

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA" DE ICA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



"CONTROL PRENATAL Y SU RELACION CON EL TIPO DE PARTO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA, 2015"

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORES:

**Bach. Enf. De la Cruz Carbajo, Claudia Cecilia
Bach. Enf. Silva Sotil, Wendy Isabel**

ASESORA:

Dra. Margarita Córdova Delgado

Perú - 2017

DEDICATORIA

*A mis padres, Hilda y Fernando,
por sus sabios consejos, apoyo
moral y económico, que hicieron
posible la culminación de mi
carrera profesional una de mis
grandes metas.*

*A mi hermano, Carlos, con mucho
cariño por su apoyo incondicional
en el logro de mis aspiraciones.*

Claudia.

DEDICATORIA

A mis padres Luisa Sotil y Juan Silva por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mí esposo por su apoyo y amor incondicional, dando ánimos de fuerza y valor para seguir adelante.

Wendy.

AGRADECIMIENTOS

- A Dios, por iluminarnos en el camino de la vida, darnos sabiduría, fortaleza y permitirnos superar los obstáculos que se presentaron durante nuestra preparación académica.
- A los maestros de la Facultad de Enfermería, por sus valiosas enseñanzas y orientación durante nuestros estudios
- De manera especial a nuestra asesora la Dra. Margarita Córdova Delgado, por sus orientaciones, asesoría y valioso aporte profesional en la realización del presente trabajo.
- Al Hospital Regional de Ica, al servicio de obstetricia por brindarnos las facilidades para la recolección de datos.
- A todas aquellas personas, que de manera directa o indirecta, permitieron la ejecución y culminación del presente trabajo de investigación.

Claudia y Wendy.

ÍNDICE

RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	10
1.1 Planteamiento o Descripción del Problema.	10
1.2 Formulación del Problema.	11
1.3 Justificación	11
1.4 Objetivos	12
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	13
2.1. Antecedentes del Estudio.....	13
2.2. Base Teórico-Científico.	17
2.3. Hipótesis de la Investigación	34
2.4. Variables.....	34
2.5. Marco Conceptual	34
CAPITULO III: MATERIAL Y MÉTODO	38
3.1. Tipo y Diseño de la Investigación.	38
3.2. Área o Sede de Estudio.	38
3.3. Población Y Muestra, Criterios de Inclusión y Exclusión.	38
3.4. Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos.....	39
3.5. Validez y Confiabilidad del Instrumento.....	40
3.6. Proceso de Recolección, Procesamiento y Análisis de los Datos.....	40
3.7. Aspectos Éticos, Consentimiento Informado.	41
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE DATOS	42
4.1. Resultados y Análisis de los Datos.	42
4.2. Discusión de Resultados.....	52
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56
5.1. Conclusiones.....	56
5.2. Recomendaciones.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	63

RESUMEN

Objetivo. Conocer la relación entre el control prenatal y el tipo de parto en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica, 2015. **Material.** Los datos fueron obtenidos del Carnet de Atención Prenatal del Ministerio de Salud de cada puérpera. **Método.** Investigación de tipo descriptivo correlacional de corte transversal de paradigma cuantitativo. **Resultados.** Los resultados permiten identificar que el 45.3% de puérperas que no tuvieron control prenatal precoz tuvo como finalización parto por cesárea y el 35.5% en parto eutócico. Del total de muestra solo 59 puérperas sí tuvieron un control prenatal periódico y 144 no lo tuvieron. En cuanto a las causas de morbilidad por alguna complicación que pudieron presentar las puérperas durante control prenatal se tuvo que el 11.3% presentaron SFA, el 9.9% de ellas tenían una cesárea anterior. En puérperas que completaron sus 6 controles el 6.9% fue por cesárea y el 6.4% eutócico no existiendo una diferencia significativa; en las que cumplieron más de 6 controles el 51.2% el parto fue por cesárea y el 35.5% tuvieron un parto normal. En cuanto a la relación del control prenatal y el tipo de parto según finalización; tenemos que el $\chi^2=0.5326$ y es > 0.05 . **Conclusiones.-** Se rechaza la hipótesis nula; es decir que no existe relación significativa entra ambas variables.

Palabras Claves.- Control Prenatal, Tipo De Parto, Puérpera, Parto Eutócico, Cesárea.

ABSTRACT

Objective. To know the relationship between prenatal control and the type of birth in pregnant women who were attended at the Regional Hospital of Ica, 2015. **Material.** The data were obtained from the Prenatal Care Card of the Ministry of Health of each puerperae. **Method.** Descriptive cross - sectional descriptive research and a quantitative paradigm. **Results.** The results were that 45.3% of postpartum women who did not have prenatal care had a cesarean birth and 35.5% had a normal birth. Only 59 puerperae did have periodic prenatal control and 144 did not have it. As for the causes of morbidity due to some complications that the puerperae could present during prenatal control, 11.3% had SFA, 9.9% of them had a previous cesarean birth. In postpartum women who completed their 6 controls 6.9% for cesarean section and 6.4% for eutocic, and there was no significant difference; In those puerperae who attended more than 6 controls, 51.2% had a cesarean birth and 35.5% had a normal birth. Regarding the relationship between prenatal control and the type of birth, we have the $\text{Chi}^2 = 0.5326$ and is > 0.05 . **Conclusions.-**The null hypothesis is rejected; In other words, there is no significant relationship between the two variables.

Key Words. Prenatal Control, Type of birth, Puerperae, Normal birth, Cesarean.

INTRODUCCIÓN

Según La Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 2015 (Endes), presentado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 31,6% de partos en el Perú se realizan mediante cesárea y, en los últimos cinco años, este tipo de procedimiento se incrementó en 11,2 puntos porcentuales. La mayor frecuencia de partos por cesárea se registró en la provincia de Lima (45,5%) y en los departamentos de Tumbes (45,2%), Lima (44,0%) Moquegua (39,4%) y la Provincia Constitucional del Callao (39,4%) Asimismo, revela que el 88,4% de gestantes recibieron 6 o más controles prenatales y que en los últimos cinco años, este porcentaje se ha incrementado en 7,4 puntos porcentuales. En el área urbana, el 89,8% de las gestantes recibieron esta atención y en el área rural, el 84,5%. ⁽¹⁾

Un control prenatal integral ideal que incluya la intervención de todo el equipo de salud, garantiza el bienestar de la madre y del feto, y es la mejor manera de prevenir algún problema durante la gestación y el parto.

El presente trabajo de investigación está enfocado en buscar la relación entre el número de controles prenatales que tuvo la madre durante el embarazo y si la gestación terminó en un parto normal o en una cesárea.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento o Descripción del Problema.

El control prenatal es un conjunto de visitas programadas con el equipo de salud a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto fisiológico, por lo cual debe ser precoz, completo, periódico y de amplia cobertura, constituye el eslabón preventivo para atacar la creciente y elevada tasa de morbilidad materna. ⁽²⁾

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en los últimos seis años, la tasa de cesáreas se ha incrementado casi 10 % a nivel nacional. La proyección del 2013 revela que, en promedio, el 26.5 % de los partos institucionales (aquellos que se realizan en establecimientos de salud) han sido cesáreas. Pese a que existen cifras alentadoras, hay que precisar que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el promedio recomendado de cesáreas es de 15 %. El Perú supera el 26 %, ubicándose sobre España y a la par de países industrializados. ⁽³⁾

En el Hospital Regional de Ica en el periodo 2015 se registraron 2784 partos de los cuales el 51% fueron por cesárea, comparando esta cifra con el 10% recomendado por la OMS, nos enfrentamos a un gran problema ya que la cesárea como cualquier otra cirugía, está asociada a riesgos a corto y largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Es por eso la importancia de investigar este problema y relacionarlo con el control prenatal, para encontrar la relación que existe entre estas dos variables. Es de gran importancia conocer si el

número de controles prenatales que tuvo la madre durante la gestación guarda alguna relación con el incremento de la tasa de cesáreas a nivel nacional y regional, o si un número mayor de atenciones llevaría al parto normal o eutócico que implica menos complicaciones para la madre y el feto.

1.2 Formulación del Problema.

¿Cuál es la relación entre el control prenatal y el tipo de parto en puérperas atendidas en el servicio de obstetricia en el hospital regional de Ica – 2015?

1.3 Justificación

La salud de la madre y el feto, depende de las medidas que tome la madre para mantener un buen estado de salud. Aquí la importancia del equipo de salud en realizar una prevención primaria mediante el control prenatal, para intervenir y educar a la madre con el fin de evitar la aparición de alguna patología que pueda poner en riesgo la salud materno – fetal. Está en manos del equipo de salud captar a las madres, sobre todo de las zonas rurales o que tengan poco acceso a los servicios de salud, con el fin de que estas cumplan con todos los controles prenatales establecidos, también trabajar con los promotores de salud con el fin de establecer un vínculo de confianza con la comunidad.

La cesárea es una intervención quirúrgica imprescindible cuando la madre o el feto están en riesgo. El avance en las técnicas quirúrgicas, el advenimiento de los antibióticos y de los cuidados anestésicos, han minimizado sus complicaciones. Sin embargo, la cesárea tiene 2 a 3 veces mayor tasa de mortalidad materna, mayor tasa de infección, mayor costo que un parto normal y mayor trauma para el neonato, entre otros. La

principal causa de cesárea es la cesárea anterior, por tanto las estrategias están dirigidas a evitar la primera cesárea. ⁽⁴⁾

En nuestro país la alta tasa de casos de cesárea son muy preocupantes es por eso que visitar al ginecólogo desde los tres primeros meses de gestación ayudará a vigilar la evolución del embarazo y a preparar a la madre para el trabajo de parto.

Por tal razón, surgió la necesidad de estudiar la misma, durante el año 2015 en puérperas atendidas en Hospital Regional de Ica, para determinar si existe una relación entre el número de controles prenatales que llevó la madre durante la gestación y el tipo de parto. Esta investigación puede servir de estímulo para desarrollar nuevas investigaciones que permitan aportar conclusiones valiosas y actualizadas que contribuyan a brindar un buen control prenatal con el objetivo primordial de disminuir o prevenir complicaciones materno - fetales.

1.4 Objetivos

3.1 Objetivo General

Conocer la relación entre el control prenatal y el tipo de parto en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica, 2015.

3.2 Objetivos Específicos.

1. Determinar la relación del control prenatal precoz y el tipo de parto en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Ica, 2015.
2. Determinar la relación del control prenatal periódico y el tipo de parto en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Ica, 2015.
3. Determinar las causas más comunes de cesárea en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Ica, 2015

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes del Estudio

- **Internacionales**

Venegas, Fausto y Martínez (2010), en México, en su investigación “Control prenatal vs resultado obstétrico perinatal”, con el objetivo de averiguar el impacto del control prenatal y algunos factores asociados, sobre el resultado obstétrico y perinatal, mediante un estudio de cohortes reconstruidas en una población obtenida azarosamente por conglomerados diarios en el transcurso del mes de junio (2010), se obtuvieron 419 puérperas. Se capturaron datos de 419 eventos obstétricos, 11 de ellos gemelares, (430 productos) las madres tuvieron un rango de edad entre los 13 y los 46 años, con un promedio de 26.04 y una desviación estándar de 6.87. De los 395 productos nacidos mayores de 20 semanas, 355 de ellos tuvieron sus madres control prenatal (89.87%) y 40 recién nacidos no lo tuvieron (10.13%) El grupo >20 semanas de embarazo tuvo un promedio de consultas de 5.33 ± 2.3 por embarazo, con un mínimo de 0 y un máximo de 10, recibiendo este grupo 2112 consultas médicas en total. ⁽⁵⁾

- **Nacionales**

Che León (2009), en Ancash, realizó el estudio “Indicadores de alto riesgo obstétrico y su relación con la decisión de la cesárea en el Hospital la Caleta de Chimbote” Se realizó un estudio analítico y correlacional que tuvo por finalidad identificar los indicadores de alto riesgo obstétrico y su relación con la decisión de la cesárea en el Hospital La Caleta de Chimbote, para lo

cual se tomó una muestra representativa de 93 partos normales y 95 cesáreas.

Los resultados muestran que no se presentaron casos de varios indicadores señalados, mientras que los indicadores presentes fueron valorados en las mujeres que tuvieron cesárea y parto normal, en donde se encontraron algunos indicadores de alto riesgo obstétrico significativos para que se indique una operación Cesárea.

Se muestra que los indicadores familiares de alto riesgo obstétrico significativos para Cesárea, fueron los antecedentes familiares de cesárea, los indicadores de antecedentes Obstétricos asociados fueron la incompatibilidad cervical, antecedentes de multiparidad, antecedentes de preeclampsia y antecedentes de Isoinmunización RH. En cuanto a los indicadores Obstétricos Preparto vinculados a cesárea se pudo encontrar la hemoglobina menor de 11 %, carencia o inadecuado control prenatal, alcoholismo, preeclampsia leve, presencia de corioamnionitis e incompatibilidad pélvica. ⁽⁶⁾

Maquera Quispe, (2012), en Tacna, en su estudio “Incidencia De Cesárea Y Sus Principales Indicaciones En El Hospital 11 Suárez Angamos De Essalud Miraflores- Lima, Año 2010” con el fin de determinar la Incidencia de Cesáreas, sus principales indicaciones obstétricas e identificar las características maternas y del recién nacido, por medio de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, obteniendo que la incidencia de cesárea encontrada es de 28,45% de un total de 1680 partos. Las tres primeras indicaciones: Sufrimiento fetal (20,74%), Desproporción céfalo pélvica (17,47%), Trabajo de parto disfuncional (14, 19%). Las gestantes tuvieron en promedio: 29 años, estado civil: conviviente, grado de instrucción: secundario, iniciaron control prenatal en el primer trimestre, con 6 a más controles, nuliparidad, ganancia de peso adecuada y gestación a término. La mayoría de recién nacidos no tuvieron patología. ⁽⁷⁾

Arispe, Salgado, Tang, Gonzales y Rojas (2011), en Lima, en la investigación titulada “Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia”, por medio de un estudio descriptivo transversal donde se entrevistó a puérperas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre agosto 2010 y enero 2011, y se revisó la historia clínica y carnet materno perinatal (CLAP). Se definió CPN inadecuado al incumplimiento del número mínimo y cronograma de visitas propuesto por el Ministerio de Salud. Esta investigación, tuvo como objetivo determinar la frecuencia de pacientes con control prenatal (CPN) inadecuado y los factores asociados a dicho evento, donde incluyó como muestra 384 puérperas, obteniendo como resultados que el 66,05% recibieron 6 ó más controles prenatales y sólo 7,36% tuvo CPN adecuado. Ciento cuarenta y cinco puérperas tuvieron su primer CPN antes de las 12 semanas. Los factores que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de CPN inadecuado fueron paridad mayor a 2 ($p=0,02$) y no planificación de la gestación ($p=0,003$).⁽⁸⁾

Flores e Ylatoma (2012), en Tarapoto, en el trabajo de investigación ““Relación Entre El Nivel De Conocimiento Y Las Actitudes Sobre Algunos Signos Y Síntomas De Alarma Del Embarazo En Las Gestantes Atendidas En El Centro De Salud Morales, Junio – Setiembre 2012””, se realizó el estudio descriptivo de corte transversal, de diseño de investigación correlacional, que tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y sus actitudes sobre algunos signos y síntomas de alarma del embarazo en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Morales, Junio - Setiembre 2012. Los resultados encontrados fueron: El 54.8% se encuentran en el grupo etario de 20 a 34 años de edad; el 74.2% refiere haber recibido información sobre el tema; el 71% recibió dicha información por parte de un profesional de salud. El 51.6% tienen un conocimiento alto del tema. Se encontró que el 41.9% de la muestra estudiada identifica al sangrado vaginal, fiebre y pérdida de líquido amniótico como los signos y síntomas

reconocidos por ellas. Así mismo se encontró que el 96.8% tiene una actitud favorable con respecto a los signos y síntomas de alarma del embarazo. ⁽⁹⁾

Gálvez Liñan (2014), en Lima, en el estudio “Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao, periodo enero-diciembre 2013”, con el objetivo de determinar la Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital “San José” del Callao, en el período Enero - Diciembre 2013, se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo obteniendo que 32% de las pacientes tenían entre 20 y 24 años. El 52 % han sido nulíparas, el 69% de las pacientes no había sido intervenido quirúrgicamente para cesárea. El 81%, se encuentra entre las 37 y 40 semanas de gestación. El 95% de los recién nacidos tuvieron un peso mayor de 2 500 g. El 56% tuvo cesárea de tipo electiva. Las Indicaciones principales fueron: Desproporción feto-pélvica y macrosomía fetal 12%, preeclampsia 9% , sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7%, insuficiencia útero placentaria, expulsivo prolongado y oligohidramnios 6%, feto podálico, feto transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo de parto 4%, pelvis estrecha , periodo intergenésico corto, no trabajo de parto, adolescente y fase activa de trabajo de parto 2% y por embarazo gemelar, corioamnionitis, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación 1%. ⁽¹⁰⁾

Cruz Trinidad (2015), en Lima, realizó la investigación “Factores De Riesgo Maternos Preconcepcionales Y Concepcionales Del Parto Pretérmino En Gestantes Atendidas En El Hospital Santa Rosa, 2014”, con el objetivo de Estudiar los factores de riesgo maternos del parto pretérmino en el Hospital Nacional Santa Rosa de Lima durante el año 2014, estudio caso-control en 20 casos con parto pretérmino y 20 controles con parto a término. Se revisaron las historias clínicas y se elaboró una hoja de datos en SPSS.21 para el análisis descriptivo con nivel de significancia $p < 0.05$ y obtuvo como resultados que los factores de riesgo maternos pregestacionales significativos para la serie fueron: nivel socio-económico

bajo (OR=5.57 e IC95%=1.420-21.860), antecedentes de parto pretérmino (OR=35.29 e IC95%=3.868-321.932) y antecedentes maternos de infección urinaria pregestacional. Los factores de riesgo maternos gestacionales significativos para la serie fueron: control prenatal inadecuado (OR=9.00 e IC95%=1.638-49.446) e infección urinaria (OR=4.64 e IC95%=1.023-21.004).⁽¹¹⁾

- Regionales

Flores Escate y Napa Calderón, en Ica, en la tesis “Conocimiento Sobre Cuidados Prenatales en las Adolescentes Embarazadas que Acuden al Servicio de Gineco – obstetricia en el Hospital Santa María del Socorro, Ica - 2013”, investigación descriptiva transversal, con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre cuidados prenatales en las adolescentes embarazadas que acudieron al servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Santa María del Socorro de Ica durante los meses de junio y julio del 2013. En cuanto los resultados sobre conocimiento de cuidados prenatales se obtuvo que 18.5% fue excelente, 42% muy bueno, 22.3% bueno, 16% regular y 1.2% malo. En promedio el conocimiento es de alto poder equivalente a 16.61 (Escala máxima de 20). Las adolescentes de 18 años, las nulíparas, las de procedencia urbana, instrucción superior, las solteras, convivientes y las que trabajan son las que más saben sobre cuidados prenatales. Se encontró una relación significativa entre conocimiento y grado de instrucción (r.336 p.01).

2.2. Base Teórico-Científico.

Control Prenatal

Son todas aquellas actividades basadas en la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto para lograr el nacimiento de un/a recién nacido/a sano/a, sin deterioro de la salud de la madre. Realizada en todos

los establecimientos de salud por profesional calificado, debe iniciarse idealmente antes de las catorce semanas de gestación y recibir el paquete básico que permita la detección oportuna de signos de alarma factores de riesgo, educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones que puedan presentarse tanto en la madre como en el perinato. Considera como mínimo 6 atenciones durante el embarazo. ⁽¹²⁾

Características de la atención prenatal:

El control prenatal para que sea eficiente y se considere de buena calidad, debe ser:

Precoz.- La primera visita debe efectuarse tempranamente, en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además, torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.

Periódico.- La frecuencia de los controles prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada. Para la población de bajo riesgo se requieren 6 controles como mínimo.

Completo.- Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Amplia cobertura.- Si el porcentaje de la población controlada es más alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal. ⁽¹³⁾

Esquema de controles prenatales según el Ministerio de Salud (MINSA):

Frecuencia Óptima de Atenciones Prenatales:

- Una atención mensual hasta las 32 semanas
- Una atención quincenal entre la 33 a 36 semanas
- Una atención semanal desde las 37 semanas

Controles Mínimos:

- Dos atenciones antes de las 22 semanas
- La tercera entre las 22 a 24 semanas
- La cuarta entre las 27 a 29 semanas
- La Quinta entre las 33 a 35 semanas
- La Sexta entre las 37 a 40 semanas ⁽¹⁴⁾

Vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal, para lograr un recién nacido sano sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad.

La primera consulta de atención prenatal deberá tener una duración no menos de 30 min y en las consultas de seguimiento debe durar no menos de 15 minutos. La atención debe ser realizada por el medico gineco – obstetra, médico cirujano u obstetra, según el nivel de complejidad del establecimiento de salud.

Procedimientos de la primera atención prenatal

- Elaboración de la historia clínica perinatal

Realizando una anamnesis que incluya antecedentes, edad gestacional e indagar sobre violencia y salud mental. También es importante el examen físico que incluye funciones vitales, el examen de los diferentes órganos y medidas antropométricas como la talla y el peso que deben ser registrados en las Tablas de Ganancia de Peso CLAP/OPS del carnet de atención prenatal.

- Examen obstétrico completo

Valoración según la edad gestacional, determinar altura uterina, número de fetos, latidos cardiacos fetales y movimientos fetales.

Registrar el incremento de la altura uterina, utilizando la cinta métrica obstétrica, y graficar en la tabla CLAP/OPS.

Realizar la valoración ginecológica que incluye examen de mamas y la toma de muestra cérvico – uterino (Papanicolaou), en el momento oportuno preferentemente desde la primera consulta, previa preparación de la gestante y explicación del procedimiento a realizar.

- Exámenes auxiliares basales

Tamizaje de proteínas (albúmina) en orina, hemoglobina, grupo sanguíneo y factor Rh, glucosa, pruebas rápidas para sífilis y VIH, urocultivo.

La Ecografía obstétrica se solicita antes de las 14 semanas para confirmar la edad gestacional, en gestantes mayores de 35 años se solicita evaluación del pliegue nucal entre las 10 y 14 semanas.

Cuando es necesario se realizan otros exámenes como la prueba de Coombs indirecto en gestantes con Rh negativo, la prueba de glicemia en ayunas en pacientes con antecedentes de diabetes u obesidad, y el urocultivo periódico en pacientes con antecedentes de ITU o con leucocitos mayor de 10 por campo.

- Prescripción de ácido fólico y sulfato ferroso

Prescripción y entrega de ácido fólico en dosis de 500 mcg a toda gestante en la primera consulta durante el primer trimestre, hasta la semana 13. Este micronutriente es indispensable para prevenir los defectos del tubo neural en el feto.

A partir de la semana 14 hasta el parto, se debe prescribir y entregar ácido fólico en dosis de 400 mcg y sulfato ferroso en dosis de 60 mg. El hierro es importante para la prevención de la anemia ferropénica.

- Prescripción de calcio

Prescripción y entrega de calcio durante la gestación con una dosis de 200 mg al día a partir de la semana 20 hasta el parto. ⁽¹²⁾

El calcio es importante para el sistema óseo del feto y de la madre, por eso es necesario que se tomen este tipo de suplementos para compensar las demandas del organismo.

- Evaluación odontológica, de nutrición y psicológica .-Es importante una evaluación integral de la madre que abarque todos los aspectos que puedan poner en riesgo al feto, la evaluación odontológica es necesaria para prevenir la enfermedad periodontal que ha sido relacionada con nacimiento prematuro

Otro aspecto que se debe cubrir es la atención nutricional, brindando consejería sobre una alimentación sana y balanceada, recomendando alimentos ricos en hierro, ácido fólico, calcio, vitaminas y carbohidratos que brinden más energía, orientando a la madre para que la ganancia de peso sea la más adecuada.

La evaluación psicológica también es necesaria con el fin de descartar alguna alteración emocional y descartar algún tipo de maltrato en el entorno que pueda afectar la salud mental de la gestante.

- Vacunación antitetánica y contra la influenza estacional

Las gestantes no vacunadas deben recibir su primera dosis de vacuna Dt al término de la primera consulta y continuar según el Esquema Nacional de Vacunación.

Toda gestante debe recibir una dosis de vacuna contra la influenza a partir de las 20 semanas de gestación.

- Información para la gestante en la primera consulta

Se debe educar sobre los efectos nocivos y sus repercusiones en el feto por el consumo de tabaco, coca, alcohol y otras sustancias dañinas. Además brindar información sobre dónde acudir en caso de presentar algún signo de alarma como fiebre, sangrado, dolor abdominal, cefalea, anasarca, convulsiones, mareos, tinnitus, escotomas, acúfenos, epigastralgia, pérdida de líquido o cualquier emergencia.

Es importante solicitar a la madre que registre fecha y hora de los primeros movimientos fetales presentes desde el segundo trimestre - Se enseña a la gestante a identificar los movimientos fetales palpando el abdomen y debe controlarse 4 veces al día, cada control por 30 minutos, al término del día debe tener más de 10 movimientos, si tiene 10 o menos movimientos fetales debe acudir de inmediato al establecimiento de salud para su evaluación. Aconsejar que acuda a las siguientes consultas, de ser posible, acompañada por su pareja o un miembro de la familia o una persona de confianza para que la apoyen en el cuidado de su salud durante el embarazo, parto, puerperio.

Es muy importante brindar información de sexo seguro, enfatizando en el riesgo de adquirir ITS y/o VIH facilitando información sobre los riesgos que pueden existir en caso de adquirir este tipo de enfermedades durante el embarazo.

Procedimientos en las atenciones prenatales posteriores

En todas las consultas siguientes se debe interrogar por signos y síntomas de alarma asociados a la gestación también sobre el cumplimiento de las indicaciones, exámenes auxiliares y de laboratorio.

Se debe llevar un control del aumento de peso materno, las funciones vitales (especialmente presión arterial), reflejos y presencia de edemas además de un control del crecimiento fetal intrauterino mediante la vigilancia de la altura uterina.

Evaluar edad gestacional, auscultación de latidos fetales y detección de movimientos fetales (desde las 20 semanas)

A partir de las 28 semanas

Se debe determinar la situación, posición y presentación fetal y número de fetos.

Realizar la prueba de Gantt o rollover test (prueba de rodamiento) entre las 28 o 32 semanas de la siguiente manera: tomar la presión arterial en decúbito lateral izquierdo en el brazo derecho, después colocar a la gestante en decúbito supino y esperar 5 minutos para repetir la toma de presión arterial, si la presión diastólica aumenta en 20 mmHg o si la presión arterial media es mayor de 85 mmHg es prueba positiva. La prueba de Gantt o rollover test es un método clínico predictivo de hipertensión arterial inducida por el embarazo más fácil de realizar y que tiene un alto porcentaje de efectividad.

Se recomienda solicitar segundo examen de hemoglobina, glucosa, prueba rápida de sífilis, prueba de ELISA o prueba rápida de VIH y urocultivo a partir de las 33 semanas de gestación, con un intervalo no menor a tres meses de los primeros exámenes de laboratorio. Los exámenes de

detección de diabetes gestacional (glicemia en ayunas) se debe realizar en la semana 25 a 33.

A partir de las 35 semanas

Realizar Pelvimetría interna y valoración feto – pélvica especialmente en primigestas y gestantes de talla baja (1.40 m.). Es importante determinar el encajamiento fetal así como la presentación del feto.

Se debe actualizar exámenes auxiliares, si corresponde y solicitar pruebas de bienestar fetal o test no estresante según el caso

Signos y síntomas de alarma

- Náuseas y vómitos incoercibles
- Disuria
- Fiebre/escalofríos
- Sangrado vaginal
- Desmayo o mareos
- Convulsiones
- Hinchazón de cara, manos y pies
- Pérdida de líquido amniótico
- Disminución o ausencia de movimientos fetales
- Contracciones uterinas antes de la 37 semanas de gestación
- Alteraciones psicoafectivas
- Indicio o evidencia de ser víctima de violencia familiar
- Complicaciones del embarazo
- Patología obstétrica o enfermedades intercurrentes
- Accidentes y traumatismos

En zonas endémicas se debe considerar realizar el tratamiento antiparasitario correspondiente y asegurar la protección contra la Malaria,

Dengue, Zika, Bartonelosis, Chagas, usando mosquiteros tratados con insecticidas y seguimiento con la toma de gota gruesa. Verificar efectos de insecticidas sobre el feto. Realizar la inmunización contra la fiebre amarilla después de las 26 semanas. ⁽¹²⁾

Parto Normal O Eutócico

El trabajo de parto se define como la secuencia coordinada y efectiva de las contracciones uterinas que dan como resultado el borramiento y la dilatación del cuello uterino y el descenso del feto para culminar con la expulsión por la vagina del producto de la concepción.

El parto es el modo activo de expulsión del feto y la placenta. Cuando un parto ocurre antes de las 20 semanas de gestación se denomina aborto. La OMS plantea actualmente que este periodo se extienda hasta las 22 semanas.

El embarazo normal tiene una duración de 270 a 280 días (alrededor de 40 semanas) y plantea que si este ocurre entre las 21 y 36 semanas es un parto pretérmino y después de las 42 semanas es un embarazo postérmino, posmaduro o prolongado.

El parto se va a producir por la interacción de tres elementos que son:

1. El motor del parto (contracciones uterinas y la prensa abdominal)
2. El canal de parto (el canal óseo de la pelvis y el canal blando)
3. El objeto del parto (el feto) ⁽¹⁵⁾

Clínica del Parto

Hay una serie de características que determinan que la embarazada está de parto, y de las cuales se deriva la clínica:

1-. Expulsión del tapón mucoso: Durante el embarazo, a nivel del orificio cervical externo, existe un tapón mucoso; que tiene una función inmunológica: evitar que los gérmenes de la vagina asciendan y afecten al amnios –causando infección-. Cuando se borra el cuello, el tapón mucoso cae a la vagina y se produce su expulsión.

2-. Descenso del fondo uterino: Como consecuencia del borramiento del cuello uterino, el fondo del útero baja, y cambia la silueta lateral de la gestante (la barriga está más baja). La mujer siente mejoría en la sobrecarga respiratoria, porque se comprime menos el diafragma y la caja torácica, lo cual favorece la ventilación pulmonar; y mejora la sobrecarga digestiva alta (siente menos pirosis y mejoran las digestiones). En cambio, empeora la sobrecarga digestiva baja (hemorroides por compresión de la circulación rectal, estreñimiento).

3-. Contracciones uterinas: En ocasiones, la mujer nota contracciones; pero estas son ineficaces: – Incoordinadas (con varios focos) – Sin triple gradiente descendente (no dilatan el cuello) – Baja intensidad (a penas se palpan en el abdomen) – Indoloras (como mucho, dolores lumbares) – Pasajeras ⁽¹⁶⁾

La labor del parto se divide en tres etapas:

1. Periodo de dilatación
2. Periodo de expulsión
3. Periodo de alumbramiento

Periodo de dilatación

Este periodo comprende desde el comienzo de la labor de parto hasta la dilatación completa (10 cm). Es la fase más larga del trabajo de parto y

tiene una duración de 8 a 12 horas en las nulíparas y de 6 a 8 horas en las multíparas. ⁽¹⁷⁾

Subdividido por Friedman en tres fases:

A. Fase latente: se caracteriza por el borramiento del cuello uterino. Finaliza cuando la dilatación es de 2 cm. Tiene una duración de unas 8 horas en primíparas y 5 horas en multíparas.

B. Fase activa: empieza a los 2-3 cm de dilatación, con dinámica regular y acaba, al llegar a dilatación completa. La velocidad de dilatación es de 1 cm/hora en primíparas y 1,2 cm/hora en las multíparas. Fase de máxima pendiente de 4-9 cm, velocidad de 3 cm/hora en primíparas y 5-6 cm en multíparas.

C. Fase de descenso: coincide con el segundo estadio del parto.

Periodo de expulsión

Es el comprendido desde la dilatación completa hasta el nacimiento del bebé y varía desde pocos minutos hasta 2 horas, sobre todo en las nulíparas.

- Fase temprana o no expulsiva: la dilatación se ha completado pero la mujer no presenta deseos de pujar. Se le recomendará que siga utilizando técnicas de relajación, respiraciones, movilización, diversas posiciones para facilitar el descenso, etc.

- Fase avanzada o expulsiva: se caracteriza porque la mujer presenta sensación de pujo en cada contracción. El manejo más fisiológico del expulsivo es esperar a que la mujer sienta ganas de pujar. Es un periodo de una duración variable, dependiendo de muchos factores como: paridad, posición fetal, miedo a empujar, etc.

Dada la asimetría existente entre la forma de la cabeza fetal y la pelvis ósea materna, son necesarios una serie de movimientos durante su paso a través del canal del parto. Son siete movimientos: encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión.

Periodo de alumbramiento

Es el que transcurre desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta, y se espera que esto ocurra en un periodo de 30 a 40 min.

La separación de la placenta tiene lugar a nivel de la capa esponjosa de la decidua basal, como resultado de las contracciones uterinas sumadas a la retracción del útero que sigue al nacimiento. La retracción uterina reduce el tamaño del lecho placentario a $\frac{1}{4}$ del que tenía durante la gestación, como resultado la placenta se dobla hacia su interior, arrancando los vasos sanguíneos del espacio intervelloso y provocando una hemorragia retroplacentaria, que separa posteriormente a la placenta.

El proceso comienza con el nacimiento del recién nacido y la separación placentaria suele completarse en 5 minutos, pero la placenta puede retenerse en el útero más tiempo porque las membranas tardan más en desprenderse de la decidua subyacente.

El manejo del alumbramiento se puede hacer:

A. De forma expectante: se caracteriza por la espera paciente de los tres signos clásicos de separación de la placenta:

- 1- Alargamiento de la porción visible del cordón umbilical,
- 2- Sangre por la vagina que significa la separación de la placenta de la pared uterina
- 3- Cambio en la forma del fondo uterino de discoide a globular, con elevación de la altura del fondo.

Se deja que se separen la placenta y las membranas sin intervención. Una vez que los signos indican que se ha expulsado la placenta del útero y se halla en la vagina, se tracciona ligera y constantemente el cordón, hasta la salida de la placenta por la vagina, la tracción no debe ser brusca para que no se rompa el cordón.

No hay que realizar maniobras extractoras de la placenta hasta pasados los 30 minutos de duración normal del alumbramiento.

B. Para el manejo activo, se pueden administrar agentes uterotónicos, como la oxitocina, en el momento del parto del hombro anterior o después de la salida del feto (efecto 2-3 minutos tras administración). Se ha visto que el manejo activo del tercer estadio del parto, reduce significativamente las hemorragias del alumbramiento, la necesidad de transfusión, la tasa de anemia severa postparto y la duración del tercer periodo del parto.

Una vez que la placenta atraviesa la vulva, se agarra y retuerce la placenta expulsada con una tracción continua, para convertir las membranas en un cordón retorcido y que así se expulsen intactas. Junto con la placenta deben expulsarse las membranas ovulares, si se rompen, debe cogerse una pinza de Foerster o “de aro” y traccionar ligeramente rotando la pinza sobre si misma hasta su total extracción.

Una vez expulsada la placenta, se debe comprobar que el sangrado disminuye y que se forma el globo de seguridad uterino (útero se reduce, se contrae y el fondo se localiza 2 trasveses de dedo por debajo del ombligo).

La hemorragia normal en el parto es de unos 300 ml. Hemorragia postparto, pérdida superior a 500 ml de sangre.

La placenta, cordón umbilical y las membranas ovulares deben ser revisadas cuidadosamente, para comprobar su total integridad. El peso de la

placenta (excluyendo membranas y cordón) varía con el peso fetal, con una proporción de, aproximadamente, 1:6.

La inspección y palpación de la placenta deben incluir la superficie fetal y materna. Las anomalías de la lobulación (falta de un cotiledón placentario o un defecto en la membrana que sugiere un lóbulo succenturiato perdido), pueden sugerir la retención de una porción y ocasionar hemorragia o infección postparto.

Las inserciones anormales incluyen: inserción marginal (cordón se inserta en el margen de la placenta) y la membranosa (los vasos del cordón discurren a través de las membranas antes de fijarse al disco placentario).

Inspección del cordón. Longitud (longitud media 50-60 cm), número de vasos sanguíneos (dos arterias y una vena), nudos verdaderos, etc.

Posteriormente se debe revisar el periné (y el canal del parto si hay un sangrado), para proceder a la sutura necesaria.

Episiotomía y episiorrafia

La episiotomía es una incisión en el cuerpo perineal, realizada en el segundo estadio del parto. Se debe practicar en el momento en que la presentación atraviesa la extremidad inferior del conducto del parto y en el acmé de la contracción. Antes de una episiotomía, se debería infiltrar el periné con un anestésico local (lidocaína al 1 %), en abanico (se requieren tres líneas de infiltración), aunque la mujer ya tenga una anestesia epidural.

Las posibles indicaciones de una episiotomía son:

- a. Periné rígido que impide el parto.
- b. Cuando se crea inminente un desgarro extenso.
- c. La mayoría de los partos instrumentados.
- d. La distocia de hombros.

- e. El parto de nalgas.
- f. Para acelerar el parto por anomalías de la frecuencia fetal.
- g. Parto prematuro.

Tipos de episiotomía.

- Medio lateral: incisión en un ángulo de 45° desde la porción inferior del anillo himeneal, en dirección a la espina ciática. El lado en el que se realiza suele venir dictado por la mano dominante, aunque se suelen realizar en el lado derecho de la mujer. Se secciona el músculo bulbocavernoso. Se puede ampliar fácilmente, si es necesario. La cicatrización puede dejar una sensibilidad dolorosa que dura varios meses.
- Media: en la línea media desde la comisura posterior, en dirección al ano. Existe el peligro de que si se extiende, se provoca un desgarro de III o IV grado. Sangra poco, se sutura fácilmente, el resultado estético es mejor y provoca menos dolores. No es adecuada para principiantes.⁽¹⁸⁾

Cesárea

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina.⁽¹⁹⁾

Tipos

1. Cesárea electiva:

Es aquella que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada.

2. Cesárea en curso de parto o de recurso:

Se indica y realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia. Se incluyen: desproporción pélvico fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado.

3. Cesárea urgente:

Es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente. ⁽²⁰⁾

Causas

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: Maternas, Fetales o Mixtas.

A) Causas maternas

Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica):

- Estrechez pélvica.
- Pelvis asimétrica o deformada.
- Tumores óseos de la pelvis.

Distocia de partes blandas:

- Malformaciones congénitas.

- Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto.
- Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas.
- Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto.

Distocia de la contracción.

- Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta)
- Patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus, etc.

B) Causas fetales:

- Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica.
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- Prolapso de cordón umbilical
- Sufrimiento fetal agudo
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal
- Cesárea posmortem

C) Causas mixtas:

- Síndrome de desproporción cefalopélvica
- Preeclampsia/eclampsia
- Embarazo múltiple

- Infección amniótica
- Isoinmunización materno-fetal ⁽²¹⁾

2.3. Hipótesis de la Investigación

HI.-El control pre natal tiene relación con el tipo de parto de puérperas atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Ica, 2015.

HO.- El control pre natal no tiene relación con el tipo de parto de puérperas atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Ica, 2015.

2.4. Variables.

Variable Independiente : Control pre natal.

Variable Dependiente : Tipo de Parto.

Variable Interviniente : Puérperas

2.5. Marco Conceptual

Control prenatal.- Se entiende por control prenatal la serie de contactos, entrevistas, o visitas programadas de la grávida con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza. ⁽²²⁾

Parto eutócico.- Proceso de inicio y evolución espontanea, con una duración adecuada y en el que los factores del trabajo de parto interactúan de forma normal, culminando con la expulsión por vía vaginal del producto

de la concepción único, en presentación cefálica, de vertex, con sus anexos completos.

Parto distócico.- Parto con progreso anormal debido a inadecuada interacción de los factores que intervienen en él y que culmina por vía vaginal y/o abdominal. ⁽²³⁾

Puerperio.- El puerperio es el período de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente 6 a 8 semanas, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno. ⁽²⁴⁾

Sufrimiento fetal agudo (SFA).- La hipoxemia y la acidosis fetal durante el trabajo de parto pueden producir muerte fetal intraparto o neonatal, así como morbilidad neonatal respiratoria y lesión neurológica posterior. El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo es indicación para terminar la gestación en forma inmediata, lo que supone un parto por cesárea en los casos en que no hay condiciones para parto vaginal, no se ha completado la dilatación o se espera un expulsivo prolongado. En nuestro medio, es necesario el criterio clínico del médico gineco-obstetra quien principalmente en los casos de preeclampsia, oligohidramnios, diabetes o parto prolongado, hará una evaluación con la ayuda del partograma con curvas de alerta, para tomar la decisión más apropiada.

Mala presentación fetal.- Los casos con feto en situación transversa en el parto o con presentación de cara mentoposterior o de frente son indicaciones de cesárea. También lo son las presentaciones cefálicas deflexionadas, cuando el progreso del parto es dificultoso, comportándose como desproporciones fetopelvicas relativas. La presentación podálica es indicación de cesárea en el parto pretérmino, principalmente si se estima un

peso fetal muy bajo ,por la fragilidad fetal y por el riesgo de atrapamiento de la cabeza en un cuello insuficientemente dilatado, también en los casos de presentación podálica incompleta ,por el riesgo de prolapso de cordón. ⁽²⁵⁾

Oligohidramnios.- También llamado oligoamnios, consiste en la disminución del líquido amniótico por debajo de lo que es "normal" para la edad gestacional. Existencia de < 500 ml de líquido amniótico a término. ⁽²⁶⁾

Macrosomía Fetal.- El A.C.O.G. (Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología) define a la macrosomía fetal (también denominado hipertrófico), como aquel feto que pesa al nacer más de 4.000 grs., o que tiene un peso fetal estimado por ecografía de más de 4.500 grs. o por el peso al nacimiento en relación con la edad gestacional, considerándose el Percentil 90 como el valor que delimitaría a esta población de recién nacidos (RN). ⁽²⁷⁾

Colestasis Intrahepática.- Es una forma reversible de colestasis, específica de la gestación, que aparece en el 3º trimestre del embarazo (raramente antes de la semana 26) y que se resuelve espontáneamente tras el parto. ⁽²⁸⁾

Preeclampsia.- se define como la aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 del embarazo. Se suele acompañar de edemas pero no es necesaria la presencia de éstos para ser diagnosticada. Es una enfermedad característica y propia del embarazo de la que se pueden tratar los síntomas, pero sólo se cura con la finalización del mismo y si no se trata adecuadamente puede ser causa de graves complicaciones tanto para la mujer embarazada como para el feto.

Síndrome De Hellp.- El nombre viene del acrónimo compuesto por la abreviación en ingles de los signos que lo caracterizan: hemólisis (HE) elevación de los enzimas hepáticos (EL), y bajo recuento de plaquetas (LP). Es un síndrome grave de comienzo insidioso, en el que pueden con- fluir

diversas etiologías, pero que lo más habitual es que aparezca en el contexto de una preeclampsia, aunque a veces no sea manifiesta aún en el momento de su aparición, y que suele acompañarse de dolor en epigastrio y/o hipocondrio derecho y malestar general. Ello causa que a veces se retrase su diagnóstico pensando en una hepatitis, virosis, o una gastroenteritis.⁽²⁹⁾

Hemorragia por Desprendimiento de Placenta Previa (DPP).- Se manifestará a través de hemorragia vaginal en diferente cuantía. Hemorragia típicamente de sangre roja e indolora que comienza de forma insidiosa; se suelen presentar varios episodios durante el embarazo.⁽³⁰⁾

CAPITULO III

MATERIAL Y MÉTODO

3.1. Tipo y Diseño de la Investigación.

Investigación de tipo descriptivo correlacional de corte transversal de paradigma cuantitativo.

3.2. Área o Sede de Estudio.

El presente trabajo de investigación tuvo como sede de estudio el Hospital Regional de Ica, Perú en el año 2015.

3.3. Población Y Muestra, Criterios de Inclusión y Exclusión.

- **Población**

La población de estudio estuvo conformada por 2784 puérperas que fueron atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2015.

- **Muestra**

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

$$n = \frac{3.8416^2 (2784) (0.7) (0.3)}{0.05^2 (2784-1) + (3.8416)^2 (0.7) (0.3)}$$

$Z^2 =$	1.64 =	2.6896
$N =$	2784 =	2783
$P =$	0.7	
$Q =$	0.3	
$e^2 =$	0.05 =	0.0026

$$n = 203.7$$

Por medio de muestro probabilístico se obtuvo una muestra de 203 puérperas.

- **Criterios de inclusión**

- Puérperas con control prenatal sin intervalo de edad

- **Criterios de exclusión**

- Puérperas con control prenatal atendidas en otro establecimiento
- Madre con VIH

3.4. Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos.

Los datos necesarios para realizar esta investigación fueron obtenidos del Carnet de Atención Prenatal del Ministerio de Salud

3.5. Validez y Confiabilidad del Instrumento.

La validez del instrumento se hará con el uso de la prueba binomial, también se hará uso de la fórmula de R de Pearson a cada uno de los ítems del instrumento; para determinar la confiabilidad del instrumento se utilizó la fórmula alfa de Cronbach. Para la recolección de datos se realizará los trámites administrativos correspondientes a través de una solicitud al Director del Hospital Regional para solicitar la aprobación del trabajo de investigación.

3.6. Proceso de Recolección, Procesamiento y Análisis de los Datos.

- a) **Revisión de los Datos:** con la finalidad de examinar en forma crítica cada uno de los instrumentos utilizados (control de calidad) a fin de hacer las correcciones necesarias.
- b) **Codificación de Datos:** se hará con el estadístico.
- c) **Clasificación de los Datos:** según codificación, escala y nivel de medición e indicadores en cada variable identificada en el estudio.
- d) **Procesamiento de los Datos:** De acuerdo al método utilizado para conseguir el Plan de Tabulación necesario. Se utilizará el paquete estadístico SPSS 21.0; se ingresaran los datos codificando cada una las variables del instrumento que permitirá recolectar la información.
- e) **Recuento – Plan de tabulación de Datos:** Consiste en planear las tablas ficticias o en blanco necesarias para el recuento de los datos.
- f) **Presentación de los Datos:** Tanto los datos cuantitativos y cualitativos serán presentados en tablas estadísticas unidimensionales y bidimensionales con sus respectivas frecuencias absolutas, relativas y

acumuladas según sea el caso; también serán presentados los resultados en Tablas unidimensionales y bidimensionales, gráficos según la condición de la variable.

g) Plan de análisis e interpretación de datos: Los datos obtenidos durante la investigación, por medio de la ficha de recolección de datos, se ordenarán y procesarán en una computadora personal, valiéndonos de los programa SPSS 21.0 Se estudiarán las variables obtenidas en la consolidación y se procesarán estadísticamente, se observarán y analizarán los resultados y la posible aparición de relaciones entre ellos utilizando las medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar), para las variables cuantitativas y la moda para las variables cualitativas y ordinales.

3.7. Aspectos Éticos, Consentimiento Informado.

Nuestro estudio cumple las exigencias impuestas por la Declaración de Helsinki, Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO y la ley de Protección de los datos personales (Ley N° 29733); con el fin de salvaguardar la identidad e integridad moral de las pacientes estudiadas.

El presente estudio sigue principios de la bioética tales como, no maleficencia ya que no trabajamos directamente con las personas sino con el carnet de atención prenatal que figura en la historia clínica. Así como la beneficencia ya que buscamos el bien de un determinado grupo, en este caso de las gestantes que llevarán el control prenatal, con la intención de buscar un beneficio para el binomio madre – niño

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS

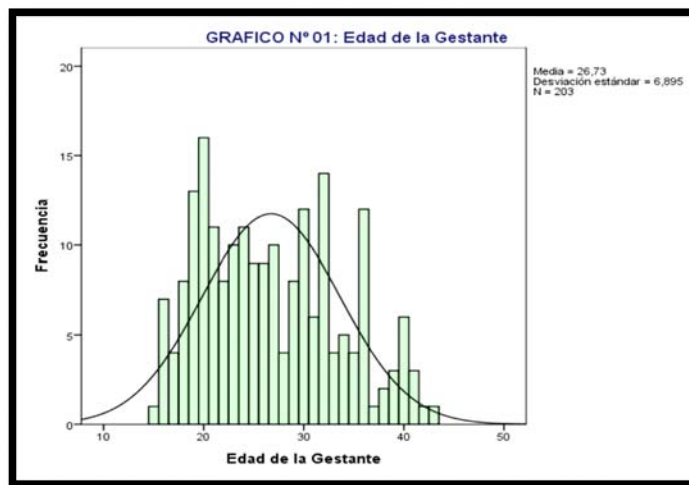
4.1. Resultados y Análisis de los Datos.

Tabla N° 01

**Control Prenatal-Según Grupos De Edad. Servicio De Obstetricia
Hospital Regional De Ica. Año: 2015**

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
De 15-19 años	33	16.3%	16.3%
De 20-29 años	96	47.3%	63.5%
De 30-39 años	63	31.0%	94.6%
De 40 y más años	11	5.4%	100%
Total	203	100%	

Fuente: Carné pre natal.



Análisis.-Según las edades de atención en el control prenatal de las púerperas atendidas en el Hospital Regional de Ica, el 47.3% (n=96) correspondieron a púerperas Jóvenes De 20-29 años, el 31% a púerperas entre 30 a 39 años, el 16.3% fueron adolescentes y solo el 5.4% de 40 a más años. La edad media de las púerperas fue de 26 años; con una dispersión promedio de 6 años con respecto a la media. El grafico nos permite definir que presenta asimetría ligeramente negativa.

Tabla N° 02
Control Prenatal Precoz Y Su Relación Con El Parto Según Tiempo De
Gestacion
Servicio De Obstetricia - Hospital Regional De Ica
Año: 2015

CPN Precoz	Tipo de Parto: Según tiempo de Gestación				Total
	Parto de término		Parto pretérmino		
	Nº	%	Nº	%	Nº
NO	153	75.4%	11	5.4%	164
SI	35	17.2%	4	2.0%	39
Total	188	92.6%	15	7.4%	203

Fuente: Carné pre natal.

En cuanto a las puérperas que no presentaron control prenatal precoz el 75.4% tuvieron un parto de termino y solo el 5.4% con parto pretérmino; mientras que los que sí tuvieron control prenatal precoz el 17.2% presentaron parto de termino y el 2.0% parto pretérmino.

En cuanto a la relación del control prenatal precoz y el tipo de parto según tiempo de gestación; así tenemos que el $\chi^2=0.495$ y es > 0.05 ; por lo tanto se rechaza la hipótesis nula; es decir que no existe relación significativa entra ambas variables.

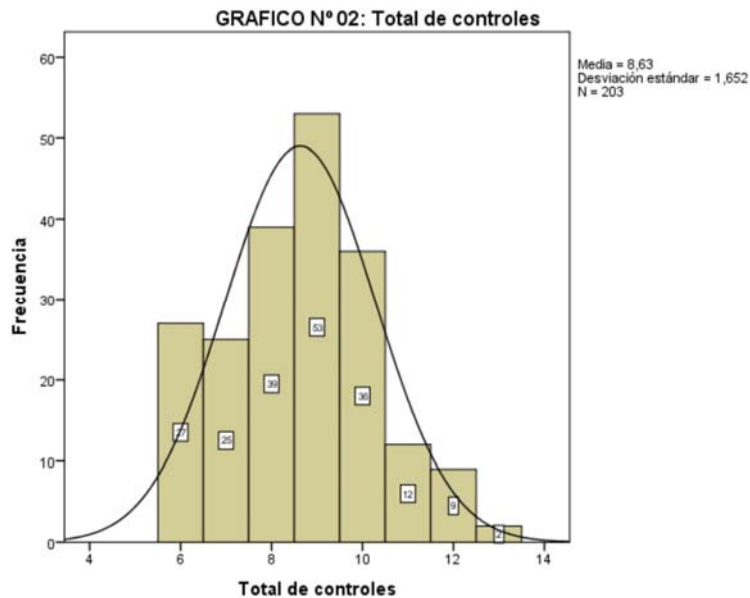
Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,580 ^a	1	0.446	0.495	0.319

Tabla N° 03
Control Prenatal-Según Número De Controles
Servicio De Obstetricia - Hospital Regional De Ica
Año: 2015

Controles	Frecuencia	Porcentaje
De 6 controles	27	13.3%
De 7 a mas controles	176	86.7%
Total	203	100.0%

Fuente: Carné pre natal.

Análisis.-Del total de puérperas atendidas solo el 13.3% presentaron solo 6 controles y el 86.7% tuvieron de 7 a más controles, con un máximo control de 13; lo que nos permite dar un indicativo que la mayoría de las puérperas que fueron atendidas por lo que supuestamente presentaron algún riesgo en algún momento de su gestación.



Análisis.-Las puérperas presentaron un promedio de 8 controles durante su control prenatal; y una dispersión promedio de 1.6 controles respecto a la media; y los datos presentaron una simetría normal.

Tabla N° 04
Control Prenatal-Según Parto Por Finalización
Servicio De Obstetricia - Hospital Regional De Ica
Año: 2015

Según Finalización	Frecuencia	Porcentaje
Cesárea	118	58.1%
Eutócico	85	41.9%
Total	203	100.0%

Fuente: Carné pre natal.

Análisis.- Según la finalización del parto, se tuvo que del total de puérperas el 58.1% de los controles prenatales culminaron en parto por cesárea y el 41.9% culminaron en un parto eutócico.

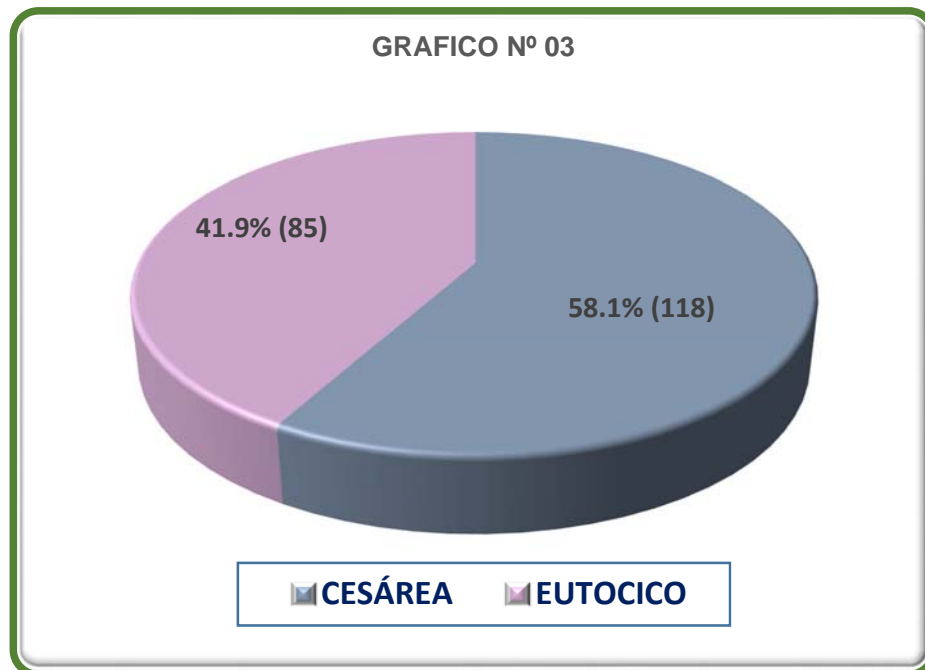


Tabla N° 5
Control Prenatal y Tipo De Parto
Servicio De Obstetricia - Hospital Regional De Ica
Año: 2015

Gestante Controlada	Tipo de Parto: Según Finalización				Total	
	Cesárea		Eutócico			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De 6 controles	14	6.9%	13	6.4%	27	13.3%
De 7 a más controles	104	51.2%	72	35.5%	176	86.7%
Total	118	58.1%	85	41.9%	203	100%

Fuente: Carné pre natal.

Análisis.- En puérperas que completaron sus 6 controles el 6.9% fue por cesárea y el 6.4% eutócico no existiendo una diferencia significativa; en las que cumplieron más de 6 controles el 51.2% fue por cesárea y el 35.5% por eutócico.

En cuanto a la relación del control prenatal y el tipo de parto según finalización; tenemos que el $\chi^2=0.5326$ y es > 0.05 ; por lo tanto se rechaza la hipótesis nula; es decir que no existe relación significativa entre ambas variables.

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,504 ^a	1	0.4777	0.5326	0.3065

Tabla N° 06
Control Prenatal-Según Control Prenatal Precoz
Servicio De Obstetricia - Hospital Regional De Ica
Año: 2015

CPN Precoz	Frecuencia	Porcentaje
NO	164	80.8%
SI	39	19.2%
Total	203	100.0%

Fuente: Carné pre natal.

Análisis.-Respecto al control prenatal de las puérperas atendidas en el Hospital Regional; solo el 19.2% tuvieron un primer contacto con los servicios de este nosocomio en el primer trimestre de su gestación, y el 80.8% no lo tuvieron, es decir que este universo de gestantes no se les llevo a identificar algún riesgo inicial durante el inicio de su gestación.

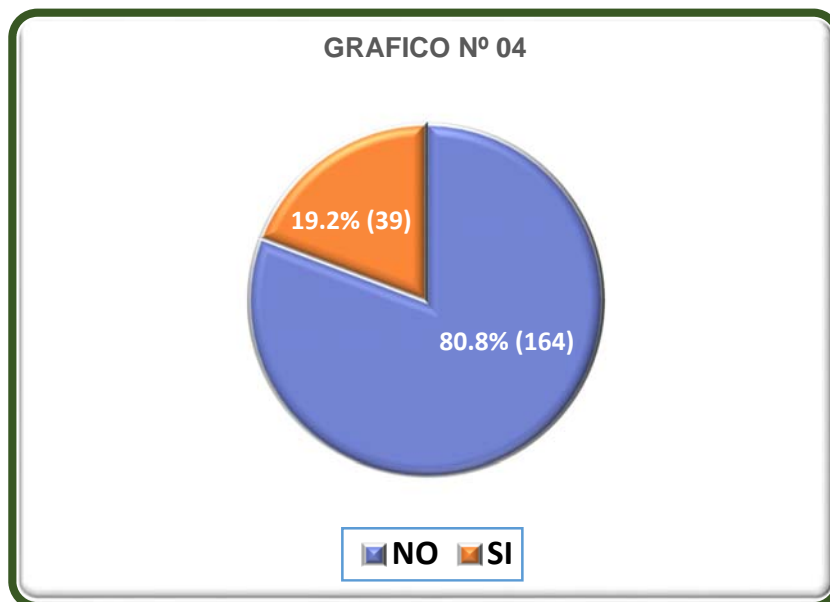


Tabla N° 07
Control Prenatal Precoz Y Su Relación Con tipo de Parto Según
Finalización
Servicio De Obstetricia - Hospital Regional De Ica
Año: 2015

CPN Precoz	Tipo de Parto: Según Finalización				Total
	CESÁREA		EUTOCICO		
	Nº	%	Nº	%	Nº
NO	92	45.3%	72	35.5%	164
SI	26	12.8%	13	6.4%	39
Total	118	58.1%	85	41.9%	203

Fuente: Carné pre natal.

Análisis.-Los resultados permiten identificar que el 45.3% de puérperas que no tuvieron control prenatal precoz tuvo como finalización parto por cesárea y el 35.5% en parto eutócico. En cuanto a la relación del control prenatal precoz y el tipo de parto según finalización; siendo el objetivo de la prueba del chi-cuadrado comprobar la hipótesis mediante la significación; así tenemos que el $\text{Chi}^2=0.28$ y es > 0.05 ; por lo tanto se rechaza la hipótesis nula; es decir que no existe relación significativa entra ambas variables.

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,446 ^a	1	0.229	0.280	0.153

Tabla N° 08
Control Prenatal-Según Control Prenatal Periódico
Servicio De Obstetricia - Hospital Regional De Ica
Año: 2015

CPN Periódico	Frecuencia	Porcentaje
NO	144	70.9%
SI	59	29.1%
Total	203	100.0%

Fuente: Carné pre natal.

Análisis.- En cuanto al control periódico de las puérperas durante su control prenatal, solo el 29.1% presento este tipo de control lo que ayudo a programar a la gestante sus controles según los intervalos de tiempo que le correspondía, según la identificación de alguna presentación de riesgo o no; y el 70.9% de las puérperas no se les realizo un control prenatal periódico.

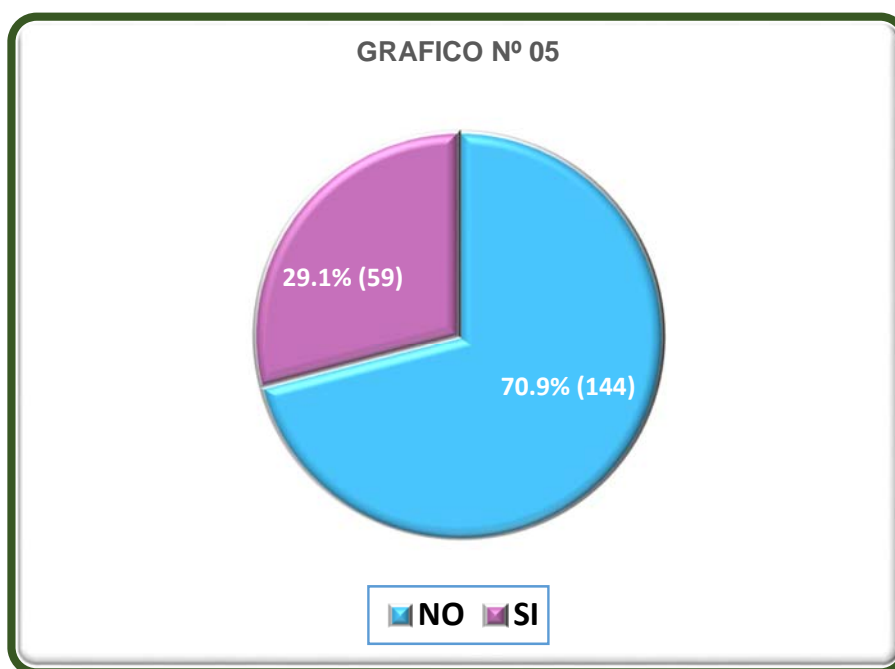


Tabla N° 09
Control Prenatal Periodico Y Su Relacion Con El Parto Según
Finalizacion
Servicio De Obstetricia - Hospital Regional De Ica
Año: 2015

CPN Periódico	Tipo de Parto: Según Finalización				Total
	CESÁREA		EUTOCICO		
	Nº	%	Nº	%	Nº
NO	83	40.9%	61	30.0%	144
SI	35	17.2%	24	11.8%	59
Total	118	58.1%	85	41.9%	203

Fuente: Carné pre natal.

Análisis.- Del total de muestra solo 59 puérperas sí tuvieron un control prenatal periódico y 144 no lo tuvieron. Las puérperas que presentaron un CPN periódico el 17.2% culmino en cesárea y el 11.8% en parto eutócico; y las puérperas que no tuvieron un CPN periódico el 40.9% termino en cesárea y el 30% en eutócico.

En cuanto a la relación del control prenatal precoz y el tipo de parto según finalización; tenemos que el $\chi^2=0.876$ y es > 0.05 ; por lo tanto se rechaza la hipótesis nula; es decir que no existe relación significativa entra ambas variables.

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,049 ^a	1	0.825	0.876	0.476

Tabla N° 10
Control Prenatal-Según Causas De Morbilidad
Servicio De Obstetricia - Hospital Regional De Ica
Año: 2015

Causas De Morbilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin Complicaciones	85	41.9%	41.9%
Sufrimiento fetal agudo (SFA)	23	11.3%	53.2%
Cesárea Anterior	20	9.9%	63.1%
Oligohidramnios	11	5.4%	68.5%
Macrosomía Fetal	10	4.9%	73.4%
Circular De Cordón	8	3.9%	77.3%
Presentación Podálica	5	2.5%	79.8%
Taquicardia Fetal	5	2.5%	82.3%
Embarazo Gemelar	4	2.0%	84.2%
Expulsivo Prolongado	4	2.0%	86.2%
Hemorragia Por DPP	4	2.0%	88.2%
Preeclampsia	4	2.0%	90.1%
Rotura Prematura de Membranas	4	2.0%	92.1%
Colestasis Intrahepática	3	1.5%	93.6%
Estrechez Pélvica	3	1.5%	95.1%
Placenta Previa	3	1.5%	96.6%
Situación Oblicua	3	1.5%	98.0%
Incompatibilidad Rh(-)	2	1.0%	99.0%
Rotura Uterina	1	0.5%	99.5%
Síndrome De Helyp	1	0.5%	100%
Total	203	100%	

Fuente: Carné pre natal.

Análisis.-En cuanto a las causas de morbilidad por alguna complicación que pudieron presentar las puérperas durante control prenatal se tuvo que el 11.3% presentaron SFA, el 9.9% de ellas tenían una cesárea anterior, el 5.4% presento oligohidramnios, el 4.9% macrosomía fetal y el 3.9% circular de cordón según el orden de importancia; así también se tuvo que el 41.9% de las puérperas no presentaron complicaciones.

4.2. Discusión de Resultados.

En el presente trabajo de investigación en la Tabla N° 01 indica que Según las edades de atención en el control prenatal de las puérperas de la muestra atendidas en el Hospital Regional de Ica, fue que el 47.3% (n=96) correspondieron a puérperas Jóvenes De 20-29 años, el 31% a puérperas entre 30 a 39 años, el 16.3% fueron adolescentes y solo el 5.4% de 40 a más años. La edad media de las puérperas fue de 26 años;. De acuerdo a Cruz Trinidad Mari Cinthia en la tesis Factores de Riesgo Maternos Preconcepcionales y Concepcionales del Parto Pretérmino en Gestantes Atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima- Perú. 2014 en los resultados encontrados la edad media materna de los casos fue 27.5 ± 7.3 años coincidiendo con la investigación. ⁽³¹⁾

En la tabla N° 2: Control Prenatal Según Parto por Tiempo de Gestación en el Servicio de Obstetricia - Hospital Regional de Ica, en cuanto a las puérperas que no presentaron control prenatal precoz el 75.4% tuvieron un parto a término y solo el 5.4% un parto pretérmino; mientras que los que sí tuvieron control prenatal precoz el 17.2% presentaron parto a termino y el 2.0% un parto pre término. Según Cruz Trinidad Mari Cinthia en la tesis “Factores de Riesgo Maternos Preconcepcionales y Concepcionales del Parto Pretérmino en Gestantes Atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima - Perú. 2014” se logró demostrar que el antecedente de parto pretérmino, antecedente materno de infección urinaria pregestacional y un control prenatal inadecuado fueron los factores de riesgo estadísticamente significativos ($p < 0.05$) que incrementan el riesgo de padecer un evento de parto pretérmino hasta 4.5, 2.8 y 3.0 veces respectivamente. En este caso no coincidimos con la investigación ya que solo el 5.4% de la muestra tuvo un parto pretermino, a pesar de no haberse realizado un control prenatal precoz. ⁽³²⁾

En la tabla N° 03 Control Prenatal Según Número de Controles en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Ica, se evidencia que del total de puérperas atendidas solo el 13.3% presentaron 6 controles y el 86.7% tuvieron de 7 a más controles, como podemos apreciar todas las gestantes tuvieron al menos 6 controles que es el número mínimo de controles que establece el MINSA. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del ENDES en el año 2015, en el Perú solo el 1.3% de las gestantes no tuvieron ningún control prenatal, cifra que es comparable con nuestros resultados ya que de la muestra todas las madres tuvieron al menos 6 controles prenatales, es decir todas las madres fueron atendidas no hubo gestante que no tuviera controles prenatales, además las encuestas del ENDES evidencian que un 88.4% de gestantes tuvieron más de 6 controles, cifra que también coincide con los resultados obtenidos en la investigación.⁽³³⁾

En la tabla N° 5: Control Prenatal Precoz y Tipo de Parto en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Ica. Se encontró que el 13% de puérperas completaron sus 6 controles y de estas, el 6.9% tuvo parto por cesárea y el 6.4% tuvo un parto eutócico no existiendo una diferencia significativa. También se obtuvo que el 86.7% de puérperas tuvo más de 6 controles de las cuales el 51.2% tuvo un parto por cesárea y el 35.5% un parto eutócico. En la investigación realizada por Arispe C., Salgado M., Tang G., González C. y Rojas J. en su estudio Frecuencia De Control Prenatal Inadecuado Y De Factores Asociados A Su Ocurrencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima - Perú en el año 2011, los resultados demuestran que sólo 28 puérperas (7,4%) tuvieron CPN adecuado, 111 (28,9%) tuvieron entre 1 a 5 controles, 22 (5,7%), ninguno y 66,1% realizaron más de 6 visitas ⁽³⁴⁾, no concordando con nuestra investigación. En cuanto al tipo de parto, la investigación realizada por Che León V. en la investigación Indicadores De Alto Riesgo Obstétrico y su Relación con la Decisión de la Cesárea en el Hospital la Caleta de Chimbote en cuanto a la relación entre la ausencia de control prenatal y el tipo de parto se

pudo encontrar que del total de mujeres cesareadas el ocho por ciento no se realizó controles prenatales, en comparación con ningún caso de mujeres que dieron a luz de parto natural ya que todas ellas sí se realizaron sus controles prenatales adecuados ⁽³⁵⁾, en este caso tampoco coincide con nuestra investigación ya que del 86.7% de las puérperas a pesar de haber cumplido sus controles prenatales, el 51.2% tuvo un parto por cesárea y solo el 35.5% tuvo un parto normal. Sin embargo sí coincidimos con Venegas, Fausto y Martínez en la tesis Control prenatal vs Resultado Obstétrico Perinatal, quienes concluyeron que las distocias fueron más frecuentes en las madres con control prenatal con un 69.30% en este grupo contra un 47.50% del grupo que no acudió a control prenatal. ⁽³⁵⁾

El primer contacto debe realizarse temprano, durante el primer trimestre de la gestación, ello permite la identificación de alto riesgo y la ejecución oportuna de acción de la salud. En la Tabla N° 06: Control Prenatal Precoz en el Servicio De Obstetricia del Hospital Regional de Ica. Respecto al control prenatal de las puérperas atendidas en el Hospital Regional; solo el 19.2% tuvieron un primer contacto con los servicios de este nosocomio en el primer trimestre de su gestación, y el 80.8% no lo tuvieron. Además en la tabla N 8°: Control Prenatal Según Control Prenatal Periodico en el Servicio De Obstetricia en el Hospital Regional De Ica se evidencia que solo el 29.1% presento un control prenatal periódico lo que ayudo a programar a la gestante sus controles según los intervalos de tiempo que le correspondía, según la identificación de alguna presentación de riesgo o no; y el 70.9% de las puérperas no tuvo un control prenatal periódico. Aquí se puede evidenciar que son pocas las gestantes que acuden a los servicios de salud de manera temprana y esto de alguna manera conduce a que el los controles no sean programados como establece el MINSA y por consiguiente la atención no sea periódica como se evidencia en los resultados. Según Flores Bazán e Ylatoma Melendez, en su tesis titulada Relación Entre el Nivel de Conocimiento y las Actitudes Sobre Algunos Signos y Síntomas de Alarma del Embarazo en las Gestantes

Atendidas en el Centro de Salud Morales, entre Junio y Setiembre del 2012 en Tarapoto – Perú, en cuando a la relación al inicio del control prenatal, se obtuvo que solo el 25.8% de las gestantes inicia su control prenatal en el primer trimestre; y el 51.6% inició su atención prenatal durante el II trimestre, no coincidiendo con nuestros resultados. ⁽³⁶⁾

En la Tabla N° 10 Control Prenatal Según Causas de Morbilidad en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Ica. En cuanto a las causas de morbilidad por alguna complicación que pudieron presentar las puérperas durante control prenatal se tuvo que el 11.3% presentaron SFA, el 9.9% de ellas tenían una cesárea anterior, el 5.4% presento oligohidramnios, el 4.9% macrosomía fetal y el 3.9% circular de cordón según el orden de importancia; así también se tuvo que el 41.9% de las puérperas no presentaron complicaciones durante su control prenatal. En la investigación Incidencia de Cesárea y sus Principales Indicaciones en el Hospital II Suarez Angamos de Essalud Miraflores – Lima, Año 2010 de la autora Maquera Quispe F., tuvo como resultado que la principal indicación de cesárea fue el sufrimiento fetal (20,74%) lo que corresponde a la quinta parte de todos los casos, un porcentaje muy cercano de 17,47% corresponde a la indicación de desproporción céfalo pélvica y en tercer lugar con un 14,19% se refiere a la indicación de trabajo de parto disfuncional, las que constituyeron las tres principales indicaciones para la operación cesárea. En este caso se coincide con nuestra investigación en que la principal causa de cesárea es el sufrimiento fetal agudo, sin embargo esta información no coincide con Gálvez Liñan, E. quien en su tesis titulada Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao, periodo enero-diciembre 2013, manifiesta que las principales causas de cesárea son la desproporción céfalo pélvica y la macrosomía fetal que representan un 12% del total de cesareadas. ⁽³⁷⁾

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.

1. Se evidencio que gestantes con 6 controles un 6.4% culmino en un parto eutócico, y el 6.9% culmino en distócico asimismo gestantes con más de 7 controles el 35.5% culmino en un parto eutócico y el 51.2% finalizó en distócico. Este estudio nos demuestra que no existe relación entre el control pre natal y el tipo de parto.

2. Los resultados permiten identificar que el 45.3% de puérperas que no tuvieron control prenatal precoz tuvo como finalización parto por cesárea y el 35.5% en parto eutócico. En cuanto a la relación del control prenatal precoz y el tipo de parto según finalización, se rechaza la hipótesis nula; es decir que no existe relación significativa entra ambas variables.

3. Del total de muestra solo 59 puérperas sí tuvieron un control prenatal periódico y 144 no lo tuvieron. Las puérperas que presentaron un CPN periódico el 17.2% culmino en cesárea y el 11.8% en parto eutócico; y las puérperas que no tuvieron un CPN periódico el 40.9% termino en cesárea y el 30% en eutócico. En cuanto a la relación del control prenatal precoz y el tipo de parto según finalización se rechaza la hipótesis nula; es decir que no existe relación significativa entra ambas variables.

4. En cuanto a las causas de morbilidad por alguna complicación que pudieron presentar las puérperas durante control prenatal se tuvo que el 11.3% presentaron SFA, el 9.9% de ellas tenían una cesárea anterior, el 5.4% presento oligohidramnios, el 4.9% macrosomía fetal y el 3.9% circular de cordón según el orden de importancia; así también se tuvo que el 41.9% de las puérperas no presentaron complicaciones

5.2. Recomendaciones.

1. Promocionar la atención prenatal con el fin de reducir el porcentaje de cesáreas asimismo las complicaciones, tanto para la madre como para el bebe además disminuir el impacto económico que conlleva una cesárea para las familias de bajos recursos económicos
2. El Hospital regional de Ica debe promocionar estudios científicos con el fin de comprobar que el control prenatal está siendo precoz y periódico en todas las gestantes para así poder tomar acciones que difundan esta atención que no solo beneficia la salud de la madre, sino que también la del nuevo ser en camino
3. El Hospital regional de Ica debe Realizar capacitaciones al personal de salud, con el fin de que la gestante reciba un control prenatal completo y de óptima calidad que sea integral y que cumpla con los estándares impuestos en la Norma Técnica de Salud Materna del MINSA.
4. El ministerio de salud deben diseñar programas de difusión por medio de sesiones educativas o por publicidad en diferentes medios, la importancia del control prenatal, con el fin de captar a todas las madres o mujeres en edad fértil en el primer trimestre de gestación, como es debido. Para así poder reducir la tasa de mortalidad materna y perinatal detectando alguna complicación que pueda influir en la decisión médica de realizar una cesárea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Periódico El Comercio. Partos por cesárea: buscan conocer cuántos fueron innecesarios [en línea]. Perú: <http://www.larepublica.pe/12-05-2014/en-10-se-incrementaron-los-casos-de-cesareas-en-los-ultimos-6-anos> [Consultado: 29 de febrero. 2017]
2. Casini S, Sáinz L, Hertz M, Andina E. Guía De Control Prenatal. Embarazo Normal. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 2002, 21(2):51-62
3. Periódico La República. En 10% se incrementaron los casos de cesáreas en los últimos 6 años [en línea]. Perú: <http://www.larepublica.pe/12-05-2014/en-10-se-incrementaron-los-casos-de-cesareas-en-los-ultimos-6-anos> [Consultado: 29 de abril. 2015]
4. Soto C, Teuber H, Cabrera C, Marín M, Cabrera J, Da Costa M, Araneda H. Revista chilena de obstetricia y ginecología 2006, 71(2): 98-103
5. Rico Venegas R, Ramos Frausto V, Martínez P. Control prenatal vs resultado obstétrico perinatal. Enfermería Global México: 2012, 11(27): 397-407
6. Che Leon, V.H. Indicadores de alto riesgo obstétrico y su relación con la decisión de la cesárea en el hospital la caleta de Chimbote [En línea] Perú:<http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20IV%202009/6%20Indicadores%20ARO.pdf> [Consulta: 29 de setiembre. 2016]
7. Maquera Q, Incidencia De Cesárea Y Sus Principales Indicaciones En El Hospital 11 Suárez Angamos De Essalud Miraflores- Lima, Año 2010

[tesis para optar Título Profesional de Médico Cirujano]Lima- Perú. 2014.
Pp. Vi

8. Arispe, Salgado, Tang, Gonzales y Rojas, Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia [tesis para optar Título Profesional de Médico Cirujano] Lima- Perú. 2012. Pp. Vi
9. Flores e Ylatoma, Relación Entre El Nivel De Conocimiento Y Las Actitudes Sobre Algunos Signos Y Síntomas De Alarma Del Embarazo En Las Gestantes Atendidas En El Centro De Salud Morales, Junio – Setiembre 2012 [tesis para optar Título Profesional de Médico Cirujano] 2012 Tarapoto – Perú. Pp. Vi
10. Gálvez Liñan, Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao, en el período Enero - Diciembre 2013 [tesis para optar Título Profesional de Médico Cirujano] 2014 Lima – Perú. Pp. 7
11. Cruz T. Factores De Riesgo Maternos Preconcepcionales Y Concepcionales Del Parto Pre término En Gestantes Atendidas En El Hospital Santa Rosa, [tesis para optar Título Profesional de Médico Cirujano]Lima- Perú. 2014. Pp. Vi
12. MINSA, Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Materna. Perú: NTS N° 105 – MINSA/DGSP.V.01 2013: p. 11 - 17
13. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Argentina; 2013: p. 28
14. MINSA, Estrategia Sanitaria Nacional Salud Sexual Y Reproductiva: Atención Materno Perinatal. Perú; 2010: p. 4

- 15.** Orlando R, Obstetricia y Ginecología. Cuba: Ed. Ciencias Médicas; 2004: Capítulo 9, p. 85
- 16.** Universidad de Murcia. Comisión de Apuntes de Obstetricia. [en línea] España: <http://www.eduval.es/Medicina/OBSTETRICIA.pdf> [Consulta: 27 enero. 2017]
- 17.** Orlando R, Obstetricia y Ginecología. Cuba: Ed. Ciencias Médicas; 2004: Capítulo 9, p. 86-87
- 18.** Vásquez J, Rodríguez L, Palomo R, Romeau M. Manual básico de Obstetricia y Ginecología. Perú: Ed. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2013: p 233 - 260
- 19.** Cunningham G, Mac Donald C, Gant F, Leveno J, Gilstrap, Hankins V, Clark C. Obstetricia. 20^a. ed. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 1998.
- 20.** Dunn, L. J. Cesárea y otras operaciones obstétricas. 6^o ed. Estados Unidos: Ed. Interamericana; 990 pp: 673-684,
- 21.** Instituto Nacional de Perinatología. Procedimientos en Obstetricia y Ginecología. 1998.
- 22.** Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Argentina; 2013: p. 28
- 23.** Guías clínicas para el procedimiento de la atención obstétrica. Instituto Materno Perinatal. Perú; 2015: p. 77

24. Octavio Peralta M. Aspectos Clínicos Del Puerperio [En línea] Perú:
http://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf
[Consulta: 29 de setiembre. 2016]
25. Gálvez Liñan, Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao, en el período Enero - Diciembre 2013 [tesis para optar Título Profesional de Médico Cirujano] 2014 Lima – Perú. Pp. 27 – 28
26. Ramírez J. Aspectos Fisiología del Líquido Amniótico. Embarazo Postérmino [En línea] España:
<http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-17.pdf> [Consulta: 29 de setiembre. 2016]
27. Burrow Gerard F. Complicaciones médicas durante el embarazo: Manejo obstétrico de la paciente de alto riesgo. 4° ed. México: Ed. Panamericana; Capítulo 5, p. 105 – 107
28. Martínez M, Teixico I, Palacio M. [En línea] España:
https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/colestasis%20intrahep%E1tica.pdf [Consulta: 29 de setiembre. 2016]
29. Gul A, Cebeci A, Aslan H, Polat I, Ozdemir A, Ceylan Y. Perinatal outcomes in severe preeclampsia-eclampsia with and without HELLP syndrome. Gynecol Obstet Invest 2005; 59: 113-8
30. Zapardiel I, De la Fuente J, Bajo J. Guía Práctica De Urgencias En Obstetricia Y Ginecología. España: Ed. Habe; Capítulo 6, p. 25
31. Cruz T. Factores De Riesgo Maternos Preconcepcionales Y Concepcionales Del Parto Pre término En Gestantes Atendidas En El Hospital Santa Rosa, [tesis para optar Título Profesional de Médico Cirujano]Lima- Perú. 2014. Pp. Vi

- 32.** Cruz T. Factores De Riesgo Maternos Preconcepcionales Y Concepcionales Del Parto Pre término En Gestantes Atendidas En El Hospital Santa Rosa, [tesis para optar Título Profesional de Médico Cirujano]Lima- Perú. 2014. Pp. Vi
- 33.** ENDES. Encuesta Demográfica y Salud Familiar. 2015. Perú
- 34.** Arispe, Salgado, Tang, Gonzales y Rojas, Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia [tesis para optar Título Profesional de Médico Cirujano] Lima- Perú. 2012. Pp. Vi
- 35.** Rico Venegas R, Ramos Frausto V, Martínez P. Control prenatal vs resultado obstétrico perinatal. Enfermería Global México: 2012, 11(27): 397-407
- 36.** Flores e Ylatoma, Relación Entre El Nivel De Conocimiento Y Las Actitudes Sobre Algunos Signos Y Síntomas De Alarma Del Embarazo En Las Gestantes Atendidas En El Centro De Salud Morales, Junio – Setiembre 2012 [tesis para optar Título Profesional de Médico Cirujano] 2012 Tarapoto – Perú. Pp. Vi
- 37.** Gálvez Liñan, Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao, en el período Enero - Diciembre 2013 [tesis para optar Título Profesional de Médico Cirujano] 2014 Lima – Perú. Pp. 7

ANEXOS

TABLA I.
Operacionalización de Variables.

VARIABLE	VARIABLES OPERACIONALES	INDICADORES	INDICES
Vi	Control pre natal	- Precoz - Periódico	- 0 controles - 6 controles - > 6 controles
Vd	Tipo de parto	- Eutócico - Cesárea	- Sin complicaciones - Distocias
Vi	Gestantes	- Edad	14 – 21 22 – 29 30 – 37 38 – 45

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“Control Prenatal y su Relación con el Tipo de Parto en Púérperas Atendidas en el Hospital Regional de Ica, 2015”

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	VARIABLES DE ESTUDIO	INDICADORES	METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN
¿Cuál es la relación entre el control prenatal y el tipo de parto en púérperas atendidas en el servicio de obstetricia en el hospital regional de Ica – 2015?	<p>Objetivo General Conocer la relación entre el control prenatal y el tipo de parto en gestantes atendidas en el hospital Regional de Ica, 2015.</p> <p>Objetivos Específicos.</p> <p>1. Determinar la relación del control prenatal precoz y el tipo de parto en púérperas atendidas en el Hospital Regional de Ica, 2015.</p> <p>2. Determinar la</p>	<p>HI. -El control pre natal tiene relación con el tipo de parto de púérperas atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Ica, 2015.</p> <p>HO. - El control pre natal no tiene relación con el tipo de parto de púérperas atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Ica, 2015.</p>	<p>Variable Independiente: Control pre natal.</p> <p>Variable Dependiente: Tipo de Parto.</p> <p>Variable Interviniente: Púérperas</p>	<p>- Precoz</p> <p>- Periódico</p> <p>- Eutócico</p> <p>- Cesárea</p> <p>- Edad</p>	<p>Tipo y Diseño de la Investigación.</p> <p>Investigación de tipo descriptivo correlacional de corte transversal de paradigma cuantitativo.</p> <p>Área o Sede de Estudio.</p> <p>El presente trabajo de investigación tuvo como sede de estudio el Hospital Regional de Ica, Perú en el año 2015.</p>

	<p>relación del control prenatal periódico y el tipo de parto en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Ica, 2015.</p> <p>3. Determinar las causas más comunes de cesárea en puérperas atendidas en el Hospital Regional de Ica, 2015</p>				<p>Población</p> <p>La población de estudio estuvo conformada por 2784 puérperas que fueron atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Regional de Ica en el año 2015.</p> <p>Muestra</p> <p>Por medio de nuestro probabilístico se obtuvo una muestra de 203 puérperas.</p>
--	---	--	--	--	--

CONTROLES PRENATALES	CONTROL 1	CONTROL 2	CONTROL 3	CONTROL 4	CONTROL 5	CONTROL 6	CONTROL 7	CONTROL 8	CONTROL 9
Fecha de CPN (a/m/d)									
Edad Gest. (Semanas)									
Peso madre (Kg)									
Temperatura (° C)									
Tensión arter. (Mm. Hg) Sistólica / Diastólica	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Altura uterina (cm)									
Presentación (C/P/T/NA)									
F.C.F. (por min. NA)									
Mov. fetal (+/+/+/+/+/SM/NA)									
Edema (+/+/+/+/+/SE)									
Pulso materno (por min.)									
Consejería PF (Si/No/NA)									
Perfil Biofísico (4, 5, 6, 8, 19 de 10/NSH/NA)									
Cita (a/m/d)									
Visit. domicil. (Si/No/NA)									
Establoc. de la atención									
Responsable del Control									

C = Cefálica NA = No Aplica NSH=No se hizo P = Pélvica SE = Sin Edema SM = Sin Movimiento T = Transversa

OBSERVACIONES:

INDICACIONES:

Patologías Maternas (CIE 10)

Sin patologías

Fecha:

Otros (CIE 10):

- 1.
- 2.
- 3.

/ / /
/ / /
/ / /

1:
2:

Los códigos que se presentan corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades, Revisión 10 (CIE 10)

PATOLOGÍAS	CÓDIGOS	PATOLOGÍAS	CÓDIGOS	PATOLOGÍAS	CÓDIGOS
ABORTO COMPLETO	O0295	EDEMA Y PROTEINURIA X GESTA S/HTA	O12	MUERTE OBST x CAUSA NO ESPECIF	O95
ABORTO INCOMPLETO	O0290	EMBARAZO DOBLE	O300	OLIGOHIDRAMNIOS	O410
ABORTO NO ESPECIFICADO(INCL.A INDUC.)	O06	EMBARAZO ECTOPICO	O00	OTRA PATOLOGIA MATERNA	O999
ABORTO RETENIDO	O021	EMBARAZO PROLONGADO	O48	OTRAS COMP x TDP/PARTO	O75
ABORTO SEPTICO	O080	EMBARAZO TRIPLE	O301	OTRAS ENF MAT EMB-PART-PUER	O99
ABORTO TERAPEUTICO	O04	EMBOLIA OBSTETRICA	O88	OTRAS OBSTRUCC. DEL TDP	O86
AMENAZA DE ABORTO	O200	ENF. MATER INFECC-PARAS EMB-PART-PUER	O98	OTROS TRANS LIQ AMNIOTICO Y MEMB	O11
ANEMIA EN EMB-PART-PUER	O990	FALSO TRABAJO DE PARTO	O47	PARTO PREMATURO (INCL.AMENAZA)	O80
ANOMALIA CONGENITA DEL UTERO	O340	FRACASO DE LA INDUCCION DEL TDP	O81	PLACENTA PREVIA	O44
ANORM.DINAM.DEL TDP	O62	GONORREA EMB-PART-PUER	O982	POLIHIDRAMNIOS	O40
BACTERIURIA ASINTOMATICA DEL EMB	R827	HEMATOMA OBST. PELVIS	O717	PREECLAMPSIA LEVE	O13
CANCER CUELLO UTERINO	C53	HEMORR ANTEPARTO NO CLASIF	O46	PREECLAMPSIA MODERADA	O140
CANCER DE MAMA	C50	HEMORR POR ATONIA UTERINA	O721	PREECLAMPSIA SEVERA	O141
CARDIOPATIA	Z867	HEMORR POSTPARTOIRETENC PLACENTA	O720	PREECLAMPSIA NO ESPECIFICADA	O149
CITOLOGIA ANORMAL EN CPN	O282	HEMORR x ABORTO, ECTOPICO O MOLAR	O081	RADIOLOGIA ANORM EN CPN	O284
COMP ANESTES. EN PUERPERIO	O89	HEPATITIS VIRAL	O984	RCIU	P05
COMP ANESTES. EN TDP/PARTO	O74	HERPES GESTACIONAL	O264	RETEN PLACENTA/MEMB, SIHEMORRAG	O73
COMPLIC. ANESTESIA EN EL EMB	O29	HIPERMESIS GRAVIDICA LEVE	O210	RUPTURA PREMATURA MEMBRANAS	O42
COMPLIC. ESPECIFICAS DEL EMB. MULTIP	O31	HIPERMESIS GRAVIDICA-TRANST.METABOL	O211	RUPTURA UTERO EN TDP	O711
COMPLIC. VENOSAS EMBARAZO	O22	HTA PREEXISTENTE EMB-PART-PUER	O10	SEPSIS PUERPERAL	O85
COMPLIC. VENOSAS PUERPERIO	O87	INCOMPETENCIA DEL CUELLO UTERINO	O343	SIDA	B20
DEFUNCION MATERNA TARDIA	O98	INFECC DEL TRACTO GENITAL	O235	SIFILIS COMPLICANDO EMB-PART-PUER	O981
DEHISCENCIA DE EPISIOTOMIA	O901	INFECC. BOLSA AMNIOT O MEMBRANAS	O411	TBC EMB-PART-PUER	O960
DEHISCENCIA DE SUTURA DE CESAREA	O900	INFECC. DEL TRACTO URINARIO	O23	TDP OBSTRU x MAL POSIC FETAL	O84
DEPENDENCIA DE DROGAS	F10	INFECC MAMA ASOCIAD CPARTO	O91	TDP OBSTRU x PELVIS ANORMAL	O65
DESGARRO OBST DEL CUELLO UTERINO	O713	INFECCIONES PUERPERALES	O88	TDP PROLONGADO	O83
DESGARRO PERINEAL EN EL PARTO	O70	INTENTO FALLIDO DE ABORTO	O07	TDP/PARTO COMPLIC x CORD UMBIL	O99
DESNUTRICION EN EL EMBARAZO	O25	INVERSION DEL UTERO	O712	TDP/PARTO COMPLIC x SUFRIM FET	O68
DESPREN PREMAT DE LA PLACENTA	O45	ISOINMUNIZACION RHESUS	O380	TOLERANC. GLUCOSA ANORMAL	R730
DIABETES MELLITUS EN EL EMBARAZO	O24	MALARIA	B50	TRANSORNOS PLACENTARIOS	O43
DISTANCIA DE HOMBROS	O860	MOLA HIDATIFORME	O01	TUMOR DEL CUERPO DEL UTERO	O341
ECLAMPSIA	O15	MUERTE INTRAUTERINA	O384	ULTRASONIDO ANORMAL EN CPN	O283