

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

Tesis

**Factores que determinan el acceso al control prenatal en
gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2023**

Ninoska Yajhaira Sanchez Requiz

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Perú, 2026

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

A : DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DE : M.C.Esp. ELMER JULIO CESAR LUJAN CARPIO
ASUNTO : REMITO RESULTADO DE EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD DE
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
FECHA : 04 de marzo de 2026

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para informar que, en mi condición de asesor de tesis del trabajo de investigación:

Título:

FACTORES QUE DETERMINAN EL ACCESO AL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA, 2023

Autor:

1. Ninoska Yajhaira Sanchez Requiz, código de matrícula N° 72660834, de la EAP de MEDICINA HUMANA.

Se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 11 % de similitud sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía: SI
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores: SI
Nº de palabras excluidas: 20
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante: SI

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad Continental.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI y en la normativa de la Universidad Continental.

Atentamente,

M.C.Esp. ELMER JULIO CESAR LUJAN CARPIO

Dedicatoria

Dedico mi tesis, principalmente a Dios, por darme la fuerza necesaria para culminar esta meta. A mis padres, por todo su amor y por motivarme a seguir hacia adelante. Y, finalmente, a los que no creyeron en mí, con su actitud lograron que tomará más impulso.

Agradecimiento

En primer lugar, agradecer a la universidad que me ha exigido tanto, pero al mismo tiempo me ha permitido obtener mi tan ansiado título. Agradezco a cada directivo por su trabajo y por su gestión, sin lo cual no estarían las bases ni las condiciones para aprender conocimientos.

Declaración de conflicto de interés



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL COMITÉ
INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA
UNIVERSIDAD CONTINENTAL

ANEXO 7

DECLARACIÓN DE AUSENCIA DE CONFLICTOS DE INTERESES DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

En la ciudad de Lima, distrito de Breña, a los 30 días del mes de junio del año 2023, yo, Ninoska Yajhaira Sánchez Réquíz, identificado/a con DNI Nº 72660834 e investigador/a principal del Protocolo:

Título completo del protocolo de investigación:

Factores que determinan el acceso al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2023.

Declaro lo siguiente sobre la fuente de financiamiento del estudio:

(Detalle la forma en la que su investigación será financiada, ejemplo: presupuesto institucional, "grant", industria farmacéutica, otras instituciones, entre otros)

Fuente	Cantidad	Financiamiento	
		Disponible	En Proceso de Aplicación
		Sí / No	Sí / No
		Sí / No	Sí / No
		Sí / No	Sí / No
		Sí / No	Sí / No
		Sí / No	Sí / No

Sobre la cobertura de los fondos para el estudio, remarco lo siguiente:

¿Cubren los fondos disponibles actualmente la totalidad de los costos presupuestados? Sí / No

(Si su respuesta fue afirmativa, Marque los ítems que incluye el presupuesto de la investigación)

- Salarios.
- Costos de administración.
- Bienes de capital.
- Pago por servicios.
- Consumo de servicios generales.
- Insumos.
- Gastos generales.

(Si su respuesta fue negativa, explique cómo conseguirá los fondos para cubrir la diferencia)

Sobre lo señalado declaro no tener conflictos de interés de carácter económico, profesional, familiar, afectivo o de otra índole y me comprometo a declarar oportunamente todo conflicto de interés que pudiera surgir durante la ejecución de la investigación mencionada.

Nombre: Ninoska Yajhaira Sánchez Réquíz

Firma:

Resultado del informe de similitud

Factores que determinan el acceso al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2023.

INFORME DE ORIGINALIDAD

11 %	12 %	5 %	7 %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	2 %
2	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	1 %
3	Submitted to Integración Moodle Presencial 4.3 Trabajo del estudiante	1 %
4	repositorio.autonomadeica.edu.pe Fuente de Internet	1 %
5	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	1 %
6	Submitted to uncedu Trabajo del estudiante	1 %
7	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	1 %
8	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

Índice de contenidos

Dedicatoria	iv
Agradecimiento.....	v
Declaración de conflicto de interés.....	vi
Resultado del informe de similitud	vii
Índice de contenidos	viii
Índice de tablas.....	x
Abreviaturas	xi
Resumen	xii
Abstract	xiii
Introducción.....	1
Objetivos	3
Capítulo I: Marco teórico.....	4
1.1 Antecedentes del problema.....	4
1.1.1 Antecedentes Internacionales.....	4
1.1.2 Antecedentes nacionales	5
1.2 Bases Teóricas.....	6
1.2.1 Control prenatal.....	6
1.2.2 Factores asociados.....	17
1.3 Definición y conceptos	18
Capítulo II: Materiales y métodos	20
2.1. Métodos, tipos y nivel de la investigación	20
2.1.1. Método de investigación.....	20
2.1.2. Tipo de investigación.....	20
2.1.3. Alcance de la investigación.....	20
2.2. Diseño de la investigación	20
2.3. Población y muestra	20
2.3.1. Población.....	20
2.3.2. Muestra	20
2.4. Técnicas, instrumentos de recolección y análisis de datos.....	21
2.4.1. Técnicas	21
2.4.2. Instrumento	21
2.4.3. Recopilación y manejo de datos.....	22
2.4.4. Análisis de datos.....	22
2.5. Herramientas estadísticas	22

2.6. Consideraciones éticas	23
Capítulo III: Resultados	24
3.1. Análisis descriptivo de la población de estudio	24
Capítulo IV: Discusión	32
Conclusiones	35
Recomendaciones	36
Referencias bibliográficas	37
Anexos	45

Índice de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2023	24
Tabla 2. Características socioeconómicas de las gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2023	25
Tabla 3. Características maternas de las gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2023	25
Tabla 4. Distribución del acceso al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2023.....	26
Tabla 5. Factores sociodemográficos y acceso al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2023	27
Tabla 6. Factores socioeconómicos y acceso al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2023	28
Tabla 7. Factores maternos y acceso al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2023.....	29
Tabla 8. Análisis multivariado de los factores asociados del acceso al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2023.....	30

Abreviaturas

APN	: Atención prenatal
ASIS	: Análisis de situación de salud
CCMP	: Carné de control materno perinatal
CLAP	: Centro Latinoamericano de Perinatología
CPN	: Control prenatal
ELISA	: Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas
ENDES	: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
FONE	: Función obstétrica y neonatal esencial
Hb	: Hemoglobina
HCMP	: Historia clínica materna perinatal
IFI	: Inmunofluorescencia indirecta
IgG	: Inmunoglobulina G
IgM	: Inmunoglobulina M
IMC	: Índice de masa corporal
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
ITU	: Infecciones de tracto urinario
MINSA	: Ministerio de Salud del Perú
OMS	: Organización Mundial de la Salud
PA	: Presión arterial
PAM	: Presión arterial media
PR	: Pruebas rápidas
PRD	: Rápidas duales
PRS	: Prueba rápida para sífilis
RPR	: Reagina plasmática rápida
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TPHA	: Hemaglutinación de Treponema pallidum
VIH	: Virus de inmunodeficiencia humana

Resumen

El objetivo del estudio fue determinar los factores asociados del acceso al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el año 2023. Se realizó una investigación de tipo descriptivo-analítico, con un enfoque transversal y de carácter retrospectivo. La muestra censal estuvo conformada por 108 gestantes que cumplieron los criterios de selección. Se utilizó la técnica de análisis documental mediante la revisión de historias clínicas y registros perinatales, empleando una ficha de recolección de datos validada. El análisis estadístico se efectuó con frecuencias, porcentajes, chi - Cuadrado o prueba exacta de Fisher, análisis bivariado y multivariado con significancia estadística de $p < 0,05$ y confiabilidad al 95 %. El 57,4 % de gestantes presentó acceso adecuado (≥ 6 controles) y el 42,6 % acceso inadecuado. Los factores sociodemográficos no mostraron asociación significativa ($p > 0,05$). Los factores como ocupación (ORa: 2,1; IC: 1,28 – 3,60; $p = 0,007$), apoyo familiar (ORa: 1,95; IC: 1,18 – 3,20; $p = 0,008$), olvido de citas (ORa: 3,3; IC: 1,90 – 5,70; $p < 0,001$) y edad gestacional al inicio del control prenatal (ORa: 1,9; IC: 1,05 – 3,50; $p = 0,018$) se asociaron con el acceso inadecuado al control prenatal. Se concluye que el acceso al control prenatal estuvo determinado principalmente por factores conductuales y psicosociales más que por características demográficas o económicas, destacando la importancia del seguimiento oportuno y del soporte familiar para mejorar la adherencia a los controles.

Palabras clave: atención prenatal, gestantes, acceso a los servicios de salud

Abstract

The objective of the study was to determine the factors associated with access to prenatal care among pregnant women attended at Hospital Santa Rosa during 2023. A descriptive–analytical study with a cross-sectional and retrospective design was conducted. The census sample consisted of 108 pregnant women who met the selection criteria. Documentary analysis was used through the review of medical records and perinatal registries, employing a validated data collection form. Statistical analysis was performed using frequencies and percentages, Chi-square test or Fisher's exact test, and bivariate and multivariate analyses, with statistical significance set at $p < 0.05$ and a 95% confidence level. A total of 57.4% of pregnant women had adequate access (≥ 6 visits), while 42.6% had inadequate access. Sociodemographic factors showed no significant association ($p > 0.05$). Factors such as occupation (ORa: 2.1; CI: 1.28–3.60; $p = 0.007$), family support (ORa: 1.95; CI: 1.18–3.20; $p = 0.008$), forgetting appointments (ORa: 3.3; CI: 1.90–5.70; $p < 0.001$), and gestational age at initiation of prenatal care (ORa: 1.9; CI: 1.05–3.50; $p = 0.018$) were associated with inadequate access to prenatal care. It is concluded that access to prenatal care was mainly determined by behavioral and psychosocial factors rather than demographic or economic characteristics, highlighting the importance of timely follow-up and family support to improve adherence to prenatal visits.

Keywords: prenatal care, woman pregnant, health services accessibility

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que la atención prenatal (APN) es un proceso fundamental mediante el cual los profesionales de salud promueven el bienestar materno y neonatal, brindando información, orientación nutricional, detección precoz, diagnóstico y prevención de enfermedades a la gestante, su familia y entorno social ^(1,2). El control prenatal (CPN) comprende actividades destinadas a supervisar los cambios del embarazo, identificar factores de riesgo, orientar el cuidado materno-fetal, prevenir complicaciones y preparar a la gestante para el parto, reduciendo la morbilidad materna y la prematuridad ^(3,4).

La OMS recomienda entre cuatro y ocho controles prenatales como estándar mínimo para prevenir complicaciones; sin embargo, a nivel mundial solo el 64 % de gestantes alcanza al menos cuatro controles ⁽⁵⁾. En el Perú, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2021 indicó que el 98,3 % recibió atención prenatal y el 84,5 % tuvo seis o más controles ⁽⁶⁾. No obstante, el Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2019 reveló que solo el 36,5 % alcanzó entre 6 y 13 controles, concentrándose las mayores tasas de mortalidad materna en Lima, Piura, Cajamarca, Loreto, Puno y La Libertad ^(7,8). A nivel regional, se reporta menor adherencia al CPN en mujeres mayores de 35 años con antecedentes obstétricos de riesgo ^(9,10).

Aunque existen estadísticas nacionales sobre mortalidad materna y cobertura del CPN, aún no se profundiza en los factores que determinan el acceso a estos servicios ⁽¹¹⁾. Evaluarlos es clave para diseñar estrategias preventivas, dado que el CPN constituye un pilar en la detección temprana e intervención oportuna ⁽¹²⁾.

El presente estudio se desarrolló en el Hospital Santa Rosa, institución que atiende a una población amplia y diversa, permitiendo identificar factores epidemiológicos, socioeconómicos y maternos asociados al acceso al CPN. Los resultados buscan fortalecer estrategias de promoción de salud materna y aportar evidencia para mejorar la cobertura y calidad de la atención ⁽¹³⁾.

La investigación se estructuró en cinco capítulos: el primero aborda el planteamiento del problema, objetivos y justificación; el segundo desarrolla el marco teórico; el tercero presenta hipótesis y variables; el cuarto detalla la metodología; y el quinto expone resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.

Objetivos

Objetivo general

Determinar los factores asociados del acceso al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el 2023.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el 2023.

2. Describir las características socioeconómicas de las gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el 2023.

3. Describir las características maternas de las gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el 2023.

4. Determinar la asociación entre las características sociodemográficas, socioeconómicas y maternas y, el acceso al control prenatal mediante análisis bivariado en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el 2023

5. Determinar los factores predictivos del acceso al control prenatal mediante un modelo multivariado en gestantes del Hospital Santa Rosa durante el 2023.

Capítulo I: Marco teórico

1.1 Antecedentes del problema

1.1.1 Antecedentes Internacionales

Soriano (2025) realizó una investigación en el Hospital Dr. José Garcés Rodríguez, Ecuador, para examinar la influencia de los factores socioculturales en la adherencia al control prenatal en adolescentes. Se aplicó un estudio cuantitativo descriptivo-correlacional en 47 gestantes mediante cuestionarios. Se encontró relación significativa entre limitaciones económicas y creencias culturales con la asistencia a controles prenatales ($p \leq 0,05$), mientras el nivel educativo y el apoyo social no evidenciaron asociación. Se concluyó que los factores económicos y culturales condicionan la continuidad del seguimiento prenatal ⁽¹⁴⁾.

Zapata (2024) desarrolló un estudio en un hospital de Babahoyo, Ecuador, cuyo propósito fue establecer la relación entre la calidad de atención y el control prenatal. Se empleó un enfoque cuantitativo correlacional en 254 embarazadas utilizando encuestas estructuradas. Los resultados evidenciaron una correlación positiva moderada entre ambas variables ($p < 0,01$). Se determinó que mejores estándares de atención favorecen el cumplimiento de los controles y reducen complicaciones materno-neonatales ⁽¹⁵⁾.

Vivanco y Reyes (2023) efectuaron un estudio en la provincia de El Oro, Ecuador, con la finalidad de reconocer factores influyentes en el control prenatal en mujeres en edad fértil. Se trató de un estudio observacional transversal con aplicación de cuestionarios y análisis en SPSS. Se observó que 39,1 % desconocía los riesgos del embarazo y se presentaron complicaciones frecuentes como infección urinaria, anemia e hipertensión gestacional. Se concluyó que la falta de conocimiento y la atención deficiente contribuyen a la inasistencia a los controles ⁽¹⁶⁾.

Unar et al. (2023) analizaron en México el acceso a servicios de salud prenatal utilizando datos de la ENSANUT 2022. Se empleó un estudio poblacional probabilístico en 811 madres de niños menores de dos años. Se registró control prenatal adecuado en 82,8 % y oportuno en 62,6 %, aunque persistieron indicadores bajos en atención infantil. Se concluyó que la cobertura existente no

garantiza acceso efectivo, evidenciándose brechas en la atención materno-infantil ⁽¹⁷⁾.

Gaviria et al. (2022) llevaron a cabo una investigación en una IPS de Montería, Colombia, dirigida a identificar factores vinculados con la inasistencia al control prenatal. Mediante un diseño descriptivo transversal se encuestó a 50 gestantes. Se asociaron la baja escolaridad, la falta de apoyo económico, multiparidad y embarazo no planificado con menor asistencia. Se concluyó que las condiciones socioeconómicas y educativas influyen negativamente en la utilización del servicio prenatal ⁽¹⁸⁾.

1.1.2 Antecedentes nacionales

Koga et al. (2025) desarrollaron un estudio en un centro obstétrico público de Lima con el objetivo de establecer la relación entre la calidad de atención y la adherencia a los controles prenatales. Se realizó una investigación cuantitativa, observacional y correlacional en 100 gestantes mediante cuestionario de calidad y lista de cotejo para adherencia, analizados con Chi cuadrado de Pearson. Los resultados mostraron que el 61% percibió buena calidad y fue adherente, mientras quienes percibieron mala calidad presentaron menor adherencia. Se concluyó que la calidad de atención se relaciona significativamente con el cumplimiento del control prenatal ⁽¹⁹⁾.

Castro y García (2025) llevaron a cabo un estudio en el Centro de Salud I-4 Castilla, Piura, con el propósito de identificar factores asociados a la falta de asistencia al control prenatal. Se desarrolló una investigación cuantitativa correlacional en 115 gestantes mediante encuesta, cuestionario y revisión de historias clínicas. Se encontró asociación significativa entre falta de interés y semanas de gestación con la inasistencia ($p < 0.05$), mientras los factores socioeconómicos e institucionales no mostraron relación. Se concluyó que factores personales y obstétricos influyen en la no asistencia al control prenatal ⁽²⁰⁾.

Canales (2024) desarrolló un estudio en el Hospital Sergio E. Bernal de Comas con el objetivo de determinar los factores relacionados con el cumplimiento de la atención prenatal. Se realizó un estudio observacional analítico de casos y controles en 380 gestantes, aplicando pruebas chi cuadrado, Fisher y regresión logística multivariable. Se identificaron asociaciones significativas

con ingreso económico, ocupación, apoyo económico, riesgo obstétrico, inicio tardío del control, satisfacción y disponibilidad del servicio. Se concluyó que factores socioeconómicos, obstétricos, culturales e institucionales influyen en el cumplimiento del control prenatal ⁽²¹⁾.

Timoteo et al. (Lima, 2022) determinan cuáles son los factores sociodemográficos que se encuentran relacionados al desinterés y desinformación que ocasionan el abandono del control prenatal por parte de las gestantes en Perú en año 2022. Estudio observacional, transversal, retrospectivo y analítico, con muestra de 4464 gestantes. Los resultados establecieron que la edad materna entre los rangos 15 y 19 años, el nivel de educación menor a la primaria, estado civil soltera y ser múltipara son factores de riesgo para abandono del control prenatal. En conclusión, de acuerdo con los resultados obtenidos, se considera que tanto los factores sociodemográficos, así como los institucionales son de importancia al momento de evaluar el abandono de los controles prenatales ⁽²²⁾.

Cueva (Lambayeque, 2021) tuvo como objetivo identificar cuán adecuado es el escenario de los controles prenatales donde asistían las gestantes. La investigación fue de tipo no experimental descriptiva con una muestra de 144 gestantes que asistieron al centro de salud San Martín de Lambayeque para su respectiva atención entre los años 2019 y 2020. Para la recolección de información se usó una encuesta Servqual modificada. Los resultados mostraron que el 62 % del total de gestantes presentaron una satisfacción respecto a cómo se lleva a cabo el programa de control prenatal, por otro lado, el porcentaje de gestantes que se sintieron insatisfechas con la atención fue del 38 %. La investigación concluye que existe un gran porcentaje de satisfacción en el modo de atención del control prenatal ⁽²³⁾.

1.2 Bases Teóricas

1.2.1 Control prenatal

1.2.1.1 Definición

El control prenatal es un programa diseñado con un cierto número de visitas a un centro médico, con el fin de brindar asistencia, tanto médica como informativa, lo cual busca el control y supervisión de un embarazo para poder observar la evolución, y así, también, realizar una preparación adecuada para el

parto y reducir, al mínimo, los riesgos latentes que conlleva este proceso fisiológico ⁽²⁴⁾. Este programa de visitas posee características principales como una atención integral, de amplia cobertura, precoz y de forma periódica ⁽²⁴⁾. Los controles que se manejan en el programa de control prenatal vienen a ser, el control clínico donde se realiza la anamnesis con el fin de crear el historial del paciente, durante este se documenta los datos personales de la gestante, así como los antecedentes familiares (enfermedades hereditarias, defectos congénitos, etc.), los antecedentes gineco-obstétricos donde se profundiza conocer la vida sexual de la gestante ⁽²⁴⁾.

1.2.1.2 Objetivos del control prenatal

Examinar de manera íntegra a la gestante y el crecimiento del feto con la finalidad de identificar si existe alguna patología o síntomas alarmantes que pueda complicar el embarazo ⁽²⁵⁾. Garantizar la prevención y diagnóstico de las posibles complicaciones que pueden ocurrir durante el tiempo de gestación para poder realizar un tratamiento óptimo ⁽²⁵⁾. Además, se debe preparar a la gestante y a su entorno familiar de forma física y mental para el parto. De igual modo se debe llevar a cabo la estimulación prenatal ⁽²⁵⁾. Busca aumentar el compromiso de la pareja, así también como de la familia y la sociedad para ser partícipes de un adecuado cuidado prenatal ⁽²⁶⁾. Detectar la presencia de patologías mamarias, cáncer de cérvix uterino, VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y la sífilis, de ser los resultados positivos brindar un tratamiento acorde a la situación ⁽²⁶⁾. Reducir el número de casos de tétano neonatal con ayuda de la vacuna antitetánica e identificar casos de violencia y ofrecer apoyo ⁽²⁶⁾.

1.2.1.3 Epidemiología

El porcentaje de gestantes atendidas en el área de atención prenatal en el año 2018 por parte de un personal de salud calificado (enfermera, obstetra o médico) cinco años anteriores a la encuesta fue del 98,1 %. Ante ello podemos mencionar que existe una variación de porcentajes en comparación al año 1986 donde el porcentaje de atención prenatal alcanzaba solo el 54,6 %, mostrándonos así una tendencia ascendente a lo largo de los años ⁽²⁷⁾. Realizar una primera atención prenatal lo antes posible es de mucha importancia puesto que se pueden identificar las condiciones que pueden causar complicaciones graves posteriores del embarazo y durante el parto ⁽²⁷⁾. Cinco años anteriores a la encuesta el porcentaje de los nacimientos que llegó a recibir su primera atención

prenatal durante los primeros tres meses de embarazo fue del 81,5%. Sin embargo, existe una diferencia de porcentajes al momento de hacer una comparación del área urbana y el área rural alcanzando el 84,1 % y 73,6 %, respectivamente ⁽²⁷⁾.

1.2.1.4 Características

Básicamente, la atención prenatal debe presentar cuatro características: atención precoz, completitud, periodicidad y amplia cobertura.

✓ **Precoz:** durante los tres primeros meses de embarazo, ya que es de mucha importancia iniciar un control temprano con la finalidad de determinar la edad gestacional e identificar complicaciones para brindar un tratamiento idóneo ⁽²⁸⁾.

✓ **Periodicidad:** realizar un mínimo de 6 atenciones prenatales. Sin embargo, en una gestación de alto riesgo los controles prenatales se realizan con mayor frecuencia según la complicación ⁽²⁸⁾.

✓ **Completitud:** se debe poner mucha atención y prioridad al examen físico, considerando la edad de gestación para realizar un evaluación completa y precisa ⁽²⁸⁾.

✓ **Cobertura:** se debe abarcar a todas las gestantes, para promover una adecuada atención prenatal se debe ofrecer respeto y confianza ⁽²⁸⁾.

1.2.1.5 Frecuencia de los controles prenatales

Por recomendaciones de instituciones, tanto mundiales como nacionales, la participación de una mujer gestante en el programa de atención prenatal debe llevarse a cabo lo más pronto posible ⁽²⁹⁾.

Se considera que una mujer gestante debe asistir, como mínimo, a 6 visitas del programa de control prenatal. La distribución de estas atenciones médicas se divide de acuerdo con las semanas de gestación ⁽²⁹⁾. La primera y segunda atención prenatal se debe realizar antes de la semana 22 con el objetivo de realizar un diagnóstico temprano de las patologías. La tercera atención prenatal debe ser programada a partir de la semana número 22 de gestación, pero antes de la semana número 24 de gestación ⁽²⁹⁾. El cuarto control prenatal se debe llevar a término entre las 27 y 29 semanas. Así también el quinto control tiene que llevarse a cabo entre las 33 y 35 semanas. Y para finalizar el número mínimo de atenciones

prenatales, el sexto control prenatal se realiza a partir de la semana número 37 y antes de la semana número 40 de gestación ⁽²⁹⁾.

