

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MÉDICO CIRUJANO

**“GRADO DE INSTRUCCIÓN PRIMARIA Y MULTIPARIDAD
ASOCIADOS A INCUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL.
HOSPITAL DISTRITAL SANTA ISABEL. EL PORVENIR 2016.”**

AUTORA: KATHERINE GRECIA ALEGRIA LLANOS.

ASESOR: Dr. MIGUEL SÁNCHEZ ESTRADA.

TRUJILLO-PERU

2017

MIEMBROS DEL JURADO:

Dr. PEDRO DEZA HUANES

PRESIDENTE

Dr. RAVELO PELAEZ RODRIGUEZ

VOCAL

Dra. ADELA ESCOBEDO MEDINA

SECRETARIO

ASESOR: Dr. MIGUEL SÁNCHEZ ESTRADA

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a mi madre, la mujer que me dio el amor más puro y sincero del mundo, gracias por ser mi inspiración; a Manuel a quien quiero como a un padre gracias por acompañarme en este largo camino y brindarme tus sabios consejos.

A mis abuelos, por todo lo que me han dado en esta vida, especialmente su amor, comprensión y apoyo.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, porque gracias a Él todo fue posible.

A mis padres, por su apoyo constante, por creer siempre en mí y ayudarme a cumplir mis metas. Gracias a mi padre por su amor y apoyo para poder cumplir mis metas.

A Mario, por su amor y compañía.

A Ximena y Alvaro por su amor incondicional.

Al Dr. Miguel Sánchez Estrada, por su tiempo para hacer posible este trabajo.

INDICE

	Página
PÁGINAS PRELIMINARES.....	1
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
MATERIAL Y MÉTODOS.....	17
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN.....	27
CONCLUSIONES.....	30
RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
ANEXOS.....	36

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar la asociación que existe entre el grado de instrucción primaria y la multiparidad con el incumplimiento del control en la atención prenatal. Hospital Distrital Santa Isabel 2016.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio observacional, analítico, de casos y controles, con 106 casos y 106 controles

RESULTADOS. La frecuencia de instrucción primaria en las féminas que incumplieron el control prenatal fue de 17.9%, y en las que cumplieron el control prenatal 15.1%, sin diferencias estadísticas ($p=0.356$), encontrándose un $OR=1.29$ IC 95% de 0.59 a 2.54. La frecuencia de multiparidad en mujeres que incumplieron el control prenatal fue de 65.1%, mientras las que cumplieron el control prenatal fue de 50.9%, con diferencias estadísticas ($p=0.026$), estimándose un $OR=1.79$ con un IC95% de 1.03 a 3.12.

CONCLUSIONES: La frecuencia de grado de instrucción primaria y la multiparidad en las gestantes que incumplieron fue mayor que las que cumplieron el control prenatal. El grado de instrucción primaria no se asocia con el incumplimiento del control prenatal. Mientras que la multiparidad si se asocia como factor de riesgo.

PALABRAS CLAVES: instrucción primaria, la multiparidad e incumplimiento del control prenatal.

ABSTRACT

The Aim: evaluate the Association that exists between the degree of instruction primary and the multiparity with the breach of the control in the attention prenatal. Santa Isabel District Hospital 2016.

MATERIAL AND METHOD: it conducted a study observational, analytical, of cases and controls, with 106 cases and 106 controls

RESULTS. The frequency of primary instruction in females that breached the antenatal care was 17.9%, and which met the prenatal control 15.1%, no statistical differences ($p = 0.356$), finding an OR = 1.29 IC 95% from 0.59 to 2.54. The frequency of multiparity in women who breached the antenatal care was of 65.1%, which met while the control prenatal was 50.9%, with no statistical difference ($p = 0.026$), estimating an OR = 1.79 with a 95% of 1.03-3.12

CONCLUSIONS: The frequency of grade of primary education and multiparity in pregnant that breached was greater than which met the antenatal care. The degree of instruction primary not are associated with the breach of the control prenatal. While the multiparity if he is associated as a risk factor.

KEY words: primary education, the multiparity and lack of antenatal care

I.- INTRODUCCIÓN

1.1 MARCO TEÓRICO:

La atención prenatal es un conjunto de acciones asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud y la embarazada a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, preparándola para disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.(1), (2)

El modelo de atención prenatal de la Organización Mundial de la Salud clasifica a las mujeres embarazadas en dos grupos: Aquellas elegibles para recibir la Atención Prenatal (APN) de rutina, llamado también componente básico y el segundo grupo aquellas que necesitan cuidados especiales determinadas por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo. La inserción de las mujeres en el Componente Básico se determina a través de criterios preestablecidos; son mujeres que no requieren ninguna otra evaluación ni cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la edad gestacional. Las no elegibles para el Componente Básico son remitidas para la atención médica especializada. Éstas representarán aproximadamente el 25% de todas las mujeres que inician la atención prenatal y esto debido a que presentan un alto riesgo obstétrico como antecedentes de aborto, pre eclampsia, malnutrición, hemorragia, diabetes, anemia, retardo en el crecimiento intrauterino, antecedente de parto pretermino, entre otros.(3)

Un estudio multicéntrico reportó que asistieron al menos a una consulta de control prenatal, el 63% de las embarazadas en África, el 65% de gestantes en Asia y el 73% de embarazadas en Latinoamérica. Entre los factores más frecuentes, asociados a la baja asistencia a la atención al control prenatal. Se encuentra: la edad adolescente, los bajos ingresos, la multiparidad, la falta de pareja, las barreras financieras y nivel educativo, entre otros. (4)

En un estudio realizado en Tailandia se halló que el 87% de las mujeres embarazadas tuvo por lo menos una visita de atención prenatal, mientras que el 13% no asistieron a la atención prenatal en absoluto. La tasa de visitas de atención prenatal fue menor (77%) entre las mujeres con embarazo no planificado. (5)

En América latina, según el reporte de las Naciones Unidas, se informó que la cobertura de al menos 4 controles prenatales fue cumplida de la siguiente manera: Argentina 89%, Brasil 88%, Perú 87%, Paraguay 77%, Bolivia 58% y Ecuador 57%.(6)

En una encuesta nacional en Bolivia publicado en el 2009 se reportó que las mujeres que asistieron a sus controles en la atención prenatal tuvieron las siguientes características: el 38.4% de las mujeres fueron multíparas, siendo mayor el porcentaje en el intervalo entre los 45 a 49 años con 78.5%.(7)

En el año 2015 se reportó que en el Perú el 88.4% de las mujeres tuvieron 6 o más controles, lo que constituyó un aumento sobre el 87,3% con respecto al 2013. En la Región de La Libertad se reporta que el 89.2% de gestantes tuvieron más de 6 controles en el año 2015, indicando un aumento sobre el 87.4 % con respecto al año 2013. La atención prenatal por médico aumentó de 28,9 % en el 2009, a 31,4 % en el 2012. Sin embargo disminuyó en Arequipa al descender de 29,7 a 21,9 %; también en San Martín disminuyó de 26,0 a 19,5 %; en Piura se redujo de 24,7 a 20,9 %; y en Pasco se disminuyó de 20,5 a 18,7 %. El mayor descenso se reportó en la Región La Libertad que disminuyó de 39,0 a 26,2 %. (8)

El control en la atención prenatal (APN) es una oportunidad de comunicación directa con la gestante y su pareja o acompañante, para ofrecerle la información y orientación que promueva la construcción conjunta de conocimientos, la aceptación y práctica de conductas saludables, así como la toma de decisiones responsables y oportunas en el proceso del embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido. En la APN es importante brindar información sobre los beneficios del parto institucional y dar orientaciones que permitan la identificación oportuna de complicaciones obstétricas, para así disminuir el riesgo para la

salud y vida de la gestante, puérpera y recién nacido. Por ello, es recomendable contar en la APN con la presencia de la pareja o acompañante de la gestante. (9), (10), (11)

La información y orientación en la APN es una actividad de carácter preventivo promocional que se brinda mediante la comunicación interpersonal. Está destinada a brindar 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 a la APN y la atención de su parto en el establecimiento de salud. La labor informativa es más efectiva cuando se acompaña y refuerza con material gráfico de apoyo educativo.(12)

En el Perú la APN es el conjunto de actividades que realiza el profesional de la salud con competencias en la atención de la gestante para su atención prenatal en establecimientos de salud. Hay dos definiciones importantes, la gestante atendida que hace referencia a la primera atención prenatal que recibe la gestante durante el embarazo. Y la gestante controlada, que es aquella que ha cumplido con su sexta atención prenatal y ha recibido el paquete básico de atención de la gestante. (13)

Entre los aspectos específicos para la primera consulta en la APN, está el brindar información veraz, clara y oportuna sobre la importancia de la atención prenatal y recibir información sobre las posibilidades de tener un producto con malformaciones congénitas, especialmente cuando existen antecedentes familiares o factores de riesgo; siendo recomendable el examen vaginal que incluye especuloscopia para detección de vaginosis bacteriana, toma de Papanicolaou y valoración de la pelvis, las mismas que pueden posponerse hasta la siguiente consulta si es que la gestante no se encuentra preparada.(14).

Se debe realizar los análisis de laboratorio (hemoglobina, sífilis, VIH, glicemia basal y urocultivo o examen de orina completo) las cuales deben actualizar a partir de las 33 semanas y con un intervalo mínimo de 3 meses en relación a la primera muestra. Durante la atención se brindará información a la pareja o familiar que acompaña, sobre los cuidados

necesarios que debe tener una mujer durante su embarazo parto y puerperio. En toda consulta se realizará la detección de síntomas y signos de alarma. En las siguientes consultas se debe interrogar por signos y síntomas de alarma asociados a la gestación, indagar sobre el cumplimiento de las indicaciones, exámenes auxiliares y de laboratorio, control del peso materno, funciones vitales, reflejos y presencia de edemas. Así como controlar el crecimiento fetal, realizar la prueba de proteinuria con ácido sulfosalicílico, evaluar la edad gestacional, auscultación de latidos fetales y movimientos fetales. Iniciar suplemento de hierro con ácido fólico a partir de las 14 semanas. (15).

Existe evidencia científica de que la primera visita realizada antes de las 12 semanas de gestación, se acompaña de mejores resultados perinatales. Posteriormente, se debe realizar dos visitas en el segundo trimestre y tres en el tercero. Si la gestante no concretó el parto a las 41 semanas, será derivada al hospital-maternidad. La duración aproximada de las visitas será entre 30 a 40 minutos para la primera y 20 minutos para las siguientes. Se debe garantizar que éstas sean realizadas considerando todas las actividades propuestas y se complementen, teniendo que estar debidamente registradas en la Historia Clínica Perinatal y el Carnet Perinatal. Los controles se realizarán de la siguiente manera: el primero antes de las 14 semanas, el segundo control entre la 14 a 21 semana, el tercer control entre las 22 a 24 semanas, el cuarto control entre la 25 a 32 semanas, el quinto control entre las 33 a 36 semanas y el sexto y último control entre las 37 a 40 semanas de gestación. (16)

Entre los factores involucrados en el incumplimiento al control prenatal están: los factores personales que incluyen que la gestante no tenga primaria completa, ser soltera sin pareja estable, dificultad para obtener permiso en el trabajo, dificultad para el cuidado de los hijos, multiparidad, domicilio lejano, desempleo, dificultades por los quehaceres domésticos, poco apoyo de la familia, olvido de sus citas de atención prenatal, así como actitudes de desánimo frente a las atenciones, el embarazo no planificado y el desconocimiento sobre la importancia del control prenatal.(17)

Entre los factores de riesgo institucionales se describen: el ambiente de atención es inapropiado, el trato inadecuado que reciben del personal que atiende, la relación médico-paciente no satisfactoria e impersonal, los largos tiempos de espera, no prioridad para su atención, inadecuada coordinación entre los diferentes servicios, y gastos para exámenes que no están al alcance económico (laboratorio y ultrasonido).(18)

Múltipara es una mujer que ha llevado dos o más embarazos más allá de las 20 semanas de amenorrea. Cabe recalcar que la paridad está dada por el número de embarazos que alcanzan la viabilidad y no el número de fetos paridos en cada gestación. (19)

Por otro lado la multiparidad constituye un factor de riesgo muy importante en el embarazo parto o puerperio, relacionándose estrechamente con la morbilidad y mortalidad materna, debido a que el útero sufre la disminución de la elasticidad y contractibilidad, incrementando las complicaciones de resistencia a nivel del cuello uterino, lo cual puede ser causa de partos prolongados, uso de oxitócicos, retención de placenta, sangrado post parto por atonía uterina y desgarros de partes blandas. La mayoría de las múltiparas al tener varios hijos a su cuidado, disponen de menor tiempo para cumplir con sus visitas obstétricas, agravándose dicha situación al no contar con alguna persona que se encargue del cuidado de sus hijos. (20), (21), (22)

El grado de instrucción primario o nivel primario, según la UNESCO, es un programa curricular caracterizado por proporcionar a los educandos, una sólida instrucción básica en lectura, escritura y ciencias matemáticas, así como conocimientos básicos acerca de temas como historia, geografía, ciencias naturales, sociales, música y artes plásticas.(23)

Las gestantes que tienen como mínimo un grado de instrucción primaria, tienen mayor tendencia de no cumplir con el control prenatal (70%). A mayor grado de instrucción aumenta la proporción del cumplimiento al control prenatal ($p=0.0003$). El nivel de instrucción de la madre es considerado como el indicador del nivel de vida, en la medida que obtiene información cambiará su comportamiento, reforzando conductas positivas y

desarrollando habilidades para satisfacer las necesidades de su hijo, proporcionándole un cuidado óptimo y de calidad. Las gestantes de 15 a 19 años y las de 20 a 34 años, tienen mayor tendencia de no cumplir con el control prenatal. A mayor edad existe una tendencia a cumplir con el control prenatal ($p=0.0001$). Las mujeres gestantes menores de 20 años, constituyen en un riesgo significativo para no cumplir con el control prenatal (cuatro veces más riesgo). La gestante de este grupo etáreo, se ven presionadas emocional y socialmente a cumplir su rol dentro del hogar, más por tener que hacerlo que por querer hacerlo. Las madres adolescentes no tienen la madurez emocional ni la experiencia necesaria que favorezcan el crecimiento y desarrollo adecuado en sus hijos.(24).

1.2. ANTECEDENTES EMPÍRICOS:

Melo C, et al (Brasil, 2015), evaluaron la calidad del cuidado prenatal e identificaron factores maternos de la gestación asociados con el prenatal no controlado. Fue un estudio transversal en 576 mujeres en el puerperio y sus neonatos. Entre los factores maternas que se asociaron estuvieron la multiparidad con un $OR=2.18$ IC1, 17 hasta 4,03).(25)

Kaur J. et al (India, 2012) compararon las complicaciones obstétricas en dos grupos, primíparas y múltiparas. Realizaron un estudio retrospectivo en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Instituto de Ciencias Médicas de Punjab. La mayoría de las madres primíparas tuvieron 21-25 años de edad (51.92%), mientras que 35.41% de múltiparas tuvieron entre 26-30 años y 31.25% en 21-25 años. Hubo diferencia estadística significativa entre las primíparas y múltiparas con referencia a su edad ($p < 0.001$). La mayoría de las madres primíparas (67.3%) no asistieron a su control prenatal, así como el 47.1% de las mujeres múltiparas tampoco asistieron a su control prenatal, con diferencias estadísticas significativas entre ambas ($p < 0.05$). (26)

Gómez S. et al (India, 2012) realizaron un estudio sobre la salud prenatal en la India, el estudio fue una cohorte retrospectiva, aplicado a un grupo integrado por 69 mujeres que asistieron a más de 4 controles prenatales, y un grupo de 39 mujeres las que nunca asistieron

a controles prenatales. Hallaron que el 25.6% de las primíparas tuvieron más de 4 visitas prenatales, de la misma manera que el 20.3% de las multíparas, obteniéndose un RR=1.35 IC95% 0.61 – 3.05 (p=0.61) (27)

Escobar L, et al (Colombia, 2011), analizaron factores asociados al incumplimiento del control prenatal, en zonas rurales fue un estudio de casos y controles, en 139 casos de gestantes y 149 controles. La edad promedio fue 24 años. El nivel educativo de las gestantes que incumplieron el CPN fue 40% y las que cumplieron alcanzó el 26%. Se encontró que tener estudios Superiores a primaria actúa como un factor protector, estadísticamente significativo para las que no lograron terminar la secundaria y solo culminaron la primaria con un OR=1,85, I.C 95%= 1,05-3,14 p=0,015). Se observó que las mujeres con 4 a 6 gestaciones previas tuvieron 2.5 veces mayor riesgo de asistir tardíamente a los controles prenatales frente a las que tuvieron menos gestaciones previas con I.C 95%: 1,15- 5,52; p-valor: 0,011).(28)

Yasir R. et al (Pakistán, 2010) examinaron los resultados obstétricos en multíparas y el efecto de la alta paridad entre las mujeres jóvenes, de 18 a 34 años comparado con las mujeres mayores de 35 años de edad. Este es un estudio retrospectivo de cohorte, la muestra fue 98 pacientes. Hallaron que la multiparidad se asoció significativamente con ausencia a la atención prenatal [RR= 1.54, con un IC 95% (1.01-1.95)] así como, a la baja escolaridad y [RR=3.31, 95%CI (2.04-5,4)] respectivamente. (29)

Friedman S. et al (U.S.A., 2009) describieron las características de las mujeres sin control prenatal y sus razones para no buscar la atención prenatal. Este estudio fue una revisión retrospectiva de historias clínicas en 211 mujeres sin control prenatal cuyos embarazos alcanzaron el tercer trimestre. Hallaron entre las razones del incumplimiento al control prenatal que el 29% manifestaron embarazo no planificado; el 18% tenían razones financieras; 9% ocultó embarazo; y 6% creyó que no necesitaban atención prenatal debido a la multiparidad. (30)

Zafar A. et al (Camboya, 2009) evaluaron los factores que influyeron en la utilización de los servicios de atención prenatal. Los métodos utilizados fueron cuestionario estructurado y entrevistas aplicando análisis bivariado. La muestra fue de 260 puérperas. Los resultados mostraron que las madres primerizas (primigrávidas) eran más propensas a asistir a control prenatales que madres multíparas (OR = 1,87; p = 0,001). Las madres con educación escolar asistieron a la atención prenatal más que aquellas sin educación escolar (OR = 2.0; p = 0,01). (31)

Herrera M. et al (España, 2009) estimaron la proporción de gestantes que recibieron control prenatal inadecuado en el área sanitaria y las características socioeconómicas y personales asociadas. Estudiaron a 75 mujeres con controles inadecuados y 76 con controles adecuados. Hallaron que el ser multíparas era un factor de riesgo para no cumplir con la atención del control prenatal con un OR= 2,7 (con IC95% de 1.0 - 6,9) de los cuales el 42,2% de las que no cumplieron con la atención del control prenatal fueron multíparas (casos) y el 21,4% de las que cumplieron con los controles prenatales fueron multíparas (Controles). (32)

Munares F. (Lima, 2014), analizó los factores asociados al abandono del control prenatal en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Fue una investigación de casos y controles aplicado a 662 embarazadas. Se halló que al número promedio de controles prenatales para los casos fue 3,9 y en los controles fue 8,4. Entre los factores sociales asociados fueron dificultad de permisos en el trabajo (OR: 2,7) y multiparidad (OR: 2,6). (33)

Munares O, (Perú, 2013) analizó los factores asociados al incumplimiento del control en la atención prenatal. Desarrolló un estudio de casos y controles en 328 gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, divididas en 164 con incumplimiento al control prenatal (casos) y 164 con cumplimiento (controles), pareadas según fecha de parto y sexo del recién nacido. Hallaron como factores de riesgo de abandono del control prenatal la multiparidad que estuvo presente en el 7,3% de los casos y el 1,8% de los controles

($p=0,031$), obteniéndose un $OR= 4,2$ con un IC 95% de 1,2 - 15,3; así mismo el no tener dificultades por quehaceres domésticos ($OR: 0,4$ IC95% 0,2-0,9) reducen la probabilidad de abandono, sin embargo no se halló asociación con el nivel educativo primario, donde dicho nivel estuvo presente en el 22% de mujeres con incumplimiento al CPN y 17,1% con control prenatal.(34)

1.3.- JUSTIFICACIÓN

La justificación del presente estudio se basa en la necesidad de estimar si la baja cobertura de control prenatal se debe al bajo nivel de instrucción como es la educación primaria y la multiparidad. Los escasos estudios previos acerca de la asociación de las variables investigadas motivaron su realización. Teniendo en cuenta que el Hospital Distrital Santa Isabel, es el centro de referencia de Microrred del Porvenir, donde en el 2015 se programaron una población cercana a 4000 gestantes, de las cuales cerca del 35% son controladas en dicho hospital y 30% atendidas sus partos. Datos regionales señalan que dicha atención prenatal en el 2012 descendió al 26,2%, indicando que dentro de la multifactorialidad se hallaba el ser adolescentes menores de 20 años de edad, mujeres sin educación, tener seis o más hijos que indica la multiparidad y las gestantes pertenecientes al quintil inferior de riqueza (3).

Los resultados obtenidos en el presente estudio brindarán información que permitirá a los trabajadores de salud contar con evidencia científica que evalúe el impacto de la multiparidad, así como el grado de instrucción primario, de manera que permita fortalecer las actividades de información, comunicación y educación acerca de los beneficios de consejería prenatal en este tipo de pacientes. De esta manera se beneficiará a la madre gestante, considerando el abordaje de estas variables, una de tipo obstétrico y otra de tipo sociocultural, buscando un mayor acercamiento con los servicios de salud.

1.4.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA CIENTÍFICO:

¿Existe asociación entre el grado de instrucción primaria, la multiparidad y el incumplimiento del control en la atención prenatal. Hospital Distrital Santa Isabel 2016?

1.5 OBJETIVOS:

GENERAL:

- Evaluar la asociación que existe entre el grado de instrucción primaria y la multiparidad con el incumplimiento del control en la atención prenatal. Hospital Distrital Santa Isabel 2016.

ESPECÍFICOS:

- Comparar la frecuencia de grado de instrucción primaria en las gestantes que incumplieron y cumplieron el control prenatal.
- Establecer la asociación entre el grado de instrucción primaria y el incumplimiento del control prenatal.
- Comparar la frecuencia de multiparidad en las gestantes que incumplieron y cumplieron el control prenatal.
- Establecer la asociación entre la multiparidad e incumplimiento del control prenatal.

1.6 HIPÓTESIS:

H0: El grado de instrucción primaria y la multiparidad no se asocia con el incumplimiento del control en la atención prenatal. Hospital Distrital Santa Isabel 2016.

H1: El grado de instrucción primaria y la multiparidad se asocia con el incumplimiento del control en la atención prenatal. Hospital Distrital Santa Isabel 2016.

II.- MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Población diana o universo

Estuvo integrada por mujeres cuyo periodo gestacional recibió atención en el consultorio de ginecología obstetricia del Hospital Distrital santa Isabel.

2.2 Población de estudio

Lo conformaron 859 mujeres cuyo embarazo fue atendido en el consultorio externo de ginecología obstetricia del Hospital Distrital santa Isabel, entre enero y octubre del año 2016.

2.3 Criterios de selección

Criterios de inclusión en los casos

- Mujer que durante la gestación incumplió con el control en la atención prenatal y cuyos datos registrados en sus historias clínicas perinatal base son legibles.

Criterios de inclusión en los controles

- Mujer que durante la gestación incumplió con el control en la atención prenatal, con historias clínicas perinatal base, contienen datos legibles.

Criterios de exclusión

- Mujer cuyo embarazo no fue controlado en el Hospital Santa Isabel

2.4 Muestra

Tipo de muestreo

Será del tipo aleatorio simple utilizando tablas de números aleatorios, tanto para los casos como para los controles.

Unidad de análisis- Paciente mujer que cumple con los criterios de selección

Unidad de muestreo. Historia clínica perinatal base.

Tamaño muestral

Para el tamaño de la muestra se usó la fórmula para estudio de casos y controles.(35)

$$n = \frac{(Z\alpha^* \sqrt{(c+1)p(1-p)} + Z\beta^* \sqrt{c p^1 (1-p^1) + p^2 (1-p^2)})^2}{c (p^1 - p^2)^2}$$

Donde:

$$Z\alpha = 1.96$$

$$Z\beta = 0.84$$

$$p1 = 0.073 \text{ (según Munares O.}^{32}\text{)}$$

$$p2 = 0.018 \text{ (según Munares O.}^{33}\text{)}$$

c = 2 controles por cada caso

$$P = \frac{p1+p2}{2} = 0.112$$

$$n = 108 \text{ mujeres}$$

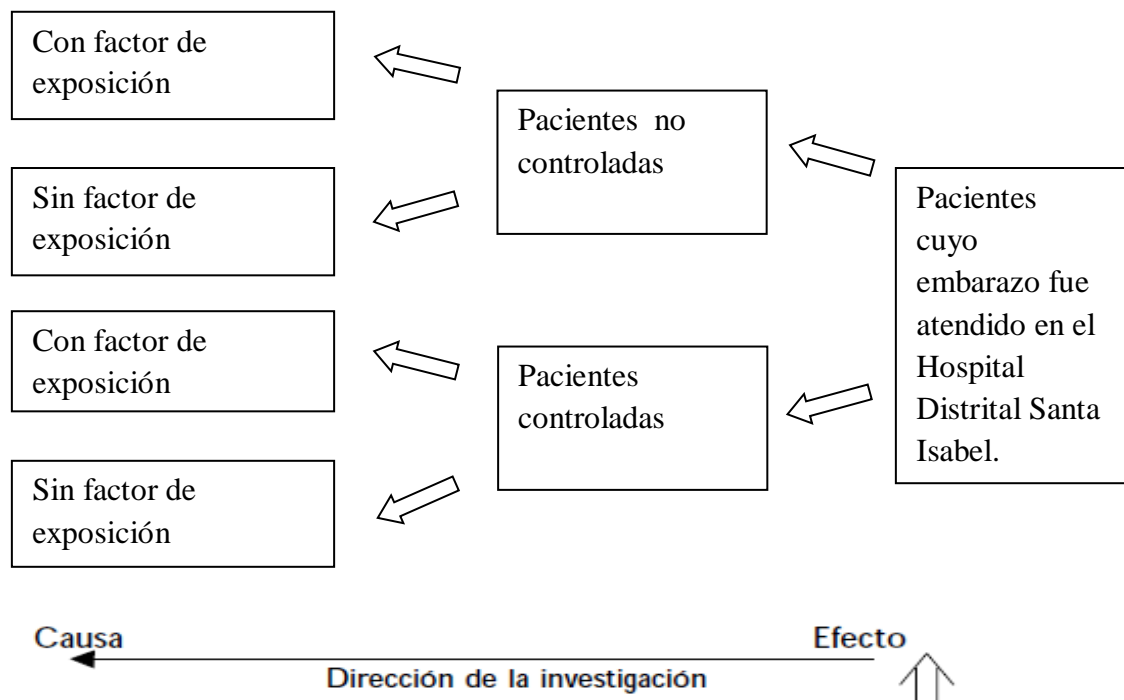
El tamaño de muestra fue de 108 mujeres con incumplimiento del control en la atención prenatal (casos) y 108 mujeres con cumplimiento del control en la atención prenatal (Controles).

2.5 Diseño de estudio.

Tipo de estudio. Es un estudio observacional, retrospectivo, analítico.

Diseño específico:

El presente diseño de casos y controles fue elaborado por Lazcano E, et al (35)



2.6 VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

- Variables:

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICE
DEPENDIENTE				
INCUMPLIMIENTO CONTROL PRENATAL	Cualitativa	Nominal	Número de controles prenatal según edad gestacional	SI NO
INDEPENDIENTE				
GRADO DE INSTRUCCIÓN PRIMARIA	Cualitativa	Nominal	Instrucción Primaria	SI NO
MULTIPARIDAD	Cualitativa	Nominal	Número mayor a dos hijos nacidos vivos	SI NO

- DEFINICIONES OPERACIONALES

INCUMPLIMIENTO CONTROL PRENATAL.-Conjunto de acciones asistenciales que no se lograron concretar en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud y la embarazada a fin de controlar la evolución del embarazo. Según consta en la Historia Clínica Perinatal base considerando la NT N°105 MINSA/DGSP. Cumplimiento será cuando complete como mínimo 6 controles prenatales en el embarazo a término.

MULTIPARIDAD.-Mujer que tuvo dos o más partos con productos de más de 22 semanas de gestación. Según consta en la Historia clínica Perinatal Base, considerándose múltipara el tener 2 o más partos de 22 a más semanas de gestación

GRADO DE INSTRUCCIÓN PRIMARIO, es un programa curricular elaborado con el fin de proporcionar a los educandos una sólida instrucción básica en lectura, escritura y ciencias matemáticas, así como conocimientos básicos acerca de temas como historia, geografía, ciencias naturales, sociales, música y artes plásticas y que en el Perú transcurre en seis años.(23)

2.7 PROCEDIMIENTOS

En primer lugar se solicitó el permiso correspondiente al director del Centro Hospitalario para la recolección de la información. Posteriormente se accedió a la base de datos del sistema informático SIP 2000, de donde se obtuvo el reporte de mujeres que cumplieron (grupo control) y no cumplieron (grupo casos) con los controles en la atención prenatal. Posteriormente se hizo un listado de los casos y controles que cumplieron con los criterios de selección, luego se verificó en cada historia si la madre fue o no multípara. Todos los datos se transcribieron a la ficha de recolección de datos para su análisis posterior. (36)

Debido a la simplicidad del instrumento de recolección de datos no fue necesario realizar tanto la validación como la confiabilidad. La ficha de recolección de datos elaborada para dicho fin, constó de cuatro partes, la primera recolecta los datos generales como edad, estado civil e historia clínica. En segundo lugar se registrará si hubo o no incumplimiento al control prenatal, el tercer tramo indica si la paciente fue o no multípara, finalmente el cuarto tramo brindará información acerca del grado de instrucción primario.

2.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El procesamiento de la información se realizó usando una computadora que contuvo el paquete estadístico SPSS versión 23.0. Se tomó en cuenta las frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), plasmados en tablas tetracóricas de acuerdo a los objetivos específicos propuestos en el presente estudio. Se aplicó el Chí cuadrado para establecer si existe diferencias estadísticas significativas ($p < 0.05$), así como el Odds Ratio (OR) con su respectivo IC al 95 %. (37),

Estadígrafos propios del estudio

Casos y controles (38) (39)

Variable independiente	Variable dependiente	
	Efecto	
Factor	SI	NO
Expuesto	A	B
No expuesto	C	D

$$OR = \frac{a \times d}{c \times b}$$

Valor de OR = 1, no es factor protector, ni de riesgo

< 1 es factor protector

>1 es factor de riesgo

2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la presente investigación, se aplicó los principios de la Declaración de Helsinki, en su última versión desarrollada en Brasil. Considerando las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos, como también se tomó en cuenta toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal. (40)

III. RESULTADOS

TABLA N° 1.- COMPARACIÓN DE FRECUENCIAS DE GRADO DE INSTRUCCIÓN PRIMARIA EN GESTANTES QUE INCUMPLIERON Y CUMPLIERON EL CONTROL PRENATAL. HOSPITAL DISTRITAL SANTA ISABEL. EL PORVENIR 2016.

INSTRUCCIÓN	INCUMPLIMIENTO CONTROL PRENATAL					
	SI		NO		TOTAL	
	N	%	n	%	n	%
SI	19	17.9%	16	15.1%	35	16.5%
NO	87	82.1%	90	84.9%	177	83.5%
TOTAL	106	100%	106	100%	212	100%

FUENTE: HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE, HOSPITAL SANTA ISABEL

CHI2 = 0.308

p = 0.356

TABLA N° 2.- ASOCIACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN PRIMARIA Y EL INCUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL. HOSPITAL DISTRITAL SANTA ISABEL. EL PORVENIR 2016

INSTRUCCIÓN PRIMARIA	INCUMPLIMIENTO CONTROL PRENATAL		ODDS RATIO
	SI N	NO n	
SI	19	16	OR= 1.29
NO	87	90	IC95% 0.59 - 2.54
TOTAL	106	106	

FUENTE: HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE, HOSPITAL SANTA ISABEL

TABLA N° 3.- COMPARACIÓN DE FRECUENCIAS DE MULTIPARIDAD EN GESTANTES QUE INCUMPLIERON Y CUMPLIERON EL CONTROL PRENATAL. HOSPITAL DISTRITAL SANTA ISABEL. EL PORVENIR 2016

MULTIPARIDAD	INCUMPLIMIENTO CONTROL PRENATAL				TOTAL	
	SI		NO		N	%
	N	%	n	%		
SI	69	65.1%	54	50.9%	123	58.0%
NO	37	34.9%	52	49.1%	89	42.0%
TOTAL	106	100%	106	100%	212	100%

FUENTE: HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE HOSPITAL SANTA ISABEL

$CHI^2 = 4.36$

$p = 0.026$

TABLA N° 4.- ASOCIACIÓN ENTRE LA MULTIPARIDAD Y EL INCUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL. HOSPITAL DISTRITAL SANTA ISABEL. EL PORVENIR, 2016.

MULTIPARIDAD	INCUMPLIMIENTO CONTROL PRENATAL		ODSS RATIO
	SI n	NO N	
SI	69	54	OR=1.79 IC95% 1.03 - 3.12
NO	37	52	
TOTAL	106	106	

FUENTE: HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE HOSPITAL SANTA ISABEL

IV.- DISCUSIÓN

Referente a la Tabla N° 1, se puede apreciar que la frecuencia de instrucción primaria en las féminas que incumplieron el control prenatal fue de 17.9%, cifra mayor que el porcentaje de instrucción primaria en las mujeres que cumplieron el control prenatal que fue de 15.1%. Tras comparar ambas cifras se halló que no hubo diferencias estadísticas significativas ($p=0.356$).

La frecuencia porcentual del nivel primario tanto en casos y controles obtenidos en éste trabajo, están por debajo del promedio regional reportado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática en el 2015, el cual informó que dicho nivel educativo fue de 22.1% (41). Un resultado similar en el ámbito nacional en zona costera lo describió Munares O, (34) al informar que el 22% de mujeres con incumplimiento al CPN el 22% tuvieron nivel primario, así como el 17.1% de mujeres con cumplimiento al CPN, no hallándose diferencias estadísticas ($p=0.48$). La investigación realizada por Arispe C, reportó también que no existen diferencias estadísticas entre el porcentaje de mujeres con nivel educativo primario que incumplen el CPN, con las que lo cumplen ($p=0.17$) (42). Sin embargo Escobar L, et al (28) halló que el nivel educativo de las gestantes en zonas rurales que incumplieron el CPN fue 40% y las que cumplieron alcanzó el 26%, con diferencias estadísticas ($p=0,015$).

Estas diferencias según los trabajos mencionados evidencian dos situaciones, la primera que en el ámbito rural existe un mayor porcentaje de mujeres con educación del nivel primario y la segunda que cuanto más cercano se encuentre la frecuencia porcentual de nivel primario entre las que cumplen e incumplen el control prenatal, deja de considerarse un factor de riesgo. Hay que tener en cuenta que las gestantes con grado de instrucción primaria, tienen mayor tendencia de no cumplir con el control prenatal, esto debido a que su entendimiento es menor que cuando tiene un mayor nivel educativo (24).

Al analizar la asociación del nivel de instrucción primaria con el incumplimiento al control prenatal (Tabla N°2), se encontró un OR=1.29 con un intervalo de confianza al 95% de 0.59 a 2.54. Este resultado descarta que el nivel de instrucción primaria constituya un factor de riesgo para el incumplimiento del control prenatal, debido a que el límite inferior tuvo como valor un OR=0.59, que es considerado como factor de protección, mientras que el límite superior fue un OR= 2.54, el cual es considerado factor de riesgo; por consiguiente el nivel de instrucción primaria no siempre incrementa la probabilidad del incumplimiento del control prenatal, debido que a veces disminuye dicho efecto y en otras lo incrementa, por consiguiente se descarta la asociación entre las referidas variables.

Existen estudios previos que señalan una asociación entre el nivel educativo primario y el incumplimiento al control prenatal, tal es el caso de Escobar L, et al en Colombia (28), Yasir R. et al en Pakistán (29) y Zafar A. et al en Camboya (31), sin embargo las investigaciones nacionales realizadas por Munares O, (34) y Arispe C, (41), reportan lo contrario.

En la población que asiste al Hospital Distrital Santa Isabel de El Porvenir, el nivel educativo primario no constituye factor de riesgo, el bajo porcentaje de mujeres con nivel educativo primario, así como la poca diferencia porcentual (<3%) entre las que incumplen y cumplen con su control prenatal representa una oportunidad para fortalecer las actividades de información que permita cambiar su comportamiento frente al control prenatal, situación que estaría lográndose reforzando conductas positivas y lograr proporcionar un cuidado óptimo en su embarazo parto y puerperio de calidad (24).

En la Tabla N° 3, se observa que la frecuencia de multiparidad en mujeres que incumplieron el control prenatal fue de 65.1%, mientras que el porcentaje de multiparidad en mujeres que cumplieron el control prenatal fue de 50.9%. Al compararlas se halló diferencias estadísticas significativas ($p=0.026$).

Resultados similares al presente trabajo lo mencionó Escobar L, et al (28) quienes hallaron que las mujeres que tuvieron partos previos y cumplieron el CPN fue 41,7% y las que incumplieron 47,0%, sin diferencias estadísticas ($p=0,694$). Mientras que otros estudios hallaron diferencias significativas como el de Herrera M. et al en España, hallaron que el 42,2% de las que incumplieron con el CPN Y el 21,4% de las que cumplieron con los CPN fueron multíparas (32). Pueden existir o no, estudios que señalen diferencias estadísticas entre las multíparas que cumplen e incumplen el CPN, lo importante es cuanto mayor la diferencia porcentual entre ambos grupos, hay mayor probabilidad de incumplimiento al CPN, tal como se evidencia en la tabla siguiente.

Al asociar la multiparidad con el incumplimiento al control prenatal (Tabla N°4), se estimó un $OR=1.79$ con un intervalo de confianza al 95% de 1.03 a 3.12. Este resultado confirma que la multiparidad es un factor de riesgo de incumplimiento del control prenatal, debido a que el límite inferior fue un $OR=1.03$, que es considerado como factor riesgo, y el límite superior de 3.12 considerada como factor de riesgo por lo tanto la multiparidad siempre incrementa la probabilidad del incumplimiento del control prenatal, confirmándose la asociación entre ambas variables.

Investigaciones previas señalan resultados distintos como el de Herrera M. et al en España, quienes hallaron un $OR= 2,7$ (con $IC_{95\%}$ de 1.0 - 6,9), donde el tener un OR de 1 indica que no es factor de riesgo, de la misma manera Gómez S. et al en la India, quienes encontraron un $RR=1.35$ $IC_{95\%}$ 0.61 – 3.05 (27). Sin embargo existen también estudios que confirman los resultados acerca de la existencia de asociación entre las variables de estudio como las investigaciones realizadas por Melo C, et al Brasil (25); Yasir R. et al en Pakistán (29); Zafar A. et al en Camboya (31) y Munares F. en Lima, (33)

La variabilidad de que si la multiparidad influye en el control prenatal, no se debe por la condición en sí de ser multípara, es por las variables intervinientes que involucra dicha condición, como es la complejidad de los quehaceres domésticos (34), el tener varios hijos a su cuidado, que agravan dicha situación, al no contar con alguna persona que se encargue

del cuidado de sus hijos, es por eso que puede encontrarse divergencias entre los antecedentes mencionados (20), (21), (22).

V.- CONCLUSIONES

- La frecuencia de grado de instrucción primaria en las gestantes que incumplieron fue ligeramente mayor que las que cumplieron el control prenatal.
- El grado de instrucción primaria no se asocia con el incumplimiento del control prenatal.
- La frecuencia de multiparidad en las gestantes que incumplieron fue mayor que las que cumplieron el control prenatal.
- La multiparidad se asocia al incumplimiento del control prenatal.

VI.- RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios que permitan evaluar si existen otros factores de riesgo que estén involucrados en el incumplimiento del control prenatal, para brindar una mejor calidad de vida en el paciente.
2. Identificar estrategias intervinientes que están permitiendo que el nivel educativo primario no constituyen un factor de riesgo para el incumplimiento del control prenatal.

VII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:

1. Organización Panamericana de la Salud Atención prenatal en atención primaria de la salud. Asunción. OPS-Agencia Canadiense para el desarrollo Internacional. 2011. (Citado 8 de agosto del 2016) Disponible en: http://www.paho.org/can/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=6547&Itemid=
2. Ministerio de Salud Norma técnica para la atención integral de Salud Materna. 105MINSA/DGSP. MINSA. 2013.
3. Ministerio de Salud Pública. Guía de control prenatal. San José de Costa Rica Departamento Materno infancia División perinatología 2012. (Citado 8 de setiembre del 2016) Disponible en: <http://sanjuan.gov.ar/panel/repositorio/subidas/noticias/fckeditor/file/Salud/MATERNO%20INFANCIA/GUIA%20DE%20CONTROL%20PRENATAL.pdf>
4. Cáceres F. El Control prenatal: una reflexión urgente. Rev Col Obst y Ginec 2009. (Citado 6 de Setiembre del 2016): 60(2):165-170. Disponible en: http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol60No2_Abril_Junio_2009/v60n2a07.pdf
5. Masmalai A, Thongthai V, Yang X, Richter K. The Effect of Unwanted Pregnancy on Prenatal Care Practice in Thailand. Journal of Population and Social Studies 2010. (Citado 6 de Setiembre del 2016) 19(1). Disponible en: <http://www.ponline.org/node/224435>
6. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2009. OMS 2010. (6 de Setiembre del 2016) Disponible en: http://who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table4.pdf
7. Instituto Nacional de Estadística de Bolivia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDSA 2008. INEB. 2009. (6 de Setiembre del 2016) Disponible en: [http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR228/FR228\[08Feb2010\].pdf](http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR228/FR228[08Feb2010].pdf)
8. Ministerio de Salud del Perú. Información estadística – Indicadores trazadores - Gestantes Controladas 2015. Disponible en: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?lcind=7&lcobj=1&lcper=1&lcfreq=27/2/2017
9. Ministerio de Salud Pública. Guía de control prenatal. San José de Costa Rica Departamento Materno infancia División perinatología 2012. (Citado 8 de setiembre del 2016) Disponible en: <http://sanjuan.gov.ar/panel/repositorio/subidas/noticias/fckeditor/file/Salud/MATERNO%20INFANCIA/GUIA%20DE%20CONTROL%20PRENATAL.pdf>
10. Colegio Médico del Perú. Guías de procedimientos en obstetricia y perinatología. Lima. CMP. 2010 (Citado 5 agosto del 2016). Disponible en: <http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/gpcpoy/IV-Guias-Clinicas-en-Obstetricia-y-Perinatologia.pdf>
11. MINSA. Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva: Lima, Ministerio de Salud, 2004.

12. Secretaria de Salud. Guía del control prenatal en embarazo de curso normal. Bogotá. 2013. (Citado 8 de setiembre del 2016) Disponible en: http://www.esevictoria.gov.co/sitio2/images/stories/tudecides/GUIA_PRENATAL_V2_2.pdf
13. Instituto Nacional materno perinatal. Guía de práctica clínica y procedimiento en obstetricia y perinatología. Lima: INMP: 2010. Disponible en: https://issuu.com/antoniolimay/docs/guias_clinicas_en_ginecologia_obstetricia_y_perinatal
14. Secretaría de Salud. Normas Nacionales Para la Atención Materno-Neonatal. Tegucigalpa: República de Honduras. 2010. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/salud/normas.nacionales.para.la.atencion.materno-neonatal.pdf>
15. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Buenos Aires: Ministerio de Salud. 2013. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>
16. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas J, Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Rev Med Hered 22 (4), 2011. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/viewFile/1072/1041>
17. Federación Internacional de Planificación Familiar Guía de Procedimientos para la Atención de Mujeres en situación de embarazo no planificado. Buenos Aires. (Citado 5 de setiembre del 2016) FUSA 2012. Disponible en <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Guia%20de%20procedimientospara%20la%20Atenci%C3%B3n%20de%20Mujeres%20en%20situaci%C3%B3n.pdf>
18. Reece A, Hobbins J. Obstetricia Clínica. 3ª ed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana 2010. (Citado 3 de setiembre del 2016) Disponible en: http://books.google.com.pe/books?id=RS11QMxGgA8C&pg=PA994&dq=ATENCION+PRENATAL&hl=es&sa=X&ei=a_uZU7j3DM6zsATg5oGIDQ&ved=0CCMQ6AEwAg#v=onepage&q=ATENCION%20PRENATAL&f=false
19. Cabero L, Saldivar D, Cabrillo E. Obstetricia y medicina materno-fetal. Madrid. Editorial Médica Panamericana 2011. (Citado 6 de Junio del 2016) Disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=AGh8rK1MmOsC&pg=PA325&lpg=PA325&dq=CONCEPTO+DE+NULIPARA+PRIMIPARA+Y+MULTIPARA&source=bl&ots=R07ViWMHnq&sig=NihjI4IDOc9xfLc2b8p4DpfTwPk&hl=es&sa=X&ei=YqGYU7GuFcrhsATCuIKgBw&ved=0CCAQ6AEwATgU#v=onepage&q=>
20. Prada E, Remez L, Kestler E, Sáenz S, Singh S, Bankole A-. Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala. causas y consecuencias Guttmacher institute. (Citado 4 de setiembre del 2016), 2010. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/GuatemalaUPIAasp.pdf>
21. Ponce J, Melgarejo E, Rodríguez Y, Guibovich D. Factores asociados al cumplimiento del control prenatal. Salud pública. La Habana. (Citado 4 de setiembre del 2016) 2012. Disponible en: <http://www.convencionalud2012.sld.cu/index.php/convencionalud/2012/schedConf/presentations?searchInitial=J&track=>
22. Federación Internacional de Planificación Familiar Guía de Procedimientos para la Atención de Mujeres en situación de embarazo no planificado. Buenos Aires. (Citado 5

- de setiembre del 2016) FUSA 2012. Disponible en <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Guia%20de%20procedimientospara%20la%20Atenci%C3%B3n%20de%20Mujeres%20en%20situaci%C3%B3n.pdf>
23. UNESCO. Glosario de Términos. Informe de Seguimiento de la EPT en el Mundo. Washington. UNESCO. 2011. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/ED/pdf/gmr2011-glossary-es.pdf>
 24. Ponce J. Factores asociados al cumplimiento del control prenatal en Ancash-Perú. Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional del Santa, Ancash-Perú. Memorias del II Congreso Binacional de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Universidades. 2012. Disponible en: <http://www.dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/11115/1/Factores%20asociados%20al%20cumplimiento%20del%20control%20prenatal%20en%20Ancash%20Peru.pdf>
 25. Melo C, Oliveira R, Mathias T. Factors associated with the quality of prenatal care: an approach to premature birth. *Rev. esc. enferm. USP* 2015 Aug [citado 12 de setiembre del 2016] ; 49(4): 0540-0549. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000400540&lng=en
 26. Kaur J. Obstetric complications: Primiparity vs. Multiparity. *European Journal of Experimental Biology*, 2012(Citado 1 de octubre del 2016), 2 (5):1462-1468 Disponible en <http://pelagiaresearchlibrary.com/european-journal-of-experimental-biology/vol2-iss5/EJEB-2012-2-5-1462-1468.pdf>
 27. Gomez S, Kraft K. Antenatal care in Mursan, India. A clinical study and literature of current recommendations. Faculty of medicine. University of Oslo. 2012 (Citado 16 de setiembre 2016) Disponible en: https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/34199/Prosjekto_holst_kraft.pdf?sequence=1
 28. Escobar L, Guzmán L, Córdoba R. Factores asociados a la inasistencia al control prenatal en mujeres gestantes en San Sebastián La Plata Huila. Universidad Surcolombiana, Facultad de salud Especializacion en epidemiologia. 2011 Disponible en: <https://contenidos.usco.edu.co/images/documentos/grados/T.G.Epidemiologia/55.T.G-Lina-Paola-Escobar-Fiesco-Lyda-Lucero-Guzman-Ramiro-Cordoba-2011.pdf>
 29. Yasir R, Perveen F, Ali L, Perveen S. Grandmultiparity – still an obstetric risk for developing countries. *Gynaecology & Obstetrics* April 2010(Citado 8 de setiembre del 2016), 16(2):264-267. Disponible en: [http://www.medicalchannel.pk/downloads/vol16/no2/18-Grand%20Multiparity%20\(Rozina%20Yasir\)%20264-267.pdf](http://www.medicalchannel.pk/downloads/vol16/no2/18-Grand%20Multiparity%20(Rozina%20Yasir)%20264-267.pdf)
 30. Friedman S, Heneghan A, Rosenthal M. Characteristics of women who do not seek prenatal care and implications for prevention. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2009 Mar-Apr (Citado 12 de Junio del 2016); 38(2):174-81 disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19323713>
 31. Zafar A, Ehiri J, Anyanwu E. Use of Antenatal Services in Kampung District, Cambodia *The Scientific World journal*, 2009 (Citado 6 de Junio del 2016), 3 (2), Pages 1081-1092. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/tswj/2003/382314/abs/>
 32. Herrera M, Álvarez M, Pérez Y, Hernández A, González A. Control inadecuado del embarazo. Resultados en el Hospital Maternal «La Paz». *Rev Progresos en Obstetricia*

- y Ginecología 42(7): 17-22. Disponible en; <http://zl.elsevier.es/es/revista/progresos-obstetricia-ginecologia-151/articulo/anticonceptivos-orales-cancer-mama-13009672>
33. Munares F. “Factores asociados al abandono al control prenatal – Instituto Nacional Materno Perinatal” Tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Humana. Lima 2014. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3775/1/Munares_go\(2\).pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3775/1/Munares_go(2).pdf)
 34. Munares O. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. Rev Perú Epidemiol. Agosto 2013 (Citado 2 de Agosto del 2014); 17(2):1-6. Disponible en: http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2013_v17_n02/Original%20abandono%20control%20pre%20natal%20RPE%2017_2.pdf
 35. Lazcano-Ponce Eduardo, Salazar-Martínez Eduardo, Hernández-Avila Mauricio. Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. Salud pública Méx 2001 Apr [cited 2 de Octubre del 2016]; 43(2):135-150. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000200009&lng=en
 36. Organización Panamericana de Salud CLAP. Manual de Usuario Del Aplicativo Analítico de Indicadores Materno-Perinatales. Lima; USAID. MINSA: 2011. Disponible en: <http://www.maxidataconsultores.com/descargas/SIP2000V3.0ManualdeUsuario.pdf>
 37. Departamento de estadística. Bioestadística, estudios de casos y controles, Universidad Carlos III de Madrid. 2012. Disponible: <http://halweb.uc3m.es/esp/Personal/personas/amalonso/esp/bstat-tema6.pdf>
 38. Fathalla Mahmoud, F. Guía práctica de investigación en salud. Washington, D.C: OPS, 2008.
 39. Hernández R, Fernández C, y Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ª edición. México Distrito Federal: Mc Graw Hill; 2014
 40. Declaración de Helsinki de La Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2008 Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
 41. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2014. Lima: INEI; 2015
 42. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia, Rev Med Hered, Lima 2011; 22(4): 169-176

VIII. ANEXO 1

GRADO DE INSTRUCCIÓN PRIMARIO Y MULTIPARIDAD ASOCIADOS AL
INCUMPLIMIENTO DEL CONTROL EN LA ATENCION PRENATAL. HOSPITAL
DISTRITAL SANTA ISABEL. EL PORVENIR 2016.

I. DATOS GENERALES

- A) Edad:.....
B) Estado Civil:.....
C) Historia Clínica:.....

II. INCUMPLIMIENTO AL CONTROL DE ATENCION PRENATAL

Número de controles;.....

INCUMPLIMIENTO () CUMPLIMIENTO ()

III. MULTIPARIDAD

SI () NO ()

IV. GRADO DE INSTRUCCIÓN

PRIMARIA O MENOR ()

SECUNDARIA O SUPERIOR ()