

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO**



**Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela Profesional de Enfermería**

**Complicaciones maternas relacionadas con el ausentismo del control prenatal  
en gestantes del Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca, 2021-2022**

**Autoras:**

**Bach. En. Enf. Bazán Cabrera, Diana Katherine**

**Bach. En. Enf. Sánchez Castro, Jennifer Alicia**

**Asesora:**

**M.Cs. Lucy Elizabeth Morales Peralta**

**Cajamarca - Perú**

**Junio - 2023**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO**



**Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela Profesional de Enfermería**

**Complicaciones maternas relacionadas con el ausentismo del control prenatal  
en gestantes del Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca, 2021-2022**

Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos para optar el  
Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Autoras

Bach. En. Enf. Bazán Cabrera, Diana Katherine

Bach. En. Enf. Sánchez Castro, Jennifer Alicia

**Asesora:**

Mcs. Lucy Elizabeth Morales Peralta

**Cajamarca - Perú**

**Junio 2023**

**COPYRIGHT © 2023 by**  
BAZÁN CABRERA DIANA KATHERINE  
SÁNCHEZ CASTRO JENNIFER ALICIA  
Todos los derechos reservados

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**APROBACIÓN DE TESIS PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL**

Complicaciones maternas relacionadas con el ausentismo del control prenatal en  
gestantes del Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca, 2021-2022

**JURADO EVALUADOR**

---

**(PRESIDENTE)**

**Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera**

---

**(SECRETARIO)**

**Mg. Judith del Carmen Limay Leiva**

---

**(VOCAL)**

**Mcs. Lucy Elizabeth Morales Peralta**

## **DEDICATORIA**

A mis padres; me dirijo a ustedes con todo el respeto que les tengo ya que es una gran satisfacción poder dedicarles este logro que con esfuerzo y dedicación he podido conseguir, gracias Cesar Bazán y Teofila Cabrera por ser mis pilares fundamentales a lo largo de este camino, porque siempre han estado presentes en cada paso que he dado, motivándome para seguir adelante en momentos difíciles y ser perseverante para poder superarme y tener un mejor futuro, inculcándome principios y valores que me han ayudado para ser una persona de bien. Gracias por su sacrificio y esfuerzo que han hecho día a día para poder darme una carrera, por eso esto es por y para ustedes, gracias por creer en mí y hacerme creer en mí misma.

A mi hermano, tú que siempre me has apoyado y me has alentado para no rendirme y poder seguir adelante con mis metas trazadas gracias por todo

Michael Bazán

A mi familia, a todos, gracias por ser parte de mi vida y permitirme ser su orgullo, a lo largo de este tiempo aportaron de alguna manera a la realización de este logro, porque si puedes soñarlo, puedes hacerlo.

**Diana Katherine Bazán Cabrera**

## **DEDICATORIA**

A mis padres Jefferson y Graciela, ya que gracias a ellos estoy donde estoy, gracias por sus consejos, su paciencia y su amor, por brindarme su apoyo incondicional durante tantos años, por el esfuerzo que hicieron para poder cumplir una de mis metas, gracias porque hicieron de mí una persona de bien.

A mis hermanas Susam y Deysi, por alentarme y brindarme sus conocimientos para poder realizar este logro, gracias por siempre estar presentes para mí, por ese amor infinito que siempre me demuestran desde que nací.

Y a todas las personas que estuvieron en este proceso, contribuyendo de una u otra manera para el logro de mis objetivos.

**Jennifer Alicia Sánchez Castro**

## **AGRADECIMIENTOS**

El principal agradecimiento es a Dios por la vida, por permitirnos llegar a este momento luego de un arduo trabajo lleno de dificultades, por darnos la sabiduría, conocimiento y fortaleza para poder alcanzar nuestros objetivos.

A nuestras familias, que a lo largo de este tiempo han contribuido con el desarrollo de este logro, incentivándonos día a día, y dándonos ejemplo de superación, humildad y sacrificio, gracias por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer siempre en nosotras.

A nuestra querida alma mater, la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, y a toda su plana docente, por habernos impulsado para ser profesionales de bien, y así poder brindar una atención humanizada y cálida, de manera especial al Mg. Q.F. Alexander Jair Ríos Ñontol, quien fue parte de nuestra formación académica, gracias por su amistad incondicional, por tenernos paciencia y habernos apoyado durante todos estos años sin esperar nada a cambio, compartiendo sus conocimientos y su tiempo hasta vernos alcanzar este logro.

Al Centro de Salud San Juan quien nos abrió las puertas para poder llevar a cabo dicha investigación.

**Diana y Jennifer**

## RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre las complicaciones maternas y el ausentismo al control prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca 2021-2022. estudio correlacional, de tipo no experimental, observacional, de corte transversal; se utilizó como muestra 108 historias clínicas de gestantes atendidas, datos que fueron compilados en una ficha elaborada por las autoras. El proceso de documentación se complementó con un análisis estadístico de correlación entre las variables de estudio. Los resultados mostraron que el número de controles prenatales programado para las gestantes fue de 13, solo 2 de 108 (1,85%) mujeres embarazadas asistieron completamente a todos los controles, las principales complicaciones maternas identificadas incluyeron infecciones de tracto urinario (17,59%; N = 19), anemia (13,89%; N = 15) y preeclampsia (8,33%; N = 9) y además se demostró que existe relación entre las complicaciones maternas y el ausentismo al control prenatal ( $Rho = 0,487$ ;  $p < 0,02$ ) en gestantes del Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca 2021-2022. Finalmente, se pudo concluir en que es necesario aumentar la adherencia a los controles prenatales para evitar posibles complicaciones maternas en futuras gestantes que asistan a este centro de salud.

**Palabras Clave:** Ausentismo, control prenatal, complicación materna, ITU.

## ABSTRACT

The present research had as main objective to determine the relationship between maternal complications and absenteeism to prenatal control in pregnant women attended at the Health Center I-3 San Juan, Cajamarca 2021-2022. This study was a correlational, non-experimental, observational, cross-sectional. For the data collection, the documentary review technique of 108 clinical histories was used, data that were compiled in a file prepared by the authors of the investigation, which contains sociodemographic characteristics, obstetric history, programming and compliance with prenatal controls and complications. mothers presented by this group of women. The documentation process was complemented with a statistical analysis of the correlation between the study variables. The results showed that the number of prenatal check-ups scheduled for pregnant women was 13, only 2 of 108 (1,85%) pregnant women fully attended all the check-ups, the main maternal complications identified included urinary tract infections (17,59 %; N = 19), anemia (13,89%; N = 15) and preeclampsia (8,33%; N = 9) and it was also shown that there is a relationship between maternal complications and absenteeism for prenatal care ( $Rho = 0,487$ ;  $p < 0,02$ ) in pregnant women at the Health Center I-3 San Juan, Cajamarca 2021-2022. Finally, it was possible to conclude that it is necessary to increase adherence to prenatal controls to avoid possible maternal complications in future pregnant women who attend this health center.

**Keywords:** Absenteeism, prenatal control, maternal complication, UTI.

## ÍNDICE

JURADO EVALUADOR .....	iv
DEDICATORIA .....	v
AGRADECIMIENTOS .....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
LISTA DE TABLAS .....	iv
LISTA DE FIGURAS .....	vi
CAPITULO I.....	1
INTRODUCCIÓN .....	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	4
1.1. Planteamiento del problema.....	4
1.2. Formulación del problema.....	10
1.3. Justificación .....	10
1.4. Objetivos.....	11
CAPITULO II .....	13
MARCO TEÓRICO.....	13
2.1. Teorías que sustentan la investigación.....	13
2.2. Antecedentes .....	19
2.3. Bases conceptuales .....	24
2.4. Bases teóricas.....	25
2.5. Hipótesis .....	36
2.6. Cuadro de Operacionalización de variable .....	37
CAPITULO III.....	38

MATERIAL Y MÉTODOS .....	38
3.1. Unidad de análisis, universo y muestra .....	38
3.1.1. Unidad de análisis .....	38
3.1.2. Universo .....	38
3.1.3. Muestra.....	38
3.2. Métodos de investigación .....	40
3.3. Técnicas de investigación .....	41
3.3.1. Elaboración del instrumento de recolección de datos .....	41
3.3.2. Recolección y documentación de datos. ....	41
3.4. Técnicas de análisis de datos .....	42
CAPITULO IV .....	43
RESULTADOS.....	43
DISCUSIÓN .....	51
CAPITULO V .....	56
CONCLUSIONES .....	56
RECOMENDACIONES .....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	58
ANEXOS .....	69

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 01.</b> Características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca durante los años 2021-2022.....	27
<b>Tabla 02.</b> Antecedentes de complicaciones maternas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca durante los años 2021-2022.....	28
<b>Tabla 03.</b> Complicaciones maternas presentadas por gestantes que asistían al Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca durante los años 2021-2022 que perdieron sus controles prenatales .....	28
<b>Tabla 04.</b> Características de complicaciones maternas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca durante los años 2021-2022.....	29
<b>Tabla 05.</b> Gestantes que perdieron sus controles prenatales atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca durante los años 2021-2022.....	30
<b>Tabla 06.</b> Frecuencia de controles perdidos por las gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca durante los años 2021-2022.....	31
<b>Tabla 07.</b> Promedio de controles prenatales programados, asistidos y perdidos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca durante 2021-2022 .....	32
<b>Tabla 08.</b> Actividades perdidas en los controles ausentes de las gestantes	

atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca durante los años 2021-2022.....	32
<b>Tabla 09.</b> Causas del ausentismo a los controles prenatales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca durante los años 2021-2022 .....	33
<b>Tabla 10.</b> Complicaciones maternas relacionadas con el ausentismo del control prenatal en gestantes del Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca, 2021-2022 .....	34

## **LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura N° 01.</b>	Periodos críticos en el desarrollo prenatal humano. ....	14
<b>Figura N° 02.</b>	Programa de cuidados prenatales.....	18

# **CAPITULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

La información y orientación en control pre natal es una actividad de carácter preventivo promocional que se brinda mediante la comunicación interpersonal. Que permite dar información y orientación, estableciendo un clima de comunicación horizontal que permita a la gestante y su pareja o acompañante fortalecer su confianza, favorecer su continuidad de asistencia al control pre natal y la atención de su parto en el establecimiento de salud. Informar a la gestante y su pareja o acompañante sobre las posibles complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio; los signos de alarma para reconocer oportunamente las posibles complicaciones y las conductas a seguir en estos casos o motivar a la gestante a venir al control con su pareja o acompañante para compartir la información y tomar decisiones oportunas. Familiarizar a la gestante y su pareja o acompañante con los ambientes para la atención del parto. Las complicaciones obstétricas son causa importante de morbilidad materna, siendo el control prenatal (CPN) una estrategia para su adecuada prevención y tratamiento. (1)

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2015 murieron 830 mujeres al día por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, es decir, un total de casi 303.000 mujeres, es importante tener en cuenta factores que influyen en la mortalidad materna: diferencias entre zonas urbanas y rurales, o entre personas con y sin recursos. Otro factor importantísimo a tener en cuenta es la educación sexual, así como el acceso a métodos para prevenir el embarazo. En los países en desarrollo se producen muchos más embarazos que en los países desarrollados:

esto, sumado a un sistema de salud más precario, supone un mayor riesgo estadístico de morir durante el parto o por complicaciones derivadas del mismo. También en estos países se da una tasa mucho más alta de embarazos en adolescentes de menos de 15 años, con un índice de mortalidad materna más elevado. Las principales causas de complicaciones de mortalidad materna se dan en más de un 80%, todas ellas evitables si se dispone del material sanitario y de los conocimientos necesarios para tratarlas, entre estas se destacan, las hemorragias intensas, infecciones, eclampsia y pre eclampsia. Además de las causas que ya hemos mencionado, las complicaciones de un aborto peligroso suponen casi un 15% del total de muertes maternas, hay enfermedades que pueden suponer un riesgo para el embarazo o que se vuelven más graves cuando la mujer está embarazada: entre ellas, queremos destacar el paludismo, el VIH, la anemia o diferentes enfermedades de carácter cardiovascular. Todas requieren de un seguimiento por personal de salud especializado que disminuya el riesgo tanto para la madre como para el bebé. Reducir la mortalidad materna, es esencial luchar contra estos elementos y fomentar la educación y el acceso a los servicios sanitarios para embarazadas, proporcionando una asistencia continuada tanto a las madres como a los bebés. (2)

También es importantísimo realizar actuaciones a nivel comunitario, para aumentar el conocimiento local y eliminar prácticas tradicionales que puedan ser nocivas para la gestación y el parto, actuar adecuadamente ante un imprevisto durante la gestación o en el mismo momento del parto; la información de la importancia del control pre natal hace más oportuno una intervención rápida frente a una posible complicación y salvaguardar la vida de la madre y el niño. (1,2)

Es en este contexto que se desarrolló la investigación, sobre Complicaciones maternas relacionadas con el ausentismo del control prenatal en gestantes del Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca, 2021-2022. El presente estudio consta de cuatro capítulos:

Capítulo I: El problema, que detalla la definición y delimitación del problema, justificación, planteamiento del problema y los objetivos que se pretende alcanzar.

Capitulo II: Marco teórico, que incluye antecedentes del problema, teorías que sustentan la investigación, normas que rigen la investigación, bases conceptuales y Operacionalización de variables.

Capitulo III: Método de investigación, se puntualiza el diseño metodológico que se tendrá en cuenta para el desarrollo de la investigación, el área de estudio, población, obtención de la muestra, la unidad de análisis, la técnica e instrumento de recolección de datos, el procesamiento de la información y el rigor que rige la investigación.

Capitulo IV: En el que se muestran los resultados obtenidos, la discusión y análisis de estos, así como también las conclusiones y recomendaciones que se llegó en el presente estudio.

# **1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## **1.1. Planteamiento del problema**

Organización Mundial de la Salud (OMS 2016) por salud materna se entiende la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Cada etapa debería ser una experiencia positiva que asegurara el pleno potencial de salud y bienestar de las mujeres y sus bebés. La salud materna representa el desarrollo adecuado del control prenatal y perinatal es decir antes, durante y después de los primeros 40 días de nacimiento del bebé para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones. (1)

La atención prenatal se define como todas las acciones y procedimientos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. (2)

Es importante generar conciencia sobre la importancia de la atención prenatal, la cual es primordial para preservar la salud de la madre y del bebé durante el embarazo y debe iniciarse idealmente lo más temprano posible, para brindar un paquete de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma y factores de riesgo, debe ser periódica, pues es el eje para un embarazo sin complicaciones, además de una alimentación saludable, sin automedicación ni consumo de alcohol, tabaco u otras drogas. Esta abarca no solo análisis de laboratorios (pruebas de hemograma, glicemia, tipificación, VIH y sífilis), sino también inspecciones físicas periódicas a cargo de

profesionales calificados para garantizar un embarazo sin complicaciones y un nacimiento niño sano. (3)

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Atención prenatal (ENDES), en el año 2017, el 97,5% de mujeres gestantes recibieron atención prenatal de un profesional de salud calificado (médico, obstetra y enfermera). La evolución desde el año 1986 (54,6%) muestra una tendencia ascendente con el transcurrir de los años. En los últimos años, se incrementó el control prenatal por personal de salud calificado de 96,0% en el año 2012 a 97,5% en 2017. Así mismo, según fuente de atención, se observaron variaciones, como una ligera disminución en la atención prenatal brindada por el obstetra (de 81,4% a 80,8%); mientras aumentó la atención por médico (31,4% a 38,3%) y disminuyó la atención brindada por enfermera (de 11,5% a 9,7%). (3)

Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, en el 2018 la primera causa de muerte materna en el Perú fueron los trastornos hipertensivos del embarazo, con un 22% de todas las causas, seguido de las hemorragias obstétricas con el 18,9%(1).

Fue la primera vez que en el Perú los trastornos hipertensivos del embarazo superaron a las hemorragias del embarazo, que es la primera causa de muerte materna en el mundo con cerca de un 27% (2).

En el 2019, las hemorragias del embarazo nuevamente ocuparon el primer lugar como causa de muerte materna con el 26%, seguido muy de cerca por los trastornos hipertensivos con un 19,6% (3).

En el 2020, los trastornos hipertensivos del embarazo ocuparon el primer lugar como causa de muerte materna con el 21,4% seguido de las hemorragias del embarazo con el 18% (3).

De alguna manera en el Perú se está manejando adecuadamente la prevención de las hemorragias del embarazo especialmente las hemorragias post parto, utilizando las estrategias recomendadas por la OMS, quien recomienda el manejo activo de la tercera etapa del parto con la administración de oxitocina antes que transcurra un minuto después del nacimiento del bebé, asociado a la tracción controlada del cordón umbilical y al masaje uterino después del nacimiento de la placenta cuando corresponda, así como el uso de la clave roja en todos los establecimientos de salud (4).

Lamentablemente en el 2020, desde el mes de marzo, en que se diagnosticó el primer caso de infección por COVID-19, las gestantes se han vuelto una población vulnerable que ha producido graves consecuencias en su salud, lo cual se ve representado por el incremento de muertes maternas en el 2020 a 439 casos, y es además la tercera causa de muerte materna después de los trastornos hipertensivos y de las hemorragias del embarazo, con un 15,3%. (3)

Esta situación implicó mejorar la atención prenatal con consultas virtuales, a través de las teleconsultas y consultas presenciales, así como promover el parto institucional con todas las medidas de bioseguridad que se han dado en todos los hospitales del país, ya sea por un parto vaginal o una cesárea electiva.

En el Instituto Nacional Materno Perinatal desde el mes de abril del 2020, se inició la atención prenatal de las gestantes a través de la teleconsulta y desde noviembre se brindó una atención prenatal mixta: virtual y presencial. Además, gracias a una investigación operativa que realizó el Departamento de Obstetricia y Perinatología, destacados médicos gineco-obstetras, con el apoyo de CONCYTEC, desarrollaron un aplicativo móvil que permite realizar atención y seguimiento a las gestantes a través de un acceso al esquema de atención prenatal, así como información importante sobre el embarazo.

Según ENDES, en el primer semestre del 2021, el 79,1 % de mujeres gestantes recibieron su primer control prenatal en el primer trimestre de embarazo. En el área urbana fue el 80,9 % y en el área rural el 73,3 %. En el mismo periodo, según región natural, la costa mostró un mayor acceso de mujeres a su primer control prenatal en el primer trimestre de gestación (81,8 %), a diferencia de la selva (77,7 %) y la sierra (74,4 %). (3)

En la actualidad las complicaciones obstétricas son causas principales de morbimortalidad en mujeres de todo el mundo. A pesar de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en los últimos 25 años la mortalidad materna global se ha reducido casi en un 50 %, en países en vías de desarrollo esta cifra es mucho menor, siendo uno de los principales problemas de salud que se afrontan hoy en día. (4,5)

Las muertes maternas son resultado, comúnmente, de distintas complicaciones obstétricas durante el embarazo, a su término, durante el parto o puerperio y de enfermedades previamente existentes o que aparecieron durante la gestación y no fueron controladas adecuadamente. Aunque es difícil lidiar con problemas inesperado durante estas etapas, existen también otras situaciones que podrían dar pie a tales complicaciones, las cuales pueden ser prevenidas con un adecuado control prenatal (CPN). (6)

El número recomendado de CPN puede variar según cada país, siendo un mínimo de seis controles, tal como se realiza en Perú según la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Materna de 2013, donde además se recomienda su inicio antes de las 14 semanas de gestación y detalla el esquema básico de atención del CPN. (6,7)

El ausentismo a los controles prenatales, por tanto, suponen un factor de riesgo para acrecentar el número de incidentes perjudiciales en la salud materna y neonatal, pues sin una adecuada identificación e intervenciones

tempranas sobre diversas patologías gestacionales, las complicaciones de estas serán más frecuentes y en el peor de los casos mortales.

En Perú, la mortalidad materna, en los últimos 5 años sigue siendo un problema de salud pública de nuestro país. Según cifras del Ministerio de Salud (MINSA) desde el año 2019 las muertes por complicaciones obstétricas han ido en aumento, llegando a un total de 493 decesos; presentándose para el año 2021, 2022 un incremento del 45% y un 63% respecto al 2019, de tal manera que hubo un retroceso de 13 años en los avances que se tenían en la reducción de la mortalidad materna en el país. (7)

Las principales complicaciones maternas son la enfermedad hipertensiva del embarazo y las hemorragias (22 % y 17 % respectivamente), son las causas de las muertes materna más frecuentes. (8)

Cajamarca es una de las regiones que ha reportado mayor cantidad de muertes maternas por complicaciones, en nuestro país, estando relacionadas en su mayoría con factores como la zona de residencia rural y el escaso acceso a servicios de salud.

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (2022) mencionó que, durante los últimos 5 años, Cajamarca ha reportado mayor cantidad de muertes maternas por complicaciones (107 en total), alcanzando solo durante el año 2021 un total de 26 decesos posparto, ubicándose después de departamentos como Lima, Piura y Loreto. Este

panorama hace pensar que aún quedan muchas brechas a superar durante los años venideros en la salud materna. (9,10)

Es en este contexto que se realiza la presente investigación con el propósito de determinar Complicaciones maternas relacionadas con el ausentismo del control prenatal en gestantes del Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca, 2021-2022. Considerando que las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. Es particularmente importante fomentar estrategias, sobre la importancia del control pre natal, la calidad de atención materna en zona de primer nivel de atención, la intervención de personal de salud con la madre, familia y comunidad, la atención oportuna que permita disminuir factores de riesgo perinatal y mortalidad materna.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la relación entre las complicaciones maternas y el ausentismo al control prenatal en gestantes del Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca?

## **1.3. Justificación**

Considerando el problema expuesto y el alto índice de complicaciones causantes de morbimortalidad materna, en la zona de estudio. Se realiza la presente investigación que pretende determinar las complicaciones maternas

relacionadas con el ausentismo del control prenatal en gestantes del Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca, 2021-2022.

Es particularmente importante fomentar estrategias, sobre la importancia del control pre natal, la calidad de atención materna en zona de primer nivel de atención, la intervención de personal de salud con la madre, familia y comunidad, la atención oportuna del control pre natal que permita disminuir factores de riesgo perinatal y mortalidad materna.

Asimismo, los resultados obtenidos servirán de referencia para investigaciones futuras sobre el tema en estudio.

#### **1.4. Objetivos**

##### **1.4.1. Objetivo general**

Determinar las complicaciones maternas relacionadas con el ausentismo al control prenatal en gestantes del Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca 2021-2022.

##### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Identificar las complicaciones maternas en gestantes que fueron atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca durante los años 2021-2022.

- Determinar el índice de ausentismo del control prenatal en gestantes que fueron atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca durante los años 2021-2022.
- Establecer las principales características de las gestantes que fueron atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca durante los años 2021-2022.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Teorías que sustentan la investigación.**

##### **2.1.1. Aplicación de los modelos y teorías de enfermería en el cuidado durante la gestación y el parto.**

El énfasis en la humanización que va más allá de realizar un simple procedimiento, implica estar atentos a las necesidades individuales y dirigirse a las gestantes como seres humanos, quienes poseen una serie de experiencias acumuladas durante toda su vida. Estas personas están inmersas en una sociedad y en un medio ambiente que, probablemente, condiciona su comportamiento y su respuesta durante la gestación y el parto. La humanización comprende también los aspectos culturales, históricos y espirituales, para lo cual los profesionales de la salud deben establecer relaciones terapéuticas adecuadas. Frente al cuidado humanizado y el uso de la aplicación de los modelos y teorías de enfermería durante la gestación y el parto, se han identificado necesidades relacionadas con el cuidado de enfermería; en base a esta teoría si la enfermera pone en práctica la aplicación de modelos y teorías, se facilita la interacción, la comunicación, la expresión de necesidades e inquietudes de las personas y, a la vez tener la oportunidad de vivenciar algo muy grande en el cuidado de enfermería que es presencia auténtica, dejando a un

lado la rutina y pasar a un nivel superior de interacción con las personas a su cuidado. (11)

### **2.1.2. Jean Watson – Teoría del Cuidado Humano.**

Según Watson, el proceso de enfermería en la gestación se puede presentar como una herramienta para la prestación de los cuidados persona a persona y se centra en ayudar al paciente a lograr un mayor grado de armonía en la mente, el cuerpo y el alma durante el proceso, con esto la propia capacidad del individuo para la auto curación puede aumentar y puede desarrollarse la conciencia a un alto nivel. La teoría incluye el proceso caritas, la relación de cuidado transpersonal, los momentos de cuidado, las ocasiones de cuidado y las modalidades de cuidado-curación. (11)

Esta teoría aporta en la investigación para crear una relación con las mujeres embarazadas, crear un entorno de atención para ellas y dar forma a los enfoques de enfermería, teniendo en cuenta los sentimientos de las mujeres embarazadas y fortalecerlos, aumentando su esperanza y logrando un apego saludable con el recién nacido.

### **2.1.3. Dorothea Orem - Teoría del Déficit de Autocuidado**

La teoría del autocuidado de Orem, es enfocada en la educación para el auto cuidado. **Los déficits universales de autocuidado** en el embarazo incluyen desnutrición, consumo de alcohol, consumo de drogas, ingesta inadecuada de aire saludable en situaciones en las que se fuma, contaminación ambiental, desequilibrio entre la actividad y

el descanso, como estar de pie y caminar de forma prolongada actividad física intensa y trabajo nocturno cansancio ocupacional riesgos para las mujeres embarazadas durante el embarazo, como golpes, ansiedad, depresión, estrés y carencia de apoyo social y relaciones. En base a esta teoría la gestante tiene la necesidad de realizar actividades con el fin de protegerse, debido a las complicaciones que se le pueden presentar en esta etapa. (11)

#### **2.1.4. Madeleine Leininger – Teoría del Cuidado Transcultural.**

Leininger propone la teoría disciplinar de la "Diversidad y Universalidad del cuidado cultural". Esta propuesta parte del supuesto de la cultura como un proceso de aprendizaje sistemático y que es transmitido en el tiempo a las diferentes generaciones, y que deja huellas que persisten en las épocas y la historia. Propone descubrir las formas de cuidado de la salud en el cuidado cultural desde la identificación de la diversidad y universalidad entre las diferentes culturas. En la interrelación entre la enfermera y los sujetos de cuidado, es necesario coordinar acciones de preservación, mantenimiento o reestructuración. Conocer cómo las gestantes se cuidan y cómo lo hacen con sus hijos desde su lógica cultural, permite a la enfermería integrar un cúmulo de conocimientos valiosos y además, brindar cuidados coherentes y benéficos a este grupo poblacional de gran importancia en las distintas sociedades, para comprender la forma de adopción del rol materno, al utilizar esta teoría, uno de los presupuestos a tener en cuenta, son las creencias y

valores culturales imperantes en el sistema en el cual se encuentra madre-hijo.(11)

#### **2.1.5. Ramona Mercer - Teoría del Rol Materno**

Adopción del rol materno, sustenta que la adopción de este rol es un proceso interactivo y evolutivo que tiene lugar a lo largo de un cierto período y la madre establece un vínculo con el niño, adquiere competencia de los cuidados relacionados con su rol, expresa placer y gratificación en el cumplimiento de mismo. Según la teórica, también es importante el componente cultural. (7) según Mercer, se refiere a "los prototipos generales que existen en una cultura en concreto o los contenidos culturales que se transmiten". Dentro de estos se encuentran, entre otros, el subsistema del entorno inmediato, donde está contenida la díada madre-hijo y la familia. (11)

#### **2.1.6. Kristen Swanson - Teoría de los Cuidados**

Swanson define el cuidado como “una forma enriquecedora de relacionarse con un otro valorado hacia quien se siente un sentido personal de compromiso y responsabilidad”. El cuidado es un componente fundamental de la contribución del cuidador al bienestar biopsicosocial y espiritual de la mujer gestante. se lleva a cabo mediante cinco procesos no lineales: 1) Mantener la creencia, 2) Conocer, 3) Estar con, 4) Hacer para y 5) Habilitar. Swanson define "Mantener la fe, creencia" como una actitud filosófica hacia las personas y en general las habilidades para lograr metas personales. El

proceso "Conocer, Saber" anima al cuidador a evitar hacer suposiciones o tomar decisiones basadas en creencias personales y centradas en las necesidades de la madre y el recién nacido. "Estar con" representa la presencia física y emocional del cuidador y la expresión de comprensión y respeto hacia el destinatario del cuidado. "Hacer por" representa actos de cuidado fuera de acciones terapéuticas específicas necesarias para optimizar los resultados de la atención. El proceso final, "Habilitar", se refiere a guiar a la madre que amamanta al bebé a través de las transiciones de alimentación infantil. (11)

#### **2.1.7. Afaf Meleis - Teoría de Transiciones**

La teoría de las transiciones, fue desarrollada en la década de 1960 por una enfermera, socióloga, investigadora y teórica Afaf Meleis, definió la transición como un paso o movimiento de un estado, condición o lugar a otro. Los cambios en el estado de salud, relaciones de roles, expectativas o habilidades implican cambios en las necesidades de todos los diferentes sistemas de una persona. La transición se considera un concepto central ya que la gestante generalmente se encuentra en períodos de transición, los cuales están relacionados con cambios en el proceso de salud o enfermedad implica la adaptación e integración a la nueva etapa de la mujer. La transición es más efectiva si la persona conoce, de antemano, qué desencadena este cambio, anticipa el evento, se prepara para adaptarse a este cambio y es consciente de la posibilidad de enfrentar múltiples transiciones al mismo tiempo. De acuerdo con la teoría de las transiciones, el proceso

de tener un hijo y los cambios en la vida de la mujer están determinados por una serie de factores internos y externos, donde la manera de asumirlos determina la gestación y posparto saludable. En base a esta teoría el papel de la enfermera va encaminado a promover la salud al facilitar la transición y apoyar la búsqueda de soluciones a las necesidades que se presentan durante el proceso de gestación. La transición del embarazo es vivida como una adaptación de nuevos roles y un proceso que genera sentimientos profundos de alegría, felicidad y de esperanza; en el posparto se genera también un proceso de alegría por el nuevo ser y una sensación de libertad. (11)

<b>Modelos y teorías de enfermería</b>	<b>Subcategoría (Beneficios)</b>	<b>Indicadores (Intervenciones)</b>
<b>Madeleine Leininger. Teoría del cuidado transcultural.</b>	Apoyo a la mujer gestante según cultura y creencias	Brindar cuidados coherentes y benéficos, comprender la forma de adopción del rol materno
<b>Jean Watson. Teoría del cuidado humano</b>	Cuidado humanizado de enfermería.	Cuidados persona a persona, control de riesgos y lograr un mayor grado de armonía mental
<b>Kristen Swason. Teoría de los cuidados</b>	Brindar bienestar a la gestante y al recién nacido	Contribuir al bienestar biopsicosocial y espiritual, presencia física y emocional del cuidador y la expresión de comprensión y respeto. Guiar a la mujer en el proceso de lactancia.
<b>Dorothea Orem. Déficit de autocuidado.</b>	Educación prenatal.	Educación en el embarazo sobre prácticas de autocuidado, psicológico, educación, riesgo por consumo de alcohol y drogas
<b>Ramona Mercer. Adopción del rol materno.</b>	Adopción del rol materno	Apoyo para adquirir experiencia, proceso interactivo y evolutivo del vínculo entre madre - hijo.

**Afaf Ibrahim  
Meleis Teoría de  
las transiciones**

Adaptación en la  
transición de  
cambios de la mujer  
en el proceso de  
gestación

Promover la salud al facilitar la  
transición y apoyar la búsqueda  
de soluciones a las necesidades  
que se presentan durante el  
proceso de gestación.

---

**Figura N° 01. Modelos y teorías de enfermería.**

**Fuente:** Molano MF. Aplicación de los modelos y teorías de enfermería en el cuidado durante la gestación y el parto. Antioquia. Colombia 2021. [Internet]. Antioquia: LinkedIn; 2021.<sup>11</sup>

Los principales beneficios que se reportan con la aplicación de la teoría de enfermería son el mantenimiento de la salud integral y el bienestar ideal de la madre junto con su recién nacido que genera un equilibrio físico, biológico, emocional, mental, cultural y social. Conclusiones: Las principales teóricas de enfermería que se utilizan son: de Ramona Mercer, Jean Watson, Madeleine Leininger, Dorothea Orem, Kristen Swason y Afaf Ibrahim Meleis, identificándose beneficios como el autocuidado, la educación prenatal, la disminución de los riesgos para la madre y el recién nacido. (11)

## **2.2. Antecedentes**

### **2.2.1. A nivel internacional**

**Barros L, Velasco E (2022)** en su investigación: “Factores Asociados a la falta de control prenatal en América Latina y su relación con las complicaciones obstétricas”. Tuvo como objetivo identificar los factores asociados a la falta de control prenatal en América Latina y

su relación con las complicaciones obstétricas. Los resultados de la investigación se obtuvieron a partir del análisis de 30 estudios los cuales demostraron que los factores asociados a la falta de control prenatal son: el bajo nivel de instrucción, ocupaciones del hogar y crianza, falta de empleo, escasos recursos económicos. (12)

**Abadi T y Derseh A (2021)** en su estudio titulado “Cost of Treating Maternal Complications and Associated Factors in Mekelle General Hospital, Northern Ethiopia”, buscaron evaluar los costos médicos directos e indirectos del tratamiento de las complicaciones maternas y los factores asociados en un hospital público en el norte de Etiopía. Se analizaron los casos de 267 complicaciones maternas, encontrando como resultado que, los costos médicos directos representaron la mayor parte (68%) del costo total del hogar, y esto se debió principalmente a la falta de servicios de diagnóstico en las instalaciones públicas y al pago de servicios privados. El gasto para el tratamiento de las complicaciones maternas se asoció positivamente con el ausentismo a controles prenatales, el tiempo de viaje al centro y el diagnóstico en un centro privado. (13)

**Diana S et al. (2020)**, en su estudio denominado “Maternal complications and risk factors for mortality”, se plantearon como objetivo analizar las complicaciones maternas y los posibles factores de alto riesgo relacionados con la mortalidad materna. Mediante un estudio de tipo caso - control a 48 mujeres se determinó como

resultados que, el estado nutricional, la presencia de la anemia, el antecedente de enfermedad, la edad, la ausencia al control prenatal, el método de parto, así como la derivación tardía son los factores de riesgo más influyentes. Esta significación muy alta para la mortalidad materna se basó en el valor de chi-cuadrado de 109,431 ( $p = 0,000$ ).

(14)

**Gómez A (2018)** en su investigación: “Control prenatal tardío y complicaciones en el embarazo, Hospital Comunitario Puente de Ixtla”. Tuvo como objetivo identificar la asociación entre el control prenatal tardío y la presencia de complicaciones en el embarazo de la población que se atendió en dicho hospital. Los resultados demostraron que, el 53% de la población que acude a control prenatal tardío tiene entre 20 a 29 años de edad, el 41% estudios de secundaria incompleta, 64% viviendo en unión libre, 69% dedicadas al hogar, 83% con un ingreso menor o igual a un salario mínimo. (15)

**Chavane LA et al. (2018)** en su investigación “Maternal death and delays in accessing emergency obstetric care in Mozambique”, se plantearon examinar la contribución de diversos factores como causas de muerte materna en las instalaciones médicas de Mozambique. Se analizaron 712 casos de muerte materna obteniendo como resultado que, el principal factor directo involucrado fue el retraso al momento de llegar al centro de salud tras una emergencia obstétrica y la

principal causa indirecta fue la falta de controles prenatales previos al parto. (16)

### **2.2.2. A nivel nacional**

**Méndez A *et al.* (2021)** en su investigación: “Asociación entre el control prenatal y las complicaciones obstétricas maternas periparto y postparto”. Tuvo como objetivo determinar la asociación entre CPN adecuado y las complicaciones obstétricas maternas periparto y post parto. Los resultados mostraron que, el 21,0% y el 28,7% tuvieron complicaciones periparto y postparto respectivamente. Llegando a la conclusión que dentro del CPN adecuado, se encontró asociación entre el CPN de calidad y las complicaciones obstétricas maternas periparto y postparto. (17)

**Gonzales L (2020)** en su investigación: “Complicaciones Materno – Perinatales en Gestantes Adolescentes y el Control Prenatal Insuficiente en el Hospital Santa Rosa – Piura, enero a diciembre 2018”. Tuvo como objetivo determinar la relación entre las complicaciones materno- perinatales en gestantes adolescentes y el control prenatal insuficiente. Los resultados demostraron que, el control prenatal insuficiente se presentó en el 50% de las gestantes adolescentes con complicaciones perinatales y 16.4% en las gestantes adolescentes sin complicaciones perinatales. Llegando a la conclusión

que el control prenatal insuficiente es factor de riesgo para complicaciones maternas. (18)

**Gutiérrez RD y Rodríguez EO (2020)**, en su investigación titulada “Mortalidad materna un problema multifactorial de salud pública – Hospital Belén de Trujillo”, buscaron identificar los factores de riesgo asociados a mortalidad materna en 63 casos, utilizando como controles a 315 gestantes que egresaron vivas. Los resultados demostraron que los factores relacionados con muerte materna incluían el grado de instrucción, multiparidad, parto a pre término, falta de control prenatal. En conclusión, el estudio mostró dos factores socioeconómicos y cinco gineco-obstétricos como relevantes para la muerte materna. (19)

**Correa GP (2019)**, en su investigación titulada “Factores de riesgo asociados a mortalidad materna en los hospitales de la ciudad de Iquitos entre enero a diciembre 2017”, realizó un análisis de caso – control de 32 decesos maternos, utilizando como controles el mismo número de mujeres tomadas al azar. Los resultados mostraron que, entre las principales complicaciones maternas de mujeres que fueron casos de mortalidad materna estuvieron traumatismo craneo encefálico, septicemia, shock hipovolémico, hemorragia postparto, eclampsia, placenta previa, corioamnionitis. Por otro lado, los principales factores de riesgo asociados a mortalidad materna fueron

la edad, la procedencia, la multiparidad, falta de controles prenatales y parto domiciliario. (20)

### 2.2.3. A nivel regional

**Urquiaga-Melquiades T *et al.* (2021)**, en su investigación titulada “Mortalidad Materna en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, años 2012 a 2018” tuvieron como objetivo analizar la razón de muertes materna mediante un estudio descriptivo con ayuda de datos obtenidos del registro de la Oficina de Epidemiología de la DIRESA Cajamarca. Los resultados mostraron que en este lapso hubo 42 muertes maternas, los principales factores involucrados con estos decesos incluyeron la edad, la procedencia, el grado académico, el multiparismo y la falta de control prenatal o control prenatal inadecuado. En conclusión, las características sociodemográficas son la causa de la elevada razón de muertes maternas en HRDC. (21)

### 2.3. Bases conceptuales

- **Primigesta:** Mujer que se embaraza por primera vez. (22)
- **Multigesta:** Mujer que se ha embarazado más de 2 veces. (22)
- **Cesárea:** Operación quirúrgica que se realiza abriendo la matriz para extraer al bebé. (23)
- **Periodo inter genésico corto:** Lapso de tiempo entre embarazos consecutivos. (24)

- **Alto riesgo obstétrico:** Es aquel en el cual la probabilidad de adquirir una enfermedad o causa de muerte antes, durante o después del parto es más alta. (25)
- **Aborto:** Terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana. (26)
- **Infecciones del tracto urinario:** Existencia de bacterias en el tracto urinario. (27)
- **Vaginitis:** Inflamación de la vagina. (28)
- **Desnutrición:** Afección que se presente por falta de nutrientes. (29)
- **Candidiasis:** Afección cutánea a causa de parasitación de hongos. (30)
- **Ruptura temprana de membranas:** Membrana amniótica rota antes de las 37 semanas de embarazo. (31)

## 2.4. Bases teóricas

### 2.4.1. Gestación

El embarazo, gravidez o gestación se define como el período durante el que el embrión se desarrolla y crece en el interior del útero, en el cuerpo de la madre y cuya duración comprende desde la fecundación del óvulo hasta el momento del parto (aproximadamente de 38 a 40 semanas). (32)

Teniendo en cuenta la variación que se da en relación con la duración del embarazo, es más preciso decir que la duración del embarazo suele durar entre 37 y 42 (solo el 4% de las mujeres dan a luz en la fecha

predicha mediante la regla de Naegele). Si el bebé nace antes de las 37 semanas se considera un parto prematuro, y si nace después de las 42 semanas se considera un parto post-término. (33)

#### **2.4.2. Calendario gestacional**

De acuerdo a su desarrollo, el embarazo se suele dividir en tres etapas de aproximadamente tres meses cada una:

**a) Primer trimestre:** Comprendida desde la fecundación hasta la semana 12. Los cambios más importantes en el desarrollo del embrión o feto son: (34,35)

- Después de 30 horas desde la fecundación, el óvulo comienza a multiplicarse de manera exponencial (hasta formar la “mórula”) a medida que se desplaza por la trompa de Falopio para dirigirse al útero. Este grupo de células (ahora llamado blastocito) se implanta en el endometrio y comienza a desarrollarse.
- A partir de la cuarta semana el embrión comienza a diferenciar células que más adelante se convertirán en órganos y tejidos. Al mismo tiempo se desarrolla el amnios y el saco vitelino.
- En la quinta semana se forma el tubo neural, que dará origen al sistema nervioso, y un corazón primitivo.
- En la semana 6 se comenzarán a formar las vesículas ópticas (que se convertirán en los ojos), el aparato respiratorio y digestivo y comienza a latir el corazón. A estas alturas inician

los síntomas típicos del embarazo: cansancio, dolor de pechos, náuseas, vómitos, etc.

- Alrededor de la semana 7 y 8 se forma el cordón umbilical, se comienzan a definir algunos rasgos faciales, se comienzan a formar las extremidades del feto y se diferencia su sexo.
- Entre la novena y décima semana ya tiene un tamaño aproximado de entre 2 y 3 cm y se puede percibir en una ecografía.
- A partir de la semana 11 se acelerará su crecimiento y dejará de ser un embrión para ser llamado feto. Los defectos congénitos ahora son menos posibles. A partir de ahora, el síndrome de Down, puede ser diagnosticado.
- En la última semana del primer trimestre comienzan a formarse las uñas y las cuerdas vocales, el sistema renal comienza a funcionar.
- En este trimestre se recomienda evitar el consumo de determinados fármacos, alcohol o productos derivados del tabaco y aumentar el consumo de vitaminas como el ácido fólico. Durante el primer trimestre el riesgo de aborto es mayor.

**b) Segundo trimestre.** Comprendido entre las 13 y 26 semanas de gestación. Los cambios más importantes en el desarrollo del feto son: (34,36)

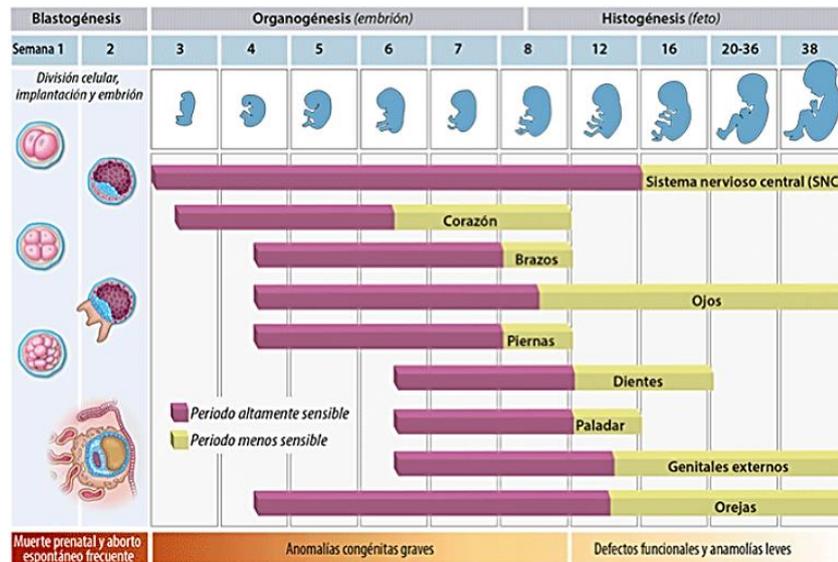
- Entre la semana 13 y 14, la placenta está desarrollada por completo, el feto podrá hacer algunos movimientos, aunque aún no coordinarlos. Aproximadamente mide 9 cm.
- Entre las semanas 15 y 16, ha crecido hasta los 12 cm aproximadamente y el desarrollo de los músculos faciales ya le permiten realizar algunas expresiones.
- Entre las semanas 17 y 18, se termina de formar el sistema auditivo del feto e inicia la osificación de los huesos. El feto crece a razón de 1 cm por semana aproximadamente.
- Entre las semanas 19 y 21, el feto crecerá hasta los 17 centímetros, comenzará a brotar cabello y los huesos comenzarán a producir la sangre (en lugar del hígado y bazo).
- A partir de la semana 22 se comenzarán a sentir más los movimientos del feto, y hacia la semana 25 y 26 la madre podría experimentar hiperglucemia e hipertensión. Al final del segundo trimestre el feto mide aproximadamente 20 cm.

**c) Tercer trimestre.** Desde la semana 27 hasta el nacimiento. A partir de esta etapa ya se considera viable al feto, lo que quiere decir que podría llegar a sobrevivir de ocurrir un parto prematuro, parto normal o cesárea. Los cambios más importantes en el desarrollo del feto son: (34,37)

- Entre las semanas 27 y 30, el feto ya tiene la apariencia que tendrá al nacer, salvo por su peso y talla y el desarrollo aún

inmaduro de algunos sistemas. El bebé se mueve cada vez más y su tamaño alcanza los 28 cm aproximadamente.

- Entre las semanas 31 y 33, el bebé crece hasta los 30 cm y aumenta la funcionalidad del sistema urinario y digestivo.
- Entre las semanas 34 y 36, el peso del bebé empieza a aumentar de gran manera, el tamaño promedio es de 32-35 cm.
- Entre la semana 37 y el nacimiento pueden iniciarse las contracciones uterinas, el bebé está listo para salir.



**Figura N° 01. Periodos críticos en el desarrollo prenatal humano.**

**Fuente:** Carvajal JA y Ralph CA. Manual de Obstetricia y Ginecología. Novena edición. [Internet]. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.<sup>24</sup>

### 2.4.3. Principales cambios fisiológicos de la mujer durante el embarazo.

a) **Hipovolemia y anemia.** El volumen de agua corporal total se incrementa debido al aumento de la retención de sal y agua en los

riñones. Esta mayor cantidad de agua diluye a la sangre, lo que explicaría la anemia fisiológica propia del embarazo que persiste durante toda esta etapa. (34,38)

**b) Hiperglucemia y diabetes gestacional.** El peso de la madre durante el embarazo aumenta a expensas del peso del feto, de igual forma incrementa el depósito de grasa en tejidos maternos. El metabolismo de los lípidos aumenta y el de la glucosa se enlentece, a la vez que el consumo de glucosa por los tejidos disminuye. (34,38)

**c) Cambios cardiovasculares.** La frecuencia cardíaca incrementa hasta un promedio de 90 lpm. La resistencia venosa aumenta, en especial por debajo de la cintura de la gestante. El corazón tiende a aumentar de tamaño, condición llamada hipertrofia ventricular que desaparece a las pocas semanas después del alumbramiento. La presencia circulante de prostaglandinas causa vasodilatación en oposición a los vasoconstrictores fisiológicos angiotensina y noradrenalina. La hipertensión y la aparición de edema son por lo general signos de alarma en el embarazo. (34,38)

#### **2.4.4. Control prenatal (CPN)**

Se entiende por control prenatal a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la mujer embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución de la gestación y obtener una adecuada preparación para el parto. La atención prenatal

es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre y el feto y se apoya en la organización de los servicios de salud. (38) Los principales objetivos del control prenatal son identificar a las pacientes de mayor riesgo, con el fin de realizar intervenciones en forma oportuna que permitan prevenir dichos riesgos y así lograr un buen resultado perinatal. Los controles prenatales se realizan a través de la historia médica y reproductiva de la mujer, el examen físico, la realización de algunos exámenes de laboratorio y exámenes de ultrasonido. (39)

#### **2.4.5. Control pre concepcional**

Lo ideal es que los cuidados prenatales se inicien antes de la concepción, es decir durante la planificación familiar. Sin embargo, aún existe una proporción significativa de embarazos que no son planeados, en los cuales las consecuencias negativas de muchos comportamientos, enfermedades y medicamentos podrían afectar el desarrollo de un embarazo precoz y a menudo dañar al feto, antes de que la mujer se dé cuenta que está embarazada. El control preconcepcional incluye una serie de intervenciones destinadas a identificar y modificar los riesgos médicos, con el objetivo de cuidar la salud de la mujer. Se debe realizar mediante examen físico general (IMC, presión arterial), un examen ginecológico, PAP, exámenes de laboratorio según corresponda (Hematocrito-Hb, Urocultivo, Grupo Rh y Coombs, VDRL, VIH). Es recomendable, además que la mujer

sana debe comenzar a tomar ácido fólico, idealmente 2 meses antes de la concepción y continuarlo hasta al menos las 12 semanas. (41)

#### **2.4.6. Controles prenatales**

Los controles deben comenzar tan pronto como el embarazo sea sospechado, idealmente antes de las 10 semanas, especialmente en pacientes con patologías crónicas o que hayan tenido antecedentes de aborto o malformaciones del tubo neural. Los controles incluyen una serie de visitas programadas (generalmente entre 7 y 11 visitas), aunque el número óptimo para un control adecuado es algo en continua discusión. Los objetivos del control prenatal son: (42)

- Evaluar el estado de salud de la madre y el feto.
- Establecer la Edad Gestacional.
- Evaluar posibles riesgos y corregirlos.
- Fomentar estilos de vida saludable.

La frecuencia recomendada de controles prenatales para un embarazo no complicado es:

- Cada 4 semanas durante las primeras 28 semanas.
- Cada 2 semanas entre la semana 28 a la semana 36.
- Semanalmente después de las 36 semanas
- Con la atención prenatal reenfocada en Perú desde el 2014, las gestantes reciben como mínimo 6 atenciones prenatales y son evaluadas por especialistas para tener un embarazo sano. (43)

- **Primer control.** Se debe realizar una historia médica completa, solicitar algunos exámenes de laboratorio (Grupo Rh y Coombs, hemograma, glicemia, examen completo de orina, VDRL, VIH, hepatitis B, etc), ultrasonido e impartir educación sobre embarazo saludable. Además, se debe realizar examen físico, pesar, medir y calcular IMC, para realizar un seguimiento adecuado. (42)
- **Controles posteriores.** En los controles posteriores se buscarán signos de bienestar fetal como la percepción y número de movimientos fetales, además de signos y síntomas de preeclampsia; síntomas de infección urinaria; de amenaza de parto prematuro y de colestasia intrahepática del embarazo. (42)

Semana	Exámenes solicitados
<b>Primer control</b>	Grupo Rh y Coombs, hemograma, glicemia, examen completo de orina, VDRL, VIH, hepatitis B
<b>11 - 14 semanas</b>	Ultrasonido para riesgo de aneuploidía, (más bioquímica: BHCG libre PAPP-a). Doppler arterias uterinas.
<b>20 - 24 semanas</b>	Ultrasonido para anatomía fetal y marcadores aneuploidía, evaluación del cérvix.
<b>26 - 28 semanas</b>	Glicemia post prandial, tamizaje de Diabetes, Coombs Indirecto en Rh no sensibilizada. Administración inmunoglobulina anti Rho.

<b>32 - 38 semanas</b>	Ultrasonido (crecimiento, presentación, placenta), Repetir VDRL, Hcto-Hb, cultivo Streptococo B (35-37 sem)
------------------------	---

**Figura N° 02. Programa de cuidados prenatales.**

**Fuente:** Care A. Control prenatal. Revista Médica Clínica Las Condes. [Internet]. 2014; 25 (6): 880-886.<sup>31</sup>

## 2.4.7. Complicaciones maternas

### 2.4.7.1. Definición

Las complicaciones maternas son definidos como problemas de salud que se presentan durante el embarazo. Estas complicaciones pueden afectar la salud de la madre, la salud del feto o la de ambos. Incluso las mujeres que están sanas antes de quedar embarazadas pueden tener complicaciones. Estas complicaciones pueden hacer que el embarazo sea un embarazo de alto riesgo.

Algunas complicaciones frecuentes del embarazo son, entre otras, las siguientes: (43)

#### **A. Complicaciones del primer trimestre de embarazo:**

- a. Aborto
- b. Embarazo ectópico
- c. Enfermedad gestacional del trofoblasto

#### **B. Complicaciones del segundo y tercer trimestre de embarazo:**

- a. Placenta previa
- b. Desprendimiento de la placenta
- c. Parto pretérmino

- d. Ruptura prematura de membranas
- e. Parto post-término
- f. Infecciones (hepatitis B, listeriosis, toxoplasmosis, tuberculosis, herpes, citomegalovirus, enfermedad periodontal, sepsis obstétrica).
- g. Preeclampsia y eclampsia
- h. Diabetes gestacional
- i. Anemia
- j. Depresión posparto

#### **2.4.8. Ausentismo del control prenatal**

El ausentismo a los controles prenatales está definido como la falta constante a las entrevistas o visitas programadas de la mujer embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución de la gestación y obtener una adecuada preparación para el parto. Algunos de los factores considerados como causales del ausentismo al control prenatal son: (44)

- Embarazo no deseado.
- Dificultad para realizar quehaceres domésticos.
- Dificultad para transportarse a algún centro de salud.
- Factores culturales.
- Violencia familiar.
- Olvido de citas.

## **2.5. Hipótesis**

### **Hipótesis alterna**

Las complicaciones maternas se relacionan directamente con el ausentismo del control prenatal en las gestantes del Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca 2021-2022.

### **Hipótesis Nula**

Las complicaciones maternas no se relacionan directamente con el ausentismo del control prenatal en las gestantes del Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca 2021-2022.

## 2.6. Cuadro de Operacionalización de variable

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador(es)	Ítem	Instrumento(s)
Complicaciones maternas	Las complicaciones durante el embarazo son problemas de salud que se dan durante el período de gestación. Pueden afectar la salud de la madre, del bebé, o ambas. Algunas mujeres padecen problemas de salud antes de quedar embarazadas, lo cual puede desencadenar complicaciones. Otros problemas surgen durante el embarazo. (43)	<b>1. Características Sociodemográficas de la gestante.</b>		III	Historia clínica de las gestantes  Ficha de recolección de datos
		Edad	De 18 a 24 años De 24 a 34 años De 35 a más		
		Zona de residencia	Urbana Rural		
		Grado de instrucción	Analfabeto Inicial Primaria Secundaria Superior técnica		
		<b>2. Antecedentes de complicaciones maternas</b>		N° de caso atendido por complicación	
		Primigesta Multigesta Preclamsia Cesárea Periodo inter genésico (PIG) corto Alto riesgo obstétrico (ARO) Aborto			
Ausentismo de control pre natal	Es la falta constante a las entrevistas o visitas programadas de la mujer embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución de la gestación y obtener una adecuada preparación para el parto. (43)	<b>3. Complicaciones maternas atendidas:</b>	<b>Severidad:</b> - Leve - Moderado <b>Aparición:</b> - Por semana de gestación presentada <b>Desenlace:</b> - Controlado - No controlado	III	
		Infecciones de tracto urinario Anemia Preclamsia Vaginitis Hipertensión Diabetes gestacional Desnutrición Aborto Candidiasis Ruptura temprana de membranas			
		Gestantes que perdieron sus controles prenatales.	Control pre natal completo Control pre natal incompleto	II-4	
		Frecuencia de controles perdidos por las gestantes	Número de controles perdidos por gestante		
		Promedio de controles programados, asistidos y perdidos, por las gestantes	Controles programados Controles asistidos Controles perdidos		
		Actividades perdidas en los controles ausentes	N° de actividad perdida por la gestante		
Causas de ausentismo a los controles	N° de causa por ausentismo a los controles				

## **CAPITULO III**

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **3.1. Unidad de análisis, universo y muestra**

##### **3.1.1. Unidad de análisis**

Historia clínica de cada una de las gestantes atendidas en Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca 2021 y 2022.

##### **3.1.2. Universo**

Historias clínicas de 150 gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca durante los años 2021 y 2022.

##### **3.1.3. Muestra**

Estuvo conformada por las historias clínicas de cada una de 108 gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca durante los años 2021 y 2022.

##### **3.1.3.1. Muestreo**

El muestreo se realizó de manera aleatoria. La magnitud de la muestra se calculó usando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2pq}{e^2(N - 1) + Z^2pq}$$

Donde:

n = Magnitud de la muestra a calcular.

Z = Valor calculado de 1,96, según el índice de confianza (95%).

p = Proporción de individuos que poseen en la población la característica de análisis. Este dato es normalmente no se conoce y se asume que  $p = q = 0,5$  que es la opción más segura y conveniente.

N = Tamaño del universo o población = 150

e = Margen de error máximo que se admite (5%) = 0,05.

$$n = \frac{150 (1,96)^2 (0,5) (0,5)}{(0,05)^2 (150 - 1) + (1,96)^2 \times (0,5) (0,5)}$$

$$n = \frac{150 (3,8416) (0,25)}{(0,0025) (149) + (3,8416) \times (0,25)}$$

$$n = \frac{150 (0,9604)}{0,3725 + 0,9604}$$

$$n = \frac{144,06}{1,3329}$$

$$\underline{n = 108}$$

- **Criterios de inclusión**

- Historias clínicas de gestantes que acudieron exclusivamente al Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca para sus controles prenatales.
- Historias clínicas de gestantes que acudieron a sus CPN durante los años 2021 y 2022.
- Historias clínicas de gestantes que presentaron alguna complicación durante la gestación, el parto o el puerperio.

- **Criterios de exclusión**

- Historias clínicas de gestantes que no son atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca para sus controles prenatales.
- Historias clínicas de gestantes que no acudieron a sus CPN durante los años 2021 y 2022.

## **3.2. Métodos de investigación**

### **3.2.1. Tipo y Diseño de la Investigación**

Investigación es de corte transversal se recolectaron los datos en una sola oportunidad y mide la variable una única vez, básico incrementar los conocimientos previos sobre el objeto de estudio a través del análisis crítico de la información recolectada y los conocimientos ya existentes, correlacional permite conocer la relación o grado de asociación que exista entre las variables.

Diseño no experimental, ya que no se realizó intervención alguna ni modificación del comportamiento natural de las variables de estudio por parte de las investigadoras. Toda la información fue documentada tal como se encontró.

### **3.3. Técnicas de investigación**

La técnica que se utilizó para la presente investigación fue la revisión documental, las actividades para recolectar la información se realizaron en el siguiente orden:

#### **3.3.1. Elaboración del instrumento de recolección de datos**

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos en la presente investigación fue una ficha de recolección de datos el cual se elaboró de acuerdo a las dimensiones e indicadores de la variable para lograr cumplir con los objetivos de la investigación. La ficha de recolección de datos estuvo constituida por 9 ítems distribuidos en 3 secciones.

#### **3.3.2. Recolección y documentación de datos.**

La ficha de recolección elaborada por las autoras (Anexo N° 01), que contienen los ítems de evaluación de las variables de estudio, se utilizó la historia clínica para recolectar y documentar la información de 108

gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca durante los años 2021 y 2022.

### **3.4. Técnicas de análisis de datos**

Se tabularon y graficaron los datos obtenidos con ayuda del software Microsoft Office Excel 2018. Adicionalmente algunos resultados fueron procesados en el Programa Estadístico Statistical Package for the Social Sciences (IBM - SPSS) versión 23,0.

Los resultados se presentan en tablas univariadas y bivariadas y el análisis se hizo en base a estadística descriptiva como frecuencias absolutas, porcentajes y medias estadísticas.

La prueba estadística que se utilizó fue el coeficiente de correlación de Spearman para buscar alguna relación entre la ausencia a los controles prenatales y las complicaciones obstétricas maternas. Se tomó como índice de confiabilidad un 95 % (IC = 95%), y como valor de p significativo a menos de 0,05.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

**Tabla 1. Características Sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca, 2021-2022**

Características Sociodemográficas		N°	%	Total %
<b>Edad</b>	De 18 a 24 años	24	22,22	100
	De 24 a 34 años	37	34,26	
	De 35 a mas	27	25,00	
<b>Zona de residencia</b>	Rural	99	91,67	100
	Urbana	9	8,33	
<b>Grado de instrucción</b>	Analfabeta	14	12,96	100
	Inicial	26	24,07	
	Primaria	36	33,33	
	Secundaria	17	15,74	
	Superior Técnico	15	13,89	

Fuente: Ficha de recolección de datos elaborada por las autoras Cajamarca 2022

La tabla 1. Se observa que las gestantes que asistieron al Centro de Salud I-3 San Juan durante los años 2021-2022, fueron más de la mitad jóvenes mayores de 24 años 59,26%, edad promedio 28,2 años; procedían de la zona rural 91,67%, con grado de instrucción inicial 24,07% y primaria 33,33% completas.

**Tabla 2. Antecedentes de complicaciones maternas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca, 2021-2022.**

Antecedente de complicaciones maternas	Gestantes	
	N	%
Primigesta	22	20,37
Multigesta	56	51,85
Pre eclampsia	5	4,63

Cesárea	4	3,70
Infección de Tracto Urinario (ITU)	5	4,63
Periodo intergenésico (PIG) corto	14	12,96
Alto riesgo obstétrico (ARO)	12	11,11
Aborto	4	3,70

Fuente: Historias Clínicas de gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca, 2021-2022

En la tabla 02 se evidencian los principales antecedentes de complicaciones maternas de gestantes, más de la mitad de gestantes presentó varios embarazos 51,81%; periodos inter genésicos cortos 12,96%; embarazos anteriores de alto riesgo obstétrico el 11,11%; infecciones de tracto urinario 4,63%; y pre eclampsia 4,63%.

**Tabla 3. Complicaciones maternas presentadas por gestantes que asistían al Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca durante los años 2021-2022.**

Complicaciones maternas	Gestantes	
	N	%
Infección de tracto urinario	19	17,59
Anemia	15	13,89
Pree eclampsia	9	8,33
Vaginitis	7	6,48
Hipertensión	6	5,56
Diabetes gestacional	5	4,63
Desnutrición	4	3,70
Aborto	3	2,43
Candidiasis	2	1,85
Ruptura prematura de membrana	2	0,93

Ninguna	36	33,33
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Historias Clínicas de gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca, 2021-2022

En las tablas 3. se observa complicaciones durante la etapa de gestación presentaron, infecciones del tracto urinario 17,59%, anemia 13,89% y pre eclampsia 8,33%.

**Tabla 4. Características de complicaciones maternas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca, 2021-2022**

<b>Complicaciones maternas</b>	<b>Severidad</b>	<b>Aparición</b>	<b>Desenlace</b>
Infección de tracto urinario	Moderada	> Semana 7	Controlado
Anemia	Leve/Moderada	> Semana 14	Controlado
Preeclampsia	Moderada	> Semana 24	Controlado
Vaginitis	Moderada	> Semana 16	Controlado
Hipertensión arterial	Moderada	> Semana 16	Controlado
Diabetes gestacional	Moderada	> Semana 29	Controlado
Desnutrición	Leve	> Semana 30	Controlado
Amenaza de aborto	Severo	> Semana 20	No controlado
Candidiasis	Moderado	> Semana 32	Controlado

Ruptura prematura de Membrana Moderado > Semana Controlado	33
--	----

Fuente: Ficha de recolección de datos elaborada por las autoras Cajamarca 2022

La tabla 4. Muestra complicaciones en las diferentes etapas de gestación, se presentaron con severidad leve casos de desnutrición aparición > 30 semana, con severidad de leve a moderado con anemia > 14 semana; con severidad moderada, infección urinaria, aparición > 7 semanas, Preeclampsia aparición >24 semana, Hipertensión arterial aparición > 16 semanas, vaginitis >16 semanas, diabetes >29 semanas, tuvieron un desenlace casos controlados Con severidad severo en casos de amenaza de aborto aparición > 20 semana, con desenlace no controlado

**Tabla 5. Controles prenatales de gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca, 2021-2022.**

Gestantes	N	%
Con controles prenatales completos	2	1,85
Con controles prenatales incompletos	106	98,15
<b>TOTAL</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

Fuente: Historia clínica de gestantes atendidas Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca, 2021-2022

La tabla 5 presenta gestantes con controles prenatales completos el 1,85%; incompletos el 98,15%.

**Tabla 6. Frecuencia de controles perdidos por las gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca, 2021-2022**

Número de controles perdidos	Gestantes	
	Nº	%
12	1	0,94

11	5	4,72
10	7	6,60
9	6	5,66
8	7	6,60
7	7	6,60
6	12	11,32
5	11	10,38
4	11	10,38
3	12	11,32
2	12	11,32
1	15	14,15
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Historia clínica de gestantes atendidas Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca, 2021-2022

La tabla 6, muestra el ausentismo de gestante a su control prenatal 1control el 14,15%, 2 y 3 controles 11.32%, 4 y 5 controles el 10.38%.

**Tabla 7. Promedio de controles pre natales, programados, asistidos y perdidos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca, 2021-2022**

<b>Controles prenatales</b>	<b>N</b>	<b>Promedio</b>	<b>%</b>
Controles programados	13	13	100,00
Controles asistidos	1-13	6,84	52,62
Controles perdidos	0-12	6,16	47,38

Fuente: Historia clínica de gestantes atendidas Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca, 2021-2022

La tabla 7 muestra las gestantes con controles pre natales programados el 100%, asistidos el 52.62% y controles perdidos el 47.38%.

**Tabla 8. Actividades perdidas en los controles ausentes de las gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca, 2021-2022**

Actividades pérdidas	Gestantes	
	N	%
Altura uterina	32	29,63
Exámenes auxiliares	26	24,07
Pelvimetría interna	24	22,22
Valoración feto-pélvica	24	22,22
Descarte Diabetes gestacional	24	22,22
Examen ginecológico	22	20,37
Examen de mamas	22	20,37
Consejería sobre trabajo de parto	18	16,67
Signos y síntomas de alarma	18	16,67
Determinación del encajamiento fetal	18	16,67
Evaluación odontológica	18	16,67
Reevaluación del estado general materno	18	16,67
Actualización de exámenes auxiliares	18	16,67
Latidos cardiacos fetales	18	16,67
Situación, posición y presentación fetal	18	16,67
Prueba de GANTT	16	14,81
Pruebas de Doppler.	9	8,33
Antropometría	8	7,41
Presión arterial	8	7,41
Ultrasonido	8	7,41

Fuente: Historia clínica de gestantes atendidas Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca, 2021-2022

La tabla 07 muestra que la mayoría de gestantes que se ausentaron a sus controles prenatales no asistieron a actividades como la medición de altura uterina 29,63%;

exámenes auxiliares como glucosa y hemoglobina 24,07% y Pelvimetría interna 22,22%, las cuales fueron perdidas después de la semana 25 de gestación.

**Tabla 9. Causas de ausentismo a los controles pre natales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca, 2021-2022**

Causas del ausentismo control pre natal	Gestantes	
	N	%
Dificultad con el transporte	62	58,49
No poder dejar solos a sus hijos en casa	26	24,53
Olvido	14	13,21
Ausencia por viaje	4	3,77
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Historia clínica de gestantes atendidas Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca, 2021-2022.

En la tabla 09. se observa que la principal causa de ausentismo a los controles prenatales en Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca durante los años 2021-2022, fue la dificultad de las gestantes para transportarse hasta dicho establecimiento 58,49%, seguido de otras causas como no poder dejar solos a sus demás hijos en casa 24,53% y el olvido de la fecha de la cita 13,21%.

**Tabla 10. Complicaciones maternas relacionadas con el ausentismo del control prenatal en gestantes del Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca, 2021-2022**

				Complicaciones maternas	
<b>Rho de Spearman</b>	<b>Ausentismo a controles prenatales</b>	<b>a</b>	Coefficiente de correlación	de	0,487
			Sig. (bilateral)		0,002

**\*\*.** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 10, establece los resultados del análisis estadístico; la prueba de correlación de Spearman demostró que existe relación moderada entre el ausentismo a controles prenatales y complicaciones maternas presentadas por gestantes que asistían al Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca durante los años 2021-2022 ( $Rho = 0,487$ ;  $p < 0,02$ ). La relación es directa y significativa.

## DISCUSIÓN

La investigación sobre Complicaciones maternas relacionadas con el ausentismo del control pre natal en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan, en las características socio demográficas se observa que las gestantes que asistieron al Centro de Salud I-3 San Juan durante los años 2021-2022, fueron más de la mitad jóvenes mayores de 24 años y edad promedio 28,2 años con 59,26%; procedían de la zona rural 91,67%, con grado de instrucción inicial 24,07% y primaria completa 33,33% . se puede apreciar que más de la mitad están en edad fértil y tienen un grado de instrucción bajo, por ende no logra entender a cabalidad la información que se le brinda, ya que no comprenden con facilidad; siendo un gran problema para la gestante. Concordando con los resultados del estudio de **Gómez A (2018)**, demostrando que, el 53% de la población que acude a control prenatal tardío tiene entre 20 a 29 años de edad, el 41% estudios de secundaria incompleta.

Nuestro estudio muestra que la mayoría de las gestantes eran relativamente jóvenes, existían mujeres embarazadas con edades superiores a los 35 años, muchas multigestas y con antecedentes obstétricos previos, dentro de los que destacaron enfermedades como preeclampsia e infecciones de tracto urinario. A pesar de las características mencionadas, las cuales deberían brindar experiencia a las gestantes sobre la importancia de los controles prenatales, se observó que la mayoría de mujeres embarazadas no cumplió a cabalidad con las recomendaciones brindadas en el centro de salud. Si la edad superior a 30 años, por si sola, ya supone un factor de riesgo obstétrico, la adición de antecedentes patológicos durante una anterior

gestación, aumentan el riesgo al doble en un nuevo embarazo. Esto también no solo pone en riesgo a la madre sino a toda la gestación, ya que pueden aparecer diversas complicaciones que pondrán causar una mortalidad materna. Concordando con los resultados del estudio de **Diana S et al. (2020)** la cual concluyó que el estado nutricional, la presencia de la anemia, el antecedente de enfermedad, la edad, la ausencia al control prenatal, el método de parto, así como la derivación tardía son los factores de riesgo más influyentes para la mortalidad materna.

Entre las complicaciones que presentaron las gestantes fueron: infección urinaria, anemia, vaginitis, hipertensión arterial, diabetes gestacional, desnutrición (leve), candidiasis, se presentaron más de la mitad con severidad moderada aparición de 7 a 33 semanas los casos fueron controlados, en los casos de amenaza de aborto que fueron severos, aparición 20 semanas no fueron controlados. Dichos resultados nos muestran que las complicaciones que presentaron más de la mitad de la población en estudio se dieron durante las primeras semanas hasta llegar casi al fin de la gestación lo cual llega a ser un riesgo para la salud de la gestante. Concordando con los resultados del estudio de **Correa GP (2019)** mostrando que, entre las principales complicaciones maternas de mujeres que fueron casos de mortalidad materna estuvieron, septicemia, shock hipovolémico, hemorragia postparto, eclampsia, placenta previa, corioamnionitis. Por otro lado, los principales factores de riesgo asociados a mortalidad materna fueron la edad, la procedencia, la multiparidad, falta de controles prenatales y parto domiciliario.

Junto a las características del grupo de gestantes estudiadas, también se indagó sobre la programación de sus controles prenatales y el cumplimiento de los mismos.

El número de controles programado fue de 13 y los resultados mostraron que solo 1,85% mujeres embarazadas asistieron completamente a todos los controles prenatales programados durante los años 2021-2022, incompletos el 98,15%, mostrando el ausentismo de la gestante a sus controles, 1 control el 14.15%; 2 y 3 controles 11.32%; 4 y 5 controles el 10.38%, según estos resultados podemos ver que más del 60% de las gestantes perdieron sus controles por una falta de interés en esta etapa de la gestación, dejando de lado el autocuidado que deben de tener para mejora de su salud; coincidiendo con los resultados del estudio de **Gonzales L (2020)** demostrando que, el control prenatal insuficiente se presentó en el 50% de las gestantes adolescentes con complicaciones perinatales y 16.4% en las gestantes adolescentes sin complicaciones perinatales. Llegando a la conclusión que el control prenatal insuficiente es factor de riesgo para complicaciones maternas.

En promedio, la cantidad de controles perdidos por todas las gestantes 47,62% fue muy similar al número de controles que se lograron completar 52,52%, por lo que se evidencia un alto porcentaje de ausentismo a actividades de gran importancia como la medición de altura uterina, exámenes auxiliares dentro de las que se consideran la glucosa y hemoglobina y pelvimetría interna, las cuales fueron perdidas por lo general después de la semana 25 de gestación. A partir de esta observación se pudo deducir, también, que la falta de constancia en los controles tiende a aumentar con el avance de la edad gestacional, ya que la mayoría de deserciones se observan hacia el final de este periodo.

Por otro lado, se pudo observar que las principales causas del ausentismo a los controles prenatales fueron la dificultad de las gestantes para transportarse hasta el

Centro de Salud I-3 San Juan, seguido de otras causas como no poder dejar solos a sus demás hijos en casa y el olvido de la fecha de la cita. El ausentismo se vio reflejado casi en la mayoría por diversos problemas que se les presentan y por la carga familiar que presentan las gestantes, descuidando así esta etapa. Esto también se evidencio en los resultados del estudios de **Barros L, Velasco E (2022)**, estas causas posiblemente se explican con características socioeconómicos y culturales como la zona de residencia rural y la multiparidad, pues es más complicado el transporte, para mujeres que viven solas o en pueblos o caseríos alejados.

El ausentismo a controles prenatales relacionado a las complicaciones maternas presentadas por gestantes que asistían al Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca durante los años 2021-2022. La prueba evidenció un coeficiente de correlación de 0,487, lo que significa que existe una relación moderada y significativa entre las variables de estudio ( $p < 0,05$ ) confirmando lo mencionado por autores internacionales como **Gómez A y Chavane LA et al. (2018)** y autores nacionales como **Méndez A et al. (2021)**. La relación encontrada fue directa, lo que significa que, mientras el ausentismo a los controles prenatales incrementa, las posibles complicaciones maternas serán más frecuentes.

Los resultados presentados en esta investigación demuestran la importancia de la inclusión de programas de educación para la salud en grupos de mujeres en edad fértil y la constante actualización de los profesionales sanitarios en la atención de emergencias obstétricas.

Durante el embarazo la mujer experimenta diversos cambios, por lo cual se generan diferentes necesidades que deben ser resueltas, orientadas y compensadas en la atención de la salud. **Madeleine Leininger en su teoría** nos dice que entre la enfermera y los sujetos de cuidado, es necesario coordinar acciones de preservación, mantenimiento o reestructuración. Conocer cómo las gestantes se cuidan y cómo lo hacen con sus hijos desde su lógica cultural, para comprender la forma de adopción del rol materno, al utilizar esta teoría, uno de los presupuestos a tener en cuenta, son las creencias y valores culturales imperantes en el sistema en el cual se encuentra madre-hijo, deben ser motivadas y educadas para realizar acciones de autocuidado con diferentes estrategias de apoyo social como la educación a la gestante, la familia y la comunidad encaminada a la comprensión de los factores de riesgo, las acciones de cuidado y autocuidado que promuevan la salud, así como la preparación para el parto, la crianza y la aceptación del nuevo rol de ser madres. El monitoreo y seguimiento a la gestante a través de los controles pre natales por parte del personal de salud involucrado en la atención madre- niño, permitirán educar a la madre sobre autocuidado durante su embarazo, el fortalecimiento del vínculo familiar en torno a las necesidades de afecto y apoyo material o económico, debe hacerse desde un conocimiento de los valores y creencias culturales; también debe tenerse en cuenta el significado cultural y étnico que tiene el proceso de gestación y parto que al tiene este proceso o evento vital. Respetar en todo momento su entorno familiar creencias y costumbres. El autocuidado permite a las personas mejorar la calidad vida, la salud y el bienestar.

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES

- Se determinó que existe relación entre las complicaciones maternas y el ausentismo al control prenatal ( $Rho = 0,487$ ;  $p < 0,02$ ) en gestantes del Centro de salud San Juan, con un coeficiente de correlación de 0,487, lo que significa que existe la probabilidad de una relación moderada y significativa entre las variables de estudio ( $p < 0,05$ )
- El número de controles prenatales programado para las gestantes fue de 13, solo 2 de 108 (1,85%) mujeres embarazadas asistieron completamente a todos, Además, se evidenció una relación inversa entre el número de gestantes que incumplieron con sus citas y el número de citas a las que se ausentaron.
- Entre las principales complicaciones maternas identificadas se incluyeron infecciones de tracto urinario 17,59%; anemia 13,89% y preeclampsia 8,33%.

## **RECOMENDACIONES**

- A los responsables de los programas de salud reproductiva y planificación familiar del Centro de Salud I-3 San Juan, hacer seguimiento y monitoreo del plan de seguimiento gestacional y de detección temprana de posibles riesgos y complicaciones maternas, el cual servirá para aumentar un adecuado control prenatal en gestantes de nuestra región.
- Al personal de salud del el Centro de Salud I-3 San Juan, fomentar una mejor educación a todas las mujeres en edad fértil y madres gestantes sobre, planificación familiar, importancia del control prenatal y conocer cuáles son las posibles complicaciones maternas e importancia de ser atendidas por personal de salud para prevenir posibles riesgos de la madre y el niño. Promover el autocuidado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud del Perú. Proyecto 2000. [Internet]. Lima: MINSA, 2000. [Citado el 11 de mayo 2023]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1315\\_P-2000251-2.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1315_P-2000251-2.pdf)
2. Fundación Ayuda en Acción. Mortalidad materna: causas y datos en el mundo. [Internet]. Madrid: Ayuda en Acción; 2015. [Citado el 11 de mayo 2023]. Disponible en: <https://ayudaenaccion.org/blog/mujer/mortalidad-materna/>
3. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Capítulo 8: Salud Materna. [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2017. [Citado el 11 de mayo 2023]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1525/pdf/cap008.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/pdf/cap008.pdf)
4. World Health Organization. Tendencias en la mortalidad materna de 2000 a 2017. [Internet]. Ginebra: Sexual and Reproductive Health and Research; 2019. [Citado el 27 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241516488>
5. World Health Organization. Maternal mortality. [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2019. [Citado el 27 de diciembre 2022]. Disponible en:

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/es/>

6. Méndez A, Morales E, Chanduví W, Arango-Ochante PM. Asociación entre el control prenatal y las complicaciones obstétricas maternas periparto y postparto. ENDES 2017 al 2019. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2021; 21(4): 758-769. [Citado el 27 de diciembre 2022]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312021000400758&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312021000400758&script=sci_arttext)
7. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N.º 827-2013-MINSA. Norma Técnica. [Internet]. Lima: Gobierno del Perú; 2013. [Citado el 27 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/198935-2013-minsa>
8. Guevara-Ríos E. La salud materna y neonatal es una tarea de todos. Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal. [Internet]. 2023; 11 (4): 7–8. [Citado el 11 de mayo 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.33421/inmp.2022323>
9. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Número de muertes maternas anual. [Internet]. Lima: Ministerio de Salud de la República del Perú; 2022. [Citado el 27 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2022/SE11/mmaterna.pdf>

10. Ministerio de Salud. Cajamarca redujo su índice de mortalidad materna en 51 por ciento. Nota de prensa. [Internet]. Lima: Gobierno del Perú; 2009. [Citado el 27 de diciembre 2022]. Disponible en: [https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/37780-cajamarca-redujo-su-  
indice-de-mortalidad-materna-en-51-por-ciento](https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/37780-cajamarca-redujo-su-indice-de-mortalidad-materna-en-51-por-ciento)
11. Molano MF. Aplicación de los modelos y teorías de enfermería en el cuidado durante la gestación y el parto. Antioquia. Colombia 2021. [Internet]. Antioquia: LinkedIn; 2021. [Citado el 27 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://co.linkedin.com/in/maria-fernanda-molano-lozada-334886143>
12. Barros L, Velasco E. Factores Asociados a la falta de control prenatal en América Latina y su relación con las complicaciones obstétricas. Enfermería Investiga. [Internet]. 2021; 7 (2). [Citado el]. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1480>
13. Abadi T, Mebratie AD. Cost of Treating Maternal Complications and Associated Factors in Mekelle General Hospital, Northern Ethiopia. Risk Manag Healthc Policy. [Internet]. 2021; 14 (1): 87-95. [Citado el 23 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7802893/>
14. Diana S, Wahyuni CU, Prasetyo B. Maternal complications and risk factors for mortality. J Public Health Res. [Internet]. 2020; 9 (2): 1842. [Citado el 23

de diciembre 2022]. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7376486/>

15. Gómez A. Control prenatal tardío y complicaciones en el embarazo, Hospital Comunitario Puente de Ixtla. [Tesis de Maestría]. Cuernavaca, Morelos: Universidad Autónoma del estado de Morelos; 2018. [Citado el]. Disponible en:

<http://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/1789/GOGALD07T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

16. Chavane LA, Bailey P, Loquiha O et al. Maternal death and delays in accessing emergency obstetric care in Mozambique. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2018; 18 (1): 71-79. [Citado el 23 de diciembre 2022]. Disponible en:

<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1699-z>

17. Méndez A, Morales E, Chanduví W, Arango-Ochante PM. Asociación entre el control prenatal y las complicaciones obstétricas maternas periparto y postparto. ENDES 2017 al 2019. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2021; 21 (4): 758-769. [Citado el 23 de diciembre 2022]. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2308-05312021000400758&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000400758&lng=es)

18. Gonzales L. Complicaciones Materno – Perinatales en Gestantes Adolescentes y el Control Prenatal Insuficiente en el Hospital Santa Rosa – Piura, Enero a Diciembre 2018. [Tesis de Titulación]. Piura: Universidad Privada Antenor Orrego; 2020. [Citado en]. Disponible en: [https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6090/1/REP\\_MEHULIZ.GONZALES\\_COMPLICACIONES.MATERNO-PERINATALES.GESTANTES.ADOLESCENTES.CONTROL.PRENATAL.INSUFICIENTE.HOSPITAL.SANTA.ROSA.PIURA.ENERO.DICIEMBRE.2018.pdf](https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6090/1/REP_MEHULIZ.GONZALES_COMPLICACIONES.MATERNO-PERINATALES.GESTANTES.ADOLESCENTES.CONTROL.PRENATAL.INSUFICIENTE.HOSPITAL.SANTA.ROSA.PIURA.ENERO.DICIEMBRE.2018.pdf)
19. Gutierrez RD y Rodríguez EO. Mortalidad materna un problema multifactorial de salud pública – Hospital Belén de Trujillo. Revista Investigación Estadística. [Internet]. 2020; 3(1): 1-16. [Citado el 23 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/REDIES/article/view/3568/4255>
20. Correa GP. Factores de riesgo asociados a mortalidad materna en los hospitales de la ciudad de Iquitos entre enero a diciembre 2017. [Tesis]. Loreto: Universidad Científica del Sur; 2019. [Citado el 23 de diciembre 2022]. Disponible en: [http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/777/PAOLA\\_OBS\\_TESIS\\_TITULO\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/777/PAOLA_OBS_TESIS_TITULO_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
21. Urquiaga-Melquiades T, Pinillos-Vilca L, Tacilla Castrejón J, Albán Olaya M, Bueno Ordoñez S y Medina-Rodríguez. Mortalidad Materna en el

Hospital Regional Docente de Cajamarca, años 2012 a 2018. Rev méd Trujillo. [Internet]. 2021; 16 (3): 166-77. [Citado el 23 de diciembre 2022].

Disponible en:

[https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/download/3947/4489/1](https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/download/3947/4489/14792)

[4792](https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/download/3947/4489/14792) empieza bases conceptuales

22. Gravida, Primigesta, Multigesta, Gestante añosa, Nulipara, Primipara, Multipara. Medicina. [Internet]. 2016; [Citado el 23 de diciembre 2022].

Disponible en: [https://midoctorenlinea.blogspot.com/2016/04/gravida-](https://midoctorenlinea.blogspot.com/2016/04/gravida-primigesta-multigesta-gestante.html?m=1)

[primigesta-multigesta-gestante.html?m=1](https://midoctorenlinea.blogspot.com/2016/04/gravida-primigesta-multigesta-gestante.html?m=1)

23. Real Academia Española. Asociación de Academias de la Lengua Española. [Internet]. 2022; [Citado el 23 de diciembre 2022]. Disponible en:

<https://dle.rae.es/ces%C3%A1reo>

24. Gonzales M, Gonzales M, Pisano C, Cásele R. El Período Intergenésico Breve ¿Es un Factor de Riesgo? Un Estudio Transversal Analítico. FASGO. [Internet]. 2019; 1. [Citado el 23 de diciembre 2022]. Disponible en:

[http://www.fasgo.org.ar/index.php/escuela-fasgo/consensos/101-revista-](http://www.fasgo.org.ar/index.php/escuela-fasgo/consensos/101-revista-fasgo/n-1-2019/1717-el-periodo-intergenesico-breve-es-un-factor-de-riesgo-un-estudio-transversal-analitico#:~:text=Cuando%20la%20duraci%C3%B3n%20entre%20un,o%20desfavorables%20para%20la%20reproducci%C3%B3n)

[fasgo/n-1-2019/1717-el-periodo-intergenesico-breve-es-un-factor-de-riesgo-un-estudio-transversal-](http://www.fasgo.org.ar/index.php/escuela-fasgo/consensos/101-revista-fasgo/n-1-2019/1717-el-periodo-intergenesico-breve-es-un-factor-de-riesgo-un-estudio-transversal-analitico#:~:text=Cuando%20la%20duraci%C3%B3n%20entre%20un,o%20desfavorables%20para%20la%20reproducci%C3%B3n)

[analitico#:~:text=Cuando%20la%20duraci%C3%B3n%20entre%20un,o%20desfavorables%20para%20la%20reproducci%C3%B3n](http://www.fasgo.org.ar/index.php/escuela-fasgo/consensos/101-revista-fasgo/n-1-2019/1717-el-periodo-intergenesico-breve-es-un-factor-de-riesgo-un-estudio-transversal-analitico#:~:text=Cuando%20la%20duraci%C3%B3n%20entre%20un,o%20desfavorables%20para%20la%20reproducci%C3%B3n)

[0desfavorables%20para%20la%20reproducci%C3%B3n](http://www.fasgo.org.ar/index.php/escuela-fasgo/consensos/101-revista-fasgo/n-1-2019/1717-el-periodo-intergenesico-breve-es-un-factor-de-riesgo-un-estudio-transversal-analitico#:~:text=Cuando%20la%20duraci%C3%B3n%20entre%20un,o%20desfavorables%20para%20la%20reproducci%C3%B3n)

25. Martínez J, Pereira M. Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), 2015. Salud Uninorte. Barranquilla. [Internet]. 2016; 32 (3): 452-460. [Citado el 23 de diciembre 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v32n3/v32n3a09.pdf>
26. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento del Aborto Espontáneo, Manejo Inicial de Aborto Recurrente. [Internet]. México. [Citado el 23 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/088GER.pdf>
27. Herráiz M, Hernández A, Asenjo E, Herráiz I. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. ELSEVIER. [Internet]. 2005; 23 (4): 40-46. [Citado el 23 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosasmicrobiologia-clinica-28-articulo-infeccion-del-tracto-urinarioembarazada-13091447>
28. Vaginitis. Mayo Clinic. [Internet]. 2022. [Citado el 23 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/vaginitis/symptoms-causes/syc-20354707>
29. Desnutrición. Instituto Nacional de Cáncer. [Internet]. 2019. [Citado el 27 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/desnutricion>

30. Gil P. Candidiasis. Clínica Universidad de Navarra. Madrid. [Internet]. 2022. [Citado el 27 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/candidiasis>
31. Ruptura prematura de membranas pretérmino. Stanford Medicine. [Internet]. 2021. [Citado el 27 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=preterm-premature-rupture-of-membranes-pprom-90-P05606#:~:text=La%20ruptura%20prematura%20de%20membranas%20pre,t%C3%A9rmino%20>
32. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. [Internet]. Andalucía: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. [Citado el 27 de diciembre 2022]. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_533\\_Embarazo\\_AETSA\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf)
33. Gil A. Embarazo: diagnóstico, edad gestacional y fecha del parto. MEDISAN. [Internet]. 2008; 12 (4): 1-11. [Citado el 27 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368445249017.pdf>
34. KidsHealth. Desarrollo del bebé, semana a semana. [Internet]. Chicago: The Nemours Foundation; 2022. [Citado el 27 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/week1.html>

35. Carvajal JA y Ralph CA. Manual de Obstetricia y Ginecología. Novena edición. [Internet]. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. [Citado el 27 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
36. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía sistemática de la exploración ecográfica del segundo trimestre. Prog Obstet Ginecol. [Internet]. 2020; 63 (2): 99-122. [Citado el 27 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n2/GAP-exploracon%20eco%20%20trimestre%20act%202019.pdf>
37. Alcolea S y Mohamed D. Guía de cuidados en el embarazo Consejos de su matrona. [Internet]. Ceuta: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2011. [Citado el 27 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Guiacuidadosembarazo.pdf>
38. Saccone G, Berghella V, Sarno L, Maruotti GM, Cetin I, Greco L et al. Celiac disease and obstetric complications: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. [Internet]. 2016; 214 (2): 225-234. [Citado el 27 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26432464/>

39. Organización Panamericana de la Salud. Salud Perinatal: Boletín del Centro Latino Americano de Perinatología y Desarrollo Humano. [Internet]. 1990; 3 (10): 121 – 136. [Citado el 27 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49384/BOLETIN%2010.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
40. Aguilera PS y Soothill P. Control prenatal. Revista Médica Clínica Las Condes. [Internet]. 2014; 25 (6): 880-886. [Citado el 27 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-control-prenatal-S0716864014706340>
41. Cortes F, Hertrampf E, Pardo E, Mellado C, Villaroel L. Impact of folic acid fortification in Chile. Am J Med Genet. [Internet]. 2012; 158 (2012): 1885-1890. [Citado el 27 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22711368/>
42. Care A. Control prenatal. Revista Médica Clínica Las Condes. [Internet]. 2014; 25 (6): 880-886. [Citado el 27 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-control-prenatal-S0716864014706340>
43. Organización Panamericana de Salud. Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo. [Internet]. Panamá: Ministerio de Salud de la República de Panamá; 2009. [Citado el 27 de diciembre 2022]. Disponible en:

<https://www.clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/779/guiadecomplificacionesdelembarazo.%20Panama.%20pdf.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

44. Oficina Para la Salud de la Mujer. Estás embarazada, ¿qué hacer ahora? Nota informativa. [Internet]. Rockville: Oficina del Subsecretario de Salud y el Depto. de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.; 2014. [Citado el 27 de diciembre 2022]. Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/pregnancy/youre-pregnant-now-what>

## ANEXOS

### Anexo N° 01

#### Galería Fotográfica



**Fotografías 1 - 4. Proceso de recolección de datos en el archivo del Centro de Salud I-3 San Juan, Cajamarca.**

Anexo N° 02

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE COMPLICACIONES  
MATERNAS RELACIONADAS CON EL AUSENTISMO DEL CONTROL  
PRENATAL EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD I-3 SAN JUAN,  
CAJAMARCA**

Ficha N°: \_\_\_\_\_ (Asignado por el encuestador)

**I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

1.1. EDAD: \_\_\_\_\_ años

1.2. ZONA DE RESIDENCIA:                                       Urbano Rural

1.3. GRADO DE INSTRUCCIÓN

Primaria                                           
Secundaria   Superior           Ninguno

1.4. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

---

---

---

---

---

**II. CONTROL PRENATAL**

2.1. Número de controles programados: \_\_\_\_\_

2.2. Número de controles que asistió: \_\_\_\_\_

2.3. Número de controles perdidos: \_\_\_\_\_

2.4. Detalle de controles perdidos:

<b>Fecha de control perdido</b>	<b>Actividades no realizadas</b>	<b>Importancia de las actividades perdidas</b>	<b>Causa del ausentismo</b>

### III. COMPLICACIONES MATERNAS

<b>Complicación</b>	<b>Severidad</b>	<b>Cuadro clínico</b>	<b>Aparición</b>	<b>Duración</b>	<b>Desenlace</b>