



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**Atención Prenatal Reenfocada y su relación con la morbilidad
materna durante el embarazo, Hospital Referencial Ferreñafe,
julio – diciembre 2019**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

Autora:

Bach. Obst. Erika Serrano Santamaría

Asesor:

Obsta. Luis Francisco Gómez Segura

(<https://orcid.org/0000-0002-2979-9464>)

Línea de investigación:

Salud Materno Perinatal

Pimentel - Perú

2021

DEDICATORIA

A Dios, por bendecirme en todo momento y permitirme alcanzar un logro más en mi vida profesional, a pesar de los desafíos y adversidades.

A mi madre, por su profundo amor y ejemplo de lucha, por acompañarme a lo largo de mi vida inculcándome principios y valores, por el apoyo incondicional y constante que me ha brindado.

A mi esposo, por acompañarme en esta travesía, por creer en mí cuando ni yo misma lo hacía, animándome en mis malos momentos y celebrando mis buenos momentos.

A mis hermosos hijos, Renzo y Alessia, por ser mi principal fuente de motivación, hemos sacrificado muchos momentos juntos, pero valió la pena.

A mi hermano, por ser mi ejemplo de superación y perseverancia, ya que de una u otra manera me ha apoyado, sé que siempre cuento con él.

ERIKA

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirme estudiar esta maravillosa carrera, siendo mi guía en todo momento y bendiciéndome para lograr terminar esta etapa con mucho éxito. A mi familia, por ser maravillosas personas que, con un granito de arena, hoy me brindan la posibilidad de tener mi profesión.

A mi casa de estudios: Universidad Particular de Chiclayo, por acogerme en sus instalaciones durante todos los años de estudios, donde se me brindo enseñanzas teóricas que han sido de mucha utilidad.

A mi asesor, Obsta. Luis Gómez Segura, por su apoyo, orientación y exigencia en el desarrollo de mi tesis; también a mis docentes, sobre todo a aquellas que me impartieron sus conocimientos y experiencias, que han contribuido en mi formación profesional.

Al Hospital Referencial Ferreñafe y a su personal, por la disposición que se me brindo para realizar mi trabajo de investigación.

LA AUTORA

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
ÍNDICE DE CONTENIDO	4
ÍNDICE DE TABLAS	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
I. INTRODUCCIÓN:.....	8
II. DESARROLLO:.....	10
III. METODOLOGÍA:.....	19
3.1. Tipo de investigación:.....	19
3.2. Diseño de investigación:.....	19
3.3. Variables y operacionalización de variables.....	19
3.4. Población, muestra y muestreo.....	21
3.5. Técnica e instrumento de recolección de datos	23
3.6. Procedimientos de recolección de datos	23
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	23
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	24
V. CONCLUSIONES	34
VI. RECOMENDACIONES:	35
REFERENCIAS	36
ANEXOS	40

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01: Características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe. Julio - diciembre 2019	24
TABLA N° 02: Datos obstétricos de las gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe. Julio - diciembre 2019	26
TABLA N° 03: Actividades y exámenes realizados en la atención prenatal reenfocada de gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe. Julio – diciembre 2019	27
TABLA N° 04: Suplementos nutricionales, inmunizaciones y plan de parto, realizadas en la atención prenatal reenfocada de gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe. Julio – diciembre 2019	28
TABLA N° 05: Consultas e interconsultas realizadas por gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe. Julio – diciembre 2019	29
TABLA N°06: Atención prenatal reenfocada en gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe. Julio - diciembre 2019	30
TABLA N°07: Morbilidad materna en las gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe. Julio – diciembre 2019	31
TABLA N°08: Atención prenatal reenfocada y morbilidad materna en gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe. Julio – diciembre 2019	33

RESUMEN

Esta investigación se llevo a cabo con el objetivo de determinar la relación entre la atención prenatal reenfocada y la morbilidad materna durante el embarazo, Hospital Referencial Ferreñafe, julio – diciembre 2019, mediante un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 102 gestantes atendidas cuya información se encuentran en las historias clínicas. Se empleo la técnica de fichaje y la ficha de recolección de datos fue el instrumento. Los resultados fueron: Que el grupo etario de las gestantes con mayor prevalencia fue las de 24 – 29 años, representado por el 35.3%, referente al estado civil el 78.4% son convivientes, en grado de instrucción el 50% tiene secundaria, el 75.5% son de procedencia urbana y también el 75.5% son ama de casa. En relación a las características obstétricas el mayor porcentaje fueron multigesta con un 57.8%, con respecto al número de atenciones prenatales el 55.8% tuvieron de 6 controles a más. Asimismo el 64.7% inicio sus atenciones prenatales en el I trimestre. Entre los exámenes de laboratorio el 83.3% cumplieron con realizarse las 2 baterías de análisis. Con respecto a las ecografías obstétricas 95.1% tuvieron 2 ecografías. Acerca de la morbilidad más frecuente durante el embarazo de la población estudiada, se evidenció que el 46.1% presento infecciones vaginales (vaginosis bacteriana y vaginitis candidiasica), el 24.5% presento anemia, el 17.6% tuvieron infección del tracto urinario, el 11.8% presento obesidad, el 3.9% presento preeclampsia y el 2.0% presento rotura prematura de membranas.

Con relación a la atención prenatal reenfocada y la morbilidad materna durante el embarazo, se puede apreciar que, del total de gestantes atendidas, el porcentaje de morbilidad materna fue mayor en aquellas gestantes sin atención prenatal reenfocada (22.5%), mientras que la NO presencia de morbilidad materna fue mayor en las gestantes con atención prenatal reenfocada (38.2%). En este contexto se concluye que si existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la morbilidad materna durante el embarazo.

Palabras claves: Atención prenatal reenfocada, morbilidad materna, embarazo.

ABSTRACT

This research was carried out with the objective of determining the relationship between refocused prenatal care and maternal morbidity during pregnancy, Ferreñafe Reference Hospital, July - December 2019, through a quantitative, descriptive, retrospective and cross-sectional study. The sample consisted of 102 pregnant women treated whose information can be found in the medical records. The registration technique was used and the data collection sheet was the instrument. The results were: That the age group of pregnant women with the highest prevalence was those between 24 and 29 years old, represented by 35.3%, referring to marital status 78.4% are cohabiting, 50% have secondary education, 75.5 % are of urban origin and also 75.5% are housewives. Regarding obstetric characteristics, the highest percentage were multigesta with 57.8%, with respect to the number of prenatal care 55.8% had 6 or more controls. Likewise, 64.7% started their prenatal care in the first quarter. Among the laboratory tests, 83.3% complied with performing the 2 batteries of analyzes. Regarding obstetric ultrasound, 95.1% had 2 ultrasound scans. Regarding the most frequent morbidity during pregnancy of the studied population, it was evidenced that 46.1% presented vaginal infections (bacterial vaginosis and candidiasic vaginitis), 24.5% presented anemia, 17.6% had urinary tract infection, 11.8% presented obesity, 3.9% presented pre-eclampsia and 2.0% presented premature rupture of membranes. Regarding refocused prenatal care and maternal morbidity during pregnancy, it can be seen that, of the total number of pregnant women attended, the percentage of maternal morbidity was higher in those pregnant women without refocused prenatal care (22.5%), while there was NO Maternal morbidity was higher in pregnant women with refocused prenatal care (38.2%). In this context, it is concluded that there is a relationship between refocused prenatal care and maternal morbidity during pregnancy.

Key words: Refocused prenatal care, maternal morbidity, pregnancy.