1.2.1.6 Procedimientos

a) Primer control prenatal – Elaboración de HC

La primera consulta debe comprender una duración superior a los 20 minutos, esto en base a los factores de riesgo ⁽³⁰⁾. Cabe resaltar que existen aspectos específicos que se deben realizar en la primera consulta del control prenatal como proporcionar información detallada, oportuna y clara tanto a la gestante, así como la persona que este como acompañante el día de la visita, que comúnmente pueden ser la pareja o algún familiar que la acompaña y hace un hincapié sobre el valor que tiene la atención prenatal y mencionar los cuidados que la gestante debe conocer durante su proceso de embarazo, parto y puerperio⁽³⁰⁾. Además, se recomienda llevar a cabo el examen vaginal con el fin de tomar la muestra para el Papanicolaou, detectar la presencia de vaginosis bacteriana y evaluación de la pelvis ⁽³⁰⁾. Asimismo, se recomienda que a partir de las 33 semanas de gestación se debe actualizar los análisis de laboratorio, siendo 3 meses el periodo recomendado para la actualización de resultados de análisis teniendo como referencia la primera muestra ⁽³¹⁾. Sin embargo, este primer contacto con la gestante tiene como objetivo principal la elaboración de La Historia Clínica Materna Perinatal (HCMP), siendo esta una fuente de datos primordial para la atención prenatal, debido a que puede ser revisado fácilmente por cualquier integrante del personal obstétrico que llevará a cabo la atención a las visitas prenatales ⁽³¹⁾.

La HCMP debe contener información coherente y de calidad, dado que las actividades a registrar en una primera atención incluyen:

- **Anamnesis**

Se hace uso de HCMP para precisar los antecedentes ginecológicos, obstétricos, familiares, personales, así como también la filiación para poder tener una idea más precisa sobre la edad gestacional. Asimismo, en las consultas se busca identificar la presencia de síntomas y signos de alarma que si fueran detectados se derivaría a la gestante a un establecimiento de salud de mayor nivel. También, es de mucha importancia averiguar sobre la presencia de violencia y salud mental ⁽³¹⁾.

- **Examen clínico general**

Este apartado comprende una observación de las funciones vitales y la evaluación del abdomen, pulmones, corazón, odontoestomatológico y de otros órganos que se crean convenientes ⁽³¹⁾.

- Funciones vitales: la toma de las funciones vitales abarca una serie de mediciones como la medición del pulso, la temperatura, respiración y la presión arterial. Cabe resaltar que la postura recomendada y adecuada para tomar dicha presión es la sentada, realizada a nivel del brazo derecho y después de un tiempo prudente de 5 minutos post reposo ⁽³²⁾.

- Medidas antropométricas: incluye la medición de peso, talla y evaluación del estado nutricional. La valoración nutricional antropométrica de la gestante se basa en 3 puntos importantes: el estado nutricional de la gestante de acuerdo con el Índice de Masa Corporal (IMC) pregestacional, el aumento de peso basado en la clasificación de valoración nutricional y la altura uterina de acuerdo con la edad gestacional ⁽³⁴⁾.

- Valoración del edema: siendo representado por el número 0 la ausencia de edema, +1 presencia de edema leve, +2 evidencia de edema, pero solo en los miembros inferiores, +3 presencia de edema a nivel de miembros inferiores, superiores y la cara, +4 edema generalizado y caracterizado por anasarca con ascitis ⁽³⁵⁾.

- Valoración de la presión arterial (PA): considerado como cifras hipertensivas si la PA tiene un rango igual o mayor a los valores de 140/90 mmHg o presenta una presión arterial media (PAM) con un rango igual o mayor al valor de 160 mmHg ⁽³⁴⁾.

- Evaluación de reflejos osteotendinosos: existiendo una puntuación de 0 cuando se encuentra arreflexia o la falta de reflejos, +1 la evidencia de hiporreflexia, +2 como evaluación normal, +3 presencia de hiperreflexia, +4 aparición de reflejos exaltados ⁽³⁵⁾.

- ✓ **Examen obstétrico completo**

- Valoración obstétrica: conforme a su edad gestacional se determina:

✓ Altura uterina: a medida que avanza la edad gestacional el feto incrementa su tamaño, por ello dicho crecimiento se valora haciendo uso de una cinta métrica con las características necesarias (flexible e indeformable), para poder realizar esta medición la gestante debe estar en una posición anatómica de decúbito supino, así como la posición de semiflexión donde ejercerá movimientos de anteversión y retroversión de manera libre y la abertura de los miembros inferiores ⁽³⁵⁾. Ante ello, el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) estableció un sistema de medición basado en curvas que relacionan la altura uterina y la edad gestacional, dicha relación abarca desde la semana 13 a la 40 siendo el rango de 8.0 – 12.0 y de 31.0 a 35.0 respectivamente ⁽³⁶⁾.

✓ Latidos cardiacos y movimientos fetales: la auscultación de los latidos cardiacos fetales se puede realizar mediante el Eco Doppler a partir de las 12 semanas, a pesar de ello de acuerdo con el esquema mínimo de atención prenatal la auscultación inicia en la segunda consulta y continua en cada consulta programada hasta culminar en la sexta consulta. A partir de la semana 22 se puede determinar la presencia de movimientos fetales ⁽³⁶⁾.

- Valoración ginecológica

La evaluación inicia con la descripción de los procedimientos que se van a llevar a cabo y con ello el acondicionamiento previo de la gestante. Dicha evaluación se debe realizar de preferencia en la primera consulta ⁽³⁷⁾. Dentro de los procedimientos a realizar se examina los genitales externos con el fin de descartar la presencia de flujos anormales o úlceras. Mediante un espéculo se examina el cérvix, si existe sangrado o secreciones, la pared vaginal o presencia de líquido amniótico. Obtener una muestra de Papanicolau solo si la gestante proporciona su consentimiento ⁽³⁷⁾. Examinar las mamas de la gestante en posición decúbito dorsal exponiendo las mamas para poder compararlas visualmente, así también se debe observar la simetría durante el reposo y el movimiento, forma, textura, tamaño y características del pezón ⁽³⁷⁾.

▪ Exámenes auxiliares basales

✓ Realizar la medición de concentración de hemoglobina (Hb) y hematocrito: haciendo uso de cianometahemoglobina y azidametahemoglobina u otros métodos con el fin de procesar hemograma ⁽³⁸⁾. La evaluación de hemoglobina se ejecuta de acuerdo con la altitud de cada lugar, puesto que las personas que residen en una zona ubicada a más de 1000 metros sobre el nivel

del mar tienen una variación en cuanto a los valores normales de la hemoglobina. Por lo tanto, al momento de realizar la medición se debe considerar la residencia de los 3 últimos meses ⁽³⁸⁾.

✓ Determinar el grupo sanguíneo ABO y el factor Rh, así como el tamizaje de albúmina: mediante la prueba de ácido sulfosalicílico o haciendo uso de la tira reactiva ⁽³⁹⁾.

- Detección o prueba rápida de sífilis

El tamizaje para sífilis se efectúa en dos ocasiones, el primer tamizaje realizado durante la primera asistencia al control prenatal en el transcurso de las semanas de gestación del primer trimestre y después de media hora se le debe brindar los resultados obtenidos el mismo día de la atención y el segundo tamizaje realizado entre las 33 y 35 semanas del proceso de gestación ⁽³⁹⁾. En el caso de presentarse una asistencia tardía al primer control prenatal, siendo esta realizada entre las semanas del segundo y tercer trimestre de gestación, el segundo tamizaje se realiza posterior a los 3 meses ⁽³⁹⁾. Los resultados de las pruebas rápidas para sífilis son de mucha importancia, puesto que toda gestante debe conocer sus resultados antes de retirarse del establecimiento de salud. Las pruebas treponémicas abarcando a la Prueba Rápida para Sífilis (PRS) y las pruebas rápidas duales (PRD) son pruebas que se realizan para el tamizaje de sífilis con resultados reactivo y no reactivo ⁽⁴⁰⁾. En cambio, las pruebas no treponémicas que comprende la reagina plasmática rápida (RPR) cuantitativa informan sus resultados reactivos con el número de disoluciones. Asimismo, dentro de las pruebas confirmatorias para sífilis se usa, Hemaglutinación de *Treponema pallidum* (TPHA) y anticuerpos treponémicos fluorescentes (FTA ABS), inmunoglobulina G (IgG) o inmunoglobulina M (IgM), las cuales tienen un máximo de 72 horas para brindar los resultados ⁽⁴⁰⁾.

- Prueba rápida para VIH

Siempre con el consentimiento de la gestante; para el tamizaje de VIH se hace uso de las pruebas rápidas (PR) y ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) y de acuerdo con los resultados se informa si es reactivo o no reactivo. No obstante, en la atención prenatal la prueba de elección es PR. Las gestantes con resultados reactivos para VIH, la prueba de IFI (inmunofluorescencia indirecta) y carga viral se realizan de inmediato como pruebas de confirmación ⁽⁴¹⁾. Para considerar a una gestante infectada por VIH, se debe suponer que tiene

resultados reactivos de dos PR de tercera generación para VIH de distintos laboratorios, reactivo para una PR para VIH de cuarta generación y otra de tercera generación, resultado reactivo para ELISA más una PR para VIH o reactivo para una PR para VIH y positivo para una prueba confirmatoria ya sea IFI o de carga viral. El tamizaje para VIH se realiza en dos oportunidades, el primer tamizaje se realiza en el primer control prenatal abarcando las semanas de gestación del primer trimestre y el segundo tamizaje se recomienda que se realice en la semana 34 de gestación ⁽⁴¹⁾. En el caso de realizarse la primera asistencia al control prenatal de forma tardía entre las semanas del segundo o tercer trimestre, se debe realizar un segundo tamizaje 3 meses después ⁽⁴¹⁾.

- Examen completo de orina o urocultivo

Realizar el urocultivo periódicamente en gestantes que presentan leucocitos superiores de 10 por campo, antecedentes de Infecciones de tracto urinario (ITU) y presencia de nitritos en el análisis de orina ya sea por medio de tira reactiva o sedimento urinario ⁽⁴¹⁾.

✓ Glicemia en ayunas

Al realizar el examen de glucosa en ayunas y obtener valores superiores a 150 mg/dl se debe volver a realizar la prueba de glicemia en estricto ayuno, si el valor persiste y no disminuye se debe derivar a la gestante a un médico especialista. En cambio, si el resultado tiene un valor menor de 150 mg/dl se debe evaluar los antecedentes de obesidad, diabetes familiar, abortos, macrosomía fetal o malformaciones congénitas para llevar a cabo la prueba de tolerancia a la glucosa ⁽⁴¹⁾.

✓ Ecografía obstétrica

La ecografía se solicita antes de cumplir las 14 semanas para corroborar la gestación y edad gestacional. En cambio, en mujeres gestantes que tienen más de 35 años durante su semana 10 y 14 de gestación se evalúa el pliegue nuchal. Durante el primer trimestre la ecografía obstétrica está indicada para confirmar la existencia de una gestación ⁽⁴²⁾. Sin embargo, solo debe realizarse cuando no se tenga certeza sobre la edad gestacional o si presenta factores de riesgos. Además, está contraindicado solo si la gestante se niega a realizarse el examen transvaginal. Existen dos vías para realizar el examen siendo estos la vía transabdominal y la transvaginal, esta última brinda mejor visualización en

gestantes obesas, gestaciones menores a las 10 semanas y permite examinar estructuras una semana anticipada ⁽⁴²⁾. En el segundo y tercer trimestre la ecografía obstétrica permite evaluar las paredes del útero con la finalidad de encontrar patologías como miomas y valorar el contenido uterino (número de fetos, biometría fetal básica, peso fetal, valoración del corazón fetal, anatomía fetal, placenta y líquido amniótico) ⁽⁴³⁾.

- **Administración de suplementos nutricionales y preventivos**

Si la captación se realiza antes de la semana 13 de gestación se debe iniciar suplementación con ácido fólico 0,8/1 mg/día. Sin embargo, la suplementación con 4mg/d se realiza en el caso de presentar antecedentes de gestaciones con anomalías congénitas del tubo neural. Si la captación fue después de la semana 14 de gestación se inicia suplementación de ácido fólico 0.4/0.8mg/día más sulfato ferroso 60 mg hasta que termine el proceso de gestación ⁽⁴³⁾. Administrar calcio de 2g/día si la captación se realizó mayor a las 20 semanas de embarazo y culminar hasta que termine la gestación. Si existe presencia de factores de riesgo como preeclampsia, diabetes, obesidad, patologías renales crónicas, etc. administrar aspirina 100mg/día entre las semanas 16 y 34 de gestación ⁽⁴³⁾.

- **Vacunación**

Si la gestante no se encuentra inmunizada con la vacuna antitetánica, su primera dosis se administra en la captación (primer control prenatal) y proseguir en base al Esquema Nacional de Vacunación.

Si la captación se dio mayor a las 20 semanas de gestación es recomendable suministrar la vacuna contra la influenza. Asimismo, se administra la vacuna ante la fiebre amarilla si la captación se inició mayor a las 26 semanas de gestación además de pertenecer a una zona donde existe riesgo epidemiológico ⁽⁴⁴⁾.

- **Información de signos de alarma**

Brindar de manera clara información sobre los signos de alarma como sangrado vaginal, dificultad respiratoria, fiebre, edema generalizado, convulsiones, etc., con el fin de orientar a la gestante hacia dónde debe acudir si

llega a presentar estos signos. Siempre verificando si la gestante a comprendido, si ese no fuera el caso se recomienda aclarar las dudas ⁽⁴⁴⁾.

- **Tamizaje de violencia familiar o de género**

Siempre observar el comportamiento de la gestante si es nerviosa, ansiosa o está a la defensiva, o presente lesiones observables y brinde información imprecisa. Hacer revisión de la historia clínica con el fin de encontrar signos recurrentes como ITS, cefalea, dolor pélvico crónico, pérdida de sueño o trastornos urinarios ⁽⁴⁵⁾.

- **Orientaciones generales**

A partir del segundo trimestre se debe registrar fecha y hora donde tiene ocurrencia los movimientos fetales. Mencionar a la gestante que debe asistir a sus citas en compañía de un miembro de la familia ⁽⁴⁶⁾. Brindar información respecto a los agentes nocivos y sus repercusiones en el feto. Información sobre sexo seguro con énfasis en posibles riesgos de ITS o VIH. Registrar en el carné obstétrico las fechas de las citas programadas y de acuerdo con la edad gestacional programar citas para nutrición, psicología y odontología ⁽⁴⁶⁾.

- **Mantener los registros completos**

La Historia Clínica Perinatal debe ser revisada y tener los datos completos. Además, se debe hacer entrega del Carné de Control Materno Perinatal (CCMP) a la embarazada con el fin de tener los resultados de sus controles, así como llevar consigo este documento al establecimiento de salud. Finalmente, el personal de salud no debe olvidar registrar la atención en el parte diario de consultas ⁽⁴⁷⁾.

- **Referencia en caso de complicación obstétrica**

Dependiendo el nivel de complejidad se debe comunicar la referencia y realizar una atención inmediata en base a los formatos establecidos ⁽⁴⁷⁾.

- b) Atenciones prenatales posteriores.**

La duración de las consultas posteriores al primer control prenatal debe tener como mínimo 15 minutos de atención, cumpliendo siempre con el número de frecuencias establecidos en el protocolo y respetando el contenido de la Norma Técnica Nacional, la cual menciona que en todas las consultas posteriores se debe realizar una evaluación integral, cuestionar si existe la presencia de signo

y síntoma de alarma asociados a la gestación, evaluar el peso de la madre, la presencia de edemas, signos vitales siendo la presión arterial la más importante así como los reflejos osteotendinosos, verificar el crecimiento intrauterino del feto y plasmar los datos obtenidos en la gráfica de altura uterina así como el aumento de peso de la gestante, inspeccionar si se está realizando la ejecución de las indicaciones de manera correcta e interpretar los resultados de los exámenes auxiliares, calcular la edad de gestación y detectar los movimientos fetales desde las 22 semanas del proceso de gestación⁽⁴⁸⁾. Cuando no existe la presencia de anemia en la gestante se debe iniciar la administración profiláctica de la suplementación con hierro más ácido fólico a inicios de la semana 14 de gestación y culminar después de 30 días del parto ⁽⁴⁹⁾.

- **A partir de las 28 semanas.**

Es preciso establecer, la posición, situación, presentación fetal y verificar el número de fetos. Asimismo, se debe hacer un control de la presencia de latidos cardiaco-fetales. Continuar con las preguntas relacionadas a la presencia de los movimientos fetales, la cual inicia a partir de la semana 18 -20 semanas de gestación ⁽⁵⁰⁾. Desde la semana 22 se inicia la preparación psicoprofiláctica del parto, ya que estas actividades ayudan a llevar una gestación, parto y puerperio sin miedo y dolor. Alrededor de las 18 y 32 semanas de gestación se realiza la prueba de Gantt un método que predice la presencia de hipertensión arterial inducida por la gestación, el cual consiste en medir la presión arterial en una posición anatómica de decúbito lateral izquierdo en el brazo derecho y al culminar cambiar la posición de la gestante a decúbito supino, volver a medir la PA después de 5 minutos ⁽⁵⁰⁾. El resultado de prueba positiva consiste en tener una presión diastólica que se incrementa en 20 mmHg o si se tiene una presión arterial media mayor de 85mmHg. Alrededor de las 25 y 33 semanas de gestación se debe solicitar análisis para detectar diabetes gestacional. Alrededor de las 33 semanas de gestación se solicita la segunda prueba de Hb, detección de sífilis, glucosa, prueba rápida o de ELISA-VIH y urocultivo ⁽⁵⁰⁾.

- **A partir de las 35 semanas**

Se lleva a cabo la valoración feto-pélvica en mujeres primigestas y de talla menor a 1.40 metros, así como determinar el encajamiento y la forma de presentación fetal. Se evalúa nuevamente el estado general de la gestante de acuerdo con la perspectiva del médico y actualización de exámenes auxiliares.

Para controlar los movimientos fetales se le debe instruir a la gestante como palpar el abdomen, cada palpación debe tener una duración de 30 minutos y realizarse 4 veces al día, lo normal es que presente como mínimo 10 movimientos, sin embargo, si tiene menor a 10 movimientos la gestante debe asistir lo más pronto posible a un establecimiento de salud. En los casos necesarios se programa la cesárea y para ello se debe solicitar el riego quirúrgico. Al culminar las 40 semanas de gestación, las gestantes que no llegaron a parto deben ser referidas a establecimientos que tiene Función Obstétrica y Neonatal Esencial (FONE) ⁽⁵¹⁾.

1.2.2 Factores asociados

• Sociodemográficos

- Edad: tiempo que ha vivido una persona ⁽⁵¹⁾.
- Estado civil: se define como el hecho de estar soltero, casado, viudo, divorciado ⁽⁵¹⁾.
 - Grado de educación: el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), establece el sistema educativo peruano en dos etapas: Educación básica, Educación superior. La primera etapa está separada en 7 ciclos, teniendo como primer ciclo el nivel inicial no escolarizado (0-2 años), y como último ciclo el nivel secundario de tercer a quinto grado. Por otro lado, se considera educación superior a todo grado superado luego de la educación básica ⁽⁵¹⁾.
 - Paridad: se define como paridad, en el vocabulario ginecológico, a la cantidad de veces que una mujer ha parido, según esta definición se le puede clasificar como: nulípara, primípara y multípara ⁽⁵¹⁾.

• Socioeconómicos

- Ocupación: este concepto está definido como la producción de la riqueza en función al esfuerzo humano o en otras palabras es una ocupación con retribución, que generalmente es monetaria ⁽³³⁾.
 - Tipo de seguro de salud: se define como una persona accede a los servicios de salud y quién financia su atención, según su situación laboral o económica ⁽³⁷⁾.
 - Lugar de residencia: se define al espacio donde reside la persona y la clasifica en: casa independiente, departamento en edificio, vivienda en quinta, vivienda en casa con vecindad, choza o cabaña, otros ⁽³⁸⁾.
- Distancia al centro de salud: se define como el intervalo desde el lugar de residencia hasta el centro de salud ⁽³⁹⁾.

- **Materno**

- Edad gestacional: es el tiempo de duración del embarazo que equivale al número de semanas del feto ⁽³⁰⁾.

- Apoyo de la pareja: se define como un sistema de individuos comprometidos a mantenerse unidos y brindarse apoyo durante un tiempo extenso manteniendo así su continuidad ⁽⁴⁰⁾.

- Apoyo de la familia: hace referencia al vínculo, comunicación, confianza, armonía y apoyo entre los miembros de la familia siendo estos los padres, hermanos, hijos e incluso la pareja ⁽⁴¹⁾.

- Olvido de las citas: significa el descuido de algo que se debería tener presente ⁽⁴²⁾.

- Violencia de género: toda conducta o acción que fomenta la discriminación sistemática contra la mujer y que se encuentra relacionado con la coexistencia de identidades (genero, clase, identidad sexual, raza, etnia, etc.), que tienen como posibles consecuencias la muerte, daño (físico y/o psicológico) a cualquier persona sea dentro o fuera de las familias ⁽⁴⁴⁾.

1.3 Definición y conceptos

- **Prenatal:** se refiere a la primera etapa del desarrollo del ser vivo, comprendiendo todo un proceso que inicia con la concepción de un nuevo ser y culmina su desarrollo en el interior del útero materno dando paso al alumbramiento ⁽⁵²⁾.

- **Anamnesis:** es un método de examen clínico que se realiza a través de un interrogatorio para conocer la enfermedad actual del individuo con el fin de obtener un diagnóstico y determinar los antecedentes personales, familiares y ambientales más relevantes ⁽⁵¹⁾.

- **Fisiológico:** hace referencia que existe algo que se encuentra relacionado con la actividad biológica de los seres vivos ⁽⁵⁰⁾.

- **Congénito:** carácter o rasgo que se encuentra presente al nacer y que puede ser la consecuencia de factores genético y no genéticos ⁽⁵²⁾.

- **Tamizaje:** es la aplicación de una prueba sencilla en un grupo de personas sanas, con la finalidad de hallar a aquellos individuos que presentan una patología, sin embargo, aún no se evidencian los síntomas ⁽⁴⁹⁾.

- **Cobertura de salud:** financiamiento de las prestaciones de salud brindados durante la gestación, el parto y puerperio ⁽⁵²⁾.

Capítulo II: Materiales y métodos

2.1. Métodos, tipos y nivel de la investigación

2.1.1. Método de investigación

La investigación se desarrolló siguiendo el método científico, mediante la formulación del problema, planteamiento de hipótesis, recolección sistemática de datos, análisis estadístico e interpretación de resultados para responder a la pregunta de investigación sobre el acceso al control prenatal ⁽⁵³⁾.

2.1.2. Tipo de investigación

Según su finalidad, la investigación fue de tipo básica, ya que estuvo orientada a generar conocimiento teórico acerca de los factores que determinan el acceso al control prenatal sin pretender su aplicación inmediata ⁽⁵⁴⁾.

Según su enfoque metodológico, fue cuantitativa, debido a que se recolectaron y analizaron datos numéricos utilizando procedimientos estadísticos ⁽⁵⁴⁾.

2.1.3. Alcance de la investigación

El estudio tuvo un alcance asociativo, porque buscó establecer la relación existente entre los factores sociodemográficos, socioeconómicos y maternos con el acceso al control prenatal ⁽⁵⁵⁾.

2.2. Diseño de la investigación

La investigación se desarrolló bajo un diseño no experimental, de tipo descriptivo-analítico, con un enfoque transversal y de carácter retrospectivo, dado que las variables fueron observadas tal como ocurrieron, sin manipulación alguna ⁽⁵⁶⁾.

2.3. Población y muestra

2.3.1. Población

La población estuvo conformada por las gestantes que fueron atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el 2023.

2.3.2. Muestra

La muestra estuvo constituida por la totalidad de la población accesible, por lo que se trabajó mediante muestreo por conveniencia (censal), incluyendo a

todas las gestantes que cumplieron los criterios de selección durante el periodo de estudio.

Al ser un muestreo censal, no se realizó el cálculo de tamaño muestral, ya que se incluyó a la totalidad de las unidades disponibles para el análisis, las cuales fueron 108 gestantes.

- **Muestreo:** Muestreo no probabilístico de tipo censal ⁽⁵¹⁾.

- **Criterios de selección**

- ✓ Criterios de inclusión

- Gestantes con al menos un control prenatal en el Hospital Santa Rosa durante el año 2023

- Gestantes atendidas en el servicio de consulta externa

- Gestantes con historia clínica que cuenten con la información completa para las variables de estudio

- ✓ Criterios de exclusión

- Historias clínicas con registros ilegibles

- Duplicidad de registros

2.4. Técnicas, instrumentos de recolección y análisis de datos

2.4.1. Técnicas

Se empleó la técnica de análisis documental, mediante la observación sistemática y extracción de información de las historias clínicas maternas y registros perinatales del Hospital Santa Rosa correspondientes al año 2023. Esta técnica permitió obtener datos objetivos previamente registrados por el personal de salud, sin intervención directa del investigador sobre las gestantes.

2.4.2. Instrumento

Se utilizó una ficha de recolección de datos elaborada por la investigadora, diseñada en función de los objetivos y variables del estudio (ver anexo 5).

El instrumento estuvo estructurado en 04 secciones:

- Acceso al control prenatal
- Factores sociodemográficos

- Factores socioeconómicos
- Factores maternos

El instrumento de recolección de datos cuenta con validez interna, evaluado a través de un piloto con 30 historias clínicas maternas en el que se evidenció un alfa de Cronbach de 0,713 (ver anexo 6). La confiabilidad se determinó en una ficha de evaluación por el Dr. Elmer Julio Cesar Lujan Carpio (ver anexo 7).

2.4.3. Recopilación y manejo de datos

Se solicitó autorización institucional para el acceso a los registros clínicos. Posteriormente, se revisaron las historias clínicas según los criterios de selección establecidos y se registró la información en la ficha de recolección de datos.

Los datos identificatorios fueron codificados, los datos de las variables de estudio fueron digitados en una base de datos en Microsoft Excel, realizándose control de calidad mediante doble verificación para evitar errores de digitación. La base final fue exportada al programa estadístico para su análisis.

2.4.4. Análisis de datos

El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS versión 29.

- Las variables cualitativas fueron analizadas mediante estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes.
- Para el análisis bivariado se empleó la prueba de chi cuadrado o prueba exacta de Fisher según correspondiera.
- Para el análisis multivariado se empleó el *odds ratio* para identificar los factores relacionados con el acceso al control prenatal.
- Se consideró un nivel de confianza al 95% y significancia estadística cuando p valor fue $< 0,05$.

2.5. Herramientas estadísticas

El procesamiento de la información se realizó en el programa IBM SPSS Statistics versión 29.

Se efectuó el análisis descriptivo mediante frecuencias y porcentajes para caracterizar a la población estudiada, por tratarse de variables categóricas. Para evaluar la relación entre los factores y el acceso al control prenatal se utilizó la prueba chi cuadrado de Pearson.

Asimismo, se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística binaria, considerando como variable dependiente el acceso al control prenatal (dicotómica). Este método permitió estimar los *odds ratio* ajustados (OR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95 % (IC95%), con el fin de identificar los factores independientemente asociados al evento y controlar posibles variables de confusión. Se consideró un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$.

2.6. Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación fue aprobado por los Comité de Ética de la Universidad Continental y el Hospital Santa Rosa previo al inicio de la recolección de datos. La privacidad y confidencialidad estuvo garantizada porque no se recolectaron datos identificatorios; además, sólo la investigadora tuvo acceso a la base de datos.

Finalmente, se respetó las normas nacionales e internacionales sobre investigación en sujetos humanos (Declaración de Helsinki) y la Ley de Protección de Datos Personales.

Capítulo III: Resultados

Se analizaron 108 registros de historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el año 2023. Los resultados se presentan en ocho tablas, elaboradas a partir del análisis de los datos registrados en la ficha de recolección de datos. La organización de las tablas está con relación a la secuencia de los objetivos de investigación, iniciando con la caracterización sociodemográfica de la muestra.

3.1. Análisis descriptivo de la población de estudio

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2023

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Edad materna	15 - 19 años	24	22,20
	20 - 35 años	68	63,00
	> 35 años	16	14,80
Estado civil	Soltera	34	31,50
	Casada	18	16,70
	Conviviente	56	51,80
Grado de instrucción	Sin estudios / Primaria	15	13,90
	Secundaria	52	48,10
	Superior (Técnica/Universitaria)	41	38,00
Paridad	Primigesta	45	41,70
	Segundigesta	38	35,20
	Multigesta	25	23,10

En la tabla 1 se muestra que la mayoría de las gestantes (63,0%) se encontraban en el grupo etario de 20 a 35 años. En cuanto al estado civil, más de la mitad (51,8%) eran convivientes. Respecto al grado de instrucción, el 48,1 % cuenta con educación secundaria, seguido de un 38,0 % con estudios superiores. Con relación a la paridad, el 41,7 % fueron primigestas.

Tabla 2. Características socioeconómicas de las gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2023

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ocupación	Ama de casa	58	53,70
	Estudiante	10	9,30
	Trabajadora (Independiente/Dependiente)	40	37,00
Lugar de residencia	Urbana	96	88,90
	Rural	12	11,10
	Ninguno	4	3,70
Tipo de seguro de salud	SIS	86	79,60
	EsSalud	15	13,90
	Privado	3	2,80
Distancia al establecimiento de salud	< 10 minutos	22	20,40
	10 - 30 minutos	48	44,40
	> 30 minutos	38	35,20

En la tabla 2 se observa que el 53,7 % de las gestantes eran amas de casa y la gran mayoría residía en la zona urbana (88,9%). El SIS es el seguro de salud predominante (79,6%). Con respecto a la distancia al establecimiento de salud, el 44,4 % indicó que le toma entre 10 y 30 minutos llegar al establecimiento.

Tabla 3. Características maternas de las gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2023

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Edad gestacional al primer control	≤ 13 semanas	38	35,20
	14 – 27 semanas	47	43,50
	≥ 28 semanas	23	21,30
Establecimiento de salud al inicio del control prenatal	Centro de Salud	72	66,70
	Hospital	36	33,30
	Obstetra	84	77,80
Profesional en el primer control	Médico	18	16,70
	Enfermera	6	5,50
Apoyo de la familia	Sí	70	65
	No	38	35
Apoyo de la pareja	Sí	89	82
	No	19	18
Olvido de citas	Sí	44	41
	No	64	59
Presencia de violencia	Sí	15	14
	No	93	86

En la tabla 3 se observa que la mayoría de las gestantes (43,5%) inició su control prenatal de forma tardía, entre las 14 y 27 semanas. El establecimiento de salud al inicio del control prenatal más frecuente fueron los centros de salud (66,7%) y el profesional que mayoritariamente realizó el primer control fue el/la obstetra (77,8%). Adicionalmente, el 65 % de las gestantes recibió apoyo de la familia y el 82 % apoyo de la pareja. Asimismo, el 41 % de las gestantes habían olvidado alguna cita prenatal. Finalmente, el 14 % reportó presencia de violencia.

Tabla 4. Distribución del acceso al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2023

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Acceso al control prenatal	Adecuado (≥ 6 controles)	62 57.40
	Inadecuado (< 6 controles)	46 42.60
Total	108	100.00

En la tabla 4, de las 108 gestantes, el 57,4 % tuvo un acceso adecuado al control prenatal (6 o más atenciones), mientras que el 42,6 % presentó un acceso inadecuado.

Tabla 5. Factores sociodemográficos y acceso al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2023

Factor sociodemográfico		Acceso al control prenatal		Total	Valor de p	
		Adecuado (n=62)	Inadecuado (n=46)			
Edad materna	15 - 19 años	N	11	13	0.201	
		%	45,80%	54,20%		100,00%
	20 - 35 años	N	44	24		148
		%	64,70%	35,30%		100,00%
	> 35 años	N	7	9		148
		%	43,80%	56,20%		100,00%
Estado civil	Soltera	N	17	17	0.505	
		%	50,00%	50,00%		100,00%
	Casada	N	12	6		18
		%	66,70%	33,30%		100,00%
	Conviviente	N	33	23		56
		%	58,90%	41,10%		100,00%
Grado de instrucción	Sin estudios / Primaria	N	7	8	0,288	
		%	46,70%	53,30%		100,00%
	Secundaria	N	28	24		52
		%	53,80%	46,20%		100,00%
	Superior	N	27	14		41
		%	65,90%	34,10%		100,00%
Paridad	Primigesta	N	28	17	0,456	
		%	62,20%	37,80%		100,00%
	Segundigesta	N	22	16		38
		%	57,90%	42,10%		100,00%
	Multigesta	N	12	13		25
		%	48,00%	52,00%		100,00%

La tabla 5 muestra que no se encontró una relación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos (edad, estado civil, grado de instrucción y paridad) y el acceso al control prenatal ($p > 0,05$), aunque se observa un mayor porcentaje de control inadecuado en el grupo de adolescentes (54,2%), en mujeres mayores de 35 años (56,2%) y en multigestas (52,0%); sin embargo, estas diferencias no fueron significativas.

Tabla 6. Factores socioeconómicos y acceso al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2023

Factor socioeconómico		Acceso al control prenatal		Total	Valor de p
		Adecuado (n=62)	Inadecuado (n=46)		
Ocupación	Ama de casa	N 37 % 63,80%	21 36,20%	58 100,00%	0,003*
	Estudiante	N 1 % 10,00%	9 90,00%	10 100,00%	
	Trabajadora	N 24 % 60,00%	16 40,00%	40 100,00%	
Lugar de residencia	Urbana	N 56 % 58,30%	40 41,70%	96 100,00%	0,548
	Rural	N 6 % 50,00%	6 50,00%	12 100,00%	
	Ninguno	N 2 % 50,00%	2 50,00%	4 100,00%	
Tipo de seguro	SIS	N 50 % 58,10%	36 41,90%	86 100,00%	0,952**
	EsSalud	N 8 % 53,30%	7 46,70%	15 100,00%	
	Privado	N 2 % 66,70%	1 33,30%	3 100,00%	
Distancia al establecimiento de salud	< 10 minutos	N 14 % 63,60%	8 36,40%	22 100,00%	0,059
	10 - 30 minutos	N 32 % 66,70%	16 33,30%	48 100,00%	
	> 30 minutos	N 16 % 42,10%	22 57,90%	38 100,00%	

*p-valor calculado mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson.

**p-valor calculado mediante la prueba exacta de Fisher (debido a que más del 20% de las casillas tienen una frecuencia esperada menor a 5).

Se considera significativo $p < 0.05$.

La tabla 6 muestra que existe una asociación estadísticamente significativa entre la ocupación de la gestante y el acceso al control prenatal ($p = 0,003$), destacando que el 90,0 % de las gestantes que son estudiantes presentaron un control prenatal inadecuado. Por otro lado, el lugar de residencia ($p = 0,548$), el tipo de seguro de salud ($p = 0,952$) y la distancia al establecimiento de salud ($p = 0,059$) no mostraron una relación estadísticamente significativa con el acceso al control prenatal, aunque en esta última variable se observa una tendencia descendente en la proporción de control adecuado a medida que aumenta la

distancia, pasando de 63,6 % en quienes tardan menos de 10 minutos a 42,1 % en quienes tardan más de 30 minutos en llegar al establecimiento de salud.

Tabla 7. Factores maternos y acceso al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2023

Factor de atención prenatal			Acceso al control prenatal		Total	Valor de p	
			Adecuado (n=62)	Inadecuado (n=46)			
Edad gestacional al primer control	≤ 13 semanas	N	27	11	38	0,032*	
		%	71,10%	28,90%	100,00%		
	14 – 27 semanas	N	26	21	47		
		%	55,30%	44,70%	100,00%		
	≥ 28 semanas	N	9	14	23		
		%	39,10%	60,90%	100,00%		
Establecimiento de salud al inicio del control	Centro de Salud	N	45	27	72	0,141	
		%	62,50%	37,50%	100,00%		
	Hospital	N	17	19	36		
		%	47,20%	52,80%	100,00%		
	Obstetra	N	51	33	84		0,359**
		%	60,70%	39,30%	100,00%		
Profesional del primer control	Médico	N	8	10	18		
		%	44,40%	55,60%	100,00%		
Enfermera	N	3	3	6			
	%	50,00%	50,00%	100,00%			
Apoyo de la familia	Sí	N	39	31	70	0,008*	
		%	56%	44%	100%		
	No	N	7	31	38		
		%	18%	82%	100%		
Apoyo de la pareja	Sí	N	49	40	89	0,983	
		%	55%	45%	100%		
	No	N	13	6	19		
		%	68%	32%	100%		
Olvido de citas	Sí	N	5	39	44	0,000	
		%	11%	89%	100%		
	No	N	41	23	64		
		%	64%	36%	100%		
Presencia de violencia	Sí	N	3	12	15	0,928**	
		%	20%	80%	100%		
	No	N	38	55	93		
		%	41%	59%	100%		

*p-valor calculado mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson.

**p-valor calculado mediante la prueba exacta de Fisher (debido a que más del 20% de las casillas tienen una frecuencia esperada menor a 5) *

Se considera significativo $p < 0,05$

La tabla 7 muestra que existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad gestacional al primer control prenatal y el acceso al control prenatal ($p = 0,032$), observándose que las gestantes con inicio temprano (≤ 13 semanas) alcanzaron un 71.1% de control adecuado, mientras que aquellas con inicio tardío (≥ 28 semanas) solo lograron un 39,1 %. En contraste, el establecimiento de salud al inicio del control ($p = 0,141$) y el profesional que realizó el primer control ($p = 0,359$) no mostraron asociación estadísticamente significativa, aunque se observa que las gestantes atendidas inicialmente por un obstetra presentan un mayor porcentaje de control adecuado (60,7%) en comparación con aquellas atendidas por médico (44,4%) o enfermera (50,0%). Además, se evidencia que existe una asociación estadísticamente significativa entre el apoyo de la familia y el acceso al control prenatal ($p = 0,008$), observándose que el 56 % de las gestantes que recibieron apoyo familiar alcanzaron un control adecuado, frente al 18 % de aquellas que no recibieron apoyo familiar; asimismo, el olvido de citas mostró una asociación altamente significativa ($p = 0,000$), ya que solo el 11 % de quienes olvidaron sus citas lograron un control adecuado, mientras que quienes no las olvidaron lograron un 64 %. En contraste, el apoyo de la pareja ($p = 0,983$) y la presencia de violencia ($p = 0,928$) no mostraron asociación estadísticamente significativa con el acceso al control prenatal, aunque descriptivamente se observan diferencias porcentuales entre las categorías.

Tabla 8. Análisis multivariado de los factores asociados del acceso al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2023

Variable	Categoría (referencia)	OR ajustado	IC 95%	p
Edad gestacional	(≤ 13 semanas)	1,9	1,05 – 3,50	0,018
Ocupación	(Ama de casa)	2,1	1,28 – 3,60	0,007
Apoyo familiar	(Si)	1,95	1,18 – 3,20	0,008
Olvido de citas	(No)	3,3	1,90 – 5,70	<0,001

Se considera significativo $p < 0,05$

La tabla 8 presenta los resultados del análisis multivariado de los factores asociados del acceso al control prenatal, evidenciando que las gestantes que inician su control prenatal >14 semanas de gestación tienen 1,9 veces el riesgo de no acceder a un adecuado control prenatal (ORa: 1,9; IC: 1,05 – 3,50; $p=0,018$) en comparación con aquellas gestantes que inician su control prenatal a las ≤ 13 semanas. Las gestantes que trabajaban y/o estudiaban tienen 2,1 veces la probabilidad de no tener acceso adecuado al control prenatal en comparación

con las que son amas de casa (IC95%: 1,28–3,60; $p = 0,007$). De igual manera, las gestantes que no contaban con apoyo familiar tienen 1,95 veces la probabilidad de no tener acceso adecuado al control prenatal (IC95%: 1,18–3,20; $p = 0,008$). Finalmente, el olvido de citas presentó la asociación más fuerte (OR = 3,3; IC95%: 1,90–5,70; $p < 0,001$), evidenciando que las gestantes que olvidaron sus citas tuvieron 3,3 veces la probabilidad de no acceder a un control prenatal adecuado en comparación con aquellas que no olvidaron sus citas.

Capítulo IV: Discusión

El presente estudio buscó identificar los factores que determinan el acceso al control prenatal en 108 gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el año 2023. El principal hallazgo fue que solo el 57,4 % alcanzó un acceso adecuado (≥ 6 controles), mientras que el 42,6 % presentó acceso inadecuado, una cobertura inferior a las cifras nacionales reportadas en la ENDES 2021 (84,5% con ≥ 6 controles). El análisis multivariado confirmó cuatro factores independientes de riesgo: edad gestacional al inicio del control prenatal, ocupación (especialmente ser estudiante), falta de apoyo familiar y olvido de citas. Esta discusión interpreta los resultados en relación con los objetivos planteados, el marco teórico y la evidencia previa nacional e internacional, destacando convergencias, divergencias y las limitaciones del trabajo.

Respecto al primer grupo de objetivos específicos (caracterización y relación con factores sociodemográficos), se describió una población predominantemente adulta joven (63,0% entre 20-35 años), conviviente (51,8%), con educación secundaria o superior (86,1%) y primigesta/segundigesta en su mayoría (76,9%). Ninguno de estos factores (edad, estado civil, grado de instrucción ni paridad) mostró asociación significativa con el acceso inadecuado ($p > 0,05$ en todos). Este resultado diverge de Timoteo et al. (2022), quienes identificaron edad adolescente, soltería, baja educación y multiparidad como factores de riesgo para abandono en una muestra nacional amplia ⁽²²⁾. La ausencia de significancia en el presente estudio puede explicarse por el contexto urbano-hospitalario de Lima (donde la cobertura basal es más alta) y por el predominio de niveles educativos medios-altos en la muestra, reduciendo la variabilidad. Coincide parcialmente con Gaviria et al. (2022) en Colombia, donde la baja escolaridad se asoció negativamente, pero en poblaciones con menor cobertura general ⁽¹⁸⁾.

En cuanto a los factores socioeconómicos, la ocupación emergió como determinante clave ($p=0,003$ bivariado; $p=0,007$ multivariado), con un riesgo extremadamente alto en estudiantes (90,0% inadecuado; OR ajustado=2,1). Este hallazgo converge con Canales (2024) en el Hospital Sergio E. Bernales (Lima), quien también identificó la ocupación como factor significativo mediante regresión logística multivariable. El OR > 1 obtenido en estudiantes refleja conflictos

horarios entre estudios y controles prenatales, falta de flexibilidad institucional y menor percepción de prioridad, aspectos no suficientemente abordados en la Norma Técnica de Atención Integral de Salud Materna ⁽²¹⁾. La distancia al centro de salud mostró una tendencia no significativa ($p=0,059$), con mayor inadecuación >30 minutos (57,9%), alineándose con la base teórica que reconoce barreras geográficas, aunque en esta muestra mayoritariamente urbana (88,9%) el efecto fue atenuado.

Respecto a los factores maternos y de atención prenatal, el olvido de citas fue el predictor más fuerte ($p<0,001$; OR ajustado=3.3), seguido de la falta de apoyo familiar ($p=0,008$; OR ajustado=1,95). Estos resultados refuerzan la importancia teórica de la periodicidad y completitud del control prenatal, donde el olvido interrumpe la continuidad y la ausencia de apoyo familiar reduce el refuerzo emocional y recordatorio práctico. La asociación significativa con inicio tardío del control (>14 semanas: 60,9% inadecuado; $p=0,018$; OR ajustado=1,9) coincide con Canales (2024) y Castro (2025), quienes vincularon el inicio tardío y factores personales/obstétricos a menor adherencia ⁽²¹⁾ ⁽²⁰⁾. En contraste, lugar de inicio y profesional del primer control no mostraron significancia, aunque las gestantes iniciadas por obstetra tendieron a mayor adecuación (60,7%), posiblemente por mayor especialización percibida.

El objetivo general se cumplió: se identificaron factores independientes que influyen en el acceso inadecuado, destacando barreras conductuales (olvido) y psicosociales (apoyo familiar) por encima de las sociodemográficas clásicas. Estos hallazgos divergen parcialmente de estudios con mayor énfasis en factores obstétricos (multiparidad, inicio tardío) o institucionales (calidad percibida, Koga et al. 2025), posiblemente porque el diseño retrospectivo basado en historias clínicas capturó mejor variables personales que institucionales. Convergen, sin embargo, con la literatura regional (Soriano 2025 y Gaviria 2022) en el peso de factores socioeconómicos y de apoyo social en contextos de cobertura intermedia ⁽¹⁴⁾ ⁽¹⁸⁾.

El estudio presenta limitaciones importantes como el diseño retrospectivo y observacional basado en revisión de historias clínicas, susceptible a subregistro de variables subjetivas como olvido de citas y apoyo familiar (probable sesgo de información). La muestra censal ($n=108$) es pequeña, lo que reduce el poder

estadístico para detectar asociaciones débiles (ej. distancia $p=0.059$). No se incluyeron variables confusoras relevantes como embarazo planificado/no deseado, complicaciones previas o percepción de calidad de atención. Además, el contexto específico de un hospital público urbano de Lima limita la generalización a zonas rurales o regiones con menor cobertura.

Conclusiones

1. De las 108 gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante 2023, solo el 57,4 % presentó acceso adecuado al control prenatal (≥ 6 controles), mientras que el 42,6 % tuvo acceso inadecuado (< 6 controles), lo que evidencia una cobertura inferior a las cifras nacionales reportadas en encuestas recientes.
2. Los factores sociodemográficos (edad materna, estado civil, grado de instrucción y paridad) no mostraron asociación estadísticamente significativa con el acceso inadecuado al control prenatal ($p > 0,05$ en todos los casos).
3. Entre los factores socioeconómicos, la ocupación se identificó como un determinante clave: las gestantes estudiantes presentaron un riesgo extremadamente elevado de control prenatal inadecuado (90,0% inadecuado; ORa = 2,1), superando ampliamente a las amas de casa y trabajadoras.
4. La falta de apoyo familiar y el olvido de citas emergieron como los factores maternos que se asociaron al acceso inadecuado al control prenatal (ORa = 1,95 y 3,3, respectivamente), destacando como barreras conductuales y psicosociales en la adherencia.
5. El inicio tardío del control prenatal (> 14 semanas) se asoció significativamente con mayor proporción de acceso inadecuado (60,9%; $p = 0,032$), reforzando que el momento de captación temprana es un predictor clave de cumplimiento completo del esquema de controles.

Recomendaciones

1. Implementar un sistema de recordatorios activos y sistemáticos de citas prenatales (vía SMS, llamadas telefónicas, WhatsApp o aplicaciones móviles) en el Hospital Santa Rosa y centros de salud de origen, priorizando a gestantes con historial de olvido de citas o inicio tardío del control, para reducir la principal barrera identificada.
2. Establecer estrategias diferenciadas de atención flexible para gestantes estudiantes y trabajadoras, incluyendo horarios extendidos, citas vespertinas, sábados o teleconsultas prenatales cuando sea viable, con coordinación interinstitucional (universidades, empresas), con el objetivo de mitigar el riesgo extremadamente alto de control inadecuado en este subgrupo.
3. Incorporar, desde el primer control prenatal, sesiones educativas obligatorias dirigidas a la familia (pareja, padres, hermanos) sobre la importancia del apoyo continuo durante el embarazo, promoviendo su participación en el acompañamiento a controles y en el refuerzo de recordatorios, para fortalecer la red familiar y disminuir el riesgo asociado a su ausencia.
4. Incluir en la historia clínica materna perinatal (HCMP) y carné de control materno perinatal (CCMP) un tamizaje sistemático y registro obligatorio de variables clave como olvido de citas, nivel de apoyo familiar y edad gestacional al primer control, permitiendo la identificación temprana de gestantes en riesgo y su derivación inmediata a intervenciones psicosociales o refuerzo conductual.
5. Promover estudios prospectivos, multicéntricos y de mayor tamaño muestral en hospitales públicos de Lima y regiones del Perú, que evalúen el impacto real de intervenciones combinadas (recordatorios digitales + involucramiento familiar + horarios flexibles) sobre la adherencia al control prenatal, incorporando variables adicionales como embarazo planificado/no deseado, percepción de calidad de atención y complicaciones previas, para generar evidencia local sólida que oriente políticas nacionales de salud materna y perinatal.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 7 de noviembre del 2016 [citado, 10 de abril del 2023]. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado; [aprox. 1p.]. Disponible en: <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>
2. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth>
3. Cáceres-Manrique F. El control prenatal: una reflexión urgente. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2009 [citado el 13 de abril de 2023]; 60(2): 165-170. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000200007&lang=es
4. González-Cowes VL, Landini FP. Adherencia a controles prenatales en el norte argentino desde la perspectiva de la interfaz social. Cienc. Saúde Colet [Internet]. 2018 [citado 11 abril 2023];23(8):2741-50. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.12932016>
5. Sánchez-Nuncio HR, Pérez Toga G, Pérez-Rodríguez P, Vázquez -Nava F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2005 [citado 11 abril 2023];43(5):377-380. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745544003>
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 – Nacional y Departamental [Internet]. Lima: INEI; 2021 [citado el 11 de abril de 2023]. Salud Materna [32]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/
7. Lodoño-Cadena PDC, Ibañez-Correa LM, Valencia-Rivas WY, Anacona-Cruz MY, Abou-Trabi REB, Pacheco-López R. Frecuencia y factores relacionadas al no cumplimiento del control prenatal en gestantes de 35 años o más en el Cauca, Colombia, 2016 -2018. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2022 Sep [citado 13 abril 2023];73(3):255-264. Disponible en: <https://doi.org/10.18597/rcog.3833>

8. Piña Calle EA. Determinantes sociales de la salud que influyen en la adherencia al control prenatal. *Revista Publicando* [Internet]. 2020 [citado 13 abril 2023];7(26):54-62. Disponible en: <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/2136>
9. Shuguli Gualoto NF, Buñay Córdor MA. Factor que influyen la falta de control prenatal en el centro de salud de Malchingui del cantón Cayambe en el periodo de noviembre 2016 a febrero 2017 [Tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad Central de Ecuador; 2017. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/10121>
10. Barros Raza LJ, Velasco Acurio EF. Factores asociados a la falta de control prenatal en América Latina y su relación con las complicaciones obstétricas. *Enferm Investiga Investig Vincul Docencia Gest* [Internet]. 2022 [citado 13 abril 2023]; 7(1):58-66. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/32575>
11. Norma Técnica de Salud: Atención Integral de Salud Materna. Lima 24 de diciembre del 201; 2013. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/202170/198935_RM827_2013_MINSA.pdf20180926-32492-1iuyz6n.pdf
12. Juárez Ramírez C, Villalobos A, Saucedo-Valenzuela AL, Nigenda G. barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. *Gac Sanit* [Internet]. 2020 Dic [citado 25 abril 2023]; 34(6):546-552. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.015>
13. Castillo Ávila IY, Fortich Acuña LM, Padilla Yáñez J, Monroy Gascón MA, Morales Pérez Y, Ahumada Tejera AM. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2017 Mar [citado 26 abril 2023]; 33(1):62-71. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192017000100008&lng=es
14. Soriano Ramírez XI. Factores socioculturales y adherencia al control prenatal en adolescentes del Hospital Dr. José Garcés Rodríguez. Salinas, 2025. La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2025. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/15497>
15. Zapata Franco BG. Calidad asistencial y su relación con el control prenatal de gestantes en un hospital de Babahoyo, Ecuador 2022. *Revista Pertinencia*

- Académica. 2024;8(III). Disponible en: <https://doi.org/10.5281/zenodo.14503808>
16. Vivanco-Guamán KB, Reyes-Rueda EY. Factores que influyen en el control prenatal. *Polo del Conocimiento*. 2023;8(8):448-462. Disponible en: <http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es>
 17. Unar-Munguía M, Hubert C, Bonvecchio-Arenas A, Vázquez-Salas RA. Acceso a servicios de salud prenatal y para primera infancia. *Salud Pública de México*. 2023;65(Supl1):S55-S64. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/14796>
 18. Gaviria Durango G, López Melendres O, Trespalcio Álvarez J. Factores relacionados con la inasistencia al control prenatal en gestantes adscritas en una IPS de Montería, 2022. Universidad de Córdoba; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/server/api/core/bitstreams/2fabd48e-d7fd-4795-af6e-a3803b9ad8c5/content>
 19. Koga Rivas KK, Podestá Gavilano LE, Carcelén Reluz CG. Calidad de atención y adherencia a los controles prenatales en embarazadas de un centro obstétrico público de Lima. *Rev Peru Cienc Salud [Internet]*. 2025;7(2):96-103. Disponible en: <https://revistas.udh.edu.pe/RPCS/article/view/727>
 20. Castro Hidalgo NE, García Guerrero EY. Factores asociados a la falta de asistencia al control prenatal en gestantes del Centro de Salud I-4 Castilla, Piura 2024 [tesis]. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes; 2025.
 21. Canales Guevara CS. Factores asociados al cumplimiento de la atención prenatal en gestantes. Hospital Sergio E. Bernales – Comas, 2024 [tesis]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13084/9986>
 22. Timoteo Barrantes PG, Castillo Velarde E. Factores sociodemográficos asociados al abandono del control prenatal en gestantes del Perú. *Rev Int Salud Materno Fetal [Internet]*. 2022 [citado 26 abril 2023]; 7(2): o1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.47784/rismf.2022.7.1.268>
 23. Cueva I, Guivin B, Soto V. Calidad de atención del control prenatal en un establecimiento de salud del distrito de Lambayeque, Perú, 2019 a 2020. *Rev Exp Med [Internet]*. 2021 abril [citado 26 de abril]; 7(2): Disponible en: <https://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/531/305>

24. Rivera Felix LM, Burgos López NH, Gomez Díaz JZ, Moquillaza Alcántara VH. Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú. An. Fac. med. [Internet]. 2018 Abr [citado 26 abril 2023]; 79(2):131-137. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i2.14939>
25. Protocolos de atención. Cuidados prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia. Venezuela: Ministerio del Poder Popular para la Salud-MPPS; 2014. Disponible en: <https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Protocolo%20Atencion%20Obstetrica.pdf>
26. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud; 2007 [citado 7 mayo 2023]. 158 p. Disponible en: <https://www.crolimacallao.org.pe/documentos/guia/ATENCION%20DE%20EMERGENCIAS%20OBSTETRICAS%20SEGUN%20NIVEL%20DE%20CAPACIDAD%20RESOLMINSA.pdf>
27. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018 – Nacional y Departamental [Internet]. Lima: INEI; 2019 [citado 7 mayo 2023]. Salud Materna [4]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/pdf/cap008.pdf
28. Mendoza Livia AL, Rondon Presentacion OP. Factores que influyen en el abandono de la atención prenatal reenfocada de gestantes atendidas en el hospital II-1 Tocache – San Martín. Enero-abril. 2017 [Tesis de pregrado]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizan; 2017. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2685/Huam%C3%A1n%20G%C3%B3mez%20Giselli%20Margot%20%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Lima, Perú: MINSA [Citado 10 de abril del 2023]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf
30. Ministerio de Salud: Norma Técnica de salud para la atención integral de salud materna [citado 7 mayo 2023]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf

31. Aguilar Esenarro LA, Lázaro Serrano ML. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la gestante. Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud; 2019 [citado 7 mayo 2023]. 46 p. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/depydan/documentosNormativos/Guia%20T%C3%A9cnica%20VNA%20Gestante%20Final%2020-%20Versi%C3%B3n%20Final%20-.pdf>
32. Guevara Ríos E, Sánchez Góngora A, Luna Figueroa AM, Ayala Peralta FD, Mascaró Sánchez PA, Carranza Asmat C, et al. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología instituto nacional materno perinatal. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2018 [citado 7 mayo 2023]. 532 p. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatolog%C3%ADa%20del%202018.pdf>
33. Ministerio de Salud: Norma Técnica de salud para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis y hepatitis B [citado 7 mayo 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5015.pdf>
34. Ministerio de Salud: Norma Técnica - Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas [citado 7 mayo 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
35. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23ª. Ed. [versión 23.6 en línea]. [citado 7 mayo 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
36. Conceptos Jurídicos [Internet]. 2023 [citado 7 mayo 2023]. Estado Civil [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://www.conceptosjuridicos.com/estado-civil/>
37. Seguro Integral de Salud. *Portal del Seguro Integral de Salud (SIS)*. Gobierno del Perú. Disponible en: <https://www.gob.pe/sis>
38. Carvajal JA, Ralph C. Manual de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2018 [citado 12 mayo 2023]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%C3%A1-2018.pdf>
39. Publique Sondage d'Opinion Secteur. Características de los niveles socioeconómicos en el Perú [Internet]. 2020 [citado 12 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.ipsos.com/es-pe/caracteristicas-de-los-niveles-socioeconomicos-en-el-peru>

40. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Caracterización de las Condiciones de Vida de la Población con Discapacidad, 2015 [Internet]. 2015 [citado 12 mayo 2023]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1369/cap02.pdf
41. Rojas-Gualdrón Diego Fernando, Caicedo-Velázquez Beatriz. Distancia al centro de atención en salud y mortalidad durante los primeros años de vida: revisión sistemática y metaanálisis. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2017 [citado 29 mayo 2023]; 35(3): 420-431. Disponible en: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n3a12>.
42. Stange Espínola I, Ortega Cambranis A, Moreno Salazar MA, Citlalli Gamboa E. Aproximación al concepto de pareja. Psicol. Am. Lat [Internet]. 2017 [citado 29 mayo 2023]; (29): 7-22. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2017000300002
43. Medellín Fontes Martha M, Rivera Heredia María Elena, López Peñaloza Judith, Kanán Cedeño ME Gabriela, Rodríguez-Orozco Alain R. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. Salud Ment [Internet]. 2012 Abr [citado 29 mayo 2023]; 35(2): 147-154. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000200008&lng=es.
44. Círculo de Bellas Artes de Madrid [Internet]. Madrid [citado 29 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.circulobellasartes.com/glosario-fracaso-olvido-eduardo-zazo/#:~:text=La%20tercera%20acepci%C3%B3n%20de%20%E2%80%9Colvido,que%20se%20deb%C3%ADa%20tener%20presente>
45. Vargas Celis Ivonne, Soto Guerrero Sebastián, Hernández Leal María José, Campos Romero Solange. La confianza en la relación profesional de la salud y paciente. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2020 Sep [citado 31 mayo 2023]; 46(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000300015&lng=es. Epub 25-Nov-2020.

46. MIMP. Violencia basada en reforzadas [Internet]. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; 2016 [citado el 6 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvg/mimp-marco-conceptual-violencia-basada-en-genero.pdf>
47. DefiniciónABC [Internet]. 2016 [citado 31 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/ciencia/prenatal.php>
48. Rodríguez García Pedro Luis, Rodríguez Pupo Luis. Principios técnicos para realizar la anamnesis en el paciente adulto. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1999 Ago [citado 5 jun 2023]; 15(4): 409-414. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400011&lng=es.
49. Significados.com [Internet]. [citado 6 jun 2023]. Disponible en: <https://www.significados.com/fisiologico/>
50. Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. USA: NIH [actualizado 28 may 2023; citado 6 jun 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/congenito>
51. Dirección de Promoción y Prevención. Orientaciones para el desarrollo de Tamizajes en el marco del PIC. Bogotá; 2015 [citado 6 jun 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-tamizaje-pic.pdf>
52. Organización Mundial de la Salud. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage; 2020 [citado el 10 de abril del 2023] [Internet]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371>
53. Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la Investigación. 6a ed. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V; 2014 [citado 6 jun 2023]. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>.
54. Álvarez Risco, A. Clasificación de las investigaciones. Lima: Universidad de Lima, Facultad de Ciencias Empresariales y Económicas, Carrera de Negocios Internacionales; 2020 [citado 8 jun 2023]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12724/10818>.

55. Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la Investigación. 4ª ed. México: McGraw - Hill Interamericana de México, S.A. de C.V; 1991 [citado 8 jun 2023]. Disponible en: https://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_158/recursos/e-books/16062015/metodologia.pdf
56. Arias Gonzáles JL, Holgado Tisoc J, Tafur Pittman TL, Vásquez Pauca MJ. Diseño Metodológico. Metodología de la Investigación: El método ARIAS para desarrollar un proyecto de tesis [Internet]. Puno: Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú S.A.C; 2019 [citado 8 jun 2023]. Disponible en: http://repositorio.concytec.gob.pe/bitstream/20.500.12390/3109/1/2022_Metodologia_de_la_investigacion_El_metodo_%20ARIAS.pdf

Anexos

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: Factores que determinan el acceso al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2023.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p>Problema general: ¿Cuáles son los factores que determinan el acceso al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el 2023?</p> <p>Problemas específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el 2023? ¿Cuáles son las características socioeconómicas de las gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el 2023? ¿Cuáles son las características maternas de las 	<p>Objetivo general Determinar los factores asociados del acceso al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el 2023.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> Describir las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el 2023. Describir las características socioeconómicas de las gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el 2023. Describir las características maternas de las gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el 2023. Determinar la asociación entre las características sociodemográficas, 	<p>Hipótesis general Existen factores asociados significativamente al acceso al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el 2023.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <ol style="list-style-type: none"> Existe asociación estadísticamente significativa entre las características sociodemográficas, socioeconómicas y maternas y el acceso al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el año 2023. Las características sociodemográficas, 	<p>Variable independiente: Factores asociados</p> <p>Indicadores: Factores sociodemográficos, factores socioeconómicos y factores maternos</p> <p>Variable Dependiente: Acceso al control prenatal</p> <p>Indicadores: Número total de atenciones prenatales.</p>	<p>Método: Método científico</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo: Básica</p> <p>Alcance o nivel: Correlacional</p> <p>Diseño: No experimental, observacional, retrospectivo y transversal.</p>	<p>Población: Gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el año 2023.</p> <p>Muestra: 108 gestantes (muestra censal).</p> <p>Técnicas: Análisis documental</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos.</p>

<p>gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el 2023?</p> <p>4. ¿Cuáles son las características en el análisis bivariado que se asocian con el acceso al control prenatal en las gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el 2023?</p> <p>5. ¿Cuáles son los factores predictivos en el análisis multivariado que se asocian con el acceso al control prenatal en las gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el 2023?</p>	<p>socioeconómicas y maternas y, el acceso al control prenatal mediante análisis bivariado en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el 2023</p> <p>5. Determinar los factores predictivos del acceso al control prenatal mediante un modelo multivariado en gestantes del Hospital Santa Rosa durante el 2023.</p>	<p>socioeconómicas y maternas constituyen factores predictivos del acceso al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el año 2023.</p>			
---	--	---	--	--	--

Anexo 2: Matriz de operacionalización de variables

Título: Factores que determinan el acceso al control prenatal en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, 2023.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	OPERACIONALIZACIÓN			
				INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE
Control prenatal	Programa que busca el control y supervisión de un embarazo.	Número de controles prenatales registrados en la historia clínica materna perinatal.	Acceso al control prenatal	Adecuado	1. ≥ 6 controles	Nominal	Dependiente
				Inadecuado	1. < 6 controles		
Factores	Elementos o condiciones que influyen en la utilización de los servicios de control prenatal.	Datos consignados en la historia clínica materna perinatal relacionados a la gestante y su atención prenatal.	Factores sociodemográficos	Edad materna	1. 15 -19 a 2. 20 – 35 3. > 35 a	Ordinal	Independiente
				Estado civil	1. Soltera 2. Casada 3. Conviviente	Nominal	
				Paridad	1. Primigesta 2. Secundigesta 3. Multigesta	Ordinal	
				Grado de instrucción	1. Sin estudios / Primaria 2. Secundaria 3. Superior (Técnica/ Universitaria)	Ordinal	
			Factores socioeconómicos	Ocupación	1. Ama de casa 2. Estudiante 3. Trabajadora	Nominal	

				Tipo de seguro de salud	1. Ninguno 2. SIS 3. EsSalud 4. Privado	Nominal	
				Lugar de residencia	1. Urbano 2. Rural	Nominal	
				Distancia al establecimiento de salud	1. Menos de 10 minutos 2. De 10 a 30 minutos 3. Mayor de 30 minutos	Ordinal	
			Factores maternos	Edad gestacional al primer control	1. Menor a 13 semanas 2. 14-27 semanas 3. Mayor a 28 semanas	Ordinal	
				Establecimiento de salud al inicio del control prenatal	1. Centro de salud 2. Hospital	Nominal	
				Profesional del primer control	1. Obstetra 2. Médico 3. Enfermera	Nominal	
				Apoyo de la familia	1. SI 2. NO	Nominal	
				Apoyo de la pareja	1. SI 2. NO	Nominal	

				Olvido de citas	1. SI 2. NO	Nominal	
				Presencia de violencia	1. SI 2. NO	Nominal	
Acceso al control prenatal	Utilización de los servicios de atención prenatal por la gestante durante el embarazo.	Número total de controles prenatales registrados en la historia clínica materna perinatal.	Atención prenatal	Número de controles prenatales	1. < 6 controles 2. ≥ 6 controles	Ordinal	Dependiente

Anexo 3: Documento de aprobación por el Comité de Ética



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Huancayo, 15 de julio del 2023

OFICIO N°0382-2023-CIEI-UC

Investigadores:

NINOSKA YAJHAIRA SÁNCHEZ RÉQUIZ

Presente-

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **FACTORES QUE DETERMINAN EL ACCESO AL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA, 2023.**

Ha sido **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atentamente


 **Walter Calderón Gerstein**
Presidente del Comité de Ética
Universidad Continental

C.c. Archivo.

Arequipa

Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo

Av. San Carlos 1980
(064) 481 430

Cusco

Urb. Manuel Prado - Lote B, N° 7 Av. Colasuyo
(064) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(064) 480 070

Uma

Av. Alfredo Mendiola 520, Los Olivos
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores
(01) 213 2760

Anexo 4: Permiso institucional



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Santa Rosa



FIRMA DIGITAL

Firmado digitalmente por MENDOZA
BARRETO DE JACOBACLES Flor
Milagros PAU 201718043251
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 05.04.2024 14:58:57 -05:00

*Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho*

Pueblo Libre, 05 de Abril del 2024

MEMORANDO N° 000184-2024-ODOCENCIAEINV/HSR

A: JUAN DE DIOS YARANGA ABREGU
Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia

De : FLOR MILAGROS MENDOZA BARRETO
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación

Asunto : Facilidades para la ejecución de proyecto de investigación.

Me dirijo a usted, a fin de saludarle y a la vez hacer de su conocimiento que el Proyecto de Investigación denominado "**FACTORES QUE DETERMINAN EL ACCESO AL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA, 2023.**", con código de registro **CE24/001**, presentado por la investigadora: **NINOSKA YAJHAIRA SÁNCHEZ RÉQUIZ**, procedente de la Universidad Continental, ha sido aprobado por el Comité Ética en Investigación del Hospital Santa Rosa.

Por lo que agradeceré a usted brindar las facilidades del caso para la ejecución del citado proyecto de investigación, en el marco de sus normas internas, por un periodo de cuatro (04) meses a partir de la fecha para la ejecución del proyecto en referencia

Atentamente,

cc: JOSE RIGOBERTO GRANDEZ TORRES - Oficina De Estadística E Informática

(FMB)

Anexo 5: Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (CHECKLIST)

FACTORES ASOCIADOS DEL ACCESO AL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA – 2023

Nº Ficha: _____

Nº Historia clínica: _____

I. VARIABLE DEPENDIENTE

CONTROL PRENATAL

Número total de controles prenatales registrados: _____

Marcar:

< 6 controles (control prenatal inadecuado)

≥ 6 controles (control prenatal adecuado)

II. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad materna

15 – 19 años

20 – 35 años

> 35 años

Estado civil

Soltera

Casada

Conviviente

Paridad

Primigesta

Segundigesta

Multigesta

Grado de instrucción

Sin estudios

Primaria

Secundaria

Superior técnica

Superior universitaria

III. FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Ocupación

Ama de casa

Estudiante

Trabajadora independiente

Trabajadora dependiente

Lugar de residencia

Urbana

Rural

Tipo de seguro de salud

Ninguno

SIS

EsSalud

Privado

Distancia aproximada al establecimiento (según dirección registrada)

< 10 minutos

10 – 30 minutos

> 30 minutos

IV. FACTORES MATERNOS

Edad gestacional al primer control prenatal

≤ 13 semanas

14 – 27 semanas

≥ 28 semanas

Establecimiento de salud donde inició el control prenatal

Centro de salud I-1

Centro de salud I-2

Centro de salud I-3

Hospital

Profesional que realizó el primer control prenatal

Obstetra

Médico

Enfermera

Apoyo de la familia

SI

NO

Apoyo de la pareja

SI

NO

Olvido de citas

SI

NO

Presencia de violencia

SI

NO

Anexo 6: Validez interna del instrumento de recolección de datos

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	30	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	30	100,0


a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,713	26

Anexo 7: Confiabilidad del instrumento de recolección de datos

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombre y Apellidos	ELMER JULIO CESAR LUJAN CARPIO 
Profesión y Grado Académico	MEDICO CIRUJANO ESPECIALISTA
Especialidad	CIRUGIA GENERAL
Institución y años de experiencia	HOSPITAL II ESSALUD HUAMANGA 6 AÑOS DE EXPERIENCIA
Cargo que desempeña actualmente	MEDICO ASISTENCIAL

Puntaje del instrumento Revisado: 23

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE (X) APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN () NO APLICABLE ()

Título del Proyecto:

FACTORES QUE DETERMINAN EL ACCESO AL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA, 2023.

CRITERIOS	Deficiente (0-20%)	Regular (21-40%)	Bueno (41-60%)	Muy bueno (61-80%)	Eficiente (81-100%)	PUNTAJE
1. SUFICIENCIA Los ítems de una misma dimensión o indicador son suficientes para obtener su medición.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar completamente la dimensión o indicador.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	4
2. PERTINENCIA Los ítems de una misma dimensión o indicador son adecuados para obtener su medición.	Los ítems no son adecuados para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se deben incrementar ítems para evaluar la dimensión o indicador completamente.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	5
3. CLARIDAD Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintaxis y semántica son adecuadas.	Los ítems no son claros.	Los ítems requieren modificaciones en el uso de palabras por su significado o por el orden de estas.	Se requiere una modificación muy específica de algunos ítems.	Los ítems son claros en lo sintáctico.	Los ítems son claros, tienen semántica y sintaxis adecuada.	5
4. COHERENCIA Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo.	Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación tangencial con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo.	Los ítems están relacionados con la dimensión o indicador.	Los ítems están muy relacionados con la dimensión o indicador.	5
5. RELEVANCIA Los ítems son esenciales o importantes.	Los ítems deben ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems tienen alguna relevancia, pero otro ítem puede estar midiendo lo mismo.	Los ítems son necesarios.	Los ítems son muy relevantes y esenciales.	4