



Universidad
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA**

Tesis

Características obstétricas y complicaciones del parto en mujeres que fueron atendidas en el Perú, encuesta demográfica y de salud familiar año 2023

**Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Obstetricia**

Presentado por:

Autora: Sánchez Casahuaman, Milagros Yamily

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4165-1643>

Asesora: Dra. Javier Vílchez, Gianina Lizeth

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8490-2428>

Lima – Perú

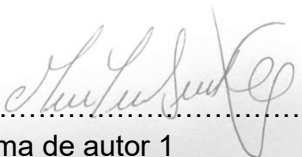
2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Sanchez Casahuaman Milagros Yamily egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Obstetricia** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS Y COMPLICACIONES DEL PARTO EN MUJERES QUE FUERON ATENDIDAS EN EL PERÚ, ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR AÑO 2023” Asesorado por el docente: Javier Vilchez, Gianina Lizeth DNI 47796656 ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8490-2428>, tiene un índice de similitud de (20) (veinte) % con código verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin OID 14912:550365244.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



 Firma de autor 1

Milagros Yamily Sánchez Casahuaman
 DNI: 72659585

.....
 Firma de autor 2

DNI:



 Firma
 GIANINA LIZETH JAVIER VILCHEZ
 Asesora
 DNI: 47796656

Lima, 28 de enero de 2026.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a Dios, fuente infinita de vida, fortaleza y sabiduría. A Él, que me ha acompañado en cada paso de este camino, brindándome luz en los momentos de oscuridad, esperanza en la adversidad y fuerzas para continuar cuando parecía imposible.

Que este logro sea un reflejo de Su amor y misericordia, y una muestra de mi gratitud por Su presencia constante en mi vida.

Con todo mi amor, dedico esta tesis a mis padres, Maribel Casahuamán Alvarado y Francisco Sánchez Bolaños.

Gracias por ser mi mayor apoyo, mi guía constante y mi refugio en los momentos difíciles. Su amor, esfuerzo y sacrificio han sido el motor que me impulsó a seguir adelante incluso cuando las fuerzas flaqueaban.

Este logro es tan mío como suyo, porque sin ustedes, nada de esto habría sido posible. Gracias por creer en mí siempre.

Dedico esta tesis con todo mi amor y gratitud a mi familia, por ser mi apoyo incondicional y mi fuente constante de fuerza y motivación. Gracias por creer en mí, por acompañarme en cada paso y por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia.

Quiero hacer una mención muy especial a mis queridos abuelos Estela Alvarado Bendezú y Javier Casahuaman Alvarado , quienes con su sabiduría, cariño y ejemplo han dejado una huella imborrable en mi vida. Su amor incondicional y sus enseñanzas han sido faros que iluminaron mi camino, y este logro también es un homenaje a su legado.

Dedico esta tesis a mi querida perrita Lulu, que, aunque ya no está conmigo, me acompañó fielmente durante todos estos años de estudio. Su compañía, su cariño y su alegría fueron un bálsamo en los momentos de cansancio y estrés.

Lulu, gracias por ser mi compañera silenciosa, por llenarme de amor incondicional y por enseñarme la verdadera lealtad. Este logro también es para ti, que con tu presencia iluminaste mis días y me diste fuerza para seguir adelante.

A Carla, Viviana, Tamara y Nicole: gracias infinitas por acompañarme con tanto cariño, comprensión y alegría durante esta etapa tan significativa de mi vida.

Gracias por celebrar conmigo cada pequeño logro, por estar presentes en los momentos difíciles y por llenar de ánimo y risas mis días de internado. Su amistad ha sido un regalo invaluable, y su apoyo incondicional me dio fuerza cuando más lo necesitaba.

Este logro también es de ustedes, porque su alegría por mis avances hizo que cada paso valiera aún más la pena. Las llevo conmigo siempre, en el corazón y en cada recuerdo de esta etapa.

Dedico este trabajo a mi querida perrita Lula, compañera fiel y amiga incondicional. Gracias por tu amor, tu alegría y por estar siempre a mi lado, dándome fuerza y compañía en cada paso de este camino.

Este logro es también tuyo, Lula, porque tu presencia hizo más llevadero cada día.

Agradecimiento

A Dios, fuente inagotable de sabiduría, fortaleza y amor, le agradezco infinitamente por haberme guiado a lo largo de este camino. En los momentos de incertidumbre, cansancio o duda, fue Su presencia la que me sostuvo y me dio la paz necesaria para seguir adelante.

Gracias por brindarme la salud, la perseverancia y la claridad mental necesarias para culminar esta etapa tan importante de mi vida. Todo lo logrado en esta tesis es, ante todo, fruto de Su gracia y voluntad.

A Él encomiendo este trabajo, como muestra de gratitud por todo lo que ha hecho en mí y por mí.

A mis padres, con todo mi amor y gratitud, gracias por ser el pilar fundamental en mi vida. Su apoyo incondicional, sus palabras de aliento y su ejemplo de esfuerzo y perseverancia han sido mi mayor inspiración a lo largo de este camino.

Gracias por enseñarme, desde siempre, el valor del compromiso, la responsabilidad y la honestidad. Por confiar en mí incluso en los momentos en que yo dudaba. Esta meta alcanzada es también de ustedes, porque sin su presencia constante y su amor infinito, nada de esto habría sido posible.

Con profundo cariño, les dedico este logro.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todos los doctores y obstetras del internado por su apoyo, enseñanza y dedicación durante esta etapa tan importante de mi formación profesional. Su guía y experiencia fueron fundamentales para fortalecer mis conocimientos y habilidades prácticas.

Deseo hacer una mención especial al doctor Luis Torrealva Ramos y a la obstetra Luz Cruz Olano, por su paciencia, compromiso y valiosa orientación. Gracias por compartir conmigo sus conocimientos y por motivarme a dar lo mejor en cada día de aprendizaje. Su acompañamiento fue clave para superar los retos y enriquecer mi experiencia académica y personal.

A todos ellos, mi profundo respeto y gratitud por su generosidad y profesionalismo.

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a todos mis pacientes, quienes con su confianza y colaboración hicieron posible la realización de mis prácticas preprofesionales. Su apertura y disposición para compartir sus experiencias fueron fundamentales para enriquecer este estudio y fortalecer mi aprendizaje como profesional de la salud.

Gracias por permitirme acompañarlos en sus procesos y por enseñarme tanto sobre la importancia del cuidado humano, la empatía y la dedicación en la práctica obstétrica. Este logro también es resultado de cada encuentro y cada historia que me confiaron.

Índice

Contenido

.....	1
Dedicatoria	3
Agradecimiento	5
Índice	7
INDICE DE TABLAS	9
INDICE DE FIGURAS	10
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCION	14
CAPITULO I :EL PROBLEMA	14
1.1. Planteamiento del problema	14
1.2. Formulación del problema	15
1.2.1 Problema general	15
1.2.2. Problemas específicos	15
1.3. Objetivos de la investigación	15
1.3.1 Objetivo general	15
1.3.2 Objetivos específicos	16
1.4 Justificación de la investigación	16
1.4.1 Teórica	16
1.4.2 Metodológica	16
1.4.3 Práctica	16
1.5 Limitación del Tema	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1. Antecedentes de la investigación	18
2.1.1 Antecedentes Nacionales	18
2.1.2 Antecedentes Internacionales	22
2.2. Bases teóricas	26
2.2.1 Control prenatal	26
2.2.2 Atención prenatal reenfocada	26

2.2.3 Características Obstétricas.....	27
2.2.4 Complicaciones Obstétricas.....	28
2.2.6 Factores asociados a las complicaciones obstétricas	31
2.3. Formulación de la Hipótesis	38
2.3.1 Hipótesis general	38
CAPITULO III: METODOLOGIA	39
3.1. Método de Investigación	39
3.2. Enfoque Investigativo	39
3.3. Tipo de Investigación	39
3.4. Diseño de la Investigación.....	39
3.5. Población, muestra y muestreo	39
3.6. Variables y operacionalización (Ver anexo 2)	39
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	40
3.7.1. Técnica	40
3.7.2. Descripción.....	40
3.7.3. Validación y confiabilidad	41
3.8. Procesamiento y análisis de datos	41
3.9. Aspectos Éticos	41
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	42
4.1. Resultados	42
4.1.1 Análisis descriptivo de resultados	42
.....	43
VISITAS PARA CONTROL PRENATAL.....	51
4.1.2 Prueba de hipótesis	57
4.1.2.1 Comprobación de hipótesis	58
4.2. Discusión de Resultados.....	60
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	67
5.1. Conclusiones	67
5.2. Recomendaciones	68
Referencias.....	70
Anexos.....	78

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. Prueba de hipótesis chi-cuadrado

TABLA 2. Intensidad de relación de las variables (V de Cramer y Coeficiente de contingencia de Pearson)

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Partos en establecimientos de salud, partos atendidos por profesional de la salud calificado y parto institucional del último nacimiento en los 5 años que precedieron a la encuesta, según característica seleccionada 2023-edad de la madre.....	42
Figura 2 Mujeres de 15 a 49 años ,que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos 5 años que precedieron la encuesta, según característica seleccionada 2023- edad de la madre.....	43
Figura 3 Mujeres de 15 a 49 años que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos 5 años que precedieron a la encuesta ,según característica seleccionada 2023- ultimo nacimiento protegido - edad de la madre.	44
Figura 4 Ingesta de micronutrientes de mujeres de 15 a 49 años que tuvieron hijas e hijos en los últimos 5 años anteriores a la encuesta o de medicamentos desparasitantes durante el embarazo de la ultima hija u hijo según característica seleccionada.	45
Figura 5 Nacimientos por cesarea,según características seleccionadas 2023-edad de la madre. ...	46
Figura 6 Partos en establecimientos de salud ,partos atendidos por profesional de salud calificado y parto institucional del ultimo nacimiento en los 5 años que precedieron la encuesta, según característica seleccionada 2023-orden de nacimiento.	47
Figura 7 Mujeres de 15 a 49 años que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos 5 años.	48
Figura 8 Mujeres de 15 a 49 años que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos 5 años que precedieron la encuesta ,según característica seleccionada 2023-ultimo nacimiento protegido-orden de nacimiento.	49
Figura 9 Nacimientos por cesarea,según característica seleccionada 2023-orden de nacimiento..	50
Figura 10 Partos en establecimientos de salud, partos atendidos por profesional de salud calificado y parto institucional del ultimo nacimiento en los 5 años que precedieron la encuesta, según característica seleccionada 2023-visitas control prenatal.	51
Figura 11 Mujeres de 15 a 49 años que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos cinco años que precedieron la encuesta ,según característica seleccionada 2023-visitas control prenatal.	52
Figura 12 Mujeres de 15 a 49 años que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos 5 años que precedieron la encuesta según característica seleccionada ,2023 – ultimo nacimiento protegido -visitas de control.	53
Figura 13 Partos en establecimientos de salud, partos atendidos por profesional de salud calificado y parto institucional del ultimo nacimiento en los 5 años que precedieron la encuesta ,según característica seleccionada,2023-area de residencia.	54

Figura 14 Mujeres de 15 a 49 años que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos 5 años que precedieron la encuesta según característica seleccionada ,2023 orden de nacimiento-area de residencia.	55
Figura 15 Mujeres de 15 a 49 años que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos 5 años que precedieron la encuesta, según características seleccionada,2023-ultimo nacimiento protegido-área de residencia.	56
Figura 16 Nacimientos por cesárea según característica seleccionada 2023- lugar de parto.	57

RESUMEN

El objetivo del estudio fue establecer la relación entre las características obstétricas y las complicaciones del parto en mujeres atendidas en el Perú, según la ENDES 2023. Se llevó a cabo una investigación cuantitativa, descriptiva, de tipo no experimental, con un diseño transversal y retrospectivo. La muestra incluyó a 18,155 mujeres en edad fértil (15 a 49 años), cuyos datos fueron procesados con el software SPSS versión 27, mediante análisis documental y estadístico.

Los resultados revelaron una asociación significativa entre diversas características obstétricas y las complicaciones durante el parto. Se observó que el 92.2% de los partos por cesárea se realizaron en establecimientos de salud, predominando entre gestantes de mayor edad. Asimismo, las mujeres con un mayor número de controles prenatales presentaron menos complicaciones, y se evidenció una desigualdad marcada entre la atención del parto en zonas urbanas y rurales. El análisis estadístico confirmó la relación significativa ($p < 0.05$) entre las características maternas y las complicaciones obstétricas, con una alta intensidad de asociación (V de Cramer = 0.648; Coeficiente de Contingencia de Pearson = 0.869).

Se concluye que el orden de nacimiento, la frecuencia de controles prenatales, el lugar del parto y el área de residencia influyen directamente en la aparición de complicaciones obstétricas. Estos hallazgos destacan la necesidad de mejorar el acceso y la calidad de la atención prenatal y del parto, especialmente en contextos rurales.

Palabras clave: Control prenatal, complicaciones del parto, edad gestacional, paridad.

ABSTRACT

The objective of this study was to establish the relationship between obstetric characteristics and childbirth complications in women attended in Peru, based on data from the 2023 Demographic and Family Health Survey (ENDES). A quantitative, descriptive, non-experimental study was conducted, with a cross-sectional and retrospective design. The sample consisted of 18,155 women of reproductive age (15 to 49 years), and data were analyzed using SPSS version 27 through documentary and statistical analysis.

The results showed a significant association between various obstetric characteristics and childbirth complications. It was observed that 92.2% of cesarean deliveries occurred in healthcare facilities, with higher rates among older pregnant women. Additionally, women with a greater number of prenatal checkups had fewer complications, and there was a notable disparity in childbirth care between urban and rural areas. Statistical analysis confirmed a significant relationship ($p < 0.05$) between maternal characteristics and obstetric complications, with a high degree of association (Cramer's $V = 0.648$; Pearson's Contingency Coefficient = 0.869).

In conclusion, birth order, frequency of prenatal checkups, place of delivery, and area of residence have a direct influence on the occurrence of obstetric complications. These findings highlight the importance of strengthening access to and quality of prenatal and delivery care, especially in rural areas.

Keywords: Prenatal care, childbirth complications, gestational age, parity.

INTRODUCCION

CAPITULO I :EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Según datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) cerca de 830 mujeres fallecen al día alrededor del mundo relacionado a su gestación o parto, se calcula que alrededor de trescientos tres mil mujeres fallecieron durante la gestación y el alumbramiento o posteriormente a estos en el año 2015. Casi todas estas muertes ocurren en naciones con bajos ingresos y la mayoría de las muertes maternas pueden ser evitadas con planes de intervención durante el parto y semanas posteriores a las primeras semanas del postparto para poder prevenir y tratar las complicaciones que se puedan presentar (1) ,la mortalidad materna no solo conforma un enigma médico , sino que también se encuentra ligada a factores socioeconómicos por lo cual debe ser visto de una perspectiva más amplia (2).

Una de las dificultades radica en el elevado obstáculo para obtener acceso a los servicios sanitarios. y poder realizar una correcta atención prenatal incrementando así las distintas complicaciones obstétricas (3),otro punto de esta problemática es que no se informa de manera adecuada en los controles prenatales los signos de alarma y peligro que se puede presentar durante toda la gestación, por ello el personal médico capacitado debe estar atento a la reclasificación de riesgo encada consulta, durante el parto y puerperio (4) es por ello que las mujeres gestantes pertenecen al grupo de población vulnerable que requiere atención médica inmediata en cualquier nivel de atención, dado a las distintas patologías que se pueden presentar en las distintas etapas de la gestación o el parto (5)

Se entiende por complicaciones obstétricas a los trastornos o condiciones adversas que pueden manifestarse a lo largo de la gestación, el parto y el alumbramiento . Entre estos pueden destacarse los trastornos hipertensivos (eclampsia, preeclampsia, síndrome de hellp), enfermedades hemorrágicas (placenta previa, atonía uterina, hemorragias posparto), sepsis, problemas metabólicos (se distingue por un incremento patológico de la resistencia a la glucosa) (6).

Las defunciones provocadas por complicaciones obstétricos están vinculadas a cómo las mujeres reaccionan frente a los indicios de una situación complicada y a la respuesta de los profesionales sanitarios para proporcionar asistencia y diagnóstico apropiados. Las muertes maternas no son accidentales, sino provocadas por una serie de factores que, al combinarse, generan una cadena mortal de interrupciones que obstaculizan la prevención de riesgos en el transcurso de la gestación, ddificultan el acceso a una atención sanitaria eficiente y oportuna, lo que conlleva a la desatención de las complicaciones y, en última instancia, al fallecimiento (7).

En América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud ha venido implementando campañas orientadas a adoptar medidas para disminuir la mortalidad materna, la cual aumentó en un 15% entre 2016 y 2020. Como resultado de diversas complicaciones obstétricas, aproximadamente 8,400 mujeres fallecen anualmente en esta región (8)

En Perú, pese a las transformaciones en la vida de las mujeres, los avances en los determinantes sociales y las mejoras en los sistemas de salud que han contribuido al control de la mortalidad materna mediante políticas sanitarias todavía existen desigualdades sociodemográficas que se derivan de dos problemas principales: una alta tasa de mortalidad materna nacional y una distribución desigual en las regiones del país (9). Además, es crucial subrayar que la pérdida de madres es un relevante indicador del avance de un país, y si este índice se mantiene y se incrementa con el tiempo, evidencia la falta de interés de un Estado por su nación, especialmente teniendo en cuenta que esto puede ser prevenido. (10).

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cómo se relacionan las características del ámbito obstétrico y aquellas complicaciones que se presentan durante el parto en gestantes que recibieron atención médica en el Perú, encuesta nacional y demográfica de salud año 2023 -ENDES?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cómo se encuentra relacionado el factor de la edad materna con las complicaciones que se presentan durante el parto en gestantes que recibieron atención médica en el Perú, encuesta nacional y demográfica de salud 2023-ENDES?
- ¿Cómo se encuentra relacionado el factor de orden de nacimiento de los hijos con las complicaciones que se presentan durante el parto en gestantes que recibieron atención médica en el Perú, encuesta nacional y demográfica de salud 2023-ENDES?
- ¿Cómo se encuentra relacionado el factor de visitas de control prenatal con las complicaciones que se presentan durante el parto en gestantes que recibieron atención médica en el Perú, encuesta nacional y demográfica de salud 2023- ENDES?
- ¿Cómo se encuentra relacionado el factor del del lugar del parto con las complicaciones que se presentan durante el parto en gestantes que recibieron atención médica en el Perú, encuesta nacional y demográfica de salud 2023- ENDES?
- ¿Cómo se encuentra relacionado el factor de área de residencia con las complicaciones presentadas durante el parto en gestantes que recibieron atención médica en el Perú, encuesta nacional y demográfica de salud 2023-ENDES?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Establecer la relación entre las características de la gestante y los factores asociados a complicaciones obstétricas según la encuesta nacional y demográfica de salud 2023-ENDES.

1.3.2 Objetivos específicos

- Establecer la relación entre el factor de la edad de la madre con las complicaciones que ocurren durante el parto en gestantes que recibieron atención médica en el Perú, encuesta nacional y demográfica de salud 2023-ENDES
- Establecer la relación entre el factor de orden de nacimiento de los hijos con las complicaciones que ocurren durante el parto en gestantes que recibieron atención médica en el Perú, encuesta nacional y demográfica de salud 2023-ENDES
- Establecer la relación entre el factor de visitas de control prenatal con las complicaciones que ocurren durante el parto en gestantes que recibieron atención médica en el Perú, encuesta nacional y demográfica de salud 2023-ENDES
- Establecer la relación entre el factor del lugar del parto con las complicaciones que ocurren durante el parto en gestantes que recibieron atención médica en el Perú, encuesta nacional y demográfica de salud 2023-ENDES
- Establecer la relación entre el factor de área de residencia con las complicaciones que ocurren durante el parto en gestantes que recibieron atención médica en el Perú, encuesta nacional y demográfica de salud 2023-ENDES

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

La investigación es significativa a nivel teórico ya que proporcionará datos a investigadores, expertos en salud y otros individuos interesados en los aspectos vinculados con la identificación precoz de enfermedades y complicaciones obstétricas que puedan presentarse antes, durante y tras el parto, con el objetivo de disminuir la tasa de fallecimientos maternos y perinatales.

1.4.2 Metodológica

Este estudio es importante ya que representa una contribución teórica y científica, que proporcionará datos válidos, fiables y beneficiosos para la población de gestantes. Además, este análisis podrá emplearse como recurso de datos para investigaciones futuras.

1.4.3 Práctica

La degradación de la salud física y mental, que impacta en la economía de la embarazada, la comunidad y el estado, es el producto de las defunciones maternas. El profesional obstetra que lleva a cabo el seguimiento prenatal en establecimientos de atención primaria y secundaria está en capacidad de detectar tempranamente los factores de riesgo, lo que permite prevenir posibles complicaciones obstétricas. y evitar las muertes maternas perinatales. Además, se podrá educar a la población embarazada acerca de la relevancia de llevar a cabo revisiones prenatales de forma precoz.

1.5 Limitación del Tema

Al tratarse de un estudio el cual es originado de fuentes secundarias, los datos obtenidos podrían presentar los siguientes sesgos:

- Sesgo de reporte: Puede existir falla en el registro de las hojas de respuesta por parte del entrevistador
- Sesgo de memoria: Por parte de los participantes debido a la falta de veracidad al momento de brindar la información solicitada debido a falta de memoria en alguna situación en particular

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes Nacionales

Najarro R (2022), Estuvo orientado a “Establecer la correlación entre el control prenatal inapropiado y las complicaciones obstétricas que puedan surgir al momento del parto según la encuesta nacional de estadísticas o más conocido como ENDES en el año 2020, la investigación se dio de manera cuantitativa, observacional, tipo analítica y transversal basada en los datos obtenidos de la plataforma de la ENDES 2020, asimismo, se observó que las gestantes que recibieron un control prenatal inadecuado (menos de seis controles) presentaron una mayor prevalencia de complicaciones obstétricas durante el parto. Además, incrementaron la prevalencia de complicaciones, el tener estudios secundarios en comparación con los de grado superior, y ser de clase media y pobre. Y, decrecieron la frecuencia de complicaciones en personas de entre 18 años y mayores de 35 en comparación con las de 19 años, así como en aquellas originarias de la selva en comparación con las del resto de la costa. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las variables área de residencia, idioma, origen étnico y centro en el que ocurrió el parto, ya que el valor de p fue superior a 0,05. Sin embargo, se determinó que una supervisión prenatal inadecuada sí mostró una relación significativa con la ocurrencia de complicaciones obstétricas durante el parto. de acuerdo con ENDES 2020”. (11)

Méndez P, Morales M (2021), El propósito fue "Establecer la correlación entre el CPN apropiado y las dificultades obstétricas de las madres parto y postparto", fue una investigación cuantitativa, observacional, retrospectiva, transversal y analítica. Se examinó un total de 41803 madres, de las cuales el 21,0% y el 28,7% presentaron complicaciones parto y postparto distintamente, mientras que el 50,8% no presentó un CPN de calidad. La ausencia de un CPN de alta calidad, la residencia en Lima, la pertenencia al quintil de riqueza dos o tres, y la supervisión únicamente por personal competente y únicamente en el sector, se relacionaron con una mayor probabilidad de padecer complicaciones parto; en cambio, residir en la sierra se relacionó con una menor probabilidad de tener tales problemas. La falta de un CPN de alta calidad, residir en Lima metropolitana o en la Sierra, pertenecer al quintil de riqueza dos (pobre) o tres y haber sido controlada únicamente por el sector público. se relacionaron con una alta probabilidad de sufrir dificultades después del parto; en cambio, el ser una gestante añosa pertenecientes al grupo etario de 35 años en adelante, no tener educación o tener educación primaria y secundaria, se relacionaron con una menor probabilidad de sufrir las complicaciones mencionadas.”, Se determinó que hay una correlación entre las variables sociodemográficas y los elementos relacionados con la atención del control prenatal, así como las complicaciones que pueden existir en el parto y postparto. (12)

Palacios et al. (2024), El propósito era “ Establecer la asociación entre las características de la atención prenatal y el lugar y tipo de finalización del embarazo de mujeres peruanas, fue una investigación de tipo transversal, analítica, observacional y retrospectiva, con enfoque

cuantitativo, basada en el análisis de una base secundaria de datos proveniente de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) correspondiente al año 2021. El estudio incluyó a mujeres peruanas que fueron seleccionadas conforme a los criterios de inclusión. Con respecto a las variables consideradas se aplicó un modelo de regresión de Poisson. Se examinaron los datos de un total de 17,371 mujeres peruanas. Del total de nacimientos analizados, poco más del cinco por ciento ocurrieron en el domicilio, mientras que aproximadamente una tercera parte finalizaron mediante cesárea. Se evidenció un incremento en la probabilidad de parto en el hogar en mujeres que no recibieron atención prenatal (valor p menor a 0.001; razón de prevalencia ajustada: cinco coma veintitrés), en aquellas que habían sido informadas sobre sus derechos (valor p menor a 0.001; RPa: uno coma veintisiete), y en casos donde la atención fue brindada por personal de enfermería (valor p menor a 0.001; RPa: cinco coma cero seis) o por promotores de salud (valor p menor a 0.001; RPa: uno coma treinta y nueve).

Respecto al parto por cesárea, se observó mayor frecuencia cuando la atención prenatal se inició en el primer trimestre (valor p menor a 0.001; RPa: uno coma veintidós), se realizaron análisis de sangre (valor p igual a 0.004; RPa: uno coma diecinueve), monitoreo de los latidos fetales (valor p igual a 0.001; RPa: uno coma cuarenta y ocho), y pruebas de sífilis (valor p menor a 0.001; RPa: uno coma cero nueve) y VIH (valor p menor a 0.001; RPa: uno coma cuarenta y cinco). Además, esta vía de parto fue más común cuando se indicaron suplementos de hierro (valor p menor a 0.001; RPa: uno coma dieciocho) y se brindó consejería nutricional (valor p menor a 0.001; RPa: uno coma veintiuno). Asimismo, se reportó mayor probabilidad de cesárea cuando el control prenatal fue realizado por un médico (valor p menor a 0.001; RPa: uno coma treinta y siete) o por un técnico en enfermería (valor p menor a 0.001; RPa: uno coma veintiséis).

Se concluye que el porcentaje de partos domiciliarios fue ligeramente superior al cinco por ciento, mientras que el de cesáreas alcanzó cerca del treinta y cuatro por ciento, una cifra por encima de lo recomendado por organismos internacionales. Tanto el lugar como la vía de finalización del embarazo estuvieron relacionados con la frecuencia de los controles prenatales, el trimestre de inicio, las evaluaciones clínicas realizadas, las asesorías recibidas y el profesional responsable de la atención.” (13).

Chahuayo et al.(2024), El propósito era “identificar las características de la atención prenatal brindada a gestantes atendidas en la Micro Red Ascensión durante los años 2019 y 2020, fue una investigación observacional, retrospectivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 619 gestantes, y los datos analizados provinieron de registros secundarios del VEA obstétrico y del CNV. La información fue descargada en una hoja de cálculo de Excel y procesada utilizando estadística descriptiva a través del software SPSS, se determinó que, en cuanto a las características personales, la mayoría de las gestantes se encontraban en edad reproductiva óptima, eran solteras o convivientes, con nivel educativo secundario, provenientes de Ascensión y afiliadas mayoritariamente al SIS. Respecto a la atención prenatal (APN), en ambos años el inicio del control prenatal ocurrió principalmente en el primer trimestre del embarazo, y más del 50% de las gestantes asistieron a más de seis controles. La administración de micronutrientes, la realización de ecografías y las visitas domiciliarias fueron realizadas de manera incompleta en ambos periodos. La batería de

exámenes de laboratorio, la inmunización materna, la detección de violencia familiar (VIF) y el plan de parto se realizaron de forma completa antes de la pandemia, pero se evidenció una disminución en la cobertura de estos componentes durante el periodo pandémico. El parto institucional predominó en ambos años” (14).

Otañe E, Quispe K (2023), El propósito era “Determinar las características generales de la atención prenatal en gestantes, fue una investigación observacional, retrospectiva, descriptiva de corte transversal, la población estuvo constituida por 109 gestantes que realizaron su APN en el periodo 2021, la muestra fue censal, se encontraron resultados de que el 58,7%, tuvo de 18 a 29 años; el 43,1% tuvieron grado de instrucción superior, el 58,7% fueron convivientes y el 47,7% primíparas. El 55,0% realizaron su primera atención prenatal a las 14ss a más, el 54,1% recibieron vacunas completas de DT y el 74,4% no recibió ninguna dosis de vacuna covid-19. El 82,6% si recibió sulfato ferroso. El 63,3% presentó una hemoglobina que no se encuentra dentro de los valores normales, en el último control de hemoglobina el 56,0% tuvieron hemoglobina alterada. El 52,3% se realizó su ecografía durante el segundo trimestre. El 84,4% presentó un plan de parto incompleto. El 62,4% tuvo de 1-3 visitas domiciliarias” (15).

Huapaya et al. (2022), El propósito era “Estimar la cantidad relativa y determinar los elementos vinculados a un evento obstétrico fuera de un establecimiento de salud en el contexto peruano, fue una investigación de enfoque cuantitativo, observacional, transversal y analítico, utilizando datos provenientes de conglomerados de viviendas ubicados en capitales departamentales, zonas urbanas y áreas rurales del Perú. La fuente de información fue la base de datos secundaria de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en el periodo correspondiente al 2019. Se eligió este diseño metodológico debido a que tanto el evento de interés (parto domiciliario) como los factores asociados fueron evaluados de manera simultánea durante el proceso de recopilación de datos. Se analizaron 18,401 registros, estimándose que el 5.39% (IC95%: 4.83–6.03%) de las mujeres peruanas tuvieron un parto en el hogar. Esta proporción fue considerablemente más alta en áreas rurales (19.59%; IC95%: 17.26–22.17%) y en la región selvática (17.85%; IC95%: 15.21–20.84%),llegaron a la conclusión de que, en el año 2019, el 5.39% de los partos en el Perú se produjeron en el domicilio. Se identificaron diversos factores que aumentaron la probabilidad de esta práctica, tales como residir en la sierra o la selva, vivir en zonas rurales, haber recibido menos de seis controles prenatales, pertenecer a los niveles de pobreza o pobreza extrema, tener únicamente educación primaria, y contar con dos o tres hijos. En contraste, se observó que tener educación superior, ya sea técnica o universitaria, se asoció con una menor probabilidad de parto domiciliario” (16).

Espinoza A (2025), El propósito era “Analizar la relación entre las barreras en la atención prenatal y el acceso al parto institucional en el Perú, utilizando datos de la ENDES correspondientes al periodo 2021–2023, fue un estudio de tipo analítico, observacional, transversal, retrospectivo y desde un enfoque cuantitativo., con el cual se llevaron a cabo los análisis correspondientes, el estudio se sustentó en el análisis de los datos provenientes de la

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) correspondiente al periodo 2021–2023. El procesamiento de la información se llevó a cabo mediante el uso del software estadístico IBM SPSS Statistics, versión 30.0. Se evaluaron los registros de 56,515 mujeres. Los resultados indicaron que las mujeres con menor probabilidad de recibir una atención prenatal institucional adecuada y de acceder a un parto institucional fueron, principalmente, las adolescentes de entre 12 y 19 años ($p < 0.001$), aquellas pertenecientes al estrato socioeconómico muy pobre ($p < 0.001$), sin nivel educativo ($p < 0.001$), residentes en la región Selva ($p < 0.001$) y en zonas rurales ($p < 0.001$). Se encontró una vinculación relevante desde el punto de vista estadístico con factores sociodemográficos como la edad y la condición económica., el grado de instrucción, la región geográfica y el tipo de residencia con el acceso de las gestantes tanto a una atención prenatal institucional como al parto institucional. No se halló una relación estadísticamente significativa entre estas variables y factores como etnicidad, número total de hijos ni estado civil” (17).

Apolaya M, Herrera P (2024), “Un estudio transversal y analítico basado en los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2020 evaluó los factores relacionados con la ocurrencia del parto domiciliario en zonas rurales del Perú. La investigación incluyó a 5,334 mujeres en edad fértil residentes en áreas rurales, con una edad promedio de 30 años. Se definió el parto domiciliario como aquel ocurrido en el hogar, ya sea con asistencia institucional o tradicional. Para el análisis estadístico se utilizó el software Stata versión 16.0, aplicando técnicas de muestreo complejo y cálculos de razones de prevalencia crudas y ajustadas. Los resultados mostraron que el 16.76% de los partos ocurrieron en el domicilio. Factores que incrementaron significativamente la probabilidad de parto domiciliario fueron: hablar una lengua distinta al español y vivir en zonas ubicadas a más de 1,000 metros sobre el nivel del mar. En contraste, contar con servicio de electricidad, pertenecer al grupo económico "pobre" en lugar de "muy pobre", y haber recibido control prenatal por un obstetra se asociaron con una menor probabilidad de parto en el hogar. El estudio concluyó que, en el contexto de la pandemia, la frecuencia de partos domiciliarios fue elevada en zonas rurales, influenciada principalmente por factores socioculturales y geográficos, así como por el acceso a servicios básicos y atención médica adecuada (18).”

Isidro T, Gutiérrez A (2021),” Una investigación de tipo observacional, retrospectivo, analítico y transversal, basada en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2018, tuvo como finalidad identificar los factores de riesgo prenatales asociados al incumplimiento del esquema básico de vacunación en niños menores de cinco años. El estudio analizó una población conformada por 18,104 niños entre 1 y 5 años, cuyas tarjetas de vacunación fueron verificadas durante la entrevista. La información fue extraída de los registros oficiales disponibles en el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), específicamente de la sección correspondiente a inmunización infantil.

Para el procesamiento de los datos, se utilizaron los programas SPSS versión 25, STATA versión 16 y Microsoft Excel 2016, aplicando análisis estadísticos descriptivos, bivariados y multivariados. Los resultados del análisis multivariado revelaron que el incumplimiento del esquema de vacunación se asoció de forma significativa con tres factores prenatales: mayor edad materna ($p < 0.01$; RP = 1.20; IC 95%: 1.13–1.28), número insuficiente de controles prenatales ($p < 0.01$; RP = 1.28; IC 95%: 1.23–1.33), y ausencia de vacunación antitetánica

en la madre durante el embarazo ($p < 0.01$; $RP = 1.16$; $IC\ 95\%: 1.12-1.20$). No se encontró asociación significativa con otras variables como el área de residencia, el nivel de riqueza o la región natural. El estudio concluyó que los principales factores prenatales relacionados con el incumplimiento del esquema básico de vacunación en la primera infancia fueron los controles prenatales inadecuados, la edad avanzada de la madre y la omisión de la vacuna antitetánica durante la gestación.” (19).

Hernandez et al. (2019), El propósito era “ Estimar la proporción de mujeres peruanas que recibieron un control prenatal (CPN) de calidad para su último parto en los últimos cinco años, así como identificar los factores asociados, fue un estudio analítico de corte transversal, utilizando datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2017. Se calculó la proporción de controles prenatales de calidad en función del número de atenciones recibidas, y se estimaron razones de prevalencia crudas y ajustadas (RPa) para determinar los factores asociados. Se incluyeron datos de 18,156 mujeres, de las cuales el 56.1% recibió atención prenatal de calidad. A mayor número de controles prenatales, mayor fue la probabilidad de recibir atención de calidad (49.6% con seis controles y 59.9% con ocho controles). Las mujeres que residían en la región Sierra ($RPa=0.85$; $IC95\%: 0.80-0.91$), en zonas rurales ($RPa=0.94$; $IC95\%: 0.89-0.99$) o pertenecientes a etnias nativas ($RPa=0.72$; $IC95\%: 0.66-0.79$) mostraron menor probabilidad de acceder a una atención prenatal de calidad, concluyeron que cuatro de cada diez mujeres peruanas no accedieron a un control prenatal de calidad. Las mujeres indígenas, residentes en la región Sierra o en zonas rurales presentaron menor acceso a servicios prenatales adecuados, lo que evidencia la necesidad de priorizar a estos grupos en las políticas de salud materna. Por el contrario, se observó una mayor probabilidad de recibir un CPN de calidad en mujeres con educación secundaria ($RPa=1.16$; $IC95\%: 1.10-1.22$) o superior ($RPa=1.15$; $IC95\%: 1.07-1.23$), aquellas pertenecientes a los quintiles de riqueza 2 ($RPa=1.15$), 3 ($RPa=1.18$), 4 ($RPa=1.16$) y 5 ($RPa=1.16$), así como en mujeres residentes en la región Selva ($RPa=1.31$; $IC95\%: 1.24-1.39$) o en otras zonas de la Costa ($RPa=1.06$; $IC95\%: 1.00-1.12$). También se asoció positivamente tener un seguro de salud ($RPa=1.24$; $IC95\%: 1.18-1.30$), haber iniciado el control prenatal en el primer trimestre ($RPa=1.20$; $IC95\%: 1.14-1.26$), y tener un orden de nacimiento entre dos y tres ($RPa=1.10$) o de cuatro o más hijos ($RPa=1.20$) Casi el 40% de las mujeres evaluadas no accedieron a un control prenatal de calidad. Se evidenció que pertenecer a una etnia originaria, vivir en la región Sierra o en zonas rurales se asoció negativamente con la calidad de la atención prenatal, lo que indica la necesidad de fortalecer las políticas de salud materna enfocadas en poblaciones vulnerables” (20).

2.1.2 Antecedentes Internacionales

Correa et al (2023), El propósito fue “Examinar los patrones de alimentación y la posibilidad de una insuficiencia energética sostenida en la alimentación y sustancias nutritivas en feminas indígenas embarazadas y en periodo de lactancia pertenecientes a determinadas comunidades, fue un estudio descriptivo de tipo transversal, utilizando datos del componente

de consumo dietético extraídos del Estudio Nacional sobre la Situación Alimentaria y Nutricional de los Pueblos Indígenas de Colombia, llevado a cabo entre los años 2013 y 2019. La muestra incluyó a 1,028 mujeres indígenas, de las cuales 319 se encontraban en estado de gestación y 709 en etapa de lactancia, provenientes de regiones del norte y sur del país. Más del 90% de las mujeres evaluadas presentaron una ingesta calórica por debajo de las recomendaciones (DE = 0.04; p = 0.038). Asimismo, aproximadamente el 70% no consumió productos lácteos el día previo a la encuesta, y cerca del 50% no ingirió frutas ni verduras. En cuanto a micronutrientes, se evidenció un alto riesgo de deficiencia en la toma de vitamina C (50.3% en gestantes y 80.2% en lactantes), folatos (80.4% y 95.1%, respectivamente), zinc (87.6% y 96.3%), hierro (88.9% y 68.6%) y calcio (87.5% y 98.5%), llegaron a la deducción que las féminas indígenas embarazadas y niños menores de 2 años presentan deficiencias significativas en la ingesta de nutrientes esenciales para su bienestar y el adecuado desarrollo del niño. El patrón alimentario identificado se considera no saludable, lo que resalta la necesidad de intervenciones nutricionales focalizadas en esta población vulnerable” (21).

Pascoal et al (2024), El propósito fue “Analizar el nivel de conocimiento de las puérperas sobre la relevancia del control prenatal y la vacunación antitetánica en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil de Funda, durante el tercer trimestre del año 2022, fue un estudio observacional, transversal y descriptivo. La muestra incluyó a 90 puérperas, a quienes se les aplicó un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas, mediante entrevistas flexibles. La información recolectada fue organizada en Microsoft Excel y analizada utilizando el programa estadístico Epi Info. El 24% de las mujeres encuestadas tenían entre 16 y 24 años de edad, el 40% estaban en una relación estable y el nivel educativo predominante fue la primaria. Del total de puérperas, el 30% no acudió a consultas prenatales, citando principalmente barreras de acceso a los servicios de salud, y un 43% reportó haber experimentado demoras en la atención. Solo el 36% tenía conocimiento sobre la importancia de la inmunización contra el tétanos, mientras que el 26% no había recibido las vacunas estipuladas por el Programa Nacional de Vacunación de Angola. Además, el 68% desconocía los efectos nocivos del consumo de alcohol durante la gestación, y el 91% ignoraba los riesgos asociados al uso de fármacos no recetados y al tabaco. Por otro lado, el 54% no participaba de manera regular en actividades educativas. Se observó que el 58% de los partos se llevaron a cabo en el domicilio, y el 47% de las puérperas reportaron el uso de savia vegetal como principal método para el tratamiento del cordón umbilical, concluyeron en que se identificaron factores que incrementan el riesgo de tétanos neonatal, entre ellos la baja cobertura de control prenatal, el escaso conocimiento sobre la vacunación antitetánica y el uso de prácticas tradicionales como el empleo de savia vegetal en el cuidado del muñón umbilical” (22).

Amay J (2022), El propósito es “Analizar el nivel de autocuidado en mujeres gestantes que asisten a consulta externa para control prenatal en el Hospital Básico Manglaralto, fue un estudio cuantitativo, de tipo no experimental, transversal, descriptivo y con método deductivo. La investigación se basó en el modelo de autocuidado propuesto por Dorothea Orem. Para la recolección de datos, se aplicaron dos instrumentos: un cuestionario sobre prácticas de autocuidado durante el embarazo y otro sobre factores socioculturales, complementado con información de la libreta integral de salud materna. La muestra estuvo

conformada por 34 gestantes. En términos generales, el nivel de autocuidado fue catalogado como regular en el 56% de las participantes. Por dimensiones, se encontró un nivel regular en alimentación (62%), actividad física (68%), descanso y recreación (59%), vestimenta (56%) y acompañamiento durante los controles prenatales (74%). En cuanto a los factores socioculturales, el 21% de las gestantes tenía educación primaria, el 47% vivía en familias extensas, el 12% eran madres solteras y el 38% no había recibido educación sexual. Con respecto a las consecuencias de la inasistencia oportuna al control prenatal, se identificó sobrepeso en el 44% de las gestantes, esquemas de vacunación incompletos en el 53%, y una importante deficiencia en la realización de exámenes complementarios, como biometría hemática (53%), glicemia (71%) y ecografías (53%), se concluyó que El nivel de autocuidado predominante entre las gestantes fue regular, especialmente en aspectos como la alimentación, el ejercicio, el descanso, la vestimenta y el apoyo durante el control prenatal. Se comprobó que este nivel de autocuidado impacta en las condiciones de salud con las que las gestantes llegan a sus controles, confirmando así la hipótesis planteada” (23).

Perez N (2021), “Una investigación de tipo retrospectivo y analítico, con diseño de casos y controles, tuvo como finalidad identificar los factores relacionados con la baja cobertura de vacunación en mujeres gestantes atendidas en la Región Metropolitana de Salud durante el año 2018. El estudio utilizó fuentes de datos secundarias que cumplieran con los criterios de inclusión previamente establecidos, y el análisis estadístico fue realizado mediante el software Epi Info, versión 7.0. Los resultados evidenciaron una asociación estadísticamente significativa entre la baja cobertura vacunal y ciertos factores maternos, tales como un nivel educativo bajo ($\chi^2 = 26.6756$; $p < 0.001$; OR = 2.19), el inicio tardío del control prenatal ($\chi^2 = 17.9646$; $p < 0.001$; OR = 1.91), y la atención prenatal inadecuada ($\chi^2 = 196.4976$; $p < 0.001$; OR = 13.89). En contraste, la edad materna menor de 20 años no presentó una relación significativa con el nivel de cobertura vacunal ($\chi^2 = 2.2223$). El estudio concluyó que el bajo nivel educativo, el comienzo tardío del control prenatal y una atención prenatal deficiente son factores determinantes que contribuyen significativamente a una menor cobertura de vacunación en gestantes. Sin embargo, la juventud materna no se identificó como un factor asociado relevante en este contexto.” (24)

Gelvez E (2023), “Una investigación de tipo observacional con diseño transversal fue realizada entre enero y marzo de 2022 en establecimientos de salud públicos de los 19 municipios del departamento de Casanare, Colombia, con el propósito de examinar los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres gestantes respecto a la vacunación durante la pandemia por el virus SARS-CoV-2. Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario validado compuesto por 22 ítems distribuidos en cuatro secciones: características sociodemográficas, conocimientos, actitudes y prácticas sobre vacunación.

Los resultados revelaron que la puntuación promedio en el componente de conocimientos fue de 5.9 (DE ± 1.9) sobre un máximo de 10 puntos. El 93.7% de las encuestadas manifestó considerar necesaria la vacunación durante el embarazo. El análisis estadístico identificó como factores significativamente asociados a un nivel de conocimiento adecuado: tener entre 26 y 30 años de edad (OR: 2.27; IC 95%: 1.21–4.25; $p = 0.011$), estar en el tercer trimestre de gestación (OR: 2.37; IC 95%: 1.12–5.01; $p = 0.024$) y contar con algún nivel educativo

(básico, medio o superior) (OR: 10.45; IC 95%: 2.37–46.03; $p = 0.002$). El estudio concluyó que es fundamental fortalecer las estrategias de información, educación y comunicación dirigidas a las gestantes, con el objetivo de promover una percepción positiva y basada en evidencia sobre la seguridad y eficacia de la vacunación durante el embarazo.” (25).

Inthamoussu et al. (2021), El propósito era “Identificar la prevalencia de mujeres embarazadas que recibieron la vacuna dpaT en el año 2017 en dos hospitales públicos de Uruguay, así como los factores que podrían influir en su adherencia a la vacunación, fue un estudio observacional, transversal y descriptivo, realizado a través de encuestas aplicadas a mujeres en el puerperio inmediato. Se analizaron un total de 884 encuestas, con un rango de edad en la cual se promedió 25,2 años; el 16% de participantes eran adolescentes, la mayoría tenía pareja y presentaba nivel educativo de secundaria incompleta. Solo el 36% (317 mujeres) reportó haber recibido la vacuna dpaT. Entre los factores asociados con la falta de vacunación destacaron: ser adolescente (OR = 1,88; IC 95%: 1,24–2,85), no tener pareja (OR = 1,40; IC 95%: 1,04–1,85), desconocer que la vacuna era obligatoria (OR = 9,44; IC 95%: 6,63–13,45), no haber recibido información sobre sus beneficios (OR = 4,00; IC 95%: 2,43–6,41), y no creer en la utilidad de la vacunación durante el embarazo (OR = 6,37; IC 95%: 4,61–8,78), concluyeron que Una proporción significativa de mujeres embarazadas no recibió la vacuna dpaT ni contó con una indicación médica para ello. Las principales barreras identificadas fueron la falta de información sobre su obligatoriedad y beneficios, así como creencias negativas respecto a la vacunación. Por ello, se recomienda que el personal de salud promueva activamente la vacunación durante el embarazo, brindando información clara, basada en evidencia, y fomentando la percepción del riesgo como estrategia para aumentar la cobertura vacunal en esta población” (26)

Londoño et al (2022), El propósito era “Describir la frecuencia de incumplimiento del control prenatal en mujeres embarazadas de 35 años o más en la provincia del Cauca, Colombia, y realizar un análisis preliminar de los factores relacionados, fue un estudio descriptivo de tipo transversal. Se consideraron mujeres embarazadas con edades entre 35 y 41 años, afiliadas a la Entidad Administradora de Planes de Beneficio Asociación Indígena del Cauca - Entidad Promotora de Salud I (EAPB AIC-I), que estuvieron inscritas en el programa de control prenatal durante el periodo 2016-2018. Se excluyeron aquellas con información incompleta en sus registros. Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas, así como la frecuencia de incumplimiento de al menos seis controles prenatales. Para identificar factores asociados, se utilizaron medidas descriptivas y se calcularon razones de probabilidad (OR) con sus respectivos intervalos de confianza. De un total de 1016 gestantes evaluadas en el rango de 35 a 41 años, se evidenció que el 61,3% no cumplió con el mínimo requerido de seis controles prenatales. Se identificaron como factores asociados al registro de aborto (OR ajustado: 0,46; IC 95%: 0,33–0,64), lo que sugiere una menor probabilidad de incumplimiento, y una gravidez igual o superior a cinco gestaciones (OR ajustado: 3,22; IC 95%: 1,50–6,91), lo que incrementa el riesgo de no asistir adecuadamente al control prenatal, llegaron a la conclusión de que La proporción de gestantes de 35 años o más que no completan el número mínimo de controles prenatales en el contexto de la EAPB AIC-I del Cauca es elevada. Se recomienda realizar estudios cualitativos que profundicen en

los elementos culturales y sociales que inciden en la baja adherencia, así como investigaciones prospectivas que confirmen los hallazgos obtenidos. Además, es fundamental que las entidades aseguradoras del régimen subsidiado fortalezcan sus estrategias de promoción y educación en salud para mejorar la cobertura y seguimiento prenatal en estas poblaciones” (27)

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Control prenatal

Según la Organización Mundial de la Salud, el control prenatal representa una instancia fundamental para que los profesionales de la salud ofrezcan atención, orientación y el acompañamiento necesario a todas las mujeres embarazadas. Esto abarca la promoción de un estilo de vida saludable, que incluye una alimentación correcta, detección y prevención de diversas patologías, así como también la provisión de orientación para la organización familiar y el respaldo a aquellas mujeres que están experimentando violencia. (28)

En Perú, según su reglamento técnico, el Minsa establece que las gestantes deben tener al menos 06 visitas prenatales, siendo la primera o segunda visita a cargo del gineco-obstetra o, en su caso, del médico cirujano, con el objetivo de efectuar un examen físico completo para identificar cualquier patología que pueda comprometer la gestación. (29)

El control prenatal se entiende como el conjunto de acciones orientadas a detectar de manera temprana los posibles riesgos en mujeres gestantes, con el propósito de intervenir de forma oportuna y reducir la probabilidad de resultados obstétricos y perinatales desfavorables. Las principales causas de muerte materna perinatal son factores prevenibles, fácilmente identificables y potencialmente modificables, a través de oportuna, regular y calidad y así reducir el binomio morbilidad y mortalidad de madre e infante. exactamente por eso. Por lo tanto, descuidar la atención prenatal tiene un impacto directo detección oportuna de posibles complicaciones durante el embarazo (30).

2.2.2 Atención prenatal reenfocada

Es una atención integral que incluye varios procesos interdisciplinarios, el objetivo no es sólo la gestante r, sino también las parejas y las familias durante el embarazo, parto, puerperio y cuidado del bebé, teniendo énfasis en la prevención, la detección temprana y la acción adecuada respecto a cualquier complicación o enfermedad que se pueda adquirir en este proceso (31)

En la atención prenatal reenfocada, existe una tercera dimensión: la embarazada con tercer plano de parto, lo que hace referencia a un documento donde se detallan las preferencias y anhelos de la paciente. Este documento puede abarcar aspectos como la selección del sitio de nacimiento, el tipo de analgésico que la mujer quiere recibir, quiénes desea que estén presentes durante el parto y cualquier otro gusto o anhelo que tenga respecto a su parto. El tercer plano de parto es un recurso valioso para garantizar un parto seguro y que se ajuste a sus requerimientos y anhelos. (32)

2.2.3 Características Obstétricas

2.2.3.1 Edad materna

En las mujeres, la capacidad de reproducción llega a su máximo nivel alrededor de los 20 a 24 años, y se reduce gradualmente a partir de los 30 a 32 años. La gestación en pacientes añosas las cuales superan el rango de edad de 35 años a más implica un riesgo de efectos negativos para el binomio de la mamá y el feto, ya que este grupo presenta mayores posibilidades de adquirir padecimientos como diabetes, hipertensión arterial y obesidad, incrementando así el riesgo de morbimortalidad. (33)

En cambio, la gestación en adolescentes conlleva la misma cantidad de problemas ya que no llega a la madurez física y mental de la mujer, lo que provoca un aumento en la tasa de mortalidad materna perinatal. Entre las patologías que pueden presentarse en la madre se incluyen: la eclampsia, la hipertensión gestacional, las hemorragias postparto y en el neonato: problemas respiratorios, sepsis bacteriana del neonato, e irregularidades congénitas entre otras (34).

2.2.3.2 Paridad

El parto implica la liberación o expulsión del producto tras las 20 semanas de gestación, con un peso superior o igual a 500 gramos y una estatura superior a 25 cm, sin importar la sección del cordón y la expulsión de la placenta. En resumen, podemos afirmar que la paridad se refiere al número de embarazos de una mujer, ya sea que se finalice por vía vaginal o cesárea, y el producto debe satisfacer las características previamente mencionadas en líneas anteriores (35).

2.2.3.3 Trimestre de Inicio de la Atención prenatal

El primer control prenatal es el punto más crucial, dado que se definirá un plan de trabajo acorde a cada necesidad de la paciente. Es crucial que este primer cuidado se lleve a cabo tempranamente para así identificar, tratar y prevenir cualquier tipo de patología que pueda dificultar el desarrollo normal de la gestación y posteriormente el nacimiento del bebé (36).

La atención prenatal es una táctica de gran relevancia en el contexto de la salud materno perinatal. Esto se debe a que las acciones realizadas durante la prestación del servicio contribuyen a identificar complicaciones de forma oportuna y a proporcionar guía sobre el cuidado de la salud de cada paciente (37) .

2.2.3.4 Embarazo a Terminio

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el periodo gestacional como los 9 meses en los que el feto se desarrolla en el útero de la mujer (38).

En embarazos con fetos únicos, la gestación puede durar alrededor de 40 semanas o 280 días, a partir del primer día del último ciclo menstrual hasta la fecha prevista del parto que se tenga en cuenta para su término. (39)

2.2.3.5 Trabajo de parto

El embarazo es un periodo que para la mayoría de las parejas representa un momento de alegría y satisfacción, aunque puede llegar a ser complicado a nivel físico, psicológico y emocional al momento del parto. Este último puede describirse en términos básicos como la expulsión de uno o varios fetos desde la cavidad uterina, que concluye con el alumbramiento (40).

El proceso del parto se define por una serie de sucesos que se distinguen por el comienzo inesperado de contracciones uterinas constantes que, con el transcurso del tiempo, se intensifican en frecuencia e intensidad. El miometrio es uno de los tejidos clave para la realización del trabajo de parto, siendo el miometrio uno de los tejidos esenciales para la realización del parto (41).

2.2.4 Complicaciones Obstétricas

2.2.4.1 Parto Prolongado

Al referirnos al parto prolongado o también conocido como extensa labor de parto, se trata de las alteraciones que ocurren para que exista una falta de la progresión de la evolución de parto debido a causas mecánicas o dinámicas, las cuales pueden llegar a prolongarse hasta más de 12 horas continuas. (42)

Se puede apreciar una alteración en el trabajo de parto, gracias al partograma, donde la curva de alerta comienza a desplazarse hacia la derecha. El trabajo de parto prolongado se presenta con una frecuencia del 0,33% al 1.5% de los partos atendidos y suele ser resultado de la reducción de la actina para transformarse en miosina, lo que puede manifestarse en ciertos casos debido a la escasez de proteínas o calorías en las pacientes. (43)

2.2.4.2 Factores de riesgo asociados a parto prolongado

Se puede encontrar con mayor frecuencia en mujeres que cursan entre las edades de 20 a 34 años, gestantes que no realizaron de manera adecuada los controles prenatales haciéndolos insuficientes, sobrepeso y obesidad de las pacientes, ganancia de peso inadecuada, bajo peso fetal, presentación de cara, estrechez pélvica, malformación del útero, hipertensión arterial crónica, talla materna inferior o igual a 140cm, entre otras (44).

2.2.4.3 Hemorragia Posparto

Según la OMS, la hemorragia posparto es una de las causas de mortalidad materna más significativas en países no desarrollados y la causante de casi un 25% de todos los decesos maternos a escala mundial. La mayor parte de estos decesos ocurren en las primeras 24 horas después del parto. (45)

Podemos definir la hemorragia obstétrica como el sangrado superior a los 500ml en el parto vía vaginal o el sangrado superior a los 1000 ml en el parto por cesárea, estos vendrán acompañados de síntomas de hipovolemia como sudoración fría, mareos, síncope, presión arterial baja, entre otros. (46)

El diagnóstico precoz de la hemorragia es de suma importancia, es por ello que existe un recurso nemotécnico el cual se basa en las 4 T: Tono (atonía uterina), traumatismo (desgarro

o lesión en canal de parto), tejidos (retención de restos placentarios) y trombina (problema de coagulación sea adquirida o congénita). (45)

Clasificación Advanced Trauma Life Support: De acuerdo con esta categorización, nos detalla minuciosamente los signos y síntomas progresivos que llevan al paciente al estado de choque, se debe aclarar que estas categorías provienen de grupos no gestantes y pueden presentar ciertas variaciones en pacientes posparto. (47)

- Hemorragia de clase o nivel I: Implica la reducción del volumen sanguíneo de hasta un 15 por ciento, la frecuencia cardíaca se encuentra estable o existe un incremento de manera mínima, mas no se observa alteraciones fuertes. (47)
- Hemorragia de clase o nivel II: Existe una reducción del 15 a 30 por ciento de el volumen sanguíneo, empieza a haber manifestaciones clínicas como la taquicardia, taquipnea y cambios en la presión arterial. (47)
- Hemorragia de clase o nivel III: Comienza a producirse una disminución notable del 30 al 40% del volumen de sangre, lo que conduce a una disminución significativa de la tensión arterial y cambios en la salud mental. Mientras que la frecuencia cardíaca y respiratoria permanecen notablemente altas, la producción de orina se reduce y el llenado del capilar se demora. (47)
- Hemorragia de clase o nivel IV: Este implica más del 40% de la pérdida del volumen sanguíneo del paciente, ya existe una bajada en la presión arterial de manera significativa (presión arterial sistólica menor a 90mmHg), el paciente no se encuentra lucido ni orientado, persiste la taquicardia, producción de orina mínima o nula, la piel se encuentra fría y pálida y el llenado capilar se encuentra significativamente disminuido. (47)

2.2.4.4 Trastornos Hipertensivos durante la gestación:

Actualmente, los trastornos hipertensivos se han consolidado como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en gestantes y neonatos, representando así un problema que afecta a nivel global, especialmente en naciones en desarrollo. (48)

2.2.4.5 Hipertensión inducida por la gestación:

Los desafíos en la gestación respecto a la hipertensión inducida durante esta misma no solo van a radicar en su etiopatogenia que aún es incierta, sino también en la diversidad en sus definiciones, clasificaciones, medidas entre otras, esta patología se llega a complicar en el 5 a 10% de casos y van a constituir parte de la triada letal de la gestación, en donde se encuentran también las hemorragias y las infecciones. (49)

La hipertensión gestacional que no presenta proteinuria durante la gestación se acompaña de signos y síntomas relacionados a la preeclampsia en casi la mitad de los casos; solo evoluciona a preeclampsia en el 3.9% de todos los embarazos, pudiéndose ocultar tras la enfermedad hipertensiva crónica. (49)

2.2.4.6 Preeclampsia

Se observa una presión arterial sistólica superior o igual a 140mmHg o una presión arterial diastólica superior o igual a 9mmHg, ambas deben ser alcanzadas en un mínimo de 2 tomas con al menos 4 horas de intervalo, en pacientes gestantes con más de 20 semanas de gestación sin historial de hipertensión crónica y con una proteinuria superior o igual a 0.3g en un periodo de 24 horas, o, en cualquier caso, una relación proteína/creatinina superior o igual (50).

2.2.4.7 Eclampsia

Es una condición que perjudica la condición clínica en las pacientes pre eclámpticas, debido a la presencia de convulsiones tónico-clónicas generalizadas. Alrededor del 25% de estos casos ocurren durante el proceso del parto y persisten durante este mismo en el 0.0% de mujeres con trastornos hipertensivos (51).

Los síntomas más habituales en esta condición serán la hipertensión (75%), cefaleas (66%), escotomas (27%), visión borrosa (27%), diplopía (27%), epigastralgia (25%). Además, hay un elevado porcentaje de casos de eclampsia (25%) que no mostrarán ninguna manifestación previa de síntomas. (51)

2.2.4.8 Síndrome de HELLp

Es una manifestación severa de la hipertensión arterial, que se determinará mediante varios criterios analíticos como: anemia hemolítica + aumento de las enzimas hepáticas + plaquetopenia: Mayor número de transaminasas (superior al doble del límite alto normal), Trombocitopenia (<100.000/dl), hemólisis (esquistocitos, elevación del lactato deshidrogenasa (LDH)>600 UI/Aumento de la bilirrubina o reducción de la haptoglobina) (52).

2.2.4.9 Corioamnionitis

La corioamnionitis o infección intraamniótica se refiere a la inflamación aguda de las membranas de la placenta, usualmente causada por infecciones bacterianas multimicrobianas que se van propagando por el canal vaginal debido a que las membranas que cubren al feto también se encuentran rotas, esta patología se puede presentar en gestantes que aparentemente no presentan membranas rotas o la ruptura de estas mismas se encuentra en la parte superior, siendo más comunes cuando la paciente ha presentado reiteradamente infecciones del tracto urinario. (53)

A nivel global, la corioamnionitis es considerada una de las causas más significativas de mortalidad fetal, especialmente en el segundo trimestre de la gestación. Además de estar asociada a factores de riesgo para la ruptura prematura de membranas y el parto prematuro. Se estima que cerca del 10% de todas las gestaciones terminaron con corioamnionitis, y puede progresar hasta la cavidad intraamniótica en el 40 a 70% de los nacimientos (54).

2.2.5 Sepsis Puerperal

La sepsis puerperal es un asunto de salud global, esta enfermedad ocurre durante el periodo de lactancia y actualmente es una de las más frecuentes que puede surgir. Por ello, es crucial un diagnóstico preciso, temprano y de un tratamiento adecuado (55).

Esta infección es provocada por bacterias Gram negativas y Gram positivas, así como por bacterias de transmisión sexual (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Mycoplasma genitalium*), hongos e incluso virus. Usualmente, en pacientes obstétricos, se origina de forma secundaria por infecciones del tracto urinario, y puede ser atribuida o no a factores obstétricos (56).

Los factores de riesgo que implican desarrollar la sepsis puerperal va a incluir cesáreas, ruptura prolongada de membranas y presencia de patologías no obstétricas como la diabetes mellitus, respecto a las manifestaciones clínicas que se presentan en esta patología tendremos que, la paciente experimentara fiebre, taquicardia, hipotensión, signos de disfunción orgánica ,siendo la rapidez de el avance de la sintomatología la cual subraya la necesidad de una identificación precoz para evitar la progresión a un estado crítico. (57)

2.2.6 Factores asociados a las complicaciones obstétricas

2.2.6.1 Orden de nacimiento de los hijos

El riesgo obstétrico se define como el conjunto de condiciones biológicas, sociales y médicas que pueden afectar de manera negativa el desarrollo del embarazo, comprometiendo la salud tanto de la madre como del feto. Este concepto engloba la probabilidad de que se presenten complicaciones durante el embarazo, el trabajo de parto o el puerperio inmediato, y se relaciona directamente con el aumento de la morbilidad y mortalidad materno-neonatal (58)

Entre los principales factores asociados a dichas complicaciones se incluyen los antecedentes de trastornos hipertensivos, el embarazo en edades tempranas, el consumo de sustancias psicoactivas, antecedentes obstétricos desfavorables como abortos espontáneos o muertes fetales previas, así como la presencia de infecciones del tracto urinario y enfermedades de transmisión sexual (58)

A nivel global, cerca del 25% de las féminas tienen su primer embarazo antes de cumplir los 20 años, con una prevalencia aún mayor en los países en vías de desarrollo. Diversas investigaciones realizadas en diferentes contextos geográficos han evaluado el efecto del embarazo en la adolescencia sobre la mortalidad materna y neonatal. Un aspecto particularmente alarmante es que las complicaciones asociadas al embarazo y al parto constituyen una de las principales causas de fallecimiento en adolescentes de entre 15 y 19 años. Asimismo, al comparar con mujeres adultas, se evidencia que las adolescentes enfrentan un mayor riesgo de presentar complicaciones médicas, tanto para ellas como para sus recién nacidos, incluyendo una probabilidad 75% mayor de parto prematuro (59).

Adicionalmente, los embarazos múltiples como los de mellizos, trillizos o más fetos también representan un factor de riesgo importante, ya que aumentan la probabilidad de nacimientos prematuros, definidos como aquellos que ocurren antes de las 37 semanas de gestación. La edad materna avanzada, particularmente después de los 30 años, así como el uso de

tratamientos para la fertilidad, se han vinculado con una mayor frecuencia de embarazos múltiples. Estos embarazos suelen requerir intervenciones quirúrgicas como la cesárea y están asociados a una mayor probabilidad de que los neonatos presenten bajo peso al nacer y dificultades respiratorias si el parto ocurre de manera prematura (60).

Finalmente, otro aspecto que puede complicar el embarazo y el parto es la cantidad de hijos que haya tenido con el transcurso del tiempo debido a que, en cada parto, el útero puede perder su forma normal y disminuir su elasticidad y contractilidad. Esto provoca contracciones uterinas débiles, lo que dificulta un parto eficiente y puede causar problemas cervicales. Estas complicaciones suelen deberse a factores como el uso de fármacos oxitócicos, la retención placentaria, los desgarros leves y la debilidad en las contracciones posteriores al nacimiento (61).

2.2.6.2 Visitas de control prenatal

La atención prenatal se concibe como una agrupación de visitas planificadas que realiza la embarazada con el obstetra o persona de salud capacitada, cuyo objetivo principal es vigilar la evolución del embarazo, así como identificar de manera temprana los posibles riesgos obstétricos y perinatales. Este proceso constituye un componente esencial del cuidado integral en salud, ya que permite no solo la promoción de estilos de vida saludables, sino también la prevención, el diagnóstico precoz y el manejo oportuno de enfermedades que podrían afectar tanto a la madre como al feto (62).

Durante el embarazo, las mujeres experimentan múltiples cambios fisiológicos y psicológicos que alteran su vida cotidiana, lo cual exige un seguimiento médico constante. En este contexto, la salud materna ha sido una prioridad tanto para organismos internacionales como nacionales, debido a las elevadas cifras de morbilidad y mortalidad relacionadas con el embarazo y el parto. De acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2020 aproximadamente 292,000 mujeres fallecieron por causas vinculadas a complicaciones obstétricas, siendo el 95 % de estos casos registrados en países de ingresos bajos y medianos (63).

Ante esta problemática, la OMS ha emitido nuevas directrices con el objetivo de mejorar la calidad de la atención prenatal. Estas recomendaciones buscan no solo reducir el riesgo de complicaciones durante la gestación y el parto, sino también ofrecer a las mujeres una experiencia más positiva y centrada en sus necesidades. Una de las principales modificaciones propuestas consiste en aumentar el número de contactos prenatales con el sistema de salud, pasando de un mínimo de cuatro a ocho visitas a lo largo del embarazo. Esta medida se sustenta en evidencias que demuestran que una mayor frecuencia de controles médicos incrementa significativamente las oportunidades de detección precoz y manejo de factores de riesgo, lo cual contribuye a disminuir la tasa de muertes perinatales. De hecho, se estima que un esquema de al menos ocho controles prenatales podría reducir hasta en 8 por cada 1,000 nacimientos el número de fallecimientos perinatales, en comparación con un régimen de solo cuatro visitas (64).

En el contexto nacional, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) establece en su reglamento técnico que toda gestante debe acudir a un mínimo de seis controles prenatales durante el embarazo. Además, se recomienda que estos controles se inicien preferentemente durante el primer trimestre de gestación, antes de la semana catorce. Las primeras visitas deben estar a cargo de un gineco-obstetra o un médico cirujano, quienes realizarán una evaluación física completa orientada a detectar cualquier condición que pueda poner en riesgo la salud materna o fetal. Asimismo, se estipula que todas las gestantes deben recibir un paquete básico de atención, el cual incluye la evaluación clínica integral y la detección temprana de signos de alarma, así como el descarte de enfermedades como anemia, hipertensión arterial, diabetes gestacional y cáncer de mama, entre otras condiciones que podrían afectar el curso normal del embarazo (29).

En resumen, la atención prenatal oportuna, continua y de calidad representa una herramienta fundamental para garantizar el bienestar de la madre y del recién nacido, ya que permite intervenir de manera temprana ante posibles complicaciones, promoviendo embarazos saludables y partos seguros.

2.2.6.3 Consumo de micronutrientes durante el embarazo

En el periodo de la gestación, las exigencias nutricionales de la mujer experimentan importantes modificaciones debido a los cambios fisiológicos que acompañan esta etapa. El aumento en la demanda de nutrientes responde no solo a las necesidades propias del organismo materno, sino también a los requerimientos del feto en desarrollo. Por ello, cualquier alteración en el estado nutricional de la gestante puede afectar negativamente el crecimiento fetal, incrementando el riesgo de complicaciones como la insuficiencia placentaria, el parto prematuro y diversas malformaciones congénitas (65).

En este sentido, una alimentación equilibrada y variada resulta esencial para garantizar un desarrollo fetal óptimo, así como para preservar la salud de la madre. Además, se recomienda la suplementación específica de micronutrientes —como vitaminas y minerales— en dosis adecuadas, ya que estos elementos, aunque necesarios en pequeñas cantidades, cumplen funciones vitales en los procesos metabólicos, el desarrollo embrionario y la prevención de enfermedades (66).

Es importante destacar que, durante la gestación, especialmente a partir del segundo trimestre, la mujer embarazada no solo debe cubrir sus necesidades energéticas básicas, sino también acumular reservas suficientes para el periodo de lactancia. Este aumento en los requerimientos calóricos y nutricionales implica una vigilancia constante, por lo que debe realizarse un cálculo individualizado que considere variables como el índice de masa corporal (IMC), la edad materna y las semanas de gestación. La evaluación mediante el IMC —obtenido al dividir el peso actual en kilogramos entre la talla en metros al cuadrado— permite estimar los requerimientos calóricos, de macronutrientes y micronutrientes, los cuales deben ser monitoreados regularmente en los controles obstétricos. Esta supervisión permite asegurar una ganancia de peso adecuada, basada no solo en la cantidad sino también en la calidad de los alimentos consumidos diariamente (67).

En cuanto a la suplementación específica, el Ministerio de Salud del Perú, a través de la Norma Técnica para el Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia en Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas, establece lineamientos precisos. Según dicha normativa, todas las gestantes a partir de la semana 14 de gestación, así como las mujeres en el puerperio hasta los 30 días posteriores al parto, deben recibir una suplementación diaria de 60 mg de hierro elemental junto con 400 microgramos de ácido fólico, durante un período de tres meses. En caso de que la gestante no haya iniciado este suplemento a partir de la semana 14, se debe iniciar inmediatamente después del primer control prenatal (68).

Asimismo, cuando el primer control prenatal se realiza después de la semana 32 de gestación, la dosis recomendada se incrementa a 120 mg de hierro elemental y 800 microgramos de ácido fólico por día, durante tres meses. Esta dosis puede administrarse como dos tabletas de 60 mg más 400 microgramos cada una, o en su equivalente de hierro polimaltosado (68).

En situaciones en las que la adherencia al tratamiento con sulfato ferroso combinado con ácido fólico es inferior al 75 %, o se presentan efectos adversos que dificulten su continuidad, se puede optar por el uso alternativo de hierro polimaltosado. Para mejorar la tolerancia al sulfato ferroso, se sugiere iniciar con una dosis baja de 30 mg de hierro elemental al día, aumentando progresivamente durante un período de 4 a 5 días, dependiendo de la tolerancia de la paciente. Aunque se recomienda tomar el suplemento con el estómago vacío para optimizar la absorción, en algunos casos puede indicarse su consumo junto con las comidas para reducir la intolerancia gastrointestinal (68).

Finalmente, la suplementación con hierro y ácido fólico debe estar siempre acompañada de consejería nutricional, tal como lo señala la Guía Técnica de Consejería Nutricional en el Marco de la Atención Integral de Salud de la Gestante y Puérpera, con el fin de asegurar una comprensión adecuada de la importancia de la nutrición durante el embarazo y fomentar prácticas alimentarias saludables que favorezcan tanto la salud materna como el desarrollo fetal (68).

2.2.6.4 Área de residencia

En el ámbito de la salud pública, la recolección precisa de datos poblacionales es fundamental para el diseño, implementación y evaluación de políticas sanitarias. Uno de los elementos clave para ello es el concepto de residencia habitual, que se refiere al lugar donde una persona reside de manera regular, pasa la mayor parte de su tiempo libre y desde donde se desplaza para realizar sus actividades cotidianas, como trabajar, estudiar, hacer compras o recibir atención médica. Esta definición permite una asignación territorial más precisa de los servicios de salud y facilita la planificación de intervenciones sanitarias (69).

No obstante, existen desafíos asociados a este concepto, especialmente en el caso de personas con más de una residencia ya sea temporal o permanente o aquellas que se encuentran fuera de su lugar habitual durante el momento de los censos, como por motivos laborales, estudios o visitas. Este fenómeno puede generar distorsiones en la identificación de necesidades reales

de salud en ciertos territorios y afectar la distribución adecuada de recursos y personal médico (69).

En el contexto peruano, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), realiza una clasificación del territorio que resulta esencial para comprender las desigualdades en el acceso a servicios de salud. Esta clasificación distingue entre áreas urbanas y rurales, cada una con características sociodemográficas particulares que influyen directamente en las condiciones de salud de la población (70).

El área urbana está constituida por uno o más centros poblados con una organización estructural definida, compuesta por al menos 100 viviendas agrupadas en manzanas y calles. Todas las capitales distritales se consideran urbanas, incluso si no cumplen con esta estructura mínima. Estas zonas tienden a concentrar mayor infraestructura de salud, tales como hospitales, centros de salud y clínicas privadas, lo que facilita el acceso a servicios especializados (70).

En contraste, el área rural abarca centros poblados alejados o dispersos, donde las viviendas no forman manzanas y suelen estar distanciadas unas de otras. Estos centros no son capitales distritales, aunque pueden superar las 100 viviendas. Generalmente, se agrupan en Áreas de Empadronamiento Rural (AER), con un promedio de 100 viviendas particulares. Estas zonas presentan mayores dificultades de acceso a servicios de salud, tanto por la lejanía de los establecimientos como por la limitada disponibilidad de personal y equipamiento médico (70).

Esta división territorial es determinante para entender las brechas en el acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud, lo que subraya la importancia de considerar el lugar de residencia habitual y el tipo de asentamiento al momento de diseñar políticas sanitarias más equitativas y focalizadas (70).

2.2.6.5 Lugar de parto

Dentro del análisis demográfico y sanitario, el concepto de lugar de nacimiento representa una variable clave que permite comprender diversos aspectos de la dinámica poblacional y del sistema de salud. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), esta categoría hace referencia a la ubicación geográfica específica donde ocurrió el nacimiento de una persona, considerando el departamento, la provincia y el distrito. Es importante destacar que esta clasificación no alude al tipo de parto (ya sea en el hogar, en un establecimiento de salud u otro), sino que se enfoca únicamente en el punto geográfico donde tuvo lugar el nacimiento (71).

Esta información es utilizada por el INEI con múltiples propósitos en el ámbito de la salud pública. En primer lugar, contribuye a la elaboración de estadísticas demográficas, facilitando el análisis de la distribución espacial de la población y sus características estructurales. En segundo lugar, resulta fundamental para la planificación y gestión de servicios de salud, ya que permite identificar zonas con alta densidad de nacimientos y, por

ende, con una mayor demanda potencial de servicios materno-infantiles. Finalmente, esta variable también es utilizada en procesos de investigación en salud, especialmente en estudios relacionados con la atención prenatal, el parto, la salud materna, la mortalidad infantil y otros indicadores asociados a la natalidad (71).

El lugar de nacimiento, por tanto, no solo tiene valor descriptivo, sino también una función estratégica en la formulación de políticas públicas orientadas a reducir las brechas de acceso a servicios de salud esenciales, particularmente en zonas rurales o de difícil acceso donde los nacimientos domiciliarios o fuera del sistema institucional aún representan una proporción significativa (71).

2.2.6.6 Vacunación contra el tétano

La vacunación durante el embarazo constituye una estrategia esencial de salud pública orientada a proteger tanto a la gestante como al recién nacido frente a enfermedades prevenibles, muchas de ellas con riesgo significativo en el periodo perinatal. En el caso del Perú, esta práctica adquiere especial importancia debido a las condiciones de higiene que, en algunas zonas del país, aún rodean el momento del parto, especialmente en lo relativo a los instrumentos utilizados para el corte del cordón umbilical. En este contexto, la vacuna antitetánica resulta clave para prevenir el tétanos neonatal, una infección potencialmente mortal que puede afectar al neonato tras el nacimiento (72).

Durante la última década, la Organización Mundial de la Salud ha promovido la inmunización antitetánica en mujeres embarazadas como medida de protección indirecta al recién nacido. Inicialmente, se recomendaba la aplicación de dos dosis de la vacuna durante la gestación. Sin embargo, las evidencias actuales señalan que la protección contra el tétanos neonatal también puede garantizarse si la madre cuenta con un esquema completo previo: cinco dosis a lo largo de la vida, cuatro en los últimos diez años, tres en los últimos cinco, o dos en los últimos tres años, incluyendo las recibidas durante el embarazo (72).

En línea con estas recomendaciones, el calendario nacional de vacunación del Perú establece que toda gestante debe recibir al menos tres vacunas que brinden protección frente a cinco enfermedades infecciosas de alta prevalencia y riesgo: difteria, tétanos, tos ferina, hepatitis B e influenza. Además, desde la pandemia de COVID-19, se contempla la administración de vacunas contra este virus, incluyendo la dosis de refuerzo bivalente, como parte de la atención integral a la gestante (73).

Entre las vacunas más relevantes durante el embarazo se encuentra la dTpa (difteria, tétanos y tos ferina acelular), la cual debe aplicarse entre las semanas 20 y 36 de gestación. Esta vacuna no solo protege a la madre, sino que permite la transferencia de anticuerpos al feto, brindando inmunidad pasiva al recién nacido durante sus primeros meses de vida, etapa en la que aún no puede recibir algunas vacunas directamente. Asimismo, se recomienda la administración de la vacuna contra la hepatitis B, como medida de prevención frente a enfermedades hepáticas que podrían transmitirse verticalmente (73).

El esquema de vacunación en gestantes varía según el historial previo de inmunización. En mujeres no vacunadas anteriormente, se indica una primera dosis de la vacuna dT al momento del diagnóstico del embarazo, seguida de una dosis de dTpa entre las 20 y 36 semanas, con un intervalo mínimo de cuatro semanas entre ambas. En el caso de vacunación incompleta, se debe completar el esquema con dos dosis, asegurando que al menos una de ellas sea dTpa dentro del periodo gestacional recomendado. Por último, en mujeres con vacunación primaria completa, se aplica una dosis de refuerzo de dTpa en cada gestación, para garantizar niveles óptimos de protección tanto para la madre como para el neonato (74).

La promoción y cumplimiento del esquema de vacunación en gestantes debe estar estrechamente vinculada al control prenatal, siendo responsabilidad del personal de salud informar y aplicar las vacunas correspondientes. Este enfoque integral es fundamental para reducir la morbilidad y mortalidad materno-infantil, y se alinea con los objetivos nacionales e internacionales de salud reproductiva y desarrollo sostenible (74).

2.2.6.7 Nacimiento por cesárea

La cesárea es una intervención quirúrgica que fue concebida como un recurso médico para reducir la mortalidad materna y fetal en situaciones donde el parto vaginal representa un alto riesgo. A lo largo de la historia, esta práctica ha ocupado un lugar importante dentro de la obstetricia, remontándose incluso a tiempos del Imperio Romano, cuando la denominada "lex cesarea", promulgada alrededor del 700 a.C., establecía que el feto debía extraerse del útero materno en caso de fallecimiento de la madre, con el fin de preservar su vida (75).

Inicialmente considerada un procedimiento de emergencia destinado a preservar la salud y la vida de la madre o del feto, la cesárea se ha convertido en una alternativa común al parto vaginal. Sin embargo, con el paso del tiempo, su uso ha dejado de responder exclusivamente a necesidades médicas justificadas y ha comenzado a formar parte del fenómeno de la medicalización del parto, transformando lo que históricamente ha sido un proceso natural en una intervención quirúrgica con implicancias significativas para la salud materna y neonatal (76).

Si bien esta técnica puede ser fundamental en situaciones de riesgo, como complicaciones obstétricas graves o sufrimiento fetal, también conlleva una serie de riesgos cuando se practica de forma innecesaria. En los recién nacidos, se ha asociado con mayor morbilidad respiratoria, lesiones dérmicas por instrumentos quirúrgicos, fracturas óseas (como en el cráneo, húmero, clavícula o fémur) y daños al plexo braquial. En las madres, las complicaciones pueden incluir hemorragias uterinas, infecciones en la herida quirúrgica, complicaciones respiratorias y, a largo plazo, problemas en la implantación placentaria en futuros embarazos (76).

A pesar de estos riesgos conocidos, un gran número de cesáreas realizadas no cuentan con una indicación médica clara. Esta tendencia ha generado preocupación a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud ha advertido sobre el incremento desmedido en las tasas de cesáreas, catalogándolo como un problema creciente de salud pública. En respuesta, ha

promovido iniciativas orientadas a reducir su uso innecesario y garantizar una atención obstétrica de mayor calidad y seguridad para las mujeres (77).

En resumen, la cesárea continúa siendo una herramienta vital en el manejo de partos complicados, pero su uso debe ser cuidadosamente evaluado y justificado. Priorizar el criterio médico y el bienestar materno-infantil por encima de factores no clínicos es fundamental para evitar consecuencias adversas y promover una atención obstétrica basada en la evidencia y centrada en la persona (77).

2.3. Formulación de la Hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

H₁: ¿Existe relación significativa entre las características de la gestante y los factores asociados a complicaciones obstétricas según la encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2023?

H₀: ¿No existe relación significativa entre las características de la gestante y los factores asociados a complicaciones obstétricas según la encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2023?

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. Método de Investigación

Lógico deductivo

3.2. Enfoque Investigativo

Cuantitativo, porque los datos son numéricos y proporcionales, el método es estadístico y la información obtenida es cuantificable.

3.3. Tipo de Investigación

Observacional, puesto que solo se realiza una revisión de la ENDES, lo cual pone de manifiesto que no se realizara ningún tipo de intervención de las personas que participaron en la encuesta.

3.4. Diseño de la Investigación

La presente investigación es de tipo no experimental

3.5. Población, muestra y muestreo

Población

La población se compone de 32050 mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, que han tenido al menos un hijo en los últimos cinco años y han proporcionado la información relacionada con los factores asociados a complicaciones del parto de la encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2023 (Ver anexo 1).

Muestra

Se considero 18 434 como muestra a mujeres que cursaban edades fértiles y que registraron al menos un hijo nacido vivo en los cinco últimos años según la encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2023.

3.6. Variables y operacionalización (Ver anexo 2)

Variable 1: Características obstétricas

Características biológicas o particularidades del embarazo en las gestantes, como, por ejemplo: la edad gestacional, la paridad, el trimestre de inicio de los controles prenatales, término de la gestación.

Variable 2: Factores asociados a las complicaciones obstétricas

Edad de la madre, orden de nacimiento de los hijos, visitas de control prenatal, consumo de micronutrientes durante el embarazo, área de residencia y lugar de parto.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La ENDES empleó la encuesta como método y se utilizaron tres instrumentos. Este estudio se llevó a cabo utilizando una base de datos secundaria hallada en la página web del INEI. Se descargaron las bases de datos en SPSS versión 27, las cuales fueron procesadas y examinadas en dicho programa informático.

3.7.2. Descripción

Para llevar a cabo la recopilación de datos, se requirió la información registrada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú. Para ello, se visita su sitio web organizacional a través del siguiente enlace <https://www.inei.gob.pe/bases-de-datos/>. En el sitio web de la plataforma, se elige la opción de microdatos, luego se realiza una consulta por encuesta. La base de datos empleada se encontró en la siguiente dirección Web:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1950/cuadros2023.rar

La información recabada de la base de datos de la ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2023 fue analizada exhaustivamente para elaborar una base de datos nueva (Ver anexo 3) con la información requerida para llevar a cabo esta investigación. La información consolidada fue procesada en el software estadístico SPSS versión 27.

3.7.3. Validación y confiabilidad

La validación y confiabilidad de los datos de la ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2023 está respaldada por el riguroso análisis estadístico que realiza el INEI, tomando como referencia normas y estándares internacionales.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento de los datos, se utilizó el programa estadístico SPSS versión 27. Se obtuvieron tablas y gráficos para presentar los datos. El análisis bivariado se realizó mediante la prueba de Chi cuadrado, mientras que para establecer la intensidad de relación entre las variables se utilizó V de Cramer y Coeficiente de Contingencia de Pearson.

3.9. Aspectos Éticos

Este análisis es una investigación basada en fuentes secundarias, haciendo uso de una base de datos de acceso gratuito. Es crucial subrayar que la investigación protege los derechos de los trabajadores, los principios éticos para los análisis de salud, como la no maleficencia y el principio de equidad; ya que el estudio no representa un riesgo para la comunidad y que los datos recolectados son íntimos y codificados para prevenir la identificación de los participantes en la encuesta.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1 Análisis descriptivo de resultados

EDAD DE LA MADRE

Figura 1. Partos en establecimientos de salud, partos atendidos por profesional de la salud calificado y parto institucional del último nacimiento en los 5 años que procedieron a la encuesta, según característica seleccionada 2023-edad de la madre.

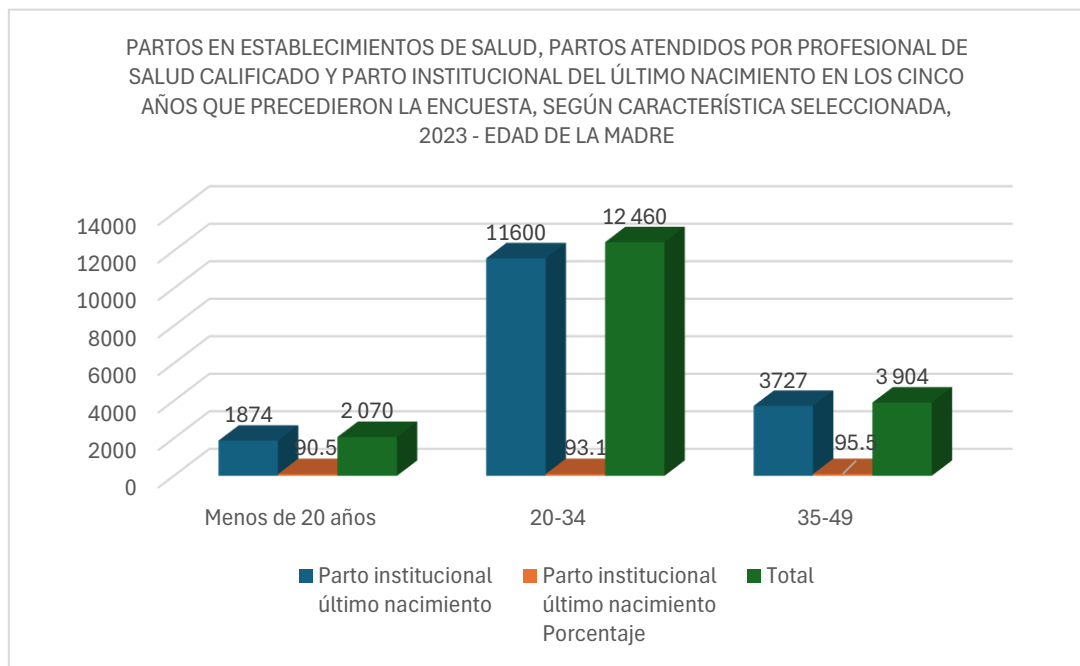


Figura 1 Partos en establecimientos de salud, partos atendidos por profesional de la salud calificado y parto institucional del último nacimiento en los 5 años que procedieron a la encuesta, según característica seleccionada 2023-edad de la madre.

En la Figura 1 se puede observar que el 90.5% (1874) de un total de 2070 mujeres las cuales se encontraban en un rango menor de 20 años, así mismo en el rango de 20 a 34 años, el 93.1% (11600) de un total de 12 460 mujeres y de 35 a 49 años, el 95.5% (3727) de gestantes de un total de 3904 mujeres las cuales tuvieron un parto institucional en su último nacimiento.

Figura 2. Mujeres de 15 a 49 años ,que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos 5 años que precedieron la encuesta, según característica seleccionada 2023- edad de la madre.

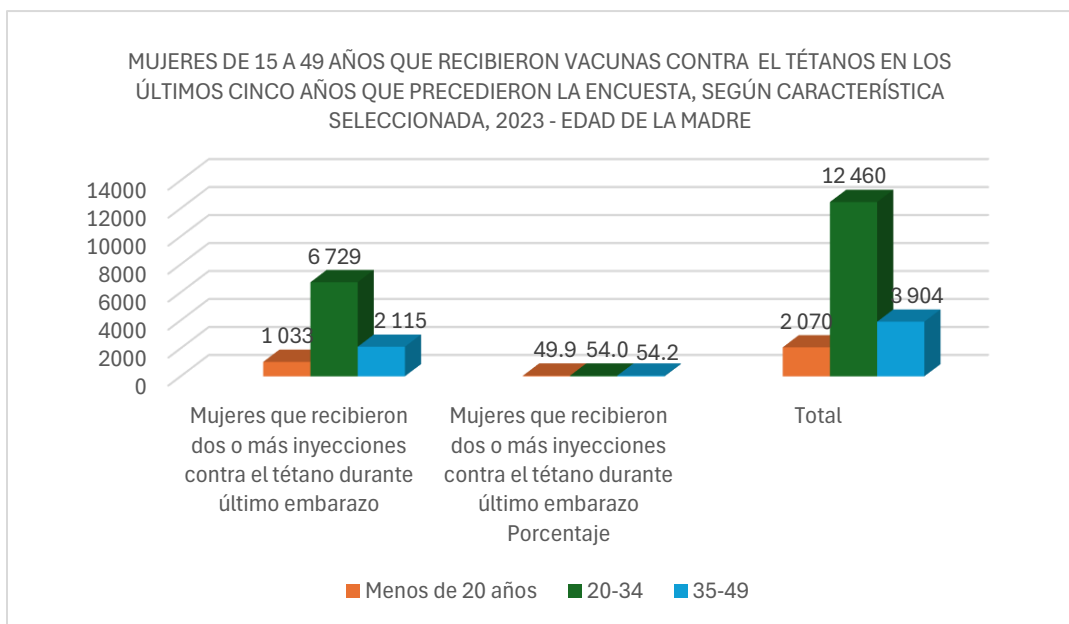


Figura 2 Mujeres de 15 a 49 años ,que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos 5 años que precedieron la encuesta, según característica seleccionada 2023- edad de la madre.

En la Figura 2 se puede observar que el 49.9% (1033) de un total de 2070 mujeres las cuales se encontraban en un rango de edad menor a 20 años, así mismo en el rango de 20 a 34 años fueron el 54.0%(6729) de un total de 12 460 mujeres y de 35 a 49 años, el 54.2% (2115)de gestantes de un total de 3904 mujeres las cuales recibieron dos o más inyecciones contra el tétano durante su última gestación.

Figura 3. Mujeres de 15 a 49 años que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos 5 años que precedieron a la encuesta ,según característica seleccionada 2023- ultimo nacimiento protegido - edad de la madre.

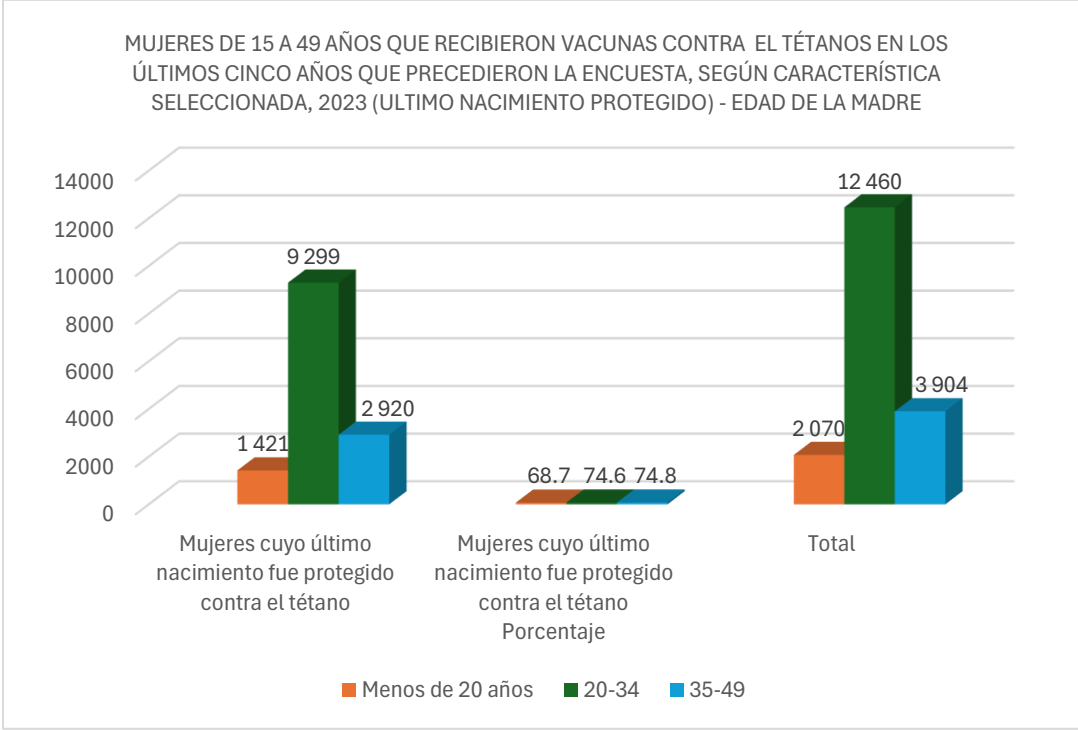


Figura 3 Mujeres de 15 a 49 años que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos 5 años que precedieron a la encuesta ,según característica seleccionada 2023- ultimo nacimiento protegido - edad de la madre.

En la Figura 3 se puede observar que el 68.7% (1421) de un total de 2070 mujeres las cuales se encontraban en un rango menor de 20 años, así mismo en el rango de 20 a 34 años, el 74.6% (9299) de un total de 12 460 mujeres y de 35 a 49 años ,el 95.5% (2920)de gestantes de un total de 3904 mujeres las cuales tuvieron su ultimo nacimiento protegido contra el tétano.

Figura 4. Ingesta de micronutrientes de mujeres de 15 a 49 años que tuvieron hijas e hijos en los últimos 5 años anteriores a la encuesta o de medicamentos desparasitantes durante el embarazo de la última hija u hijo según característica seleccionada.

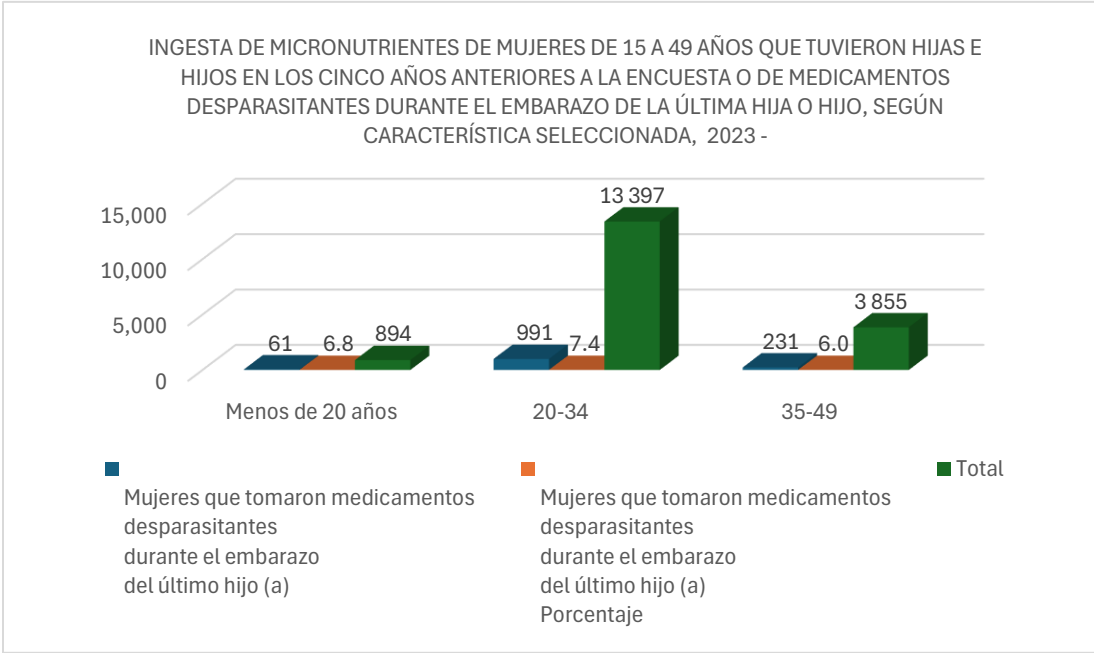


Figura 4 Ingesta de micronutrientes de mujeres de 15 a 49 años que tuvieron hijas e hijos en los últimos 5 años anteriores a la encuesta o de medicamentos desparasitantes durante el embarazo de la última hija u hijo según característica seleccionada.

En la Figura 4 se puede observar que el 6.8%(61) de un total de 894 mujeres las cuales se encontraban en un rango menor de 20 años , así mismo en el rango de 20-34 años ,el 7.4% (991) de ellas de un total de 13 397 mujeres y de 35 a 49 años, el 6.0%(231) gestantes de un total de 3855 mujeres tuvieron ingesta de micronutrientes o tomaron medicamentos desparasitantes durante la gestación del último hijo(a).

Figura 5. Nacimientos por cesárea, según características seleccionadas 2023-edad de la madre.

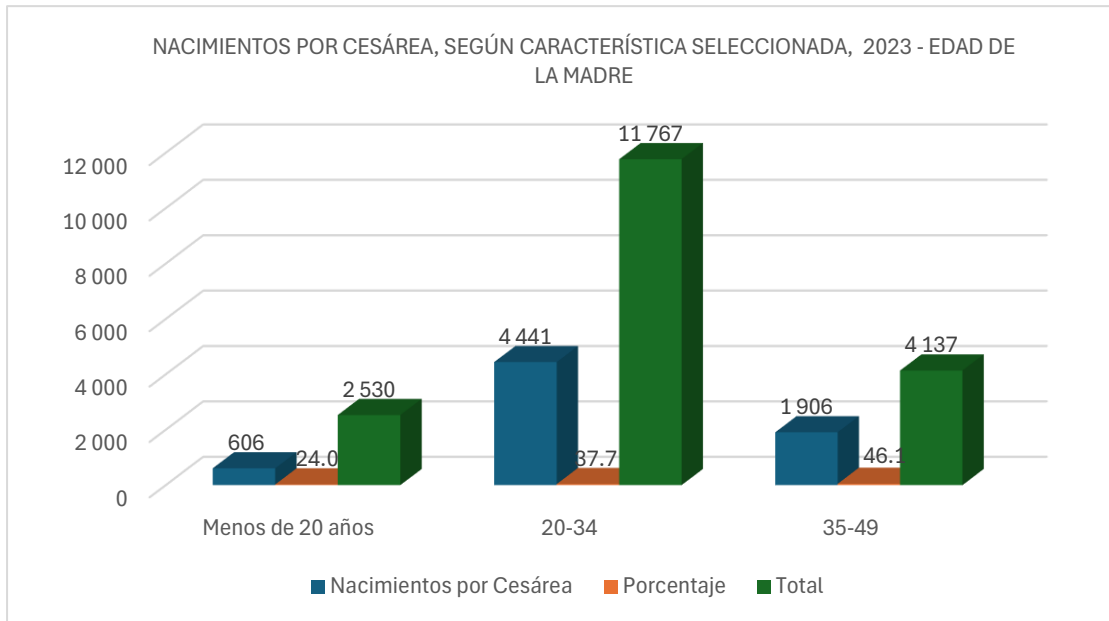


Figura 5 Nacimientos por cesarea, según características seleccionadas 2023-edad de la madre.

En la Figura 5 se puede observar que 606 hacen el 24.0% de un total de 2530 mujeres las cuales se encontraban en un rango menor de 20 años, así mismo en el rango de 20 a 34 años ,4441 de ellas que conformaron el 37.7% de un total de 11767 mujeres y de 35 a 49 años ,1906 gestantes las cuales conformaron estadísticamente el 46.1% de un total de 4137 mujeres tuvieron hijos de nacimientos por cesáreas.

ORDEN DE NACIMIENTO

Figura 6. Partos en establecimientos de salud ,partos atendidos por profesional de salud calificado y parto institucional del ultimo nacimiento en los 5 años que precedieron la encuesta, según característica seleccionada 2023-orden de nacimiento.

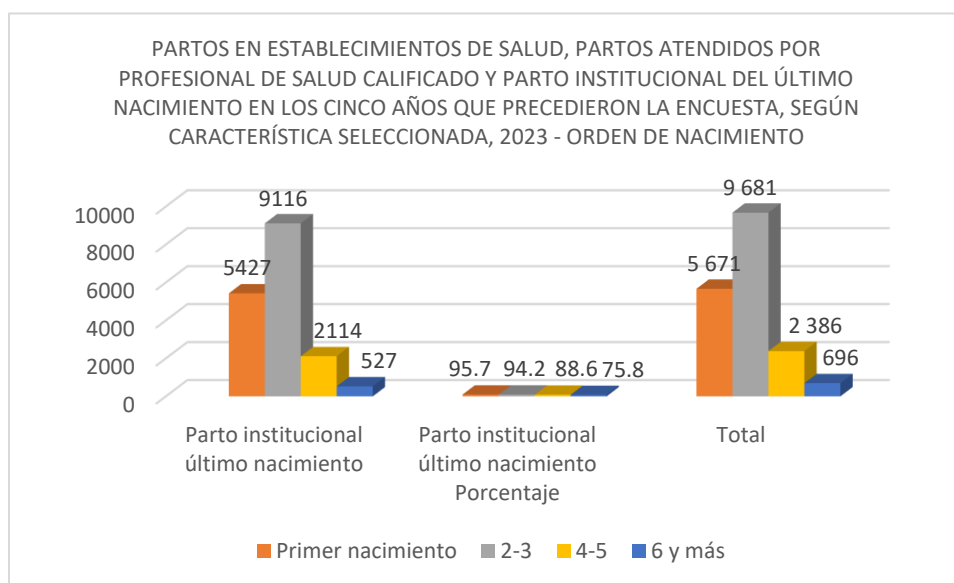


Figura 6 Partos en establecimientos de salud ,partos atendidos por profesional de salud calificado y parto institucional del ultimo nacimiento en los 5 años que precedieron la encuesta, según característica seleccionada 2023-orden de nacimiento.

En la Figura 6 muestra la distribución de partos institucionales del último nacimiento ocurridos en los cinco años previos a la encuesta, se puede observar que el 95.7% (5427) de un total de 5671 partos los cuales fueron el primer nacimiento ,el 94.2% (9116 de un total de 9681 partos del 2do al 3er nacimiento, para los nacimientos de 4to al 5to fueron el 88.6% (2114) del total de ellos que fueron 2386 , por último se vio una clara disminución en el 6to a más nacimientos pues solo fueron el 75.8%(527)de partos del total de 696 nacimientos.

Figura 7. Mujeres de 15 a 49 años que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos 5 años.

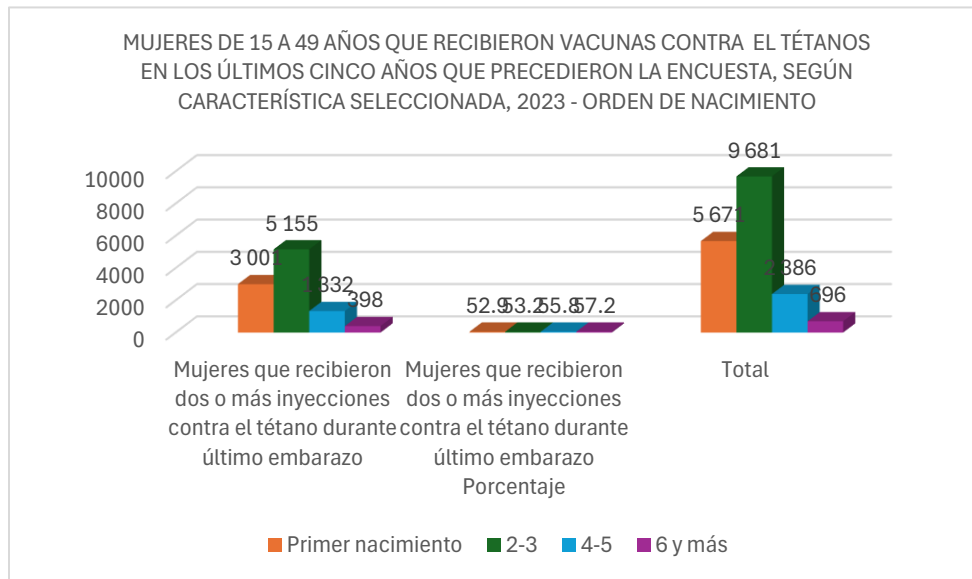


Figura 7 Mujeres de 15 a 49 años que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos 5 años.

En la Figura 7 muestra las mujeres de 15 a 49 de edad que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos cinco años que precedieron la encuesta según el orden de nacimiento, se puede observar que el 52.9% (3 001) del total de 5 671 los cuales fueron el primer nacimiento, el 53.2% (5 155) del total de 9 681 partos del 2do y 3er nacimiento, para los nacimientos del 4to al 5to fueron el 55.8% (1 332) del total de ellos que fueron 2 386, por último a partir del 6to a más nacimientos fueron el 57.2% (398) del total de 696 mujeres que si recibieron la vacunación contra el tétanos.

Figura 8. Mujeres de 15 a 49 años que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos 5 años que precedieron la encuesta ,según característica seleccionada 2023-ultimo nacimiento protegido-orden de nacimiento.

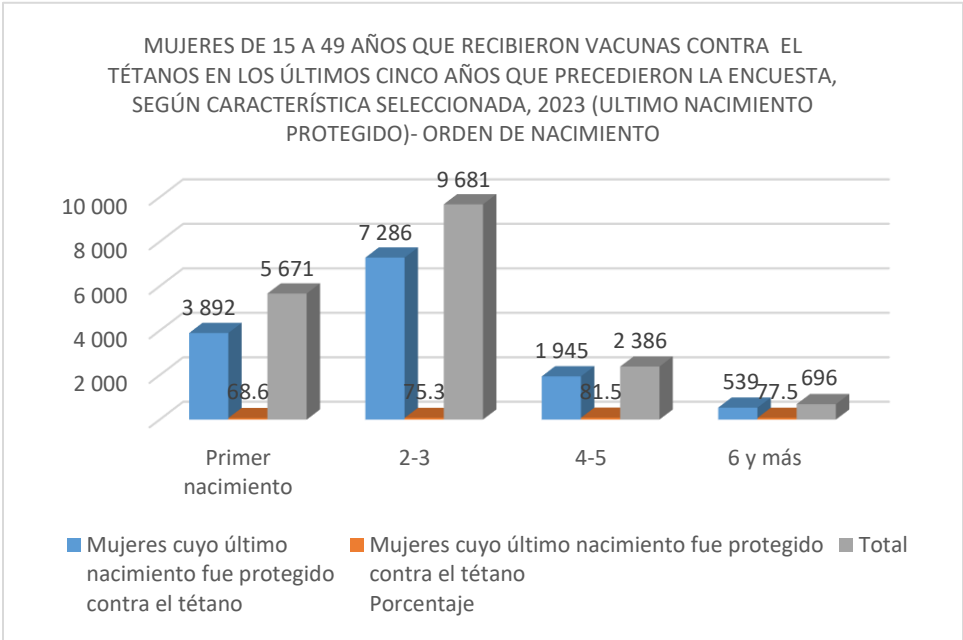


Figura 8 Mujeres de 15 a 49 años que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos 5 años que precedieron la encuesta ,según característica seleccionada 2023-ultimo nacimiento protegido-orden de nacimiento.

En la Figura 8 muestra las mujeres de 15 a 49 años de edad que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos cinco años que precedieron la encuesta -ultimo nacimiento, se puede observar que el 68.6% (3892) del total de 5671 mujeres que se vacunaron en el primer nacimiento de sus primogénitos , para el 2do y ter nacimiento solo fueron el 75.3%(7286) del total de 9681 mujeres que se vacunaron , el 4to y 5to nacimiento muestra el 81.5%(1945) del total de 2386 mujeres y por ultimo los nacimientos del 6to muestra que solo se vacunaron el 77.5% (539) del total de 696 mujeres.

Figura 9. Nacimientos por cesarea, según característica seleccionada 2023-orden de nacimiento.

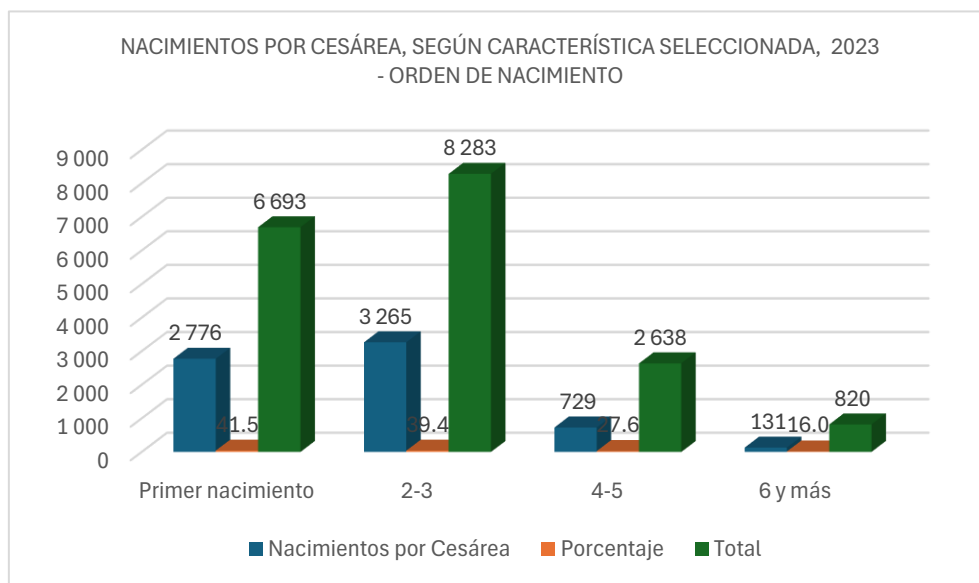


Figura 9 Nacimientos por cesarea, según característica seleccionada 2023-orden de nacimiento.

En la figura 9 se puede observar que el 41.5% (2776) del total de 6 693 de nacimientos por cesárea es más alto en los primeros nacimientos, con una leve disminución en los nacimientos de orden 2-3 pues se evidencia que el 39.4% (3265) del total de 8283 de ellos terminaron en cesárea, y un descenso marcado en los grupos siguientes: 27.6% (729) de un total de 2638 en los nacimientos 4-5 y apenas el 16.0% (131) de un total de 820 en los nacimientos de orden 6 o más.

VISITAS PARA CONTROL PRENATAL

Figura 10. Partos en establecimientos de salud, partos atendidos por profesional de salud calificado y parto institucional del ultimo nacimiento en los 5 años que precedieron la encuesta, según característica seleccionada 2023-visitas control prenatal.

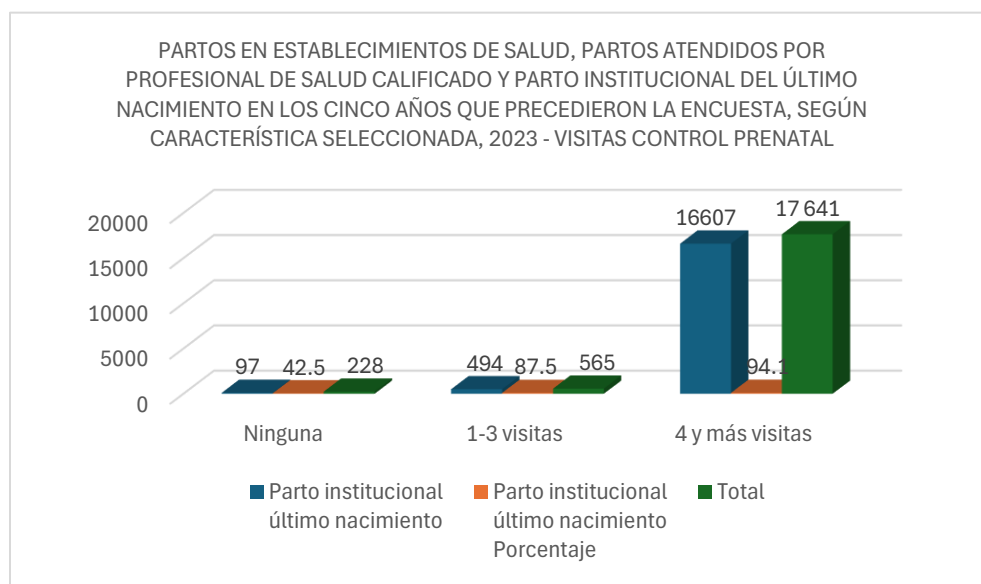


Figura 10 Partos en establecimientos de salud, partos atendidos por profesional de salud calificado y parto institucional del ultimo nacimiento en los 5 años que precedieron la encuesta, según característica seleccionada 2023-visitas control prenatal.

En la figura 10 se puede observar que el 42.5% (97) del total de 228 partos que se dieron de forma institucional no tuvieron ningún tipo de control prenatal, 87.5%(494) del total de 565 partos tuvieron de 1-3 controles prenatales y por último el 94.15% (16607) del total de 17641 de partos tuvieron entre 4 a más visitas de controles prenatales.

Figura 11. Mujeres de 15 a 49 años que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos cinco años que precedieron la encuesta ,según característica seleccionada 2023- visitas control prenatal.

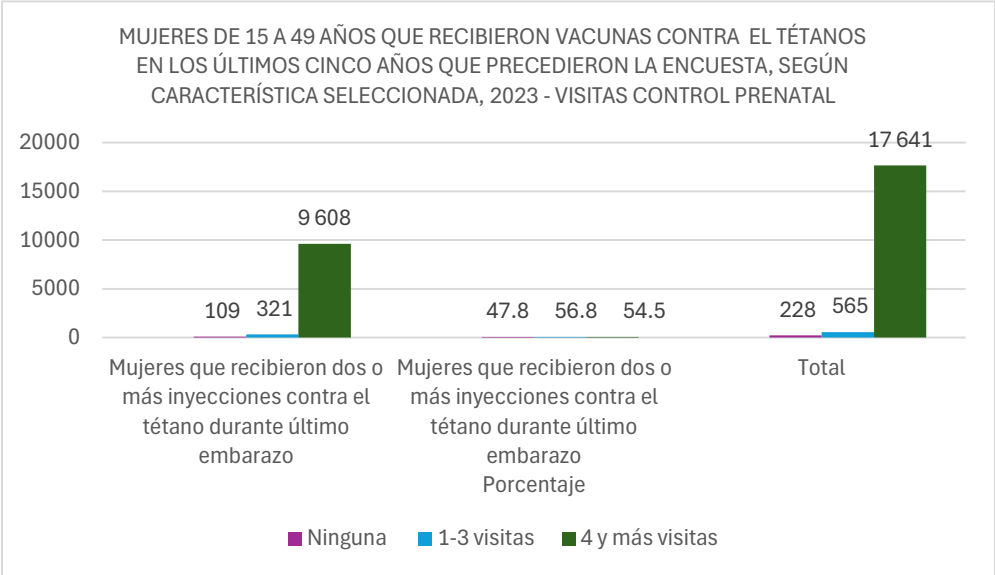


Figura 11 Mujeres de 15 a 49 años que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos cinco años que precedieron la encuesta ,según característica seleccionada 2023- visitas control prenatal.

En la figura 11 se puede observar que el 47.8% (109) del total de 228 mujeres que recibieron las vacunas contra el tétano durante su gestación no tuvieron ningún tipo de control prenatal, el 56.8% (321) de un total de 565 mujeres que fueron vacunadas tuvieron entre 1 a 3 visitas de control prenatal y por último el 54.5% (9608) del total de 17641 mujeres entre 15 a 49 años que se vacunaron tuvieron de 4 a más visitas de controles prenatal.

Figura 12. Mujeres de 15 a 49 años que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos 5 años que precedieron la encuesta según característica seleccionada ,2023 – ultimo nacimiento protegido -visitas de control.

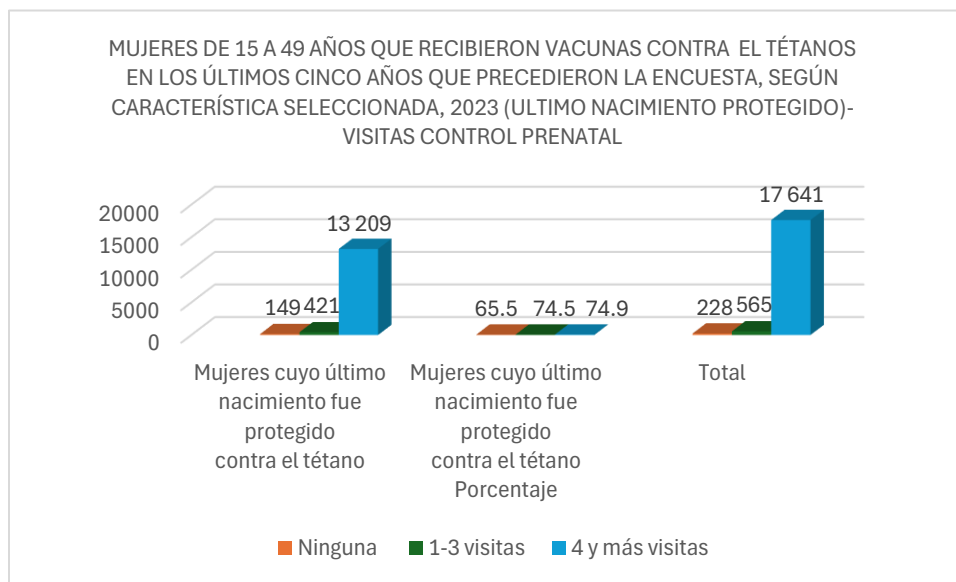


Figura 12 Mujeres de 15 a 49 años que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos 5 años que precedieron la encuesta según característica seleccionada ,2023 – ultimo nacimiento protegido -visitas de control.

En la figura 12 se puede observar que el 65.5% (149) del total de 228 mujeres que recibieron la vacuna del tétanos en el último nacimiento de sus hijos no tuvieron ninguna visita de control prenatal, 74.5% (421) del total de 565 mujeres que se encontraron protegidas durante el último nacimiento de sus hijos tuvieron entre 1-3 visitas de control prenatal y por último el 74.9% (13209) del total de 17641 mujeres entre 15-49 años de edad que se encontraron protegidas contra el tétano en el último nacimiento de sus hijos .

AREA DE RESIDENCIA

Figura 13. Partos en establecimientos de salud, partos atendidos por profesional de salud calificado y parto institucional del último nacimiento en los 5 años que precedieron la encuesta, según característica seleccionada, 2023 - área de residencia.

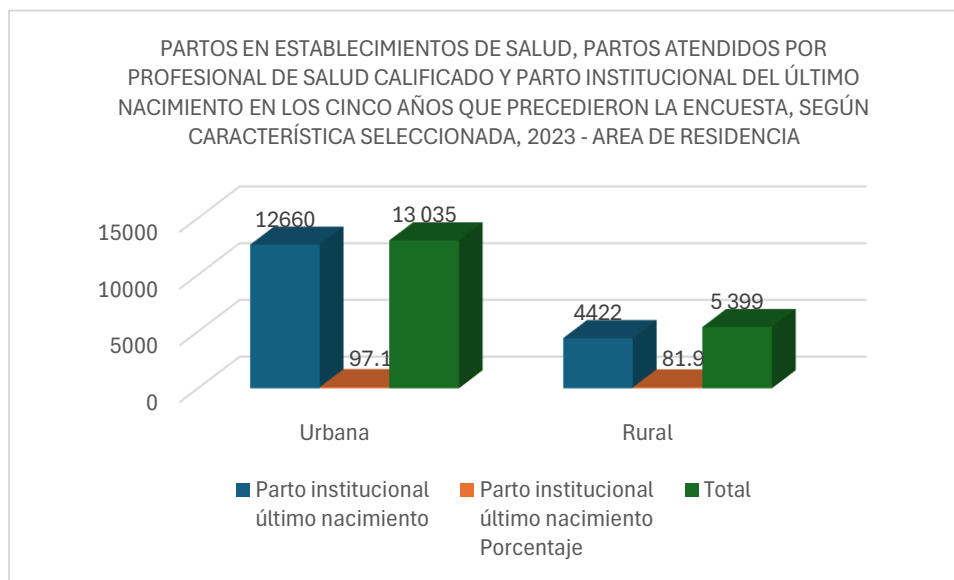


Figura 13 Partos en establecimientos de salud, partos atendidos por profesional de salud calificado y parto institucional del último nacimiento en los 5 años que precedieron la encuesta, según característica seleccionada, 2023 - área de residencia.

En la Figura 13 se puede observar que el 97.1% (12660) del total de 13035 partos atendidos por profesionales de salud calificados y de manera institucional fueron en el área urbana mientras que 4422(81.9%) del total de 5399 fueron en el área urbana.

Figura 14 .Mujeres de 15 a 49 años que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos 5 años que precedieron la encuesta según característica seleccionada ,2023 orden de nacimiento-area de residencia

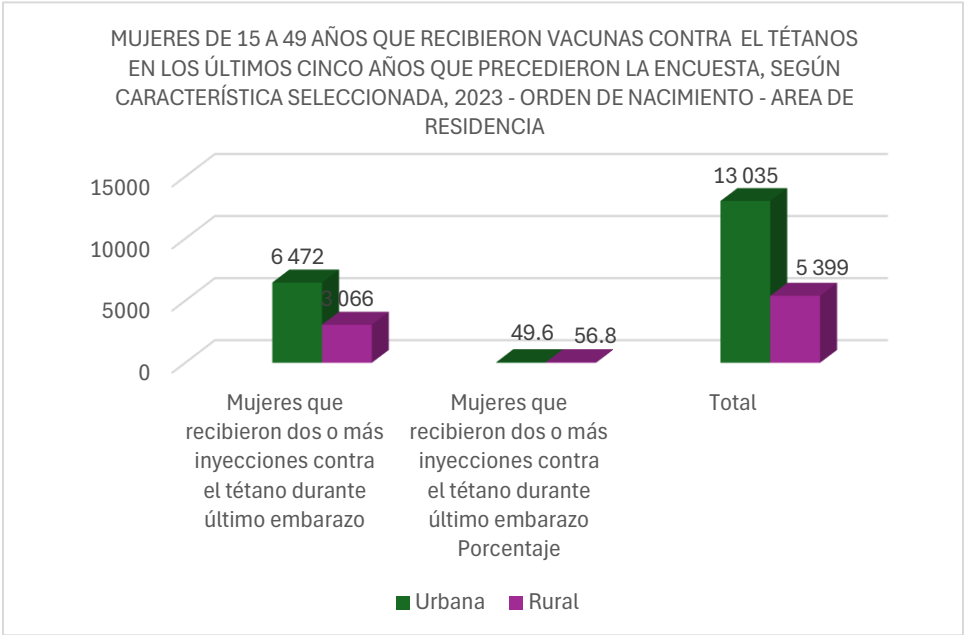


Figura 14 Mujeres de 15 a 49 años que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos 5 años que precedieron la encuesta según característica seleccionada ,2023 orden de nacimiento-area de residencia.

En la figura 14 se puede observar que 49.6% (6472) del total de 13035 mujeres que recibieron la vacuna contra el tétano en su gestación pertenecían al área de residencia urbana mientras que 56.8% (3066) del total de 5399 mujeres de 15 a 49 años vacunadas pertenecían al área rural.

Figura 15. Mujeres de 15 a 49 años que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos 5 años que precedieron la encuesta, según características seleccionada, 2023- último nacimiento protegido-área de residencia.

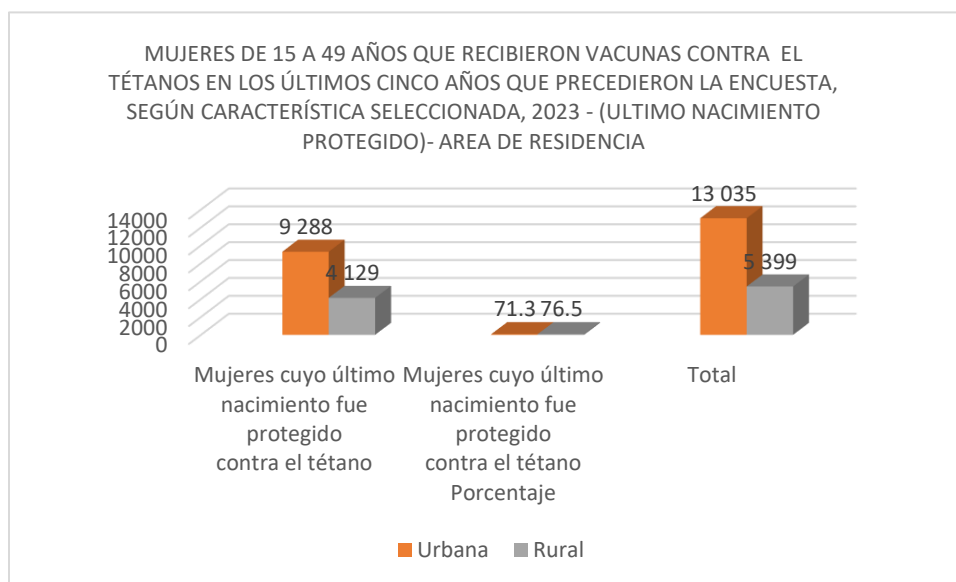


Figura 15 Mujeres de 15 a 49 años que recibieron vacunas contra el tétanos en los últimos 5 años que precedieron la encuesta, según características seleccionada, 2023- último nacimiento protegido-área de residencia.

En la figura 15 se puede observar que el 71.3% (9288) del total de 13035 mujeres que recibieron la vacuna contra el tétano en su última gestación pertenecían al área de residencia urbana mientras que el 76.5% (4129) del total de 5399 mujeres de 15 a 49 años vacunadas pertenecían al área rural.

LUGAR DE PARTO

Figura 16. Nacimientos por cesárea según característica seleccionada 2023- lugar de parto

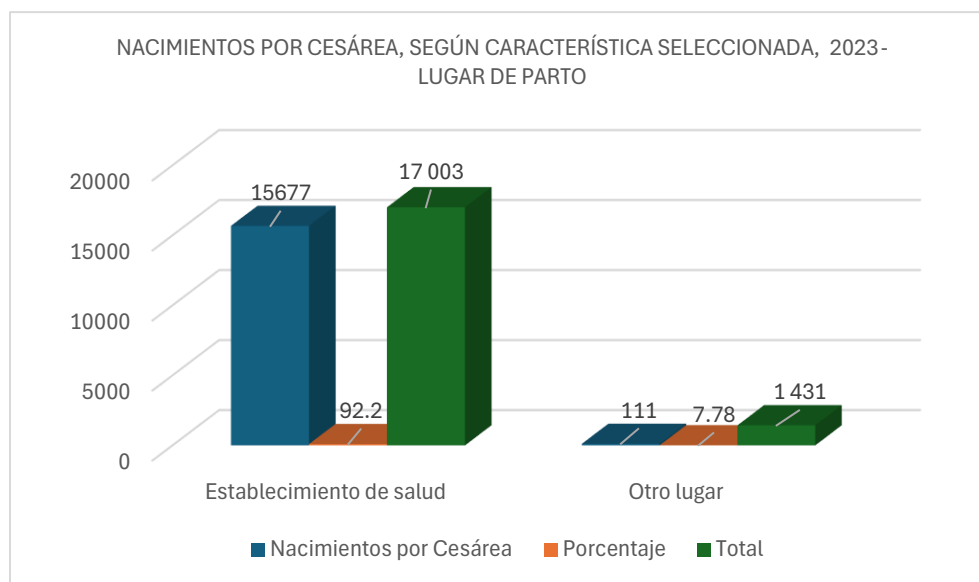


Figura 16 Nacimientos por cesárea según característica seleccionada 2023- lugar de parto.

En la figura 16, se describe el lugar de parto de los nacimientos por cesárea, puede observarse que, de los 17003 partos, el 92.2% (15677) fueron en un establecimiento de salud, mientras que 111 (7.78%) de un total de 1431 terminaron en un lugar diferente o nacieron en casa.

4.1.2 Prueba de hipótesis

La comprobación de la hipótesis se hizo empleando la prueba no paramétrica chi cuadrado. cuyo nivel de significancia es 5% (0.05) en el software estadístico SPSS 27.

Para realizar la comprobación se establecieron dos nuevas variables:

Variable 1. Características de la Gestante

Variable 2. Factores de complicación obstétrica

4.1.2.1 Comprobación de hipótesis

H₁: ¿Existe relación significativa entre las características de la gestante y los factores asociados a complicaciones obstétricas según la encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2023?

H₀: ¿No existe relación significativa entre las características de la gestante y los factores asociados a complicaciones obstétricas según la encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2023?

H₀: $p \leq 0.05$ Las características de la gestante **no se relacionan** con los factores asociados a complicaciones obstétricas según la encuesta ENDES 2023.

H₁: $p > 0.05$ Las características de la gestante **se relacionan** con los factores asociados a complicaciones obstétricas según la encuesta ENDES 2023.

A. Regla de decisión

Si $p\text{value} \leq 0.05$ Se rechaza H₀

Si $p\text{value} > 0.05$ Se acepta H₀

En la tabla 1 se observan los resultados de la prueba chi-cuadrado a partir de las variables respecto de las variables Características de la Gestante y Factores de complicación según ENDES 2023.

Tabla 1. Prueba de hipótesis chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46453,75 ^a	42	,000
Razón de verosimilitud	38161,955	1	,000
Asociación lineal por lineal	13912,707	1	,000

N de casos válidos	18434		
--------------------	-------	--	--

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11,60.

Nota: Fuente SPSS

Tomando en cuenta los resultados de la prueba chi cuadrado descritos en la tabla 1, se evidencia que existe relación estadísticamente significativa entre las variables y por ende se decide rechazar la hipótesis nula (H_0) cuyo pvalue es: 0.000 inferior al valor de $\alpha=0.05$ (5%), por tanto, se acepta H_1 (hipótesis alterna), concluyendo que **las características de la gestante se relacionan** con los factores asociados a complicaciones obstétricas según la encuesta ENDES 2023.

En la tabla 2 se describe la intensidad de relación de las variables a partir del Coeficiente de contingencia de Pearson y V de Cramer. El valor obtenido con el *Coeficiente de contingencia de Pearson* 0,869 y V de Cramer 0.648, se evidencia una **fuerte intensidad de asociación** entre la variable *características de la gestante* y la variable *factores asociados a complicaciones obstétricas*, confirmando el rechazo de la hipótesis nula (H_0).

Tabla 2. Intensidad de relación de las variables (V de Cramer y Coeficiente de contingencia de Pearson)

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	V de Cramer	0,648	,000
	Coeficiente de contingencia	0,869	,000
N casos válidos		18434	

- a. No se presupone la hipótesis nula.
- b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.
- c. Se basa en aproximación normal.

Nota: Fuente SPSS

4.2. Discusión de Resultados

En primer lugar Najarro R (2022), tuvo como propósito el “Establecer la correlación entre el control prenatal inapropiado y las complicaciones obstétricas que puedan surgir al momento del parto según la encuesta nacional de estadísticas o más conocido como ENDES en el año 2020, Los hallazgos obtenidos a partir del análisis de los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2020 permiten evidenciar una asociación significativa entre un control prenatal inadecuado (menos de seis controles) y el aumento en la prevalencia de complicaciones obstétricas durante el parto. Esta correlación resalta la importancia de una atención prenatal oportuna y de calidad como estrategia clave para prevenir desenlaces maternos adversos (11).

Los resultados confirman que las gestantes con menor acceso o cumplimiento del control prenatal presentaron mayores tasas de complicaciones durante el parto, lo cual coincide con evidencia previa sobre la efectividad del control prenatal como medida preventiva. Además, se identificó que factores sociodemográficos como el nivel educativo, el nivel socioeconómico y la edad materna influyen directamente en la probabilidad de presentar complicaciones. Específicamente, las mujeres con educación secundaria mostraron una mayor prevalencia de complicaciones en comparación con aquellas con estudios superiores, mientras que las pertenecientes a clases media y pobre también presentaron mayor vulnerabilidad. Por otro lado, se observó una menor frecuencia de complicaciones en mujeres de entre 18 años y mayores de 35, en comparación con las adolescentes de 19 años, así como en aquellas residentes en la región selvática frente a las de la costa (11).

Es relevante destacar que variables como el área de residencia (urbana o rural), lengua materna, grupo étnico y lugar del parto no mostraron una correlación estadísticamente significativa con las complicaciones obstétricas ($p > 0.05$), lo que sugiere que, si bien estos factores podrían tener un impacto indirecto, no se evidenció una relación directa en este estudio (11).

Asimismo, los resultados presentados en la **Figura 1** evidencian una alta proporción de partos institucionales en mujeres de todos los grupos etarios, siendo mayor en el grupo de 35 a 49 años (95.5%), seguido por el de 20 a 34 años (93.1%) y, en menor proporción, las menores de 20 años (90.5%). Esta tendencia es positiva, ya que el parto institucional está directamente asociado a una mayor seguridad materna y neonatal.

Por otro lado, la información representada en la **Figura 12** permite observar que una parte significativa de las mujeres que recibieron la vacuna antitetánica durante el último embarazo también tuvieron controles prenatales, aunque con variaciones notables. Un 65.5% de las mujeres vacunadas no recibió ninguna visita prenatal, lo que resulta preocupante, ya que indica una posible desconexión entre las campañas de inmunización y los servicios integrales de atención prenatal. No obstante, la mayoría de las mujeres protegidas contra el tétanos (74.9%) reportaron haber recibido entre una y tres visitas de control prenatal, lo cual, aunque positivo, sigue siendo insuficiente según las recomendaciones de la OMS.

En conjunto, estos resultados refuerzan la necesidad de fortalecer las estrategias de cobertura y calidad del control prenatal, sobre todo en los grupos de mayor vulnerabilidad socioeconómica y educativa, así como en adolescentes. De igual manera, se sugiere integrar de manera más eficaz las acciones de inmunización dentro del paquete de atención prenatal, garantizando así una atención más completa y oportuna.

Los hallazgos obtenidos en el presente estudio presentan similitudes y contrastes relevantes con respecto a otras investigaciones nacionales e internacionales sobre la atención prenatal y la vacunación materna.

En segundo lugar, el estudio desarrollado por **Pascoal et al (2024)**, se evidenció que el 30% de las puérperas no asistieron a ninguna consulta prenatal, siendo las principales causas las dificultades de acceso y las demoras en la atención. Este hallazgo guarda relación con los resultados obtenidos en nuestro estudio, en los cuales también se identificaron barreras estructurales y socioculturales que limitan la asistencia oportuna al control prenatal. Además, Pascoal resalta que solo el 36% de las mujeres encuestadas reconocían la importancia de la vacuna antitetánica, cifra que resulta inferior al porcentaje observado en nuestra población, lo que sugiere un nivel de desconocimiento aún mayor en los contextos rurales o con menor acceso a servicios educativos y de salud (22).

Por otro lado, el estudio de **Isidro T, Gutiérrez A (2021)**, aporta evidencia sobre factores asociados al incumplimiento del esquema de vacunación. Su análisis bivariado y multivariado concluyó que tener cinco o menos controles prenatales incrementa significativamente el riesgo de no cumplir con la vacunación (RP: 1,28; IC 95%: 1,23–1,33), lo cual coincide directamente con nuestros hallazgos, en los que el número insuficiente de controles prenatales también se relaciona con una menor probabilidad de recibir vacunas completas. Asimismo, se encontró que no haber recibido la vacuna antitetánica durante el embarazo elevaba el riesgo de esquema de vacunación incompleto (RP: 1,16; IC 95%: 1,12–1,20), lo que también se replicó en nuestra muestra. (19)

Adicionalmente, la información obtenida de las **figuras 2, 3, 7 y 8** de nuestro estudio, permite establecer una tendencia positiva entre la edad materna y la adherencia al esquema de vacunación. Por ejemplo, las mujeres de 35 a 49 años presentaron las mayores tasas de vacunación con dos o más dosis (54,2%), así como una mayor proporción de partos protegidos contra el tétanos (95,5%), en comparación con mujeres más jóvenes. Este patrón también se evidenció en nuestro análisis, donde se observó que las gestantes de menor edad tenían menor cobertura vacunal, lo cual sugiere que la madurez materna y posiblemente la experiencia reproductiva influyen en la toma de decisiones preventivas durante el embarazo.

Por otra parte, al evaluar el orden del nacimiento, se observó que, a mayor número de hijos, las mujeres tendían a mostrar una mayor cobertura vacunal, alcanzando hasta el 81,5% en el cuarto o quinto parto y 77,5% a partir del sexto nacimiento, según lo mostrado en la **Figura 8**. Este hallazgo también se relaciona con nuestros datos, en los que se evidenció una mayor conciencia sobre la importancia de la vacunación en mujeres multíparas, posiblemente por haber tenido contacto previo con servicios de salud o haber vivido experiencias anteriores que reforzaron su comportamiento preventivo (19).

En síntesis, los resultados obtenidos en nuestro estudio son consistentes con los presentados por Pascoal e Isidro, y refuerzan la evidencia de que la asistencia prenatal adecuada, el nivel educativo, la edad materna y el número de gestaciones son determinantes clave en el cumplimiento del esquema de vacunación materna y la protección neonatal frente al tétanos.

Al contrastar los hallazgos del presente estudio con otras investigaciones relacionadas, se evidencian similitudes importantes, así como ciertas diferencias que enriquecen la comprensión del estado nutricional y del autocuidado materno durante la gestación.

En tercer lugar, **Correa et al (2023)**, identificó una prevalencia considerable de deficiencia en la ingesta de micronutrientes esenciales, especialmente vitamina C, folatos, zinc, hierro y calcio, superando en gestantes el 80% de riesgo de déficit para la mayoría de estos nutrientes. Estos resultados son concordantes con los datos observados en nuestro estudio, donde se encontró que un bajo porcentaje de gestantes (entre 6.0% y 7.4% según grupo etario) había consumido micronutrientes o medicamentos antiparasitarios durante el embarazo. Esta baja cobertura de suplementación indica un débil cumplimiento de las recomendaciones nutricionales durante la gestación, lo que, como en el estudio de Correa, puede estar asociado a carencias alimentarias persistentes. Además, el hecho de que un porcentaje importante de mujeres haya manifestado acostarse con hambre por falta de alimentos, evidencia la presencia de inseguridad alimentaria, situación que también podría inferirse en nuestra población, dada la baja prevalencia de suplementación reportada (21).

Por otro lado, los resultados del estudio de **Amay J (2022)**, muestran que el nivel de autocuidado de las gestantes fue predominantemente regular en todas las dimensiones evaluadas, con porcentajes como 62% en alimentación, 68% en ejercicio y 59% en descanso. Estos valores reflejan un patrón similar al evidenciado en nuestro trabajo, donde se observó un bajo nivel de consumo de micronutrientes, lo cual puede interpretarse como una expresión de prácticas de autocuidado limitadas, especialmente en el ámbito de la alimentación materna. Además, Amay señala que muchas mujeres no consumían frutas, espinacas ni carnes con regularidad, lo cual coincide con lo reportado por Correa respecto al bajo consumo de frutas, verduras, lácteos y proteínas, elementos esenciales para el adecuado desarrollo fetal y bienestar materno (23).

Finalmente, al observar los datos específicos de nuestra **Figura 4**, se nota que, incluso entre los grupos etarios más numerosos (como el de 20 a 34 años), solo el 7.4% reportó haber recibido micronutrientes o desparasitantes durante la gestación, lo cual refuerza el patrón de autocuidado deficiente que también se evidencia en los trabajos de Correa y Amay.

En conjunto, los estudios comparados refuerzan la necesidad de fortalecer las intervenciones educativas, nutricionales y sociales dirigidas a mujeres gestantes, especialmente en contextos con mayor vulnerabilidad social y económica. Esto es fundamental para mejorar el nivel de autocuidado, reducir los riesgos asociados a la desnutrición materna y fetal, y promover una gestación saludable.

En cuarto lugar, el estudio de **Huapaya et al. (2022)**, se determinó que el 5.39% de los partos en Perú durante 2019 ocurrieron en el domicilio, pero esta proporción se elevó a 19.59% en áreas rurales y a 17.85% en la región selvática (16). Este patrón se asemeja al identificado en **Apolaya M, Herrera P (2024)**, quien halló una frecuencia de parto domiciliario del 16.76% en zonas rurales, siendo los factores de riesgo más importantes la altura geográfica (ciudades a más de 1000 msnm), el uso de otro idioma distinto al español, y la ausencia de atención prenatal por obstetras, mientras que factores protectores fueron tener electricidad en casa y un mejor nivel socioeconómico (18).

Por su parte, el estudio de **Espinoza A (2025)**, con una muestra amplia de 56,515 mujeres, corrobora que las adolescentes (12-19 años), mujeres sin educación, de condición económica muy pobre, residentes en zonas rurales y de la región selva, presentaban menor acceso a atención prenatal institucional y al parto institucional, hallazgos que coinciden ampliamente con los factores sociales y geográficos detectados en nuestro análisis (17).

En relación con nuestro estudio, se evidencia que una proporción significativa de mujeres no accedió a un control prenatal adecuado, incluso si el parto fue institucional: según la **Figura 10**, el 42.5% de los partos institucionales ocurrieron sin ningún control prenatal previo, mientras que el 87.5% de mujeres con 1 a 3 controles y el 94.15% de aquellas con 4 o más controles, sí llegaron al parto institucional. Esto refuerza la evidencia de que una mayor frecuencia de controles prenatales se asocia directamente con el aumento del parto institucional y con mayor protección materna.

En cuanto al orden de nacimiento, la **Figura 6** de nuestro estudio indica que la cobertura de partos institucionales disminuye progresivamente a medida que aumenta el número de hijos. Mientras que el 95.7% de los partos del primer hijo fueron institucionales, esta proporción bajó a 94.2% en el segundo y tercer nacimiento, 88.6% en el cuarto y quinto, y se redujo hasta 75.8% en el sexto nacimiento o más. Esto concuerda con la literatura, donde se ha documentado que, a mayor paridad, menor es la utilización de servicios de salud institucionales, lo que puede deberse a factores culturales, económicos o de desinformación acumulada.

En cuanto a la distribución geográfica de los partos institucionales, la **Figura 13** muestra una clara desigualdad entre las zonas urbanas y rurales: el 97.1% de los partos institucionales se dieron en el área urbana, mientras que solo el 81.9% en la zona rural, lo que refuerza los hallazgos de Huapaya y Espinoza sobre las limitaciones de acceso en contextos rurales y periféricos, acentuadas por factores como infraestructura, idioma, nivel educativo y pobreza.

En conjunto, los resultados obtenidos en nuestro estudio son coherentes con lo reportado por Huapaya, Espinoza y Apolaya, reafirmando que la zona geográfica, el nivel educativo, el idioma, el acceso a servicios básicos y la calidad del control prenatal son factores determinantes para garantizar una atención institucional del parto y prevenir complicaciones maternas y neonatales. Por tanto, se refuerza la necesidad de focalizar estrategias de salud pública en áreas rurales y amazónicas, así como en mujeres jóvenes y con bajos niveles educativos, para incrementar la cobertura de control prenatal y reducir la frecuencia de partos domiciliarios no asistidos.

Los hallazgos de nuestro estudio sobre cobertura de vacunación en gestantes guardan estrecha relación con los resultados reportados en investigaciones recientes, en cuanto a los factores que condicionan la adherencia al esquema vacunal y la importancia del control prenatal como componente facilitador.

En el estudio de **Inthamoussu et al. (2021)**, solo el 36% de las mujeres embarazadas recibieron la vacuna dpaT. Se identificaron factores significativamente asociados a la no vacunación, entre ellos: adolescencia (OR 1.88), no tener pareja (OR 1.40), desconocimiento sobre la obligatoriedad de la vacuna (OR 9.44), falta de información sobre sus beneficios (OR 4.00), y falta de creencia en su utilidad durante el embarazo (OR 6.37) (26). Estos resultados concuerdan con los de nuestro estudio, donde el 47.8% de las mujeres vacunadas no habían recibido ningún tipo de control prenatal (**Figura 11**), lo que sugiere que la falta de contacto con servicios de salud repercute directamente en la adherencia al esquema de inmunización. Asimismo, se observa una relación entre la ausencia de consejería e información oportuna y la baja cobertura vacunal, reafirmando la necesidad de fortalecer la comunicación médico-paciente durante el embarazo.

De manera similar, el estudio de **Otañe E, Quispe K (2023)**, encontró que, entre las mujeres gestantes en edad gestacional para vacunarse, solo el 48.7% recibió la vacuna antitetánica. Entre las principales razones para no vacunarse se identificaron el desconocimiento (15.4%), el temor a efectos secundarios (7.2%) y la percepción de no necesidad por sentirse saludables (2.2%) (15). Además, se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica de vacunación ($p < 0.001$). En nuestro estudio, aunque la cobertura fue mayor, también se identificó que muchas mujeres vacunadas no asistieron regularmente a controles prenatales (**Figura 11**), lo que reafirma la importancia de la educación en salud como eje fundamental para mejorar la adherencia.

Asimismo, **Perez N (2021)**, reitera que el nivel educativo, la captación tardía y el control prenatal inadecuado son factores asociados a la baja cobertura de vacunación (24), coincidiendo con los datos de nuestro estudio: solo el 54.5% de mujeres vacunadas tuvieron más de cuatro controles prenatales, lo que indica que una atención prenatal adecuada favorece el cumplimiento del esquema de vacunación.

En el estudio de **Londoño et al (2022)**, se encontró una cobertura de vacunación para Td del 54%, cifra cercana a los valores observados en nuestro estudio, especialmente en las zonas rurales. Londoño también destaca la existencia de antecedentes de enfermedades como infección urinaria (6.6%), y un alto porcentaje de mujeres con embarazos deseados (90%), pero que aun así no cumplían con el número mínimo de controles prenatales, evidenciando que el deseo del embarazo no siempre se traduce en prácticas adecuadas de cuidado prenatal y vacunación (27).

Finalmente, al comparar la distribución por área de residencia, nuestro estudio muestra que las mujeres de áreas rurales presentan una mayor proporción de vacunación: 56.8% en zonas rurales frente al 49.6% en zonas urbanas (**Figura 14**). Sin embargo, si se evalúa el último nacimiento protegido contra el tétanos, las zonas urbanas mostraron una mayor proporción de cobertura (71.3% vs. 76.5%) (**Figura 15**). Esto podría reflejar que, aunque el acceso rural a vacunas puede ser elevado por campañas comunitarias o brigadas de salud, la cobertura

sostenida y completa sigue siendo mayor en contextos urbanos donde el seguimiento prenatal es más regular.

Los estudios revisados coinciden en que el acceso a información oportuna, el nivel educativo, el seguimiento prenatal regular y la percepción de riesgo son determinantes clave para lograr una adecuada cobertura de vacunación durante la gestación. Nuestros resultados refuerzan esta evidencia, y subrayan la urgencia de implementar estrategias de educación sanitaria, captación temprana y fortalecimiento del control prenatal, especialmente en adolescentes, mujeres sin pareja o con baja escolaridad, para reducir las brechas en la cobertura vacunal y mejorar los desenlaces materno-neonatales.

Por último, en el estudio de **Palacios et al. (2024)**, basado en 17,371 mujeres peruanas, se identificó que el 5.55% de los partos fueron domiciliarios y el 33.75% culminaron por cesárea. Uno de los hallazgos más relevantes fue que la ausencia de control prenatal aumentó significativamente la probabilidad de parto domiciliario (RPa: 5.23; $p < 0.001$), al igual que la atención proporcionada por personal no médico, como enfermeras (RPa: 5.06) o promotores de salud (RPa: 1.39). Por otro lado, se observó una mayor probabilidad de parto por cesárea en gestantes que iniciaron su control prenatal en el primer trimestre y que recibieron atenciones adecuadas como exámenes de laboratorio, monitoreo fetal, prescripción de suplementos e información nutricional (13).

Al comparar estos resultados con los hallazgos de nuestro estudio, se observan tendencias similares en cuanto a la asociación entre el acceso al control prenatal y la modalidad del parto. En la **Figura 16**, se evidencia que el 92.2% de los partos por cesárea ocurrieron en establecimientos de salud, mientras que solo el 7.78% de los partos en otros lugares terminaron en cesárea, lo que concuerda con la observación de Palacios respecto a la baja probabilidad de procedimientos quirúrgicos fuera del entorno institucional.

Además, los datos de la **Figura 5** muestran una mayor proporción de partos por cesárea en mujeres de mayor edad, siendo del 46.1% en gestantes de 35 a 49 años, en contraste con un 24.0% en menores de 20 años. Esto coincide con la literatura, ya que la edad materna avanzada suele relacionarse con mayores complicaciones obstétricas y, por ende, mayor indicación de cesárea.

En relación con el orden de nacimiento, se observa un patrón decreciente de cesáreas conforme aumenta la paridad (**Figura 9**): 41.5% en primíparas, 39.4% en partos de orden 2-3, y una notable caída hasta 16.0% en partos de orden 6 o más. Esta tendencia coincide con lo descrito por Palacios, quien reporta una mayor frecuencia de cesáreas en primeras gestaciones, probablemente debido a un mayor control y vigilancia en las primeras experiencias obstétricas o a la percepción de mayor riesgo en mujeres primerizas.

Respecto al parto domiciliario, aunque Palacios reporta una prevalencia nacional del 5.55%, nuestro estudio no se centra específicamente en dicha modalidad, pero los hallazgos

indirectos, como el número reducido de cesáreas fuera de instituciones de salud y la asociación entre menor número de controles prenatales y menor acceso a procedimientos médicos, sugieren que la institucionalización del parto sigue siendo un factor determinante en el tipo de atención recibida.

Tanto en el estudio de Palacios como en los resultados de nuestra tesis, se reafirma que el acceso temprano y completo al control prenatal es un factor clave para asegurar una atención institucional del parto y para garantizar la disponibilidad de intervenciones como la cesárea cuando son necesarias. Asimismo, factores como la edad materna y el orden del nacimiento influyen significativamente en la modalidad del parto. Por tanto, se hace necesario continuar fortaleciendo el sistema de atención prenatal, especialmente en poblaciones de mayor riesgo, para garantizar un parto seguro y conforme a estándares clínicos.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Se identificó una relación significativa entre el orden de nacimiento de los hijos y las complicaciones del parto.
- El número de visitas de control prenatal influye directamente en la aparición o prevención de complicaciones.
- El lugar del parto tiene una relación directa con los desenlaces obstétricos; los partos institucionales mostraron menos complicaciones.
- Se halló una relación entre el área de residencia (urbana o rural) y la frecuencia de complicaciones obstétricas, destacando mayor vulnerabilidad en zonas rurales.
- Los resultados muestran una fuerte asociación entre diversas características obstétricas y las complicaciones en el parto. Por ejemplo, se observó que el 92.2% de los partos por cesárea ocurrieron en establecimientos de salud, y que las gestantes de mayor edad tuvieron una mayor proporción de cesáreas. El análisis también evidenció que las mujeres con mayor número de visitas prenatales presentaron menos complicaciones, y que existe una notable desigualdad en la atención del parto entre zonas urbanas y rurales. Estadísticamente, se comprobó una relación significativa ($p < 0.05$) entre las características de la gestante y los factores asociados a complicaciones obstétricas, con una alta intensidad de asociación (V de Cramer = 0.648 y Coeficiente de Contingencia de Pearson = 0.869). Conclusión: El orden de nacimiento, la frecuencia de controles prenatales, el lugar del parto y el área de residencia tienen una influencia directa en la ocurrencia de complicaciones obstétricas. Estos hallazgos subrayan la importancia de fortalecer el acceso y la calidad de la atención prenatal y del parto, especialmente en zonas rurales.

5.2. Recomendaciones

- Fortalecer las campañas de educación en salud materna, orientadas a mejorar el nivel de conocimientos sobre prácticas de autocuidado en gestantes. Se debe prestar especial atención a las dimensiones de alimentación, ejercicio, descanso, vestido y apoyo social, dado que se evidenció un nivel de autocuidado regular en estas áreas.
- Diseñar intervenciones comunitarias enfocadas en aumentar la cobertura de vacunación en gestantes, especialmente en zonas rurales y en mujeres con baja escolaridad, madres solteras y adolescentes. Se recomienda el trabajo articulado entre los servicios de salud y líderes comunitarios para generar confianza, derribar mitos y brindar información clara sobre los beneficios de las vacunas en el embarazo.
- Implementar sistemas de seguimiento individualizado para gestantes que presentan factores de riesgo, como antecedentes de partos domiciliarios, bajo número de controles prenatales o no asistencia a controles. La identificación temprana de estas mujeres permitirá una intervención dirigida que evite complicaciones materno-fetales.
- Incentivar el inicio temprano del control prenatal, preferentemente en el primer trimestre del embarazo, mediante estrategias como visitas domiciliarias, seguimiento telefónico, incentivos sociales y campañas masivas. El inicio tardío del control prenatal limita la detección oportuna de enfermedades y disminuye la posibilidad de completar el esquema de vacunación materna.
- Capacitar al personal de salud en habilidades de comunicación y consejería efectiva, con enfoque intercultural y respetuoso, para fortalecer la adherencia de las gestantes a los controles y aumentar la percepción de riesgo frente a prácticas nocivas como el

uso de plantas para tratar el cordón umbilical o el consumo de medicamentos no prescritos.

- Mejorar el registro y seguimiento de la información en las libretas integrales de salud materna, asegurando que todos los datos sobre vacunación, exámenes complementarios y orientación nutricional estén completos y actualizados. Esta medida facilitará la toma de decisiones clínicas y el monitoreo institucional.
- Promover la importancia del control prenatal oportuno y completo, enfatizando la necesidad de cumplir con cada uno de los procedimientos conforme a la edad gestacional. Es esencial reforzar la valoración clínica, especialmente la evaluación de la pelvis materna y el encajamiento fetal, como medidas clave para la detección precoz de complicaciones durante el parto.
- Implementar programas de capacitación continua dirigidos al personal de salud, enfocados en el correcto uso, llenado e interpretación de la partograma. Este instrumento debe utilizarse de manera eficiente como herramienta de vigilancia para el seguimiento del trabajo de parto y la identificación temprana de patologías materno-fetales que requieran intervención inmediata.
- Desarrollar estrategias integrales para mejorar la calidad de la atención prenatal, promoviendo no solo el aumento en el número de controles, sino asegurando que estos sean accesibles, oportunos y con enfoque preventivo. Se recomienda reforzar el uso del “radar de gestantes” como mecanismo de captación, seguimiento y monitoreo continuo de las embarazadas, con el fin de garantizar una atención sistemática y eficaz durante toda la gestación.

Referencias

- 1 Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2020 [cited 2024 Septiembre 22]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>.
- 2 Bajaan Peña D, Orellana Suarez D. Factores de riesgo asociado a la hemorragia post parto. Fomento de la investigación y publicación científico-técnica multidisciplinaria. 2022 Octubre; VII(4): p. 12.
- 3 Barros Raza. Repositorio de la Universidad Tecnica de Ambato. [Online].; 2021 [cited 2024 Septiembre 22]. Available from: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/32575/1/BARROS%20RAZA%2c%20LOURDES%20JACQUELINE.pdf>.
- 4 Mastarreno Cedeño M, Briones Mera ÁR, Sánchez Sánchez , Farfán Vélez L. Gestión del cuidado en obstetricia y ginecología: Una mirada integral. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida. 2023 Junio; VII(13).
- 5 Carrizosa A, Montoya Rubio. Repositorio de la Universidad del Rosario. [Online].; 2020 [cited 2024 Septiembre 22]. Available from: <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/bcc950c9-485c-48a0-9078-848b12c163d4/content>.
- 6 Novoa Mero E, Zambrano Andrade F, Sánchez Rodríguez M, Zambrano Santos O. Incidencia de complicaciones obstétricas del parto en gestantes atendidas en Hospital General Rodríguez Zambrano. Higiene de la salud. 2023 Diciembre; IX(2).
- 7 Torres Chávez I, Ramírez Morán , Salcedo Faytong M. LAS TRES DEMORAS EN SALUD QUE LLEVAN A COMPLICACIONES OBSTÉ-TRICAS EN EMBARAZADAS EN ECUADOR. UN ESTUDIO DE REVISIÓN. MASVITA. 2020 Noviembre; II(3).
- 8 Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2023 [cited 2024 Septiembre 23]. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/8-3-2023-ops-socios-lanzan-campana-para-acelerar-reduccion-mortalidad-materna-america>.
- 9 Román Lazarte , Fernández Fernández , Huanco Apaza. Tendencia y distribución regional de la mortalidad materna en el Perú: 2015-2019. Ginecología y obstetricia de México. 2022 Octubre; XC(10).

1 Montenegro Rivera E. Repositorio de la Universidad Ricardo Palma. [Online].; 2022 [cited 02024 Septiembre 23. Available from: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/3347/T030_71392060_T%20%20%20EDUARDO%20MONTENEGRO%20RIVERA.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

1 Najarro Rojas J. Repositorio Universidad Ricardo Palma. [Online].; 2022 [cited 2024 1 Octubre 1. Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/5277/MED-Najarro%20Rojas%2c%20Kelly%20Janneth.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

1 Mendez Pajares AN, Morales Mautino J. Repositorio Universidad Ricardo Palma. 2 [Online].; 2021 [cited 2024 Octubre 1. Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/3793/MORALES%20MAUTINO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

1 Palacios Vivanco , Moquillaza Alcántara , Barja Ore. Características de la atención prenatal y su asociación con el lugar y tipo de parto de mujeres peruanas. Ginecología y obstetricia de México. 2024 Mayo; 92(1).

1 Jorge Chahuayo , Vilca Aponte , Munares García. ATENCIÓN PRENATAL EN 4 GESTANTES DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN HUANCAVELICA, PERÚ. . Rev Int Salud Materno Fetal. 2024 Agosto; 9(3).

1 Otañe Reginaldo E, Quispe Poma K. Repositorio Universidad Nacional de Huancavelica. 5 [Online].; 2023 [cited 2024 Septiembre 12. Available from: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/bf7b4fab-5070-4717-8c4e-45d53777a2f1/content>.

1 Huapaya Torres , Santos Rosales , Moquillaza Alcántara. Factores asociados con el parto. 6 Ginecol Obstet Mex. 2022 Marzo; 90(5).

1 Espinoza Garcia D. Repositorio Universidad Ricardo Palma. [Online].; 2025 [cited 2024 7 Septiembre 22. Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/791c796f-49f3-49e7-9c2e-3b0951bdeaa0/content>.

1 Apolaya Segura , Herrera Añazco. Factores asociados al parto domiciliario en población 8 rural durante primer año de pandemia de COVID-19 en el Perú. Rev. Cuerpo Med. . HNAAA. 2024 Marzo; 17(1).

1 Isidro Ríos , Gutiérrez Aguado. Factores prenatales asociados al cumplimiento del 9 esquema basico de vacunas en menores de 5 años. Rev. Fac. Med. Hum. 2021 Abril; 21(2).

2Hernández Vásquez , Vargas Fernández , Bendezu Quispe. Factores asociados a la calidad de la atención prenatal en Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2019 Junio/Septiembre; 36(2).

2Correa Guzmán N, Sepúlveda Herrera D, Restrepo Mesa , Cárdenas Sánchez , Mendoza Uribe A, Manjarrés Correa. Ingesta dietética y patrón alimentario de las mujeres en periodo de gestación y lactancia de los pueblos indígenas de Colombia. Problemática que requiere urgente atención. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2023 Septiembre/Diciembre; 41(3).

2Pascoal Eduardo , Cerveira de Baumont , Silva Barbosa M, Francisco Ricardo. 2Conhecimento das puérperas sobre a importância da consulta pré-natal e da vacina antitetânica no Centro Materno Infantil da Funda, Angola. Saberes Plurais. 2022 Julio; 8(2).

2Amay Jimenez JD. Repositorio Universidad Estatal Peninsula de Santa Elena. [Online].; 32020 [cited 2024 Octubre 5. Available from: <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/7099/1/UPSE-TEN-2022-0002.pdf>.

2Perez Arias. Repositorio Universidad de Panama. [Online].; 2021 [cited 2024 Octubre 6. Available from: https://up-rid.up.ac.pa/5100/1/nestor_perez.pdf.

.

2Ochoa Gelvez. Conocimiento, actitudes y prácticas de mujeres gestantes respecto a la vacunación. Rev. chil. infectol. 2023 Junio; 40(3).

.

2Inthamoussu , Viroga , Speranza. Factores que influyen en la adherencia a la vacuna contra la tosferina en mujeres embarazadas en Uruguay. Rev. chil. infectol. 2021 Junio; 38(3).

.

2Londoño Cadena dC, Ibáñez Correa M, Valencia Rivas , Anaconda Cruz , Abou Trabi REB, Pacheco López. Frecuencia y factores relacionados al no cumplimiento del control prenatal en gestantes de 35 años o más en el Cauca, Colombia, 2016-2018. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2022 Septiembre; 73(3).

2Organizacion Mundial de la Salud. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2016 8 [cited 2024 Octubre 5. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>.

2Ministerio de Salud. Ministerio de Salud del Peru. [Online].; 2019 [cited 2024 Octubre 5. Available from: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5013.pdf>.

.

- 3 Diaz Bueno A, Saiz Mantilla DK, Villamizar Jerez EN. Repositorio Universidad CES. 0 [Online].; 2024 [cited 2024 Octubre 6. Available from: . <https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/8718/Estrategias%20para%20disminuir%20las%20complicaciones%20materno%20perinatales%20asociadas%20a%20la%20inassistencia%20al%20control%20prenatal%20desde%20la%20visi%3%b3n%20del%20auditor%2c%20revisi%3>.
- 3 Guardado Arambulo H. Repositorio de la Universidad Cesar Vallejo. [Online].; 2023 1 [cited 2024 Octubre 6. Available from: . https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/106719/Guardado_ALH-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- 3 Zavala León S, Vásquez Aponte Y. Repositorio Universidad Antenor Orrego. [Online].; 2018 [cited 2024 Octubre 06. Available from: . https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/4054/RE_OBST_DEBOR_ATH.ZAVALA_YACELLY.V%C1SQUEZ_ATENCI%D3N.PRENATAL.REENFOCADA_DATOS.PDF;jsessionid=BB00E4F278EDC6416E3D864DF0F5A3E3?sequence=1.
- 3 Santa María Ortiz , Álvarez Silveiras , Alves Pérez , García Lavandeira S. Desenlaces 3 maternos y neonatales relacionados con edad materna avanzada. Ginecología Obstetricia . Mexico. 2020 Febrero; 88(2).
- 3 Martínez E, Montero G, Zambrano R. El embarazo adolescente como un problema de 4 salud pública. Espacios. 2020 Noviembre; 41(47).
- .
- 3 Lapa Carhuallanqui. Repositorio Universidad Peruana Los Andes. [Online].; 2023 [cited 5 2024 Octubre 08. Available from: . https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/5887/T03_70041977_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- 3 Quijaite Masías , Valverde Espinoza , Barja Ore. Factores asociados al inicio tardío de la 6 atención prenatal en un Centro de Salud del Callao, Perú. Revista Cubana de Obstetricia y . Ginecología. 2019 Octubre-Diciembre; 45(4).
- 3 Palacios Vivanco , Moquillaza Alcántara V, Barja Ore. Características de la atención 7 prenatal y su asociación con el lugar y tipo de parto de mujeres peruanas. Ginecología y . obstetricia de México. 2024 Mayo; 92(1).
- 3 Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Universidad Autónoma del Estado de 8 Hidalgo. [Online].; 2020 [cited 2024 Octubre 9. Available from: . <https://uaeh.edu.mx/onutmi/condiciones-biologicas.html>.

3 Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y el Comité de Práctica Obstétrica de la
9 Sociedad de Medicina Materno-Fetal. Definición de embarazo a término. Revista de
. Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2013 Diciembre ; 73(4).

4 Barrera Barrera , Petraello Rojas C, Martínez Vera , Neira Pérez , Órdenes-Osorio ,
0 Sandoval Rubilar , et al. Percepción de las vías del parto de mujeres en edad reproductiva:
. una revisión de la literatura. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2022 Abril;
87(2).

4 Castellanos Villegas , Hernández García , Vázquez Martínez. Papel de las hormonas
1 progesterona, estradiol y oxitocina en la función del miometrio durante el embarazo y el
. trabajo de parto. Perinatología y reproducción humana. 2023 Enero/Marzo; 37(1).

4 Majuan Paredes AK. Repositorio Universidad Privada Antenor Orrego. [Online].; 2022
2 [cited 2024 Octubre 13. Available from:
. https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/9588/REP_ALEN.MAJUAN_PARTO.PROLONGADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

4 Valentin Vargas HI. Repositorio Universidad Jose Carlos Mariategui. [Online].; 2023
3 [cited 2024 Octubre 13. Available from:
. https://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/1967/Herlinda_trab-acad_titulo_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

4 Veintimilla Chinga K, Ledezma Hurtado MA, Marrero González , López , Loor Lino H.
4 Hugo Loor Lino. QhaliKay. 2020 Mayo/Agosto; 4(2).

4 Nápoles Méndez , del Puerto Cruz , Rodríguez García , Piloto Padrón , Castillo González
5 D, Lim Alonso , et al. Principales emergencias obstetricas que causan ingreso en las
. unidades de cuidados intensivos. Primera ed. Nápoles Médez , editor. La Habana: Editorial
Ciencias Médicas; 2021.

4 Fong Pantoja , Garcés Suarez M. Factores de riesgo relacionados con las complicaciones
6 de la hemorragia obstétrica. Revista Cubana de Medicina Familiar. 2023 Septiembre;
. 52(4).

4 Vargas Felix. Repositorio de la Universidad Autonoma del Estado de Mexico. [Online].;
7 2021 [cited 2024 Octubre 13. Available from:
. file:///C:/Users/usuario/Downloads/GUSTAVO%20VARGAS%20FELIX_TESIS.pdf.

4 Buelvas Ochoa Y, Bula Romero , Cuadrado Banda C. Resultados maternos y neonatales
8 en mujeres con transtornos hipertensivos en embarazos lejos del termino. Rev. Colomb.
. Enferm. 2021 Marzo; 20(I).

4 Farfán-Cano , Farfán-Cano HR, Altamirano-Rodas , Quinde-Zambrano , Loor-Parada W, Zambrano-Velásquez JLD, et al. Trastornos hipertensivos del embarazo en adolescentes. . Rev. Cien. Ec. 2022 Abril; 4(1).

5 Romero Infante C, Uriel M, Porrás-Ramírez A, Eslava de García RM, Ramírez Corredor 0 AL, Rincón Franco S, et al. Características epidemiológicas de los trastornos hipertensivos . durante el embarazo en una población de alto riesgo. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2022 Noviembre; 22(3).

5 Acuña Solis ES. Repositorio Universidad San Marcos. [Online].; 2022 [cited 2024 Octubre 13. Available from: . <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/97c0f1e7-e41b-4054-9509-d9758a35a830/content>.

5 Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Sociedad Española de Ginecología y 2 Obstetricia. [Online].; 2020 [cited 2024 Octubre 13. Available from: . <https://bibliotecavirtual.sego.es/uploads/app/1297/elements/file/file1677840183.pdf>.

5 Ramírez Zelada V. Repositorio Universidad Privada Antenor Orrego. [Online].; 2024 3 [cited 2024 Octubre 13. Available from: . https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/23631/1/REP_ALAN.RA_MIREZ_FACTORES.CLINICOS.pdf.

5 Caicedo Marmolejo B, Olaya Contreras. Actualidad en corioamnionitis: una mirada. Univ. 4 Med. 2022 Octubre/Diciembre; 63(4).

.

5 Jaramillo Vera , Cedillo Rueda D, Orellana Pelaez A. Sepsis puerperal e histerectomía: un 5 caso para cuidados en enfermería. Pol Con. 2023 Agosto; 8(8).

.

5 Garcia Camacho GI. Repositorio Pontificia Universidad Católica del Ecuador. [Online].; 6 2023 [cited 2024 Octubre 13. Available from: . <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/6b67f67b-ca79-4fe3-80c2-003ad4ddd016/content>.

5 Fleitas Gutiérrez. Sepsis en etapa de puerperio: Una revisión bibliográfica desde la 7 enfermería. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. 2024 Septiembre; 19(17).

.

5 Zerna Bravo M, Alvarado Álvarez , Herrera Rivera , Mena Martín. Identificación de 8 riesgos obstétricos en tiempos de COVID-19 en un área comunitaria de salud, Ecuador. . Revista Información Científica. 2022 Mayo; CI(3).

- 5 Rodriguez Lecaros. Repositorio Universidad Ricardo Palma. [Online].; 2022 [cited 2025 9 Marzo 23. Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/87ff82fc-c561-4f9c-a972-8908d61945f0/content>.
- 6 Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. 0 Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. [Online].; 2022 [cited 2025 Marzo 23. Available from: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/high-risk/informacion/factores>.
- 6 Troya Diaz A, Carpio Balladares. Repositorio Universidad Tecnica Babahoyo. [Online].; 1 2024 [cited 2025 Marzo 23. Available from: <https://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/16439/P-UTB-FCS-OSBT-000185.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 6 Timoteo Barrantes G. Repositorio Universidad Ricardo Palma. [Online].; 2022 [cited 2025 2 Marzo 23. Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/313e4217-7660-4347-a106-14d3fea4f0ba/content>.
- 6 Cano Montesdeoca V, Marrero Gonzalez D. Percepción de embarazadas sobre las barreras 3 para el acceso al control prenatal. Revista Eugenio Espejo. 2024 Abril; VXIII(1).
- 6 Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2017 4 [cited 2025 Marzo 2025. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>.
- 6 Mejía Montilla J, Reyna Villasmil , Reyna Villasmil. Consumo de micronutrientes durante 5 el embarazo y la lactancia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2021 Octubre- Diciembre; LXVII(4).
- 6 Vaca Pérez , Favier Torres A. Suplementación con vitaminas, minerales y otros 6 micronutrientes durante el embarazo. Revista Información Científica. 2023 Abril; 102.
- 6 Elba Escoba R. Atención nutricional de la mujer embarazada: valoraciones y prioridades. 7 Revista Multidisciplinaria de Investigación. 2023 Abril; 2(1).
- 6 Ministerio de Salud del Peru. Ministerio de Salud del Peru. [Online].; 2017 [cited 2025 8 Marzo 23. Available from: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>.

6 Elsevier. Enciclopedia Internacional de Geografía Humana (segunda Edición). Segunda 9ed. Kobayashi A, editor. Canada: Elsevier; 2020.

.

7 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Instituto Nacional de Estadística e 0 Informática. [Online].; 2023 [cited 2025 Marzo 24. Available from: . <https://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/est/lib0862/anexo04.pdf>.

7 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Instituto Nacional de Estadística e 1 Informática. [Online].; 2016 [cited 2025 Marzo 24. Available from: . https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1384/cap03.pdf.

7 Instituto Nacional de Estadística e Informática. Instituto Nacional de Estadística e 2 Informática. [Online].; 2014 [cited 2025 Marzo 24. Available from: . https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/pdf/cap008.pdf.

7 Ministerio de Salud. Ministerio de Salud. [Online].; 2023 [cited 2025 Marzo 24. Available 3 from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/755432-gestantes-necesitan-al-menos-3-vacunas-para-proteger-su-salud-y-la-de-su-bebe>.

7 Ministerio de Salud. Ministerio de Salud. [Online].; 2022 [cited 2025 Marzo 24. Available 4 from: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-884-2022-MINSA-mod-RM-218-2024.pdf>.

7 Olivares Albornoz. El rol histórico de la cesárea y su relación con la mortalidad materna. 5 Perinatología y reproducción humana. 2022 Septiembre/Diciembre; 35(3).

.

7 Rodríguez López, Correa Avendaño, Martínez Avila, Merlo. Análisis multinivel del efecto 6 del lugar de nacimiento en la proporción de partos por cesárea en Colombia. Colombia . Medica. 2021 Septiembre; 52(3).

7 Altamirano Mejía. Repositorio Universidad Nacional San Luis Gonzaga. [Online].; 2023 7 [cited 2025 Marzo 24. Available from: . <https://repositorio.unica.edu.pe/server/api/core/bitstreams/4ba9c112-2536-4541-b65b-39999b7b66ff/content>.

Anexos

Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLE	METODOLOGIA
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cómo se relacionan las características del ámbito obstétrico y aquellas complicaciones que se presentan durante el parto en gestantes que recibieron atención médica en el Perú, encuesta nacional y demográfica de salud año 2023 - ENDES?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Establecer la relación entre las características de la gestante y los factores asociados a complicaciones obstétricas según la encuesta nacional y demográfica de salud 2023-ENDES.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> •Establecer la relación entre el factor de la edad de la madre con las complicaciones que ocurren durante el parto en gestantes que recibieron atención médica en el Perú, encuesta nacional y demográfica de salud 2023-ENDES •Establecer la relación entre el factor de orden de nacimiento de los hijos con las complicaciones que ocurren durante el parto en gestantes que recibieron atención médica en el Perú, encuesta nacional y demográfica de salud 2023-ENDES •Establecer la relación entre el factor de visitas de control prenatal con las 	<p>H₁: ¿Existe relación significativa entre las características de la gestante y los factores asociados a complicaciones obstétricas según la encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2023?</p> <p>H₀: ¿No existe relación significativa entre las características de la gestante y los factores asociados a complicaciones obstétricas según la encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2023?</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Complicaciones del parto</p> <p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Características Obstétricas</p>	<p>DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO</p> <p>Cuantitativo, no experimental y Observacional, puesto que solo se realiza una revisión de la ENDES, lo cual pone de manifiesto que no se realizara ningún tipo de intervención de las personas que participaron en la encuesta.</p> <p>POBLACION</p> <p>La población se compone de 32050 mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, que han tenido al menos un hijo en los últimos cinco años y han proporcionado la información relacionada con los factores asociados a complicaciones del parto</p>

	<p>complicaciones que ocurren durante el parto en gestantes que recibieron atención médica en el Perú, encuesta nacional y demográfica de salud 2023-ENDES</p> <ul style="list-style-type: none"> •Establecer la relación entre el factor del lugar del parto con las complicaciones que ocurren durante el parto en gestantes que recibieron atención médica en el Perú, encuesta nacional y demográfica de salud 2023-ENDES •Establecer la relación entre el factor de área de residencia con las complicaciones que ocurren durante el parto en gestantes que recibieron atención médica en el Perú, encuesta nacional y demográfica de salud 2023-ENDES 		<p>de la encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2023</p> <p>MUESTRA</p> <p>Se considero 18 434 como muestra a mujeres que cursaban edades fértiles y que registraron al menos un hijo nacido vivo en los cinco últimos años según la encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2023.</p> <p>TECNICA E INSTRUMENTO</p> <p>La ENDES empleó la encuesta como método y se utilizaron tres instrumentos. Este estudio</p>
--	---	--	---

				<p>se llevó a cabo utilizando una base de datos secundaria hallada en la página web del INEI. Se descargaron las bases de datos en SPSS versión 27, las cuales fueron procesadas y examinadas en dicho programa informático.</p>
--	--	--	--	--

Anexo 2: Operalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Tipo de Variable	Escala de Medición	Indicadores	Fuente de Verificación
Características Obstétricas	Aquellas características biológicas de la gestación de las pacientes	Aspectos biológicos de la gestación como lo son : La paridad , cantidad de controles prenatales , trimestre de inicio de los controles prenatales , gestaciones a termino	Número de hijos	Cuantitativa	Razón	1 2-3 4-5 >/= 6	ENDES 2023
			Numero de atenciones prenatales	Cualitativa	Nominal	<6 controles prenatales >/= 6 controles prenatales	
			Mujeres que consumieron micronutrientes o medicamentos desparasitantes	Cualitativa	Nominal	Si No	
			Mujeres que recibieron la vacuna contra el tétanos	Cualitativa	Nominal	Si No	
Complicaciones del parto	Propiedades fisiopatológicas o clínicas que se presentan durante el embarazo , trabajo de	Alteraciones de manera negativa las cuales puedan presentarse durante el parto	Lugar de parto	Cualitativa	Nominal	Establecimiento de salud Otro	ENDES 2023

	parto y puerperio ,los cuales puedan agravar la condición de salud de la madre y el producto		Gestaciones que terminaron en cesárea	Cualitativa	Nominal	Si No
			Edad	Cuantitativa	Razón	15-19 años 20-29 años 30-39 años 40-49 años
			Área de residencia	Cualitativa	Nominal	Urbana Rural

Anexo 3: Base de datos

BASE DE DATOS																		
MUESTRA: Mujeres en edad fértil 15 a 49 años de edad con 1 hijo o más en los últimos 5 años	PARTOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, PARTOS ATENDIDOS POR PROFESIONAL DE SALUD CALIFICADO Y PARTO INSTITUCIONAL DEL ÚLTIMO NACIMIENTO EN LOS CINCO AÑOS QUE PRECEDIERON LA ENCUESTA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2023			MUJERES DE 15 A 49 AÑOS QUE RECIBIERON VACUNAS CONTRA EL TÉTANOS EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS QUE PRECEDIERON LA ENCUESTA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2023						INGESTA DE MICRONUTRIENTES DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS QUE TUVIERON HIJAS E HIJOS EN LOS CINCO AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA O DE MEDICAMENTOS DESPARASITANTES DURANTE EL EMBARAZO DE LA ÚLTIMA HIJA O HIJO, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2023						NACIMIENTOS POR CESÁREA, SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA 2023		
	Parto institucional último nacimiento	Parto institucional último nacimiento Porcentaje	Total	Mujeres que recibieron dos o más inyecciones contra el tétano durante último embarazo	Mujeres que recibieron dos o más inyecciones contra el tétano durante último embarazo Porcentaje	Total	Mujeres cuyo último nacimiento fue protegido o contra el tétano	Mujeres cuyo último nacimiento fue protegido contra el tétano Porcentaje	Total	Mujeres por número de días que tomaron hierro/tableta de ácido fólico durante el embarazo	Mujeres por número de días que tomaron hierro/tableta de ácido fólico durante el embarazo Porcentaje	Total	Mujeres que tomaron medicamentos desparasitantes durante el embarazo del último hijo (a)	Mujeres que tomaron medicamentos desparasitantes durante el embarazo del último hijo (a) Porcentaje	Total	Nacimientos por Cesárea	Porcentaje	Total
Edad de la madre al nacimiento																		
Menos de 20 años	1874	90.5	2 070	1 033	49.9	2 070	1 421	68.7	2 070	506	56.6	894	61	6.8	894	606	24.0	2 530
20-34	11600	93.1	12 460	6 729	54.0	12 460	9 299	74.6	12 460	9,512	71.0	13 397	991	7.4	13 397	4 441	37.7	11 767
35-49	3727	95.5	3 904	2 115	54.2	3 904	2 920	74.8	3 904	2,517	65.3	3 855	231	6.0	3 855	1 906	46.1	4 137
	**	**	18 434	**	**	18 434	**	**	18 434	**	**	18146	**	**	18146	**	**	18 434
Orden de nacimiento																		
Primer nacimiento	5427	95.7	5 671	3 001	52.9	5 671	3 892	68.6	5 671	**	**	**	**	**	**	2 776	41.5	6 693
2-3	9116	94.2	9 681	5 155	53.2	9 681	7 286	75.3	9 681	**	**	**	**	**	**	3 265	39.4	8 283
4-5	2114	88.6	2 386	1 332	55.8	2 386	1 945	81.5	2 386	**	**	**	**	**	**	729	27.6	2 638
6 y más	527	75.8	696	398	57.2	696	539	77.5	696	**	**	**	**	**	**	131	16.0	820
Visitas para control prenatal										**	**	**	**	**	**	**	**	**
Ninguna	97	42.5	228	109	47.8	228	149	65.5	228	**	**	**	**	**	**	**	**	**
1-3 visitas	494	87.5	565	321	56.8	565	421	74.5	565	**	**	**	**	**	**	**	**	**

4 y más visitas	16607	94.1	17 641	9 608	54.5	17 641	13 209	74.9	17 641	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Área de residencia										**	**	**	**	**	**	**	**	**
Urbana	12660	97.1	13 035	6 472	49.6	13 035	9 288	71.3	13 035	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Rural	4422	81.9	5 399	3 066	56.8	5 399	4 129	76.5	5 399	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Lugar del parto										**	**	**	**	**	**	**	**	**
Establecimiento de salud	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	15677	92.2	17 003
Otro lugar	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	111	7.78	1 431




20% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 18%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 8%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 18% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 8% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	
	dhsprogram.com	3%
2	Internet	
	hdl.handle.net	2%
3	Internet	
	proyectos.inei.gob.pe	2%
4	Internet	
	repositorio.uwiener.edu.pe	1%
5	Internet	
	alicia.concytec.gob.pe	<1%
6	Internet	
	pesquisa.bvsalud.org	<1%
7	Trabajos entregados	
	uwiener on 2025-07-19	<1%
8	Trabajos entregados	
	Universidad Católica de Santa María on 2025-08-12	<1%
9	Internet	
	dialnet.unirioja.es	<1%
10	Internet	
	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
11	Internet	
	www.revinf.cl	<1%