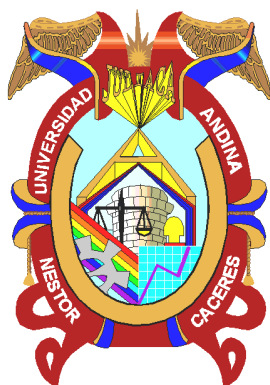




**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**DETERMINANTES RELACIONADAS AL INICIO TARDÍO DE  
LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS  
EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE  
SALUD SANTA MARÍA. 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

**Bach. CANDY JESUSA MAMANI APAZA**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
**OBSTETRA**

JULIACA - PERÚ

2025



**UNIVERSIDAD ANDINA**

**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**DETERMINANTES RELACIONADAS AL INICIO TARDÍO DE  
LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS  
EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE  
SALUD SANTA MARÍA. 2024**

**TESIS PRESENTADA POR:**

**Bach. CANDY JESUSA MAMANI APAZA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
OBSTETRA**

**APROBADA POR EL JURADO REVISOR:**

**PRESIDENTE**

**:**

  
Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACTORA

**PRIMER MIEMBRO**

**:**

  
Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

**SEGUNDO MIEMBRO**

**:**

  
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

**ASESOR DE TESIS**

**:**

  
Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – P06

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 102 -2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 02 de abril del 2025

**VISTOS:**

El Expediente N° 2025--19134 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **DETERMINANTES RELACIONADAS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2024**

**CONSIDERANDO:**

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

**SE RESUELVE:**

**PRIMERO:** Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: **OBSTETRA** del (la) bachiller: **MAMANI APAZA CANDY JESUSA** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes:

- \* **Presidente** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA
- \* **1er. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- \* **2do. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
  
- \* **Asesor (a)** : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

**SEGUNDO:** Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

**DIA** : **MIÉRCOLES 09 DE ABRIL DEL 2025**  
**HORA** : **11:00 HORAS**  
**LOCAL** : **Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud**

**TERCERO:** Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

**CUARTO:** La Dirección de la Escuela Profesional de Obstetricia la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



UNIVERSIDAD ANDINA  
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"  
*Ingrid Liz Quispe Ticona*  
Dra. Ingrid Liz Quispe Ticona  
DECANA (e)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CEP: 39216

**DISTRIBUCIÓN:**  
- Jurados (3)  
- Interesado (1)  
- Asesor de Tesis (1)  
- Archivo FCS 2023(1)



#### RESOLUCIÓN DECANAL N°1454-2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 06 de noviembre del 2024

#### VISTOS:

El Informe N° 118-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 05 de noviembre del egresado (a) **MAMANI APAZA CANDY JESUSA** quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado: **DETERMINANTES RELACIONADAS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2024** conducente para optar el título Profesional de: **OBSTETRA**

#### CONSIDERANDO

**Que**, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- \* **Presidente** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA**
- \* **1er. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- 2do. Miembro** : **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**
  
- \* **Asesor (a)** : **Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE**

Estando la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

#### SE RESUELVE:

**ARTICULO PRIMERO.- APROBAR**, el **INFORME FINAL** de **INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **MAMANI APAZA CANDY JESUSA** para optar el Título Profesional de **OBSTETRA** Con la Tesis Titulado: **DETERMINANTES RELACIONADAS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2024**

**ARTICULO SEGUNDO.- DISPONER** que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la facultad de ciencias de la salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Distribución: Decanato, Obstetricia secretaria Académica, Archivo.

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 717 -2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 17 de junio del 2024

**VISTOS:**

El Informe N° 044-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de la Propuesta de Investigación de fecha 10 de junio de la E.P. de Obstetricia folio 000048;

**CONSIDERANDO:**

Que, el (la) egresado (a) **MAMANI APAZA CANDY JESUSA** presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **DETERMINANTES RELACIONADAS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2024** correspondiente a la línea de investigación: **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA;**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- \* **Presidente** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA**
- \* **1er. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- \* **2do. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 194 2024-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**SE RESUELVE:**

**APROBAR**, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado(a) **MAMANI APAZA CANDY JESUSA**, para optar el título profesional de **OBSTETRA: TITULADO: DETERMINANTES RELACIONADAS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2024**

La propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER**, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud **.Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE**

**ARTICULO TERCERO.- DISPONER** que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela profesional de Obstetricia, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

Distribución: Decanato, EP: ENFERMERIA, Secret.

Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUDDra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE  
COP 2034  
DECANA



## DETERMINANTES RELACIONADAS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2024

### INFORME DE ORIGINALIDAD

24%

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

17%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	12%
2	Submitted to Universidad Alas Peruanas Trabajo del estudiante	1%
3	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	search.ndltd.org Fuente de Internet	1%
5	dspace.unach.edu.ec Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante	1%
7	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	<1%




### METADATOS COMPLEMENTARIOS



<b>TÍTULO DE LA TESIS</b>	
<b>DETERMINANTES RELACIONADAS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2024</b>	
<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	Candy Jesusa Mamani Apaza
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	72384594
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0001-5309-0965">https://orcid.org/0009-0001-5309-0965</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	Elizabeth Vargas Onofre
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29216323
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0001-6401-9470">https://orcid.org/0000-0001-6401-9470</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	María Amparo del Pilar Chambi Catacora
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02405808
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	Sonia Benita Fernández Tapia
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921
<b>Miembro del jurado 2</b>	



Nombres y apellidos	Sandra Alejandra Fernández Macedo
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221
<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. PE 06
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p><b>Edificio:</b> Puesto de salud Santa María  <b>País:</b> Perú  <b>Departamento:</b> Puno  <b>Provincia:</b> San Román  <b>Distrito:</b> Juliaca  <b>Calle:</b> Jr. Cultura  <b>Latitud:</b> -15.486895°  <b>Longitud:</b> -70.146562°  <a href="https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1CXH1y6HnXv0Pt&amp;gyJS9-pF5dbTTFQ_Q&amp;usp=sharing">https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1CXH1y6HnXv0Pt&amp;gyJS9-pF5dbTTFQ_Q&amp;usp=sharing</a></p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Junio 2024 - Abril 2025
URL de disciplinas OCDE <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford</a> (concytec-pe.github.io) - Librería	<p><b>Ciencias de la Salud</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00</a> <b>Obstetricia</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00</a></p>



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CERÓN VELÁSQUEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*[Signature]*  
Dra. María Angélica del Pilar Chamón Calacora  
DIRECTORA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



**DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD**

Yo,....**CANDY.JESUSA.MAMANI.APAZA**.....identificado con DNI Nro. **72384594**  
en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional**
- Programa de Segunda Especialidad,**
- Programa de Maestría o Doctorado**

**OBSTETRICIA**

informo que he elaborado el/la  **Tesis** o  **Trabajo de Investigación,**  **Trabajo Académico**  
denominada:

-

**DETERMINANTES RELACIONADAS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN**

**PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE**

**SALUD SANTA MARÍA. 2024**

Asesorado por: **DRA. ELIZABETH VARGAS ONOFRE**

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 05 de MAYO del 2025

  
FIRMA ASESOR

  
FIRMA TESISTA



Huella



## DEDICATORIA

Agradezco a Dios por haberme dado salud y permitido sobrellevar los obstáculos presentados a lo largo de mi carrera.

A mi padre, Jesús Mamani Mamani por haber sido un gran ejemplo por haberme brindado educación y orientado a lo largo de mi vida desde el cielo derrame sus bendiciones.

A mi madre, Yolanda Apaza de Mamani por haber confiado y puesto sus esperanzas en mí y por tu apoyo incondicional.

A mi esposo e hijo quien es el que me llena de inspiración y fuerzas en mi carrera profesional.



## AGRADECIMIENTO

A la universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez que me brindo las condiciones adecuadas y haberme acogido y permitido culminar mis estudios d ser profesional.

A la Institución Prestadora de Salud Santa María, a su personal por abrirme las puertas del establecimiento para poder seguir con mi investigación.

A la Doctora de Tesis, Elizabeth Vargas Onofre quien me asesoro y me brindo una valiosa información para poder culminar mi trabajo de investigación y sus valiosas aportaciones y sus conocimientos con la experiencia que ella lleva en su carrera profesional.



## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	xii

### CAPÍTULO I

#### ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1.1. Problema general.....	2
1.1.2. Problemas específicos.....	2
1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	3
1.2.1. Justificación teórica.....	3
1.2.2. Justificación práctica.....	3
1.2.3. Justificación metodológica.....	3
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.3.1. Objetivo general.....	4
1.3.2. Objetivos específicos.....	4
1.4. HIPÓTESIS.....	5



1.4.1. Hipótesis general .....	5
1.4.2. Hipótesis específicas .....	5
1.5. VARIABLES.....	5
1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	6

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	7
2.1.1. A nivel internacional.....	7
2.1.2. A nivel nacional.....	11
2.1.3. A nivel regional .....	14
2.2. MARCO TEÓRICO.....	17
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	28

## **CAPÍTULO III**

### **PROCEDIMIENTO METODOLOGICO DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	29
3.3. MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN .....	29
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	30
3.5. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INVESTIGACIÓN .....	30
3.5.1. Técnicas.....	30
3.5.2. Instrumento .....	30
3.5.3. Fuentes .....	31
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.....	31



3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	31
3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO .....	31

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	34
CONCLUSIONES.....	64
RECOMENDACIONES .....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXOS.....	71
ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....	72
ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	79
ANEXO 3: INSTRUMENTO .....	81
ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO .....	82
ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN .....	85



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Violencia de la pareja e inicio tardío de la atención prenatal en gestantes de Santa María 2024.....	34
Tabla 2.	Edad e inicio tardío de la atención prenatal en gestantes de Santa María 2024.....	37
Tabla 3.	Grado de instrucción e inicio tardío de la atención prenatal en gestantes de Santa María 2024.....	40
Tabla 4.	Paridad e inicio tardío de la atención prenatal en gestantes de Santa María 2024. ....	43
Tabla 5.	Periodo intergenésico e inicio tardío de la atención prenatal en gestantes de Santa María 2024.....	46
Tabla 6.	Malos antecedentes obstétricos e inicio tardío de la atención prenatal en gestantes de Santa María 2024. ....	49
Tabla 7.	Número de atenciones prenatales e inicio tardío de la atención prenatal en gestantes de Santa María 2024.....	52
Tabla 8.	Morbilidad en el embarazo actual e inicio tardío de la primera atención prenatal en gestantes de Santa María 2024.....	55
Tabla 9.	Lugar de la atención del último parto e inicio tardío de la atención prenatal en gestantes de Santa María 2024.....	58
Tabla 10.	Trimestre de inicio tardío de la atención prenatal en gestantes de Santa María 2024.....	61



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Violencia de la pareja e inicio tardío de la atención prenatal en gestantes de Santa María 2024..... 35

Figura 2. Edad e inicio tardío de la atención prenatal en gestantes de Santa María 2024..... 38

Figura 3. Grado de instrucción e inicio tardío de la atención prenatal en gestantes de Santa María 2024..... 41

Figura 4. Paridad e inicio tardío de la atención prenatal en gestantes de Santa María 2024 ..... 44

Figura 5. Periodo intergenésico e inicio tardío de la atención prenatal en gestantes de Santa María 2024..... 47

Figura 6. Malos antecedentes obstétricos e inicio tardío de la atención prenatal en gestantes de Santa María 2024..... 50

Figura 7. Número de atenciones prenatales e inicio tardío de la primera atención prenatal en gestantes de Santa María 2024..... 53

Figura 8. Morbilidad en el embarazo actual e inicio tardío de la primera atención prenatal en gestantes de Santa María 2024..... 56

Figura 9. Lugar de la atención del parto e inicio tardío de la atención prenatal en gestantes de Santa María 2024. .... 59

Figura 10. Trimestre de inicio tardío de la atención prenatal en gestantes de Santa María 2024 ..... 61



## RESUMEN

**Objetivo.** Establecer las determinantes relacionadas al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2024. **Material y métodos.** Investigación básica de nivel correlacional. Técnica. Revisión documental, instrumento es la ficha de recolección de datos. Los datos recolectados a partir de las historias clínicas 635, de las cuales 159 fueron controles prenatales tardíos 25.03%, procesados con el SPSSV 25 y el análisis estadístico con la prueba de chi cuadrado. **Resultados.** Las determinantes personales como: la violencia de pareja 19.5%( $p=0.01$ ), el embarazo a edad inadecuada en el 35.6% ( $p=0.01$ ) y el grado de instrucción secundaria en el 63.5% ( $p=0.001$ ), si están relacionadas al inicio tardío de la atención prenatal. Las determinantes obstétricas como: la primiparidad en el 37.2% ( $p=0.01$ ), el periodo intergenésico largo 35.9% ( $p=0.01$ ), el antecedente de aborto en el 25.1% ( $p=0.02$ ), el número insuficiente de atenciones prenatales en el 39.6% ( $p=0.001$ ), las infecciones urinarias en el embarazo 24.5% ( $p=0.05$ ). sí están relacionadas al inicio tardío de la atención prenatal. El lugar de la atención del parto no se relacionó. Del 100% de gestantes que tuvieron inicio tardío de la atención prenatal el 78.0% lo hizo en el segundo trimestre de embarazo y el 22.0% en el tercer trimestre. **Conclusión.** Las determinantes personales y obstétricas de las gestantes están relacionadas con el inicio tardío de atención prenatal en la Institución Prestadora de Salud Santa María.

**Palabras claves.** Determinantes inicio tardío atención prenatal.



## ABSTRACT

**Objective.** To establish the determinants related to the late start of prenatal care in pregnant women attended at the Santa María Health Provider Institution. 2024.

**Materials and methods.** Basic correlational level research. Technique. Document review, instrument is the data collection form. Data were collected from 635 medical records, of which 159 were late prenatal check-ups 25.03%, processed with SPSSV 25 and statistical analysis with the chi-square test. **Results.** Personal determinants such as: partner violence 19.5% ( $p = 0.01$ ), pregnancy at an inappropriate age in 35.6% ( $p = 0.01$ ) and high school education level in 63.5% ( $p = 0.001$ ), are related to the late start of prenatal care. Obstetric determinants such as primiparity (37.2% of women) ( $p=0.01$ ), long interpregnancy period (35.9% of women) ( $p=0.01$ ), a history of miscarriage (25.1% of women) ( $p=0.02$ ), insufficient number of prenatal care visits (39.6% of women) ( $p=0.001$ ), and urinary tract infections (24.5% of women) ( $p=0.05$ ) are related to late initiation of prenatal care. The place of delivery was not related. Of the 100% of pregnant women who started prenatal care late, 78.0% did so in the second trimester of pregnancy, and 22.0% in the third trimester. **Conclusion:** Personal and obstetric determinants of pregnant women are related to late initiation of prenatal care at the Santa María Health Care Provider Institution.

**Keywords:** Determinants of late initiation of prenatal care.



## INTRODUCCIÓN

En el momento en el que una mujer en edad fértil sospecha que puede estar embarazada, debe acudir al profesional obstetra para conformar el diagnóstico, en caso de ser embarazo, iniciar pronto el control prenatal, de preferencia antes de las primeras 13 semanas del embarazo.

En mujeres con malos antecedentes obstétricos, prematuros, óbitos, recién nacidos con bajo peso, con cesárea previa, y aquellas con patologías crónicas como enfermedad hipertensiva y diabetes, deben acudir por su atención prenatal de manera precoz.

Las gestantes que asistieron a su primera atención prenatal después de las 13 semanas, correspondientes al segundo y tercer trimestre de gestación, fueron consideradas como casos de control prenatal tardío.

La duración de la atención no debe ser menor a 40 minutos, que permita realizar las actividades que se debieron realizar hasta la edad gestacional actual.

El neonato de madres sin atención prenatal o que acudieron tardíamente al control, tienen mayor riesgo de presentar complicaciones al nacer.

Una mujer sin cuidados prenatales adecuados, tiene información insuficiente respecto a la preparación para el parto, para la lactancia, cursa su embarazo sin soporte emocional, sin vigilancia y detección de comorbilidades, éstas entre otras con las consecuencias de la atención prenatal tardía.

Con el objetivo de identificar los factores determinantes del inicio tardío de la atención prenatal, se llevó a cabo la presente investigación. Para ello, se utilizó la técnica de revisión documental, revisándose las historias clínicas de las gestantes que acudieron por primera vez a atención prenatal después de las 13 semanas de gestación.



En el capítulo I se explica el planteamiