
Infección del tracto urinario								
Si	46	39.3%	9	10.8%	55	27.5%	19,744	0,000
No	71	60.7%	74	89.2%	145	72.5%		
Total	117	100.0%	83	100.0%	200	100.0%		

Fuente: Elaboración propia obtenida de la información de las Historias clínicas materno-perinatales del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

En la tabla número 4, se puede observar 5 tipos de complicaciones: parto pretérmino, anemia, trastornos hipertensivos, ruptura prematura de membranas e infección del tracto urinario. Con referencia al parto pretérmino, podemos observar que un 13.7% de gestantes que no tuvieron atención prenatal reenforcada, siendo las mismas quienes presentaron dicha complicación durante su embarazo. Mediante la prueba de Chi cuadrado de independencia ($\chi^2=17,395$; $p=0.000$) es decir, existe diferencia estadísticamente significativa entre las pacientes con atención prenatal reenforcada y el grupo de las pacientes que no la tuvieron para el parto pretérmino, lo que demostraría que la atención prenatal reenforcada es una intervención eficaz para la prevención del parto pretérmino.

En el caso de la anemia, podemos observar que un 23.9% de gestantes, no tuvieron atención prenatal reenforcada, siendo ellas las que presentaron dicha complicación durante su embarazo. Mediante la prueba de Chi cuadrado de independencia ($\chi^2=9,709$; $p=0.002$) es decir, existe diferencia estadísticamente significativa entre las pacientes con atención prenatal reenforcada y el grupo de las pacientes que no la tuvieron para la anemia, lo que demostraría que la

atención pre natal reenforcada es una intervención eficaz para la prevención de la anemia.

Para los trastornos hipertensivos durante el embarazo, se puede observar que un 16.2% de gestantes que no tuvieron atención prenatal reenforcada presentaron dicha complicación durante su embarazo. Mediante la prueba de Chi cuadrado de independencia ($\chi^2=7,905$; $p=0.005$) es decir, existe diferencia estadísticamente significativa entre las pacientes con atención prenatal reenforcada y el grupo de las pacientes que no la tuvieron para los trastornos hipertensivos, lo que demostraría que la atención pre natal reenforcada es una intervención eficaz para la prevención de trastornos hipertensivos.

En cuanto a la ruptura prematura de membranas durante el embarazo se puede observar que un 18.8% de las gestantes no tuvieron atención prenatal reenforcada y siendo las mismas quienes presentaron dicha complicación. Mediante la prueba de Chi cuadrado de independencia ($\chi^2=6,790$; $p=0.009$) es decir, existe diferencia estadísticamente significativa entre las pacientes con atención prenatal reenforcada y el grupo de las pacientes que no la tuvieron para la ruptura prematura de membranas, lo que demostraría que la atención pre natal reenforcada es una intervención eficaz para la prevención de la ruptura prematura de membranas.

Finalmente, en cuanto a la infección de tracto urinario durante el embarazo, se puede observar que un 39.3% de gestantes no tuvieron atención prenatal reenforcada, siendo las mismas quienes presentaron dicha complicación. Mediante la prueba de Chi cuadrado de independencia ($\chi^2=19,744$; $p=0.000$) es decir, existe diferencia estadísticamente significativa entre las pacientes con atención prenatal reenforcada y el grupo de las pacientes que no la tuvieron para la infección de tracto urinario, lo que demostraría que la atención pre natal reenforcada es una intervención eficaz para la prevención de infección de tracto urinario.

4.2. Discusión

La atención prenatal está definida como la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, siendo esta un pilar muy importante para el bienestar del binomio madre - hijo, con esta intervención podemos evitar muchas complicaciones obstétricas, disminuyendo así el riesgo de mortalidad materno – fetal, que a la vez sigue siendo un problema de salud pública para nuestra nación. De tal forma que, a nivel nacional se está trabajando en el perfeccionamiento de la atención prenatal, mejorando el cumplimiento del paquete básico de las pacientes en estado de gestación, tratando de respetar el enfoque de género e interculturalidad, de acuerdo como lo estipulan los derechos humanos; actualmente a esto se le llama atención prenatal reenfocada, siendo de gran utilidad para la prevención de las complicaciones, de manera inmediata o posteriormente van a comprometer la salud y vida del binomio madre-hijo. Con relación a lo mencionado anteriormente, se decidió desarrollar el presente trabajo de investigación y se estableció determinar la asociación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar complicaciones maternas durante el embarazo. Para ello se recolectó la información de historias clínicas de 200 gestantes que tuvieron su parto en el Hospital Nacional Hipólito Unanue y a la vez presentaron alguna complicación durante su embarazo, además de ello que hayan llevado sus atenciones prenatales en la institución.

La mayor prevalencia en cuanto a la edad gestacional al inicio de la atención prenatal fue menor de 14 semanas de gestación, con un porcentaje de 59.5%, dentro de ellas 52% presentaron complicaciones maternas durante su embarazo. En otras palabras, la población de estudio inició su atención prenatal en el primer trimestre de su gestación. Según la norma técnica de salud para la atención integral de salud materna, una de las características de la atención prenatal reenfocada es que debe de ser precoz, para así poder completar como mínimo las 6 atenciones prenatales requeridas, esto permitirá cumplir con todas las actividades que se deben de realizar para poder llegar a una atención prenatal reenfocada.

En lo que corresponde a las complicaciones maternas durante la gestación, se obtuvo que el 13.7% de gestantes presentó parto pretérmino ($\chi^2=17,395$; $p=0.000$), las mismas que no cumplieron con la atención prenatal reenfocada,

resultado que coincide con Ahumada M. y Alvarado G. (2016) quienes afirman que el parto pretérmino estaba asociado al control prenatal insuficiente, donde se describen menos de 6 controles con un OR= 3,2 y para la ausencia de control prenatal un OR ajustado= 3,0 siendo este , corroborando por Miñano M. (2016) quien obtuvo un OR de 2.27, con un intervalo de confianza IC95%=1.148-4.487, que refleja una asociación significativa entre ambas variables. Para validar estas afirmaciones, en el continente asiático se realizaron 2 estudios similares, donde Zhang B, Yang R, Liang SW, Wang J, Chang JJ, Hu K (2017) y Lee S, Lee S, Lim N, Kim H, Bae, S, Ock M. et al. (2016), reportaron que aquellas mujeres que tuvieron parto pretérmino estaban ligadas a una atención prenatal inadecuada. El parto pretérmino se relaciona significativamente a la falta de atención prenatal reenforcada, durante el estudio realizado se pudo comprobar que aquellas pacientes que no cumplieron con una atención prenatal reenforcada tuvieron parto pretérmino, provocando que el feto al nacer puede presentar diferentes complicaciones como el síndrome de distrés respiratorio, bajo peso, anemia, ictericia, entre otros. Se sabe que el parto pretérmino continúa siendo uno de los problemas más frecuentes en la perinatología peruana a pesar de los avances médicos, las estadísticas nacionales revelan una tasa de mortalidad perinatal de 33,2% por 1000 recién nacidos vivos, por lo que constituye un reto para la salud pública.

En cuanto a la anemia, cabe señalar que el 23.9% de gestantes con atención prenatal no reenforcada presentaron dicha complicación ($\chi^2=9,709$; $p=0.002$), con relación a esta complicación, Zavala D., Vásquez Y. (2018) en su investigación afirman que la presencia de anemia en la gestación fue de 44.6%, paralelamente Maúrtua N. (2018) refiere que 13% de las gestantes estudiadas tuvieron anemia puerperal, esto hace referencia a que durante el embarazo hubo una disminución considerable de la hemoglobina, al igual que, Prato V. (2016) quien afirma que el control prenatal inconcluso se comporta como un factor de riesgo significativo para la anemia durante en el embarazo, con 21 veces más probabilidad de tener dicha enfermedad (OR= 21.3750).

La anemia es una de las complicaciones con mayor incidencia en el Perú, más aún en la sierra de nuestra nación. Con la investigación realizada se

pudo comprobar que dicha complicación está relacionada a la falta de atención prenatal reenfocada. La atención prenatal reenfocada, es una herramienta fundamental para poder evaluar diferentes parámetros dentro de ellas la alimentación, siendo esta la mejor alternativa para contrarrestar el déficit de hemoglobina durante la gestación. Si una gestante culmina su embarazo con una hemoglobina adecuada (<11 mg/dL) existirá menor probabilidad de que tanto ella como el feto estén expuestos a diferentes complicaciones como bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino, partos pretérminos, hemorragia uterina, entre otros.

Con relación a los trastornos hipertensivos durante el embarazo, se encontró que un 16.2% de las gestantes que no cumplieron con una atención prenatal reenfocada, presentaron dicha complicación ($\chi^2=7,905$; $p=0.005$), coincidiendo así con Corcuera (2018) quien evidencia que el 44% de las gestantes no presentó una atención prenatal reenfocada, y que esta presentó una relación significativa con los trastornos hipertensivos ($p=0,000$), al igual que en la investigación de Machado S., Molinares A., Urzola L. y Valdés M. (2017), donde se muestra que la complicación materna más común por falta de atención prenatal adecuado fueron los trastornos hipertensivos con un 68,8 %, ratificado por la investigación de Morales Y. y Montiel M. (2017) quienes determinaron que la falta de atención prenatal está asociado a preeclampsia con un porcentaje del 33% durante el trabajo de parto, siendo este un trastorno hipertensivo. De manera que la atención prenatal deficiente o la falta de ella están relacionada significativamente a los trastornos hipertensivos durante el embarazo, quedando demostrado en este estudio que, aquellas gestantes que no tuvieron una atención prenatal reenfocada estuvieron expuestas a dicha complicación. Los trastornos hipertensivos no tratados a tiempo pueden ser perjudiciales para la mamá y el feto, ya que este puede desencadenar situaciones más complicadas que pondrían en riesgo la salud y la vida del binomio madre – niño, convirtiéndose esta en una cifra más para las estadísticas de la salud pública,

La siguiente complicación estudiada fue la ruptura prematura de membranas durante el embarazo, en este estudio se obtuvo como resultados que un 18.8% de gestantes no cumplieron con una atención prenatal reenfocada, siendo ellas mismas las que presentaron dicha complicación ($\chi^2=6,790$;

$p=0.009$), este resultado es apoyado por Morales Y. & Montiel M. (2017), quien determinó que el 21% de aquellas pacientes que no tuvieron una atención prenatal adecuada presentaron ruptura prematura de membranas durante del trabajo de parto, un caso diferente es el que se encontró en el estudio de Corcuera (2018), donde la ruptura prematura de membranas no mostró asociación significativa ($p=0,0440$), contradiciendo los resultados anteriormente descritos. Con respecto a esta complicación, se observa que aquellas pacientes que no cumplieron con la atención prenatal reenforcada presentaron ruptura prematura de membrana, quedando así comprobado que la falta de atención prenatal reenforcada se relaciona significativamente a dicha complicación, siendo esta un riesgo inminente que afecta la salud y vida del binomio madre – niño.

En cuanto a la infección de tracto urinario durante el embarazo, encontramos que el 39.3% de las gestantes que no cumplieron con una atención prenatal reenforcada presentaron dicha complicación ($x^2=19,744$; $p=0.000$), al igual que en la investigación de Zavala D., Vásquez Y. (2018), donde la prueba Chi cuadrado evidencia que la atención prenatal reenforcada está asociada significativamente a la menor severidad de la infección del tracto urinario ($p<0.05$). Esto lo reafirma Corcuera (2018), quien determinó que aquellas gestantes que no presentaron una atención prenatal reenforcada tienen asociación significativa con la infección del tracto urinario ($p=0,000$). Al igual que en las complicaciones anteriores, la infección de tracto urinario es una complicación que pone en riesgo la vida y salud del binomio madre – hijo, ya que al presentarse durante la gestación se corre el riesgo de que desencadene otras complicaciones que puedan empeorar la condición de la madre y del feto, siendo las más significativas, el parto pretérmino y aborto.

Finalmente, según el estudio realizado, un total de 82% de las gestantes, no tuvieron atención prenatal reenforcada, siendo las mismas quienes presentaron complicaciones maternas durante su embarazo ($x^2=45,495$; $p=0.000$). Esto es afirmado por Maúrtua N. (2018), quien concluyó que aquellas gestantes que no tuvieron una atención prenatal reenforcada fueron las que tuvieron complicaciones maternas.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones:

1. Se ha demostrado que, existe relación significativa entre la atención prenatal reenfocada y las complicaciones maternas durante el embarazo ($\chi^2=45,495$; $p=0.000$), lo que nos indica, que la atención prenatal reenfocada es una intervención eficaz en la disminución de morbimortalidad materna-perinatal en las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue.
2. Existe relación significativa entre la atención prenatal reenfocada y la prevención del parto pretérmino ($\chi^2=17,395$; $p=0.000$).
3. Existe relación significativa entre la atención prenatal reenfocada y la prevención de anemia durante el embarazo ($\chi^2=9,709$; $p=0.002$).
4. Existe relación significativa entre la atención prenatal reenfocada y la prevención de trastornos hipertensivos durante el embarazo ($\chi^2=7,905$; $p=0.005$).
5. Existe relación significativa entre la atención prenatal reenfocada y la prevención de ruptura prematura de membranas durante el embarazo ($\chi^2=6,790$; $p=0.009$).
6. Existe relación significativa entre la atención prenatal reenfocada y la prevención de infección del tracto urinario durante el embarazo ($\chi^2=19,744$; $p=0.000$).

4.2. Recomendaciones:

1. Se recomienda al profesional encargado fortalecer la cobertura de las atenciones prenatales reenfocadas al 100%, para seguir disminuyendo el porcentaje de complicaciones maternas, además de ello hacer la difusión de los resultados obtenidos a los establecimientos de salud de referencia para que los obstetras tengan un seguimiento eficiente de sus gestantes.
2. Se recomienda al profesional encargado seguir fortaleciendo el cumplimiento del paquete básico de la atención prenatal reenfocada, además seguir realizando charlas educativas sobre los signos de alarma, la importancia de realizar todos los exámenes de laboratorio y ecografías, asistir a sus sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y cumplir con las interconsultas a los demás servicios.
3. Se recomienda al profesional encargado, gestionar la realización de charlas demostrativas de alimentos ideales para combatir la anemia en el embarazo. Además, seguir enfatizando en la importancia de la toma de los suplementos de ácido fólico, hierro y calcio. Coordinar con el profesional de nutrición para las charlas demostrativas.
4. Se recomienda al profesional encargado, educar al personal técnico sobre los procesos de la adecuada toma de funciones vitales de manera eficiente, además de ello se recomienda a los centros de referencia hacer el seguimiento a pacientes con antecedentes personales y familiares de hipertensión arterial, así mismo ahondar en el reconocimiento de los signos de alarma con respecto a las enfermedades hipertensivas.
5. Se recomienda al profesional encargado educar a la gestante sobre cumplimiento oportuno de los exámenes de laboratorio y si existiese algún diagnóstico de infección del tracto urinario, asegurarse de que la gestante cumpla correctamente con las indicaciones del tratamiento. Además de ello reforzar el reconocimiento de pérdida de líquido amniótico como signo de alarma.
6. Se recomienda al profesional encargado educar y fomentar en las gestantes el reconocimiento del cuadro clínico de una infección del tracto urinario, además de ello cumplir con los exámenes de laboratorio, dentro de ellos el urocultivo. También cerciorarse del cumplimiento del tratamiento que se pueda haber prescrito con anterioridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud. OMS: Las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2016: [Citado 2019 22 de marzo] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
2. Ministerio de Salud, Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva. Lima: Ministerio de Salud, 2004. [Citado 2019 20 de mayo] Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf
3. Organización Panamericana de la Salud. OPS: Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. [Internet]. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2018: [Citado 2019 20 de mayo] Disponible en: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>
4. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín epidemiológico del Perú. [Internet] 2018. Volumen 27. Lima: ISSN 2415-076 2. [Citado 2019 10 de mayo] Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/44.pdf>
5. Ministerio de Salud. Boletín estadístico de nacimientos Peru: 2015. [Internet] 2015. Lima: Sistema de Registro del Certificado de Nacido vivo en Línea. [Citado 2019 11 de mayo] Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
6. Hernández A, Azañedo D, Antiporta DA, Cortés S. Análisis espacial de la anemia gestacional en el Perú, 2015. Rev. Perú. Med. Exp. salud pública. [Internet]. 2017 [Citado 2019 11 de mayo]; 34 (1):43-51. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000100007
7. Geerlings S. Clinical Presentations and Epidemiology of Urinary Tract Infections. Microbiology spectrum. 2016 [Citado 2019 11 de mayo]; 4(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27780014>
8. Quirós A, Apolaya M. Prevalencia de infección de la vía urinaria y perfil microbiológico en mujeres que finalizaron el embarazo en una clínica

- privada de Lima, Perú. Ginecol. Obste. Méx. 2018. [Citado 2019 10 de mayo]; 86(10):634-639. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0300-90412018001000634&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
9. Hospital Nacional Hipólito Unanue. Análisis Situacional de Salud Hospitalario. 2019; Lima: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental; 2019. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/oficina-de-epidemiologia-y-salud-ambiental/documentos-asis/>
 10. Hospital Nacional Hipólito Unanue. Estadísticas 2018. Lima: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental; 2018. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/wp-content/uploads/2018/02/2. CONSULTA-EXTERNA-DICIEMBRE-2018.pdf>
 11. Morales Y, Montiel M. Complicaciones materno-perinatales asociadas a la falta de control prenatal en mujeres embarazadas que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en el II Semestre 2015. [Tesis de pregrado] Nicaragua. Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua, Managua 2017 [Citado 2019 22 de marzo] Disponible en: <http://repositoriosiidca.csuca.org/Record/RepoUNANM7372>
 12. Zhang B, Yang R, Liang SW, Wang J, Chang JJ, Hu K. Asociación entre la utilización de la atención prenatal y el riesgo de parto prematuro entre las mujeres chinas. J. Huazhong Univ. Sci. Technol. [Internet] 2017 [citado 2019 22 de marzo]; 37: 605. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28786063>
 13. 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.[Tesis de pregrado] Colombia: Universidad De Sucre 2017 [Citado 2019 22 de marzo] Disponible en: <https://repositorio.unisucre.edu.co/bitstream/001/637/1/T618.32%20F%20142.pdf>
 14. Lee SH, Lee SM, Lim NG, Kim HJ, Bae SH, Ock M, et al. Differences in pregnancy outcomes, prenatal care utilization, and maternal complications between teenagers and adult women in Korea: A nationwide epidemiological study. Medicine. 2016 [citado 2019 1 de mayo]; 95 (34):

- e4630. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5400327/>
15. Zavala D, Vásquez Y. Relación entre atención prenatal reenfocada y la recurrencia y severidad de la infección del tracto urinario y anemia en gestantes. Hospital Distrital Santa Isabel - Porvenir 2017. [Tesis de pregrado] Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018. [citado 2019 1 de mayo] Disponible en:
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/4054/1/RE_OBST_DEB_ORATH.ZAVALA_YACELLY.V%C3%81SQUEZ_ATENCI%C3%93N.PRENATAL.REENFOCADA_DATOS.PDF
 16. Ahumada M., Alvarado F. Factores de riesgo para el parto prematuro en un hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]. 2016 [citado 2019 22 de marzo]; 24: e2750. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100350&lng=en.
 17. Maúrtua N. Atención prenatal reenfocada y complicaciones obstétricas durante el parto en gestantes de 18 a 35 años en el hospital maría auxiliadora. San Juan de Miraflores: octubre 2016 a mayo 2017- Lima. [Tesis de pregrado] Lima: Universidad Privada Sergio Bernales, 2018. [Citado 2019 22 de Marzo] Disponible en:
http://repositorio.upsb.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/UPSB/135/Maurtua_N_Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 18. Miñano M. Control prenatal inadecuado como factor asociado a parto pretérmino en pacientes del hospital regional docente de Trujillo. [Tesis de pregrado] Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, 2016 [Citado 2019 22 de marzo] Disponible en:
<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2249>
 19. Corcuera J. Atención prenatal reenfocada y su relación con la morbilidad materna durante el embarazo, parto y puerperio. Julio 2013 a Julio 2017. Centro de Salud El Bosque. [Tesis de pregrado] Lima: Universidad César Vallejo; 2018. [Citado 2019 1 de mayo] Disponible en:
http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/17734/corcuera_mj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 20. Prato V. Control prenatal incompleto como factor de riesgo de anemia en gestantes adolescentes del hospital Nacional Dos de Mayo. [Tesis de

- pregrado] Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016. [Citado 2019 1 de mayo] Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/723>
21. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural. Lima, Perú: UNFPA, 2013. [Citado 2019 12 de mayo] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf>
 22. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. Lima: UNFPA, 2013 [Citado 2019 1 de mayo] Disponible en: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/ca2be>
 23. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. Lima: UNFPA, 2013 [Citado 2019 1 de mayo] Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131014-MINSA-Propuesta-NT-Atencion-Integral-Salud-Materna.pdf>.
 24. Santisteban S. Atención Prenatal. [Internet] Cuba, 2017 [Citado 2019 1 de mayo] Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/atencion_prenatal.pdf.
 25. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dashe J. Obstetricia de Williams. [Internet] Porto Alegre: AMGH; 2016.
 26. Morales S, Guibovich A, Yábar M. Psicoprofilaxis Obstétrica: actualización, definiciones y conceptos. Horiz. Med. [Internet]. 2014 oct [citado 2020 Jun 15]; 14(4): 53-57. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2014000400010
 27. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud; 2007. [Citado 2020 08 de junio] Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
 28. Ormeño G. Cálculo de edad gestacional mediante ultrasonografía por evaluación de la medida del cerebelo fetal en gestantes entre las 19 y 25 semanas. Clínica Santa Luzmila. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
 29. Tarqui C, Álvarez D, Gómez G. Estado nutricional y ganancia de peso en gestantes peruanas, 2009-2010. An. Fac. med. [Internet]. 2014 Abr [Citado 2019 13 de Junio] ; 75(2): 99-105. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832014000200002

30. Schwarcz R, Fescina r, Duverges C. Obstetricia. [Internet]. Argentina: El Ateneo; 2014. [Citado 2019 12 de mayo]. Disponible en: <https://booksmedicos.org/obstetricia-schwarcz-6a-edicion/>
31. Ortiz K. Factores de riesgo de anemia en gestantes en el consultorio de materno prenatal del Hospital regional Hermilio Valdizan Medrano marzo - diciembre 2015. [Tesis de pregrado] Huánuco – Perú Universidad de Huanuco; 2016. [Citado 2019 12 de mayo] Disponible en: <repositorio.udh.edu.pe/123456789/185>
32. Paredes B. Identificación de los factores de riesgo obstétrico en adolescente embarazada y la importancia del control prenatal.[Tesis de pregrado] Ecuador: Universidad Técnica de Machala; 2015. [Citado 2019 12 de mayo] Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/3449>
33. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la prevención de la Transmisión madre-niño del VIH y la sífilis. Lima: Dirección General de Salud de las Personas, 2014. [Citado 2019 12 de mayo] Disponible en: <http://spij.minjus.gob.pe/Graficos/Peru/2014/Agosto/19/RM-619-2014-MINSA.pdf>
34. Alfaro A, Castejón I, Magán R, Alfaro M. Embarazo y salud oral. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2018 [citado 2020 Jun 14]; 11(3): 144-153. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300144
35. Ministerio de salud. Norma técnica - manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. Lima, Perú. Dirección general de salud. 2017[Citado 2020 10 de junio] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
36. Zambrano H, Angulo L. Control prenatal como diagnóstico precoz en la anemia ferropénica, gestantes de 13 a 20 años, ciudadela 4 de mayo Babahoyo, los Ríos, primer semestre 2015. Babahoyo,Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo 2015. [Citado 2019 12 de mayo] Disponible en. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/1509/1/T-UTB-FCS-OBST-000021.pdf>

37. Guerra A, López O. Anemia ferropénica al final del embarazo y su relación con la calidad de la atención prenatal. [Tesis de especialidad] Quito.Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2013. [Citado 2019 12 de mayo] Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/9418>
38. Villanueva L, Atenciones prenatales y su relación con las complicaciones del embarazo en gestantes atendidas en el hospital regional Hermilio Valdizan Medrano 2017 [Tesis de Pregrado] Huanuco. Peru: Universidad de Huánuco; 2017 [Citado 2020 12 de Junio] Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1322/VILLANUEVA%20MALDONADO%2c%20Luz%20Sadith.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
39. Ramírez E, Factores asociados a la mortalidad perinatal en prematuros nacidos en el Hospital Maria Auxiliadora de enero a diciembre 2017 [Tesis de Pregrado] Lima. Peru: Universidad Ricardo Palma; 2017 [Citado 2020 12 de Junio] Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1815/ERAMIREZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
40. Tucto Y, Factores de riesgo maternos que influyen al parto pretérmino en gestantes adolescentes en el hospital Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco octubre 2015- marzo del 2016 [Tesis de Pregrado] Huanuco. Peru: Universidad de Huánuco; 2016 [Citado 2020 12 de junio] Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/124>
41. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido, Lima: Ministerio de Salud, 2007. [Citado 2019 12 de mayo] Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiaRecienNacido.pdf>.
42. Reyna E, Mejia J, Reyna N, Torres D, Rondón M, Cabrera D, et al. Cervical length or bishop score in prediction of imminent preterm delivery in symptomatic patients. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2019 Oct [citado 2020 Jun 13]; 84(5): 362-371. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071775262019000500362&script=sci_arttext&tlng=en
43. Moldenhauer J. Rotura prematura de membranas. [Internet] New Jersey, Manual MSD.: Merck and Co. Inc.; 2018 [Citado 2019 12 de mayo]

- Disponible en: www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/rotura-prematura-de-membranas-rpm.
44. Acuña T, Ruptura prematura de membranas. Rev. Méd. Sin. [Internet] 2017 [Citado 2020 12 de Junio] 2(3-6) Disponible en: <file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-RupturaPrematuraDeMembranas-7070410.pdf>
 45. Bron V, Infección del tracto urinario en embarazadas. [Tesis de pregrado] Apurimac, Peru: Universidad Tecnológica de los Andes 2017. [Citado 2020 13 de junio] Disponible en: <http://repositorio.utea.edu.pe/handle/utea/56>
 46. Melgar R. Infección de vías urinarias. El Salvador: Telesalud, 2016 [Citado 2019 13 de mayo] Disponible en: https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2016_presentaciones/presentacion07102016/IVU-Y-EMBARAZO.pdf
 47. Sánchez M, Infección de las vías urinarias en mujeres embarazadas cual es el diagnóstico y tratamiento de primera elección. [Tesis de pregrado] Machala, Peru: Universidad Técnica de Machala. Ecuador 2015. [Citado 2020 13 de junio] Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/3459>
 48. Hernández R, Fernández C, Baptista P, Metodología de la investigación. [Internet]. Santa Fe: McGRAW-HILL; 2014C. [Citado 2020 12 de junio] Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
 49. Organización de las Naciones Unidas. ONU Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. Nueva York. Organización de las Naciones Unidas; 2015 [citado 12 junio 2020]. Disponible en <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
 50. Ministerio de Salud. Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención Materno Perinatal Sistema de Información HIS. Dirección General de Intervenciones. Estrategias en Salud Públicas; Lima: Ministerio de Salud; 2018 [Citado 2020 12 de junio] Disponible en:

http://www.diresatumbes.gob.pe/phocadownload/Manual%20HIS_%20E%20SN_Materno%20Perinatal_2019.pdf

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Atención prenatal reenfocada y complicaciones maternas durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.

Problema General	Objetivo general	Hipótesis general	Variables	Metodología
¿Existe relación entre la atención prenatal reenfocada y las complicaciones maternas durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019?	Determinar la relación que existe entre la atención prenatal reenfocada y las complicaciones maternas durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.	<p>HI: Existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de que se presenten complicaciones maternas durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.</p> <p>HO: No existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de que se presenten complicaciones maternas durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.</p>	<p>Variable 1: Atención prenatal reenfocada</p> <p>Variable 2: Complicaciones maternas * Parto pretérmino * Anemia * Trastornos hipertensivos * Ruptura prematura de membranas * Infección del tracto urinario</p>	<p>Diseño: No experimental.</p> <p>Nivel: Explicativo o Analítico.</p> <p>Corte: Transversal.</p> <p>Alcance: Correlacional</p> <p>Muestra: 200</p> <p>Técnica: Revisión documental.</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos.</p>
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas		
<p>¿Existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019?</p> <p>¿Existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar anemia en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019?</p> <p>¿Existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar trastornos hipertensivos en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019?</p> <p>¿Existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019?</p> <p>¿Existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar infección de tracto urinario en</p>	<p>1.- Determinar la relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.</p> <p>2.- Determinar la relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar anemia en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.</p> <p>3.- Determinar la relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar trastornos hipertensivos en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.</p> <p>4.- Determinar la relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.</p> <p>5.- Determinar la relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar infección de tracto urinario en</p>	<p>HI: Existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.</p> <p>HO: No existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.</p> <p>HI: Existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar anemia en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.</p> <p>HO: No existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar anemia en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.</p> <p>HI: Existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar trastornos hipertensivos en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.</p> <p>HO: No existe entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar trastornos hipertensivos en gestantes atendidas</p>		

<p>infección del tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019?</p>	<p>gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.</p>	<p>en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.</p> <p>HI: Existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.</p> <p>HO: No existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.</p> <p>HI: Existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar infección de tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.</p> <p>HO: No existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la probabilidad de presentar infección de tracto urinario en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019.</p>		
--	---	---	--	--

ANEXO 2: INSTRUMENTO: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES DE LA PACIENTE:

1. Edad:

a) $\geq 19\bar{a}$ b) 20 - 24 \bar{a} c) 25 - 29 \bar{a} d) 30 - 34 \bar{a} e) 35 - 39 \bar{a} f) $\leq 40\bar{a}$

2. Grado de instrucción:

a) Sin Instrucción () b) Primaria Incompleta () c) Primaria Completa ()
d) Secundaria Incompleta () e) Secundaria Completa ()
f) Superior Técnica Incompleta () g) Superior Técnica completa ()
h) Superior Univ. Incompleta () i) Superior Univ. Completa ()

3. Estado Civil

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

4. Ocupación:

a) Ama de Casa () b) Empleado () c) Estudiante ()
d) Comerciante () e) Profesional () f) Sin Ocupación () g) Otros ()

II. DATOS OBSTÉTRICOS

a) Edad Gestacional: _____
b) N.º de gestaciones: _____

III. ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA

a) Edad Gestacional a la que inicio su APN: _____
b) Nº de Atenciones Prenatales: _____

ACTIVIDADES	CUMPLIÓ	
	SI	NO
Seis atenciones prenatales		
Exámenes auxiliares: <ul style="list-style-type: none">• Hemoglobina• Glicemia• Tamizaje de proteinuria• Tamizaje de VIH, Sífilis y Hepatitis B		
Ecografías: <ul style="list-style-type: none">• Primer trimestre: 1º Informe Ecográfico• Segundo trimestre: 2º Informe Ecográfico• Tercer trimestre: 3º Informe Ecográfico		

Administración de vacuna antitetánica: <ul style="list-style-type: none"> • 1º dosis • 2º dosis 		
Evaluación y consejería nutricional: <ul style="list-style-type: none"> • 06 atenciones 		
Atención odontológica: <ul style="list-style-type: none"> • 01 atención antes de las 22 semanas de gestación 		
Psicoprofilaxis: <ul style="list-style-type: none"> • 06 sesiones 		
Tamizaje de violencia basada en género: <ul style="list-style-type: none"> • 01 atención antes de las 22 semanas de gestación 		
Suplemento Nutricional <ul style="list-style-type: none"> • Prescripción de sulfato ferroso • Prescripción de ácido fólico • Prescripción de calcio 		
Toma de PAP: <ul style="list-style-type: none"> • Antes de las 22 semanas de gestación. 		
Examen de mamas <ul style="list-style-type: none"> • Antes de las 22 semanas de gestación. 		

Atención prenatal reenfocada: SI () NO ()

IV. COMPLICACIONES MATERNAS:

COMPLICACIONES	INDICADOR O DIAGNÓSTICO	Si	No
Parto pretérmino	Parto ocurrido entre la semana 22 y 37 de gestación.		
Anemia	Hemoglobina inferior a los valores normales (<11 mg/dL).		
Trastornos hipertensivos	Preeclampsia		
	Eclampsia		
Ruptura prematura de membranas	Pérdida de líquido amniótico por el canal vaginal antes del trabajo de parto y con una gestación mayor/igual a 22 semanas		
Infección del tracto urinario	Prueba de laboratorio positiva para infección urinaria: Leucocitos mayor de 4 a 8 por campo y/o presencia mayor de 100 000 colonias en urocultivo		

ANEXO 3: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado(s): Mg. Obst. Marín Guevara, Leticia Gloria

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SÍ o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuada.	✓		
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Mg. Obst. Marín Guevara
Leticia Gloria
JUEZ EXPERTO

CS. Unión de los Médicos Guatemaltecos
CMBTEBIZ
C.O.P. N° 2023

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado(a): Mc. Panaqué Fernández, Gerónimo Rómulo

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuada.	✓		
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

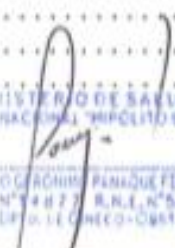
.....

.....

.....

.....

.....


 MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL NACIONAL "MIPOLITO URANUE"
 M.C. GERÓNIMO PANÁQUE FERNÁNDEZ
 C.M.F. N° 4877 R.N.E. N° 5685
 JEFE DEL DEPTO. DE GINECO-OBSTETRICIA

Mc. Panaqué Fernández
Gerónimo Rómulo
JUEZ EXPERTO

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado(a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuada.	✓		
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

 **MINISTERIO DE SALUD**
 Dirección de Inspección de Salud - Lima Centro
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO


CARLOS ENRIQUE VELEZ CERVANTES
 OBSTETRA ASISTENCIAL
 COP 17417

 JUEZ EXPERTO(A)

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado(a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.		✓	
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuada.	✓		
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

Grupos etarios: 1) -19 2) 20-24 3) 25-29 4) 30-34
 5) 35-39 6) 40+

? Pautas: Acotar contenido
 de ítems: 4p. 4p. 0.


JUEZ EXPERTO(A)
 Mag. Oba. KATTY SALCEDO SUÁREZ
 EDUCENTE - ESPECIALISTA
 COP 4000 - RNE N° 1181-E.01

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimado(a): Mg. Obst. Barbaggelata Huaraca, Adriana Josefina

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuada.	✓		<i>Esta puntación si los ítems manejan los tipos de ítems</i>
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

- se podría permitir en los ítems, como el primer ítem
- Diferenciar a medida de acompañamiento


 Mg. Obst. Barbaggelata Huaraca
 Adriana Josefina
 JUEZ EXPERTO(A)

ANEXO 4: JUICIO DE EXPERTOS

Datos de calificación:

1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.
3. La estructura del instrumento es adecuada.
4. El ítem del instrumento responde a la operacionalización de la variable.
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.
6. Los ítems son claros y entendibles.
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.

CRITERIOS	JUECES					VALOR P
	J1	J2	J3	J4	J5	
1	1	1	1	0	1	4
2	1	1	1	1	1	5
3	1	1	1	1	1	5
4	1	1	1	1	1	5
5	1	1	1	1	1	5
6	1	1	1	1	1	5
7	1	1	1	1	1	5
TOTAL	7	7	7	6	7	34

OPERACIONALIZACIÓN

$$\frac{34}{34 + 4} \times 100 = 0.895$$

0.895



0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

ANEXO 5: Carta de presentación de recolección de los datos Universidad Wiener.



Universidad
Norbert Wiener

Lima, 29 de noviembre de 2019

CARTA N° 13-12-797-2019-DFCS-UPNW

Mc. Luis Wilfredo Miranda Molina
Director del Hospital Hipólito Unanue

Presente.

De mi mayor consideración,

Mediante el presente expreso a Ud. el saludo institucional y el mío propio.

Asimismo, me permito solicitarle vuestra autorización para que la Bachiller Castillo Ortiz Marlith Verónica alumna de la carrera profesional de la Escuela de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud, para que pueda presentar su proyecto de investigación para su revisión y aprobación para así poder ejecutar su tesis titulado: "Atención Prenatal Reenfocada y Complicaciones Maternas Durante el Embarazo en Gestantes Atendidas en el Hospital Hipólito Unanue, Enero a Junio de 2019"

Agradezco la atención al presente y hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi distinguida consideración y estima personal.

Atentamente,



Enrique León Soria
Cepiro
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Privada Norbert Wiener S.A.

55301

MINISTERIO DE SALUD	
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE	
TRÁMITE DOCUMENTARIO	
24 DIC 2019	
FOLIO:	
NOVA:	
EXPED:	

9:05



Lima, 29 de noviembre de 2019

CARTA N° 13-11-790-2019-DFCS-UPNW

Mc. Panaqué Fernández Gerónimo Rómulo
Jefe del Dpto. de Gineco – Obstetra
Hospital Nacional Hipólito Unanue

Presente.



De mi mayor consideración,

Mediante el presente expreso a Ud. el saludo institucional y el mío propio.

Asimismo, me permito solicitarle vuestra autorización para que la Bachiller Castillo Ortiz Marlith Verónica, alumna de la carrera profesional de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud, pueda realizar la recolección de datos de historias clínicas para así poder ejecutar su tesis: "Atención Prenatal Reenfocada y Complicaciones Maternas Durante el Embarazo en Gestantes Atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Enero a Junio de 2019."

Agradezco la atención al presente y hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi distinguida consideración y estima personal.

Atentamente,

Enrique León Soria
Demárgo
Frente del Centro de la Salud
Universidad Privada Norbert Wiener S.A.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
Dr. Ernesto Gerónimo Panaqué Fernández
CARE: 1427 040 101
AV. BELTRÁN 4300, JUAN B. ALBA

Anexo 6: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

AUTORIZACIÓN PARA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, accede a la solicitud y otorga:

La autorización a la señorita CASTILLO ORTIZ MARLITT VERÓNICA con DNI N.º 71959623, Bachiller de la Universidad Norbert Wiener, para poder realizar la revisión de historias clínicas en el Departamento de Gineco - Obstetricia para el desarrollo de su tesis: "ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADAY COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE EL EMBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, ENERO A JUNIO 2019"

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Sin otro particular me despido de usted.

Lima 31 de diciembre del 2019

Atentamente,



A handwritten signature in blue ink over a rectangular official stamp. The stamp contains the text 'HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE', 'RECIBIDO', and 'JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA'.

Anexo 7: Resultado de Turnitin

TESIS_10-07-2020_CASTILLO_ORTIZ_MARLITH.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%	19%	2%	11%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upsb.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	3%
4	docplayer.es Fuente de Internet	2%
5	redperifericaaqp.gob.pe Fuente de Internet	1%
6	ojs.revistamaternofetal.com Fuente de Internet	1%
7	Carolina Tarqui Mamani, Doris Alvarez Dongo, Guillermo Gonzáles Guisado. "Estado nutricional y ganancia de peso en gestantes peruanas, 2009-2010", Anales de la Facultad de Medicina, 2014 Publicación	1%

8	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	www.ekip.me Fuente de Internet	1%
10	Submitted to Universidad Peruana Los Andes Trabajo del estudiante	1%
11	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	1%
12	Submitted to Universidad Privada San Juan Bautista Trabajo del estudiante	1%
13	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	1%

Excluir citas Apagado Excluir coincidencias < 1%
Excluir bibliografía Activo