I. INTRODUCCIÓN:

Por muchos años, el embarazo y el parto han sido momentos decisivos para la mujer; no tan solo por significar la persistencia de la especie, sino por el riesgo de vida tanto para ella como para su descendencia. Desde entonces, se sabe que el momento del parto es una situación riesgosa.¹

Aunque la maternidad suele ser una experiencia positiva, para muchas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad y de muerte. Entre las complicaciones directamente responsables de más del 70% de las muertes maternas son: hemorragias, infecciones, abortos peligrosos, eclampsia y parto obstruido.²

La Organización Mundial de la Salud, imagina un mundo en el que todas las embarazadas y neonatos a nivel mundial reciben una atención de calidad durante el embarazo, parto y postparto. En el continuo de los servicios de atención de la salud reproductiva, la atención prenatal representa una plataforma para realizar importantes funciones de atención de la salud como la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico y la prevención de enfermedades.³ Es por ello que recomienda y otorga flexibilidad a los países para utilizar múltiples mecanismos para brindar atención en el embarazo según sus necesidades específicas, lo cual implica que, por ejemplo, la atención deba ser prestada por profesionales de la salud de la especialidad u otros debidamente capacitados, en establecimiento de salud o utilizando recursos para llevar la atención lo más cercana de la población, asegurando que el control del embarazo no sea una simple visita, sino un contacto permanente entre la gestante y el profesional de la salud durante todo el embarazo.⁴ En el Perú, la norma técnica de salud para la atención integral de salud materna del MINSA, en el año 2013, tiene como finalidad disminuir la morbilidad materna y perinatal, brindando una atención integral de salud a la mujer durante el periodo preconcepcional y concepcional.⁵

Según las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar, en el año 2019, el 98.2% de gestantes fueron atendidas por profesional de la salud calificado. La atención prenatal realizada por médico fue mayor en Lima Metropolitana (58.9%) y la atención realizada por obstetra, fue mayor en la Sierra (87.4%) y el resto de la región Costa (87.0%). El 89.7% tuvieron 6 o más atenciones prenatales, y el 81.1% su primera atención fue durante el primer trimestre del embarazo, observándose el menor porcentaje en las mujeres residentes en el área rural (74.0%).⁶

En un estudio realizado durante el periodo 2012 - 2016, que evalúa la morbilidad materna en mujeres atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Perú, se encontró que la incidencia promedio de casos de morbilidad materna extrema fue de 13 casos por cada mil nacidos vivos, con tendencia al aumento. Se observa que la mayoría de casos de morbilidad materna extrema está relacionada principalmente a los trastornos hipertensivos, seguido de sepsis y hemorragias pre y post parto.⁷

Para esta investigación se ha formulado el siguiente problema: ¿Existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la morbilidad materna durante el embarazo, Hospital Referencial Ferreñafe, julio – diciembre 2019?

Esta investigación busca conocer la relación que existe entre la atención prenatal reenfocada y la morbilidad materna durante el embarazo, cuyos resultados nos permitirán plantear algunas propuestas a considerar durante la atención del embarazo, necesarias para identificar y/o prevenir aquellos problemas obstétricos que pudieran presentarse en el Hospital Referencial Ferreñafe, y de esa manera aportar a la prevención de la morbilidad materna en la región.

En este contexto se ha planteado como hipótesis de investigación: Si existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la morbilidad materna durante el embarazo, en el Hospital Referencial Ferreñafe, julio – diciembre 2019. Y como hipótesis nula que No existe relación entre la atención prenatal reenfocada y la morbilidad materna durante el embarazo, en el Hospital Referencial Ferreñafe, julio – diciembre 2019.

Esta investigación está dirigido por el siguiente objetivo general: Determinar la relación entre la atención prenatal reenfocada y la morbilidad materna durante el embarazo, Hospital Referencial Ferreñafe, julio – diciembre 2019. A su vez por los objetivos específicos: determinar el cumplimiento de la atención prenatal reenfocada, identificar la morbilidad materna durante el embarazo y caracterizar a las gestantes según sus datos obstétricos y según su nivel sociodemográfico.

II. DESARROLLO:

Antecedentes Internacionales:

Machado Medrano S., Molinares Perez A. P., et. al. (Colombia) (2016 – 2017), en su tesis, tipo descriptivo, retrospectivo, correlacional, de corte transversal, realizado con el objetivo de determinar los factores relacionados con la falta de asistencia al control prenatal y sus consecuencias en el binomio madre - hijo en gestantes inscritas al programa de detección temprana de alteraciones del embarazo en IPS de Sincelejo, con una muestra de 170 gestantes en las cuales utilizo una encuesta semiestructurada, además realizaron revisión de historias clínicas para analizar los datos gineco-obstétricos, números de controles y trimestre de gestación al que concurren; reporto en sus resultados que la complicación materna presentada con mayor frecuencia fue los trastornos hipertensivos (68.8%).⁸

Fiallos Sanchez. S., (Ecuador) (2015), en su tesis, tipo retrospectivo observacional, realizado con el objetivo de determinar la relación entre control prenatal y la morbilidad materno-fetal indicando además cuales son las principales complicaciones que se presentaron en su estudio, con una muestra de 100 historias clínicas de gestantes escogidas al azar del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor; evidenció en sus resultados que sus principales complicaciones fueron: Abortos con el 12%, RPM con el 10%, Oligohidramnios con el 9%, Preeclampsia con el 6% y Hemorragias con el 3%. Con un número promedio de 5 controles prenatales en el 70 % de las gestantes de los cuales el 19% no registró consulta previa.⁹

Antecedentes Nacionales:

Castillo Ortiz M. V., (Lima) (2019), en su tesis, tipo retrospectiva, de diseño no experimental, de corte transversal, realizado con el objetivo de determinar la relación entre la atención prenatal reenfocada y las complicaciones maternas en el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unzué de enero a junio 2019, con una muestra constituida por 200 historias clínicas de gestantes; evidenció en sus resultados un total de 117 gestantes (58.5%) que no tuvieron atención prenatal reenfocada y 83 gestantes (41.5%) que si lo tuvieron; asimismo, observó que el 39.3% de las gestantes que no cumplieron con una atención

prenatal reenfocada, tuvieron infección de tracto urinario durante el embarazo, siendo esta la complicación materna con mayor presencia, seguida por la anemia (23.9%).¹⁰

Uchuypoma Huamani, M., (Huancavelica) (2018), en su tesis, de tipo observacional, retrospectiva, transversal, descriptiva, realizado con el objetivo de caracterizar la atención prenatal y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampa en el 2018, en una muestra de 64 gestantes, obtuvo como resultados que el 75% lograron tener más de 6 atenciones prenatales; el 48.4% de las gestantes con atención prenatal tuvieron por lo menos una morbilidad; el 31.3% tuvieron infección del tracto urinario, 12.5% infección vaginal, 10.9% anemia, 7.8% preeclampsia, 4.7% parto pretérmino, 3.1% placenta previa y el 3.1% presentación podálica.¹¹

Urcia Ramírez, M. C., (Trujillo) (2018), en su tesis, su diseño de investigación fue correlacional, realizado con el objetivo de determinar la relación entre la calidad de atención prenatal y morbilidad materna en el Hospital Provincial de Virú, en el periodo abril a junio 2018, la muestra fue de 152 gestantes; obtuvo los siguientes resultados: la morbilidad presentada con mayor frecuencia fue la enfermedad hipertensiva del embarazo (33.6%), seguida de la infección del tracto urinario (23.7%), se brindó una atención prenatal con calidad alcanzando un 16%, y una atención sin calidad en un 83%.¹²

Villanueva Maldonado L. S., (Huánuco) (2017), en su tesis, de tipo observacional, descriptivo, corte transversal y retrospectiva, realizada con el objetivo de determinar la relación entre atenciones prenatales y complicaciones del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2017, con una muestra de 75 gestantes; como resultados halló que las complicaciones frecuentes en el embarazo fueron: 10.7% amenaza de parto pre término, 2.7% hiperémesis gravídica, 52% ITU, 17.3% anemia, 4.0 % preeclampsia, 2.7 % ruptura prematura de membranas y 2.7 % placenta previa, respecto a la relación entre atenciones prenatales y complicaciones del embarazo, el 25.3% tuvieron atenciones completas y presentaron complicaciones.¹³

Corcuera Murillo J. G, (Trujillo) (2013 - 2017), en su tesis de tipo descriptiva y correlacional, realizada con el objetivo de determinar la relación entre la atención prenatal reenfocada y la morbilidad materna durante el embarazo, parto y puerperio, julio 2013 a julio 2017. Centro de Salud El Bosque, evaluando 277 historias de gestantes con atención prenatal, obtuvo como resultados que el 46.9% de gestantes presentaron alguna morbilidad materna durante el embarazo (34.3% en aquellas que no lograron completar una atención prenatal reenfocada y 12.6% si lograron completar una atención prenatal reenfocada), mientras que el 53.1% no tuvieron morbilidad materna (43.3% con atención prenatal reenfocada y 9.7% sin atención prenatal reenfocada). La morbilidad con mayor frecuencia durante el embarazo, fueron anemia (22.4%), infección del tracto urinario (20.6%) y obesidad (11.6%).¹⁴

Antecedentes Locales:

No se encontraron.

En base a los antecedentes encontrados sobre la atención prenatal reenfocada, se han encontrado bases teóricas, así como también en las normas técnicas dadas por el Ministerio de Salud y artículos de investigación, los cuales dan soporte a las variables en estudio, la cuales se detallan a continuación:

Atención Prenatal Reenfocada:

En la norma técnica N°105 – 2013/MINSA, define a la atención prenatal reenfocada como la vigilancia integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para proporcionar un paquete básico de intervenciones que permita la identificación oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones; con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos. Para ello la gestante debe recibir como mínimo seis atenciones prenatales, las cuales deben ser realizadas por médico gineco-obstetra, médico cirujano u obstetra, según el nivel de complejidad del establecimiento de salud.⁵

Para lograr el mínimo de 6 atenciones prenatales, dichas atenciones serán distribuidas de la siguiente manera:

- 1ra atención: antes de las 14 semanas.
- 2da atención: entre las 14 – 21 semanas.
- 3ra atención: entre las 22 – 24 semanas.
- 4ta atención: entre las 25 – 32 semanas.
- 5ta atención: entre las 33 – 36 semanas.
- 6ta atención: entre las 37 – 40 semanas.⁵

Con respecto a la frecuencia de las atenciones mencionadas anteriormente, debe ser mensual hasta la semana 32, quincenal a partir de las 33 a 36 semanas y semanal a partir de las 37 semanas.⁵

La primera consulta deberá tener una duración no menor de 30 minutos, donde se realizarán los siguientes procedimientos:

- Elaboración de la Historia Clínica Materno Perinatal y examen físico: Incluye signos vitales y el examen de los diferentes órganos.
- Examen obstétrico completo, incluye la valoración ginecológica.
- Exámenes de laboratorio y ecografía obstétrica (antes de las 14 semanas para confirmar la edad gestacional)⁵. Los ultrasonidos realizados periódicamente permite también un diagnóstico correcto de malformaciones y de despistaje de enfermedades que pueden complicar la gestación.¹⁵
- Prescripción de suplementos nutricionales:
 - Ácido fólico (500 mcg) durante el primer trimestre (hasta las 13 semanas).
 - Ácido fólico (400 mcg) y sulfato ferroso (60 mg), desde las 14 semanas hasta el parto.
 - Calcio (2000 mg), desde las 20 semanas hasta el parto.⁵
- Inmunizaciones:
 - Vacunación antitetánica: toda gestante que no ha sido vacunada debe recibir su primera dosis al término de la primera consulta y continuar según el Esquema Nacional de Vacunación, con la finalidad de prevenir el tétanos neonatal.

- Vacunación contra Influenza Estacional: a toda gestante se le debe administrar una dosis, a partir de las 20 semanas de gestación.⁵
- Plan de parto: se emplea como un método útil que busca precisar, organizar y movilizar los recursos institucionales, de la familia y comunidad para la atención oportuna de la gestante en el momento del parto. Consta de 3 entrevistas.⁵

Procedimientos a realizar en las atenciones prenatales posteriores: las consultas de seguimiento, la duración no debe ser menor de 15 minutos, se debe realizar lo siguiente:

- Interrogar sobre los signos y síntomas de alarma asociados a la gestación y evaluación integral.
- Indagar sobre el cumplimiento de las indicaciones de exámenes auxiliares y de laboratorio, e interpretar los resultados.
- Controlar el aumento de peso materno, las funciones vitales (especialmente presión arterial), reflejos y presencia de edemas.
- Control del crecimiento fetal intrauterino mediante la vigilancia de la altura uterina.
- Realizar prueba de proteinuria con ácido sulfosalicílico o tira reactiva en toda gestante.
- Evaluar edad gestacional, auscultación de latidos fetales y detección de movimientos fetales (desde las 20 semanas).⁵

A partir de las 28 semanas:

- Determinar la situación, posición, presentación fetal y número de fetos.
- Controlar los latidos cardiacos fetales y preguntar sobre la presencia de movimientos fetales.
- Actualizar examen de laboratorio, desde las 33 semanas de gestación, con un intervalo no menor a tres meses de los primeros exámenes de laboratorio.⁵

A partir de las 35 semanas:

- Pelvimetría interna y valoración feto-pélvica especialmente en primigrávidas y gestantes de talla baja (1.40 m.).
- Determinación del encajamiento y presentación fetal.
- Reevaluación del estado general de la madre.⁵

Morbilidad Materna:

La morbilidad materna detalla los problemas de salud inesperados que pueden ser de corto o largo plazo, como resultado del embarazo o el parto, los cuales requieren atención médica adicional, hospitalización o rehabilitación a largo plazo, y pueden afectar la calidad de vida de una mujer. También engloba una serie de afecciones de salud, algunas de las cuales se presentan durante el embarazo y tienen poco tiempo de duración, así como también otras no se desarrollan hasta años después del embarazo y permanecen a lo largo de la vida de la mujer.¹⁶

Con respecto a las diversas morbilidades maternas presentadas en las gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe, según el reporte materno, son más frecuentes las siguientes:¹⁷

Anemia: es una alteración en el cual la cantidad de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre ha disminuido y no es suficiente para satisfacer las necesidades del organismo.¹⁸

Los niveles de anemias en la gestante han sido clasificados en; anemia leve (de 10.0 hasta 10.9 gr/dl), anemia moderada (de 9.9 gr/dl hasta 7.0 gr/dl) y anemia severa (menor a 7gr/dl).¹⁸

Amenaza de aborto: se caracteriza por la presencia de metrorragia y/o contracciones uterinas regularmente dolorosas en una gestación intrauterina, antes de las 22 semanas, y sin modificaciones cervicales.¹⁹

Los signos y síntomas que se presentan son amenorrea secundaria, presencia de vitalidad fetal y cólicos abdominales que pueden o no estar acompañado de sangrado vaginal, entre otros. Para el diagnóstico se puede realizar una ecografía abdominal o vaginal, examen pélvico y de laboratorio.²⁰

Amenaza parto pretérmino: se le denomina así a la presencia de contracciones uterinas constatados al tacto, con frecuencia de una cada 10 minutos y con una duración de 30 segundos, en el transcurso de 60 minutos, que puede cursar con borramiento del cérvix uterino menor del 50 % y/o dilatación menor a 2 cm.¹⁹

Parto prematuro o pretérmino: es aquel parto que ocurre entre las 22 y 36 semanas 6 días posteriores a la fecha de última menstruación.²¹

El parto prematuro puede ocurrir por diversas razones. La mayoría ocurren de forma espontánea, si bien algunos se producen como resultado de la inducción precoz de las contracciones uterinas o del parto por cesárea, ya sea por razones médicas o no médicas. Entre las causas más frecuentes tenemos a los embarazos múltiples, las infecciones y las enfermedades crónicas, como diabetes e hipertensión.²²

Preeclampsia: se define como un trastorno hipertensivo que generalmente ocurre después de las 20 semanas de gestación y también puede presentarse en el postparto, asociado a proteinuria más disfunción orgánica.²³

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, en el año 2013, recomendó que una paciente en situación de hipertensión posterior a las 20 semanas, aun sin tener proteinuria, pero con presencia de factores de gravedad como trombocitopenia, alteración hepática, creatinina > 1.1 mg/dL, edema pulmonar u otra sintomatología de preeclampsia, sea considerada como preeclampsia.²³

La preeclampsia se puede subclasificar en:

- I. Preeclampsia leve o sin criterios de severidad: Gestante que presenta una PA sistólica < 160 mmHg y diastólica < 110 mmHg y con proteinuria cualitativa de 1 + (ácido sulfosalicílico) o de 2 + (tira reactiva) o con proteinuria cuantitativa $\geq$ 300 mg y < 5 g en orina de 24 horas.
- II. Preeclampsia severa o con criterios de severidad: Aquella preeclampsia asociada a PA sistólica $\geq$ 160 mmHg y/o diastólica $\geq$ 110 mmHg y/o con evidencia de daño de órgano blanco (con o sin proteinuria).¹⁹

Ruptura prematura de membranas: es la rotura de las membranas ovulares que ocurre de forma espontánea al menos dos horas antes del inicio del trabajo de parto. Se puede presentar en embarazos a término y pretérmino. Puede ser identificado por la salida brusca de un líquido habitualmente transparente por vagina, pero también en ocasiones la salida es escasa e intermitente. Para confirmar el diagnóstico la observación directa de este líquido por vagina es suficiente, en caso de no confirmar el diagnóstico por observación directa se

procederá colocar un espéculo estéril para obtener una muestra del fondo de saco posterior o del orificio cervical externo y realizar exámenes complementarios como: test de cristalización, test de nitrazina, entre otros.²⁴

Infección de Tracto Urinario en el embarazo: se define como la existencia de gérmenes que producen alteraciones funcionales y morfológicas en el sistema urinario. Suele predominar en el sexo femenino por la estructura del tracto genitourinario, los hábitos miccionales y situaciones fisiológicas como el embarazo. En mujeres embarazadas, se considera relevante ya que corresponde a una de las complicaciones obstétricas con mayor frecuencia.²⁵

Existen tres entidades consideradas Infecciones del Tracto Urinario:

- **Bacteriuria asintomática:** se caracteriza por presentar al menos 1×10^5 unidades formadoras de colonias/mL en un urocultivo, con ausencia de síntomas o signos sugestivos, es por ello que no existe un cuadro clínico específico.
- **Cistitis aguda:** es la infección de tracto urinario bajo, es decir la infección está localizado en la vejiga. Los síntomas que se pueden presentar son: disuria, poliaquiria y tenesmo vesical.
- **Pielonefritis aguda:** es la infección del tracto urinario alto, donde están afectados tanto el parénquima y los cálices como la pelvis renal. Las manifestaciones clínicas que pueden presentarse son: fiebre, malestar general, náuseas, vómitos, dolor en flancos e hipersensibilidad costovertebral.²⁵

Embarazo Prolongado: se denomina a aquel embarazo que se continúa más de las 42 semanas de amenorrea (294 días o más). Respecto al embarazo en vías de prolongación se refiere a aquellas gestaciones entre las 41 y 42 semanas de amenorrea.¹⁹

La nueva clasificación cronológica para las embarazadas está patrocinada por el ACOG y la Sociedad de Medicina Materno-fetal e incluye:

-) Término precoz: 37 a 38 semanas y 6 días.
-) Término: entre 39 y 40 semanas y 6 días.
-) Término tardío: entre 41 y 41 semanas y 6 días.
-) Post-término: 42 o más semanas.¹⁹

Oligohidramnios: es la disminución de Líquido Amniótico para una determinada edad gestacional.¹⁸

En la actualidad, para definir el oligohidramnios la técnica más usada es la ecografía y se basa en la estimación del Índice de Líquido amniótico o ILA que definen medidas inferiores a 500 ml para una gestación de 36 - 42 semanas, tomados tres veces y luego expresar el promedio.¹⁹

Hiperémesis gravídica: afección que se caracteriza por náuseas y vómitos persistentes e incoercibles, fuera de toda causa orgánica, que impide la correcta alimentación de la gestante, durante los tres primeros meses del embarazo que alteran el estado general de la paciente, teniendo como resultado la pérdida de peso de al menos un 5% del peso pregestacional, deshidratación, cetonuria y trastornos hidroelectrolíticos, como alcalosis por pérdida de ácido clorhídrico con el vómito e hipopotasemia; requiriendo en muchas ocasiones ser hospitalizada para corregir dichas complicaciones.¹⁹

Obesidad: es una condición medida por la relación entre el peso y la talla. La Organización Mundial de la Salud, señala que un índice de masa corporal mayor de 30,0 Kg/m², se define como obesidad.²⁶

La obesidad tiene efectos metabólicos adversos en la presión arterial, el colesterol, los triglicéridos y la resistencia a la insulina.²⁶

Entre los factores causales más importantes que se asocian al incremento del Índice de Masa Corporal, son una dieta no saludable y la disminución de la actividad física. Ambos factores están relacionados a los fenómenos de urbanización de las poblaciones y a la globalización de la economía.²⁶

Infecciones vaginales: son patologías benignas del tracto genital inferior (vulva y vagina) ocasionada por diversos agentes infecciosos.²⁷

) Vaginosis Bacteriana: es la alteración de la microflora normal de la vagina, esto condiciona la proliferación de bacterias, en su mayoría son anaerobias. Los microorganismos señalados más a menudo son especies de Bacteroides, Peptostreptococcus, Gardnerella vaginalis y Mycoplasma hominis.

Sus manifestaciones clínicas son: leucorrea blanco grisáceo, maloliente, homogénea, suele ser abundante, con olor a pescado, prurito escaso.

-) Vaginitis Candidiasica: es la vaginitis causada por el hongo *Cándida albicans* en un 90%. Otras especies menos frecuentes, también denominadas no *albicans*, como *Cándida glabatra* y *Cándida tropicalis*.

Síntoma principal es el prurito, el flujo es de color blanco, como requesón, con formación de pseudomembranas adheridas a la pared vaginal. También presenta eritema vulvovaginal, excoriaciones y dermatitis contigua.²⁷

III. METODOLOGÍA:

3.1. Tipo de investigación: Cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

3.2. Diseño de investigación: El presente trabajo tiene un diseño de investigación: No experimental - descriptivo.

3.3. Variables y operacionalización de variables

Variable Independiente: Atención Prenatal Reenfocada.

Variable Dependiente: Morbilidad materna durante el embarazo.

Variables Intervinientes: Numero de gestaciones, Trimestre en que inicio la atención prenatal, Número de atenciones prenatales, Edad, Grado de instrucción, Estado civil, Zona de procedencia y Ocupación.

Operacionalización de las Variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores		Índice	Escala	Instrumento
VI: Atención Prenatal Reenfocada	Es la vigilancia integral de la gestante y el feto, preferiblemente antes de las catorce semanas de gestación.	Permite la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones	APN		<6 ≥6	Nominal	Ficha de recolección de datos
			Ficha de Tamizaje VBG		Si No		
			Plan de parto	1ra Entrevista	Si No		
				2da Entrevista	Si No		
				3ra Entrevista	Si No		
			Administración de suplementos	Ac. fólico	Si No		
				Sulf. Ferroso + Ac. fólico	Si No		
				Calcio	Si No		
			Análisis de Laboratorio	1 ^{ra} Bateria	Si No		
				2 ^{da} Bateria	Si No		
			Ecografías	1 ^{er} trim	Si No		
				2 ^{do} trim	Si No		
				3 ^{er} trim	Si No		
			Administración de vacunas	Antitetánica	Si No		
				Influenza	Si No		
				Difteria	Si No		
Consulta médica	Medicina General	Si No					
	Ginecólogo	Si No					
Interconsultas	Psicología	Si No					
	Nutrición	Si No					
	Odontología	Si No					
		Psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal	6 <6				
VD: Morbilidad materna durante el embarazo	Detalla los problemas de salud inesperados que pueden ser de corto o largo plazo, como resultado del embarazo o el parto.	Requieren atención médica adicional, hospitalización o rehabilitación a largo plazo.	Amenaza de aborto		Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos
			Hiperémesis gravídica		Si No		
			Anemia		Si No		
			Infección del Tracto Urinario		Sí No		
			Sobrepeso y Obesidad		Si No		
			Preeclampsia		Sí No		
			Ruptura Prematura de Membranas		Si No		
			Oligohidramnios		Si No		
			Amenaza de parto pretérmino		Sí No		
			Embarazo prolongado		Si No		
			Infecciones vaginales		Si No		

Variables	Dimensión	Indicadores	Índice	Escala	Instrumento
Intervinientes:	Datos obstétricos.	Trimestres de inicio de APN	☐ I trimestre ☐ II trimestre ☐ III trimestre	Nominal	Ficha de recolección de datos
		Número de gestaciones	☐ Primigesta ☐ Multigesta ☐ Gran multigesta	Ordinal	
	Nivel socio-demográfico	Edad	☐ ≤17 ☐ 18 – 23 ☐ 24 – 29 ☐ 30 – 35 ☐ >35	De Razón	Ficha de recolección de datos
		Grado de instrucción	☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior No Universitario ☐ Superior Universitario	Ordinal	
		Estado Civil	☐ Soltera ☐ Conviviente ☐ Casada	Nominal	
		Ocupación	☐ Ama de casa ☐ Comerciante ☐ Otros	Nominal	
		Zona de procedencia	☐ Urbana ☐ Urbana – Marginal ☐ Rural	Nominal	

3.4. Población, muestra y muestreo

La población fue conformada por las gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Referencial Ferreñafe, durante el periodo julio – diciembre 2019, cuyos datos se encuentran en las historias clínicas, que corresponden a 143 gestantes atendidas.

Unidad de Análisis:

Historias clínicas de gestantes atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Referencial Ferreñafe, durante el periodo julio – diciembre 2019.

Tamaño Muestral:

Para hallar el tamaño de la muestra se empleó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \alpha \cdot p \cdot q}{d^2(N - 1) + Z^2 \alpha \cdot p \cdot q}$$

donde:

N = población total = 143

Z = Nivel de seguridad 95% = 1.96

p = proporción esperada = 37.06% = 0.3706 = proporción de gestantes con APN reenfocada.

q = 1-p = 0.3706 = Complemento de p= 0.6294

d = margen de error o de precisión = 5% = 0.05

Al reemplazarlo obtenemos:

$$n = \frac{955 \times 1.96^2 \times 0.3706 \times 0.6294}{0.05^2 \times (142) + 1.96^2 \times 0.3706 \times 0.6294}$$

$$n = \frac{143 \times 0.8961}{0.355 + 0.8961}$$

$$n = \frac{260.66}{1.2511}$$

$$n = 102.42$$

$n = 102$

) **Criterios de inclusión**

- Gestante con embarazo único.
- Gestante atendida en el Hospital Referencial Ferreñafe.

) **Criterios de exclusión**

- Gestante que solo haya acudido al hospital por atención de parto.
- Gestante con alguna morbilidad previa no asociada al embarazo como diabetes, hipertiroidismo, hipotiroidismo, asma bronquial, etc.

3.5. Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica a utilizar fue el fichaje.

El instrumento ha sido una ficha de recolección de datos planificada para el presente estudio, el cual ha sido validado según el criterio de tres expertos a través de un cuestionario-encuesta.

3.6. Procedimientos de recolección de datos

El llenado del instrumento se realizó con los datos que se recopilaron de las historias clínicas de la muestra calculada. Para ello se presentó un documento solicitando a quien corresponda la autorización para acceder a dichas historias clínicas.

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Los datos han sido analizados mediante el programa estadístico (Excel), el cual permitirá presentar los resultados con sus valores absolutos (números) y relativos (porcentajes).

El análisis inferencial de los datos como el nivel socioeconómico se realizó sobre la base del cálculo de la prueba Chi-cuadrado, con un nivel de confianza del 95%.

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico (SPSS 24.0). Los resultados más representativos son presentados en cuadros estadísticos.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° 01: Características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe. Julio - diciembre 2019

Edad gestante	Frecuencia	Porcentaje
≤ 17	9	8.8%
18-23	25	24.5%
24 -29	36	35.3%
30 - 35	18	17.6%
≥35	14	13.7%
Total	102	100%
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	11	10.8%
Casada	11	10.8%
Conviviente	80	78.4%
Total	102	100%
Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	10	9.8%
Secundaria	51	50.0%
Superior no universitaria	26	25.4%
Superior universitaria	15	15.7%
Total	102	100%
Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	1	1.0%
Urbano marginal	24	23.5%
Urbano	77	75.5%
Total	102	100%
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	77	75.5%
Estudiante	12	11.8%
Otro	13	12.7%
Total	102	100%

Fuente: Información recopilada de las historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe.

La presente tabla muestra la distribución porcentual: Según la edad de las gestantes, se evidencia que el mayor porcentaje es 35.3% en edades de 24 – 29 años, seguido del 24.5% entre los 18 – 23 años, reportes similares son dados por Castillo O¹⁰ en su estudio, así mismo Villanueva M¹³.

Según el estado civil de las gestantes, se observa que la mayoría de gestantes son convivientes representado por el 78.4%, similares hallazgos reportaron Castillo O¹⁰, Uchuypoma H¹¹ y Villanueva M¹³.

De acuerdo al grado de instrucción, se encontró que el 50% de las gestantes tienen grado de instrucción secundaria, reporte similar al estudio de Castillo O¹⁰ y Corcuera M¹⁴. No obstante Villanueva M¹³ halló que las gestantes en su mayoría tenían grado instrucción superior técnico (38.7%) y Uchuypoma H¹¹ en su población de estudio la mayoría tenía como grado de instrucción primaria (45.3%).

En la procedencia, el 75.5% fueron procedentes de la zona urbana, resultados similares halló Corcuera M¹⁴ con el 73.6%, por otro lado, Machado M, et. al. en su estudio encontraron que 92.35% de su población procedían de zona urbana, siendo un porcentaje mayor al encontrado en el presente estudio.

De acuerdo a la ocupación de la gestante, el 75.5% fueron ama de casa, al igual que en el estudio de Castillo O¹⁰ con el 61.5% y Villanueva M¹³ con el 60.0%.

TABLA N° 02: Datos obstétricos de las gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe. Julio - diciembre 2019

N° Gestación	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	35	34.3%
Multigesta	59	57.8%
Gran multigesta	8	7.9%
Total	102	100%
N° de APN	Frecuencia	Porcentaje
< 6	45	44.2%
≥ 6	57	55.8%
Total	102	100%
Trimestre inicio APN	Frecuencia	Porcentaje
I Trimestre	66	64.7%
II Trimestre	34	33.3%
III Trimestre	2	2.0%
Total	102	100%

Fuente: Información recopilada de las historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe.

Según el número de gestaciones, el 57.8% fueron multigestas, al compararlo con el estudio de Castillo O¹⁰ reporto el 64.0% y Machado M⁸ reporto 91.18% tenían entre 1 a 3 gestaciones. Ambos estudios mencionados reportan mayor porcentaje al hallado en este estudio.

En su mayoría, las gestantes tuvieron de seis a más atenciones prenatales 55.8%. Uchuypoma H¹¹ y Villanueva M¹³ hallaron resultados similares en sus investigaciones. A diferencia de Fiallos S⁹ en Ecuador del 2015 encontró que 1 a 6 son el número más frecuente de controles que se realiza durante el embarazo.

El 64.7% inició su atención prenatal en el primer trimestre de embarazo, al igual que Machado M¹⁴ y Castillo O¹⁰ reportaron que el mayor porcentaje estuvo en el primer trimestre.

TABLA N° 03: Actividades y exámenes realizados en la atención prenatal reenfocada de gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe. Julio – diciembre 2019

Actividades y exámenes	Frecuencia	Porcentaje
Historia clínica materno perinatal completa		
Sí	102	100%
Tamizaje VBG		
Sí	102	100%
Examen físico y obstétrico completo		
Sí	102	100%
Toma de Papanicolaou (PAP)		
Sí	70	68.6%
No	32	31.4%
Exámenes auxiliares y de laboratorio		
Grupo sanguíneo y factor Rh		
Sí	102	100%
Hemoglobina (2 baterías)		
Sí	85	83.3%
No	17	16.7%
Ex. de orina completa o urocultivo (2 baterías)		
Sí	85	83.3%
No	17	16.7%
Tamizaje VIH/SIFILIS (2 baterías)		
Sí	100	98.0%
No	2	2.0%
Glicemia basal (2 baterías)		
Sí	85	83.3%
No	17	16.7%
Tamizaje de Proteinuria		
Sí	102	100%
2 Ecografías obstétricas		
Sí	97	95.1%
No	5	4.9%
Total	102	100%

Fuente: Información recopilada de las historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe.

La presente tabla muestra la distribución porcentual de las actividades y exámenes realizados a las gestantes en estudio, el 100% tuvo completa la historia clínica materno perinatal, el tamizaje de violencia basada en género, así como también el examen físico y obstétrico, con excepción en la toma del Papanicolaou, que solo se realizó en el 68.6% de las gestantes.

Con respecto a los exámenes auxiliares y de laboratorio, se puede observar que el 100% tuvieron grupo sanguíneo y factor RH, al igual que tamizaje de proteinuria, el 98.0% tuvieron tamizaje de VIH/sífilis, el 83.3% tuvieron las 2 baterías completas de Hemoglobina, examen completo de orina y glicemia basal. Resultados similares reporta Uchuypoma H¹¹ en su estudio. No obstante, Villanueva M¹³ difiere con los resultados del presente estudio.

TABLA N° 04: Suplementos nutricionales, inmunizaciones y plan de parto, realizadas en la atención prenatal reenforcada de gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe. Julio – diciembre 2019

Suplementos nutricionales, inmunizaciones y plan de parto	Frecuencia	Porcentaje
Ácido fólico		
Sí	65	63.7%
No	37	36.3%
Sulf. Ferroso + Ácido fólico		
temprana	89	87.3%
tardía	13	12.7%
Calcio		
temprana	99	97.1%
tardía	3	2.9%
Vacuna antitetánica (2 dosis)		
Sí	70	68.6%
No	32	40.2%
Vacuna AH1N1		
Sí	61	59.8%
No	41	40.2%
Total	102	100%
Plan de parto (3 entrevistas)	Frecuencia	Porcentaje
Sí	19	18.6%
No	83	81.4%
Total	102	100%

Fuente: Información recopilada de las historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe.

La presente tabla muestra que, en la suplementación de nutrientes, el 63.7% recibió ácido fólico, el 100% recibió sulfato ferroso + ácido fólico, y también calcio. Resultado similar hallaron Uchuypoma H¹¹ y Villanueva M¹³.

Respecto a las inmunizaciones, el 68.6% recibió las 2 dosis de vacuna antitetánica y la dosis única de AH1N1 el 59.8%. Villanueva M¹³ reporta porcentajes mayores en comparación con el presente estudio.

Y por último solo el 18.6% de las gestantes tuvieron las 3 entrevistas del plan de parto. Villanueva M¹³ encontró en su población estudiada que el 98.7% tenían el plan de parto completo, lo cual difiere con este estudio.

TABLA N° 05: Consultas e interconsultas realizadas por gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe. Julio – diciembre 2019

Consultas e interconsultas	Frecuencia	Porcentaje
Medicina General/Gineco-obstetricia		
Sí	98	96.1%
No	4	3.9%
Nutrición		
Sí	64	62.7%
No	38	37.3%
Psicología		
Sí	53	52.0%
No	49	48.0%
Odontología (2 evaluaciones)		
Sí	39	38.2%
No	63	61.8%
Total	102	100%

Fuente: Información recopilada de las historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe.

La presente tabla muestra que, el 96.1% de gestantes tuvieron consulta con medicina general o gineco-obstetricia, en las interconsultas el 62.7% paso por nutrición, el 52.0% paso por psicología. No hay antecedentes con esta información para la discusión.

El 38.2% tuvieron 2 evaluaciones odontológicas. No obstante, Uchuypoma H¹¹ encontró que el 92.2% completaron las 2 evaluaciones, lo cual difiere con esta investigación.

TABLA N°06: Atención prenatal reenforcada en gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe. Julio - diciembre 2019

APNR	Frecuencia	Porcentaje
SI	57	55.9%
NO	45	44.1%
Total	102	100%

Fuente: Información recopilada de las historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe.

La presente tabla muestra la distribución porcentual de la atención prenatal reenforcada, del 100% de gestantes evaluadas, el 55.9% tuvieron atención prenatal reenforcada. Así mismo Corcuera M¹⁴ reporto porcentajes similares; por el contrario, en el estudio de Castillo O¹⁰, halló que en el 41.5% tuvieron atención prenatal reenforcada.

TABLA N°07: Morbilidad materna en las gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe. Julio – diciembre 2019

Infecciones vaginales	Frecuencia	Porcentaje
Sí	47	46.1%
No	55	53.9%
Total	102	100%
ITU	Frecuencia	Porcentaje
Sí	18	17.6%
No	84	86.4%
Total	102	100%
Anemia	Frecuencia	Porcentaje
Sí	25	24.5%
No	77	75.5%
Total	102	100%
Obesidad	Frecuencia	Porcentaje
Sí	12	11.8%
No	90	88.2%
Total	102	100%
Preeclampsia	Frecuencia	Porcentaje
Sí	4	3.9%
No	98	96.1%
Total	102	100%
RPM	Frecuencia	Porcentaje
Sí	2	2.0%
No	100	98.0%
Total	102	100%

Fuente: Información recopilada de las historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe.

La presente tabla muestra, como primera morbilidad a las infecciones vaginales (vaginosis bacteriana y vaginitis candidiasica) con 46.1%, al comparar con el estudio de Uchuypoma H¹¹, quien halló un 12.5% de gestantes con infección vaginal, lo cual difiere con esta investigación.

Seguido de la anemia con 24.5%, similares hallazgos reportó Corcuera M¹⁴ con 22.4%. No obstante, Villanueva M¹³ reportó hallazgos menores al de esta

investigación con 17.3%; así mismo Uchuypoma H¹¹ halló que el 10.9% de gestantes presentaron anemia, y Castillo O¹⁰ reportó el 15.1% de su población estudiada presentó esta morbilidad.

En infección del tracto urinario, se halló que el 17.6% de gestantes presentaron esta morbilidad, al compararlo con lo reportado por Castillo O¹⁰, quien halló 27.5%; Uchuypoma H¹¹, halló 31.3%; Urcia R¹², halló 23.7%; Villanueva M¹³, halló 52.0% y así mismo Corcuera M¹⁴, halló 20.6%. Todos esos resultados difieren con este estudio.

Respecto a la obesidad, en esta investigación se encontró que el 11.8% de gestantes estudiadas presentó esta morbilidad. Al compararlo con el estudio de Corcuera M¹⁴, quien reportó esta morbilidad en el 11.6% de su población estudiada, los resultados son similares.

Las morbilidades presentadas con menor frecuencia fueron preeclampsia y rotura prematura de membranas, las gestantes que presentaron estas morbilidades fueron el 3.9% y 2.0% respectivamente, similar hallazgo reportó Villanueva M¹³ en su estudio donde el 4.0% de gestantes presentaron preeclampsia y el 2.7% rotura prematura de membranas. A su vez, Fiallos S⁹ halló en su estudio que 6% de las gestantes presentó preeclampsia. A diferencia del estudio realizado por Urcia R¹², con respecto a la rotura prematura de membranas halló que el 22.4% presentaron esta morbilidad.

TABLA N°08: Atención prenatal reenfocada y morbilidad materna en gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe. Julio – diciembre 2019

MORBILIDAD MATERNA	ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA				TOTAL		$\chi^2 = 3.8415$; G.L.=1; $\alpha = 0.05$
	NO		SI		N°	%	
	N°	%	N°	%			
Infecciones vaginales							
SI	24	53.3	23	40.4	47	46.1	$\chi^2 = 1.706$; $p > 0.05$
NO	21	46.7	34	59.6	55	53.9	
ITU							
SI	9	20.0	9	15.8	18	17.6	$\chi^2 = 0.307$; $p > 0.05$
NO	36	80.0	48	84.2	84	82.4	
Anemia							
SI	10	22.2	15	26.3	25	24.5	$\chi^2 = 0.228$; $p > 0.05$
NO	35	77.8	42	73.7	77	75.5	
Obesidad							
SI	9	20.0	3	5.3	12	11.8	$\chi^2 = 5.261$; $p < 0.05$
NO	36	80.0	54	94.7	90	88.2	
Preeclampsia							
SI	2	4.4	2	3.5	4	3.9	$\chi^2 = 0.058$; $p > 0.05$
NO	43	95.6	55	96.5	98	96.1	
RPM							
SI	2	4.4	0	0.0	2	2.0	$\chi^2 = 2.584$; $p > 0.05$
NO	43	95.6	57	100.0	100	98.0	
TOTAL	45	100.0	57	100.0	102	100.0	
MORBILIDAD MATERNA							
SI	23	22.5	18	17.7	51	40.2	$\chi^2 = 3.991$; $p < 0.05$
NO	22	21.6	39	38.2	61	59.8	
TOTAL	45	44.1	57	55.9	102	100.0	

Fuente: Información recopilada de las historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe.

En cuanto a la relación entre las variables estudiadas, se puede apreciar que el 40.2% de gestantes tuvieron alguna morbilidad materna durante el embarazo, de las cuales 22.5% fueron aquellas que no lograron la atención prenatal reenfocada y el 17.7% si tuvieron atención prenatal reenfocada. A diferencia del 59.8% que no tuvieron morbilidad materna, el 38.2% si tuvieron atención prenatal reenfocada y el 21.6% no tuvieron. Comparando los resultados del presente estudio, se encuentra similitud con lo hallado por Castillo O¹⁰, Villanueva M¹³ y Corcuera M¹⁴.

Asimismo, se encontró asociación estadística significativa entre las variables atención prenatal reenfocada y morbilidad materna durante el embarazo ($p < 0.05$).

V. CONCLUSIONES

Se llegaron a las siguientes conclusiones:

1. Se encontró relación estadística significativa entre las variables atención prenatal reenfocada y morbilidad materna durante el embarazo ($\chi^2= 3,991$, $p<0.05$).
2. Solo el 55.9% de las gestantes atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe durante julio – diciembre 2019, tuvieron atención prenatal reenfocada.
3. La morbilidad presentada con mayor frecuencia en las gestantes en estudio, fueron: infecciones vaginales (46.1%), anemia (24.5%), infección del tracto urinario (17.6%) y obesidad (11.8%). Las gestantes que presentaron alguna morbilidad durante el embarazo fueron en su mayoría las que no tuvieron una atención prenatal reenfocada.
4. Respecto a las características obstétricas: El 57.8% de las gestantes fueron multigestas y el 34.3% son primigestas; el 55.9% tuvieron de seis a más (> 6) atenciones prenatales, el 64.7% empezó su atención prenatal en el primer trimestre de embarazo. Según el nivel sociodemográfico, la mayoría de gestantes tuvieron entre 18 a 29 años (59.8%), el 89.2% tuvieron unión conyugal estable (casada o conviviente), el 50.0% tuvieron instrucción secundaria, el 75.5% fueron procedentes de la zona urbana y el 75.5% fueron amas de casa.

VI. RECOMENDACIONES:

-) A GERESA Lambayeque, se le recomienda un mayor énfasis en la supervisión del cumplimiento de las funciones obstétricas, para lograr la atención prenatal reenfocada en todas las gestantes y así disminuir la morbilidad materna.
-) A la Escuela profesional de Obstetricia de la Universidad Particular de Chiclayo, se le recomienda incluir en su plan curricular, el estudio y análisis de las normas técnicas vigentes, que permitan conocer al estudiante, su importancia en el campo laboral.
-) Se recomienda que el personal del Servicio de Obstetricia del Hospital Referencial de Ferreñafe proponga estrategias de involucramiento de las gestantes y sus cónyuges en cada una de las actividades de la atención prenatal reenfocada para así conseguir que cumpla con cada uno de los objetivos de la atención prenatal y de esa manera contribuir a la disminución de la morbilidad durante el embarazo. También programar un ciclo permanente de charlas dirigidas a las gestantes y mujeres en edad fértil relacionadas a la importancia de la atención prenatal y sobre la repercusión de la morbilidad durante el embarazo, así como también en el parto y puerperio.

REFERENCIAS

1. Lugones M. Atención preconcepcional como estrategia básica para prevenir y disminuir la mortalidad materno-infantil. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. [Internet]. 2016 Mar [citado 2021 mayo 4]; 42(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100001&lng=es.
2. OMS. Mortalidad Materna. Centro de prensa. 2019 sep. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. WHO. Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization 2016. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/
4. OMS. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. Comunica de Prensa. Ginebra; 2016. 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>.
5. MINSA. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. [Internet]; 2013. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
6. INEI. "Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar 2019 - Nacional y Departamental". [Internet]; 2019. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/.
7. Gonzales O, Llanos C, Espinola M, Vallenas R, Guevara E. Morbilidad materna extrema en mujeres peruanas atendidas en una institución especializada. [Internet].; 2012 - 2016 [citado 2021 abril 18]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/340915625_Morbilidad_materna_extrema_en_mujeres_peruanas_atendidas_en_una_institucion_especializada_2012-2016.
8. Machado S, Molinares A, et. al. Factores asociados a la falta de asistencia al control prenatal y consecuencias maternas y perinatales en tres IPS de Sincelejo 2016 – 2017. Tesis para optar Título de Enfermera. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Sucre. Sincelejo – Sucre, 2017.

9. Fiallos S. Normas a cumplir en el control prenatal y su relación con la morbimortalidad materno – fetal. Hospital Enrique Sotomayor 2015. Tesis presentada para optar el Título de Médico. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Guayaquil. Guayaquil – Ecuador, 2015.
10. Castillo O. Atención prenatal reenfocada y complicaciones maternas durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de enero a junio 2019. Tesis presentada para optar el Título de Licenciada en Obstetricia. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Norbert Wiener. Lima – Perú, 2020.
11. Uchuypoma H. Atención prenatal y morbilidad en gestantes atendidas en el Puesto de Salud San Juan de Occopampa, Churcampá 2018. Tesis presentada para optar el Título de especialista en: Emergencias y alto riesgo obstétrico. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Huancavelica. Huancavelica – Perú, 2019.
12. Urcia R. Calidad de la atención prenatal y su relación con la morbilidad materna en el Hospital Virú. Abril- junio, 2018. Tesis para obtener el Título profesional de Segunda Especialidad en Emergencias Obstétricas. Escuela Académico Profesional de Obstetricia. Universidad Cesar Vallejo. Trujillo – Perú, 2018.
13. Villanueva M. Atenciones prenatales y su relación con las complicaciones del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2017. Tesis presentada para optar el Título Obstetra. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Huánuco. Huánuco – Perú, 2018.
14. Corcuera M. Atención prenatal reenfocada y su relación con la morbilidad materna durante el embarazo, parto y puerperio. Julio 2013 a Julio 2017. Centro de Salud El Bosque. Tesis presentada para obtener el grado académico de: Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud. Escuela de Posgrado. Universidad Cesar Vallejo. La Libertad – Perú, 2018.
15. Lugones M. La importancia de la atención prenatal en la prevención y promoción de salud. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. [Internet]. 2018 Mar [citado 2021 mayo 8]; 44(1): 1-3. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100001&lng=es.

16. Fong L. Morbilidad materna en unidad de cuidados intensivos del Hospital General Docente "Orlando Pantoja Tamayo". Rev. Inf. Cient. [Internet]; 2020 Ene – Feb [citado 2021 abril 30]; 99(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinfcie/ric-2020/ric201d.pdf>
17. Hospital Referencial Ferreñafe. Informe Anual Materno-Perinatal 2019. Ferreñafe: 2019.
18. MINSA. Norma técnica - manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
19. MINSA. Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología Instituto Nacional Materno Perinatal. [Internet]; 2018. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>
20. Aramburu N. Amenaza de Aborto. Tesis presentada para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Escuela Profesional de Enfermería. Universidad Tecnológica de los Andes. Apurímac – Perú, 2017.
21. Huertas E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev. Perú. ginecol. obstet. [Internet]. 2018 Set [citado 2021 mayo 15]; 64(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300013&lng=es
22. OMS. Nacimientos prematuros. Centro de prensa. 2018 Feb. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
23. Pereira J, Pereira Y, Quirós L. Actualización en preeclampsia. Rev. Med. Sinerg. [Internet]. 2020 Ene [citado 2021 mayo 10]; 5(1). Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/340/708>
24. FASGO. Rotura prematura de membranas. Consenso FASGO XXXIII. [Internet]. 2018 Sep [citado 2021 abril 23]. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_FASGO_2018_Rotura_prematura_de_membranas.pdf
25. Viquez M, Chacón C, Rivera S. Infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas. Rev. Med. Sinerg. [Internet]. 2020 mayo [citado 2021 mayo 19]; 5(5). Disponible en:

<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/482>

26. MINSA. Boletín Epidemiológico del Perú SE 39-2020. [Internet]. Disponible en:
https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202039.pdf

27. MINSA. Guías de práctica clínica y de procedimientos en Ginecología Instituto Nacional Materno Perinatal. [Internet]; 2020. Disponible en:
<https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033?pagina=0>

ANEXOS

ANEXO I

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO

Atención prenatal reenfocada y su relación con la morbilidad materna durante el embarazo, julio – diciembre 2019. Hospital Referencial Ferreñafe.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrucción: El presente instrumento de recolección de datos permitirá obtener información valiosa para el presente estudio, se deberá seleccionar cuidadosamente la respuesta y registrar adecuadamente:

N° de Ficha: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

H.C. N°: _____

I. DATOS GENERALES DE LA PACIENTE

1. Edad: ≤17 (); 18 – 23 (); 24 – 29 (); 30 – 35 (); >35 ()
2. Estado civil: Casada (); Soltera (); Conviviente ()
3. Grado de instrucción: Primaria: (); Secundaria: ();
Superior No Universitario: () Superior Universitario: ()
4. Procedencia: Rural (); Urbano marginal (); Urbano ()
5. Ocupación: Ama de casa (); Estudiante (); Otros ()

II. DATOS OBSTÉTRICOS

6. Trimestre de inicio atención prenatal: _____
7. G _____ P _____

III. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA:

I. Atenciones Prenatales (APN):	Si	No
≥ 6 atenciones		
N° APN		
II. Registros Historia Clínica Materno Perinatal CLAP	Si	No
Completa		
III. Tamizaje de Violencia Basada en Género:	Si	No
Tamizada		

IV. Plan de Parto:	Si	No
1ra Entrevista		
2da Entrevista		
3ra Entrevista		

V. Suplementos nutricionales:	Si	No
Administración de ácido fólico (hasta las 13 ss).		
Administración de ácido fólico más hierro (desde 14 ss).		
Administración de calcio (a partir de las 20 ss).		

VI. Exámenes auxiliares y de laboratorio completo:	Si	No
Glicemia basal (2 baterías)		
Hemoglobina (2 baterías)		
Grupo sanguíneo y Rh		
Tamizaje Prueba rápida: VIH/SIFILIS y Hepatitis B (2 baterías)		
Urocultivo o examen de orina completa (2 baterías)		
Tamizaje de proteinuria		
Ecografías obstétricas		

VII. Inmunizaciones completas:	Si	No
Vacuna antitetánica desde 14 semanas (intervalo dos meses) (2 Dosis)		
Vacuna AH1N1 (después de las 20ss) (1 Dosis)		
Vacuna DPTA (desde 27 semanas) (1 Dosis)		

VIII. Consulta Médica:	Si	No
Medicina General		
Médico especialista ginecólogo		

IX. Interconsulta:	Si	No
Psicología		
Nutrición		
Odontología		

X. Psicoprofilaxis obstétrica y Estimulación prenatal	Si	No
6 sesiones		
Nº Sesiones		

IV. MORBILIDADES PRESENTADAS DURANTE EL EMBARAZO:

Morbilidades	Si	No
Amenaza de aborto		
Hiperémesis gravídica		
Anemia		
Infección del tracto urinario		
Sobrepeso y Obesidad		
Preeclampsia		
Ruptura prematura membranas		
Oligohidramnios		
Amenaza de parto pretérmino		
Embarazo prolongado		
Infecciones vaginales		

ANEXO II

INSTUMENTO DE EVALUACIÓN NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE EXPERTOS

1. DATOS DEL JUEZ		
NOMBRES Y APELLIDOS:	César David Pineda Sampén	
PROFESIÓN:	Obstetra	
GRADO ACADÉMICO:	Mg. Gestión de los Servicios de la Salud.	
AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL:	31 años	
CARGO ACTUAL:	Especialista en Supervisión de la Calidad – Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD – Intendencia de Supervisión de IPRESS	
2. TÍTULO DE INVESTIGACIÓN:		
Atención Prenatal Reenfocada y su relación con la morbilidad materna durante el embarazo, Hospital Referencial Ferreñafe, julio – diciembre 2019		
3. DATOS DE LA AUTORA		
NOMBRES Y APELLIDOS:	Erika Serrano Santamaría	
4. INSTRUMENTO EVALUADO		
OBJETIVO DEL INSTRUMENTO:	Determinar la relación entre la Atención Prenatal Reenfocada y la morbilidad materna durante el embarazo.	
5. EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO		
A continuación, se le presentará los criterios a evaluar, para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en “SI” o “NO”, según considere.		
CRITERIOS A EVALUAR		
	SI	NO
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	x	
El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	x	
La estructura del instrumento es adecuada.	x	
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de variables.	x	
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	x	
Los ítems son claros y entendibles.	x	
El número de ítems es adecuado para su aplicación.	x	


 César David Pineda Sampén
 REG. COP. N° 3824
 OBSTETRA

INSTUMENTO DE EVALUACIÓN NO EXPERIMENTAL POR JUICIO EXPERTOS

1. DATOS DEL JUEZ		
NOMBRES Y APELLIDOS:	Carola Beatriz Vilchez Piedra	
PROFESIÓN:	Obstetra	
GRADO ACADÉMICO:	Mg. Docencia universitaria y gerencia educativa Especialista en prevención ITS/VIH y cáncer de cuello uterino.	
AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL:	27 años	
CARGO ACTUAL:	Directora de Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Particular de Chiclayo. Obstetra Asistencia del Centro de Salud Reque.	
2. TÍTULO DE INVESTIGACIÓN:		
Atención Prenatal Reenfocada y su relación con la morbilidad materna durante el embarazo, Hospital Referencial Ferreñafe, julio – diciembre 2019		
3. DATOS DE LA AUTORA		
NOMBRES Y APELLIDOS:	Erika Serrano Santamaría	
4. INSTRUMENTO EVALUADO		
OBJETIVO DEL INSTRUMENTO:	Determinar la relación entre la Atención Prenatal Reenfocada y la morbilidad materna durante el embarazo.	
5. EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO		
A continuación, se le presentará los criterios a evaluar, para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en "SI" o "NO", según considere.		
CRITERIOS A EVALUAR		
	SI	NO
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X	
El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	X	
La estructura del instrumento es adecuada.	X	
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de variables.	X	
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X	
Los ítems son claros y entendibles.	X	
El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X	



 Mg. Carola Beatriz Vilchez Piedra
 OBSTETRA ESPECIALISTA
 C.O.P. 6187 R.N.E. 323-E11

Juez Experto

INSTUMENTO DE EVALUACIÓN NO EXPERIMENTAL POR JUICIO DE

1. DATOS DEL JUEZ		
NOMBRES Y APELLIDOS:	Filomela Núñez Cabrera	
PROFESIÓN:	Obstetra	
GRADO ACADÉMICO:	LICENCIADA	
AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL:	17 años	
CARGO ACTUAL:	COORDINADORA DE CONVENIOS - GEREAL	
2. TÍTULO DE INVESTIGACIÓN:		
Atención Prenatal Reenfocada y su relación con la morbilidad materna durante el embarazo, Hospital Referencial Ferreñafe, julio – diciembre 2019		
3. DATOS DE LA AUTORA		
NOMBRES Y APELLIDOS:	Erika Serrano Santamaria	
4. INSTRUMENTO EVALUADO		
OBJETIVO DEL INSTRUMENTO:	Determinar la relación entre la Atención Prenatal Reenfocada y la morbilidad materna durante el embarazo.	
5. EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO		
A continuación, se le presentará los criterios a evaluar, para que Ud. los evalúe marcando con un aspa (x) en "SI" o "NO", según considere.		
CRITERIOS A EVALUAR		
	SI	NO
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X	
El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.	X	
La estructura del instrumento es adecuada.	X	
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de variables.	X	
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X	
Los ítems son claros y entendibles.	X	
El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X	

EXPERTOS



Juez Experto
 Obsta. Filomela Núñez Cabrera

ANEXO III: Solicitud a autoridad sanitaria

**SOLICITO: Autorización para
realizar estudio de Investigación.**

SEÑOR

DIRECTOR DEL HOSPITAL DE FERREÑAFE

Yo, Bach. Obst. **Erika Serrano Santamaría**, identificada con DNI N° ,
con domicilio en , distrito de , provincia
de Chiclayo. Ante Ud. respetuosamente me presento y expongo:

Que, habiendo culminado la carrera profesional de **Obstetricia** en la
Universidad Particular de Chiclayo, solicito a Ud. autorización para realizar una
investigación en la institución que tiene a su cargo, denominado “*ATENCIÓN
PRENATAL REENFOCADA Y SU RELACIÓN CON LA MORBILIDAD MATERNA
DURANTE EL EMBARAZO, HOSPITAL REFERENCIAL FERREÑAFE, JULIO –
DICIEMBRE 2019*”, para optar el título de Obstetra.

Por lo expuesto, pido a Ud. Acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Chiclayo, 23 de abril 2021

Erika Serrano Santamaría
DNI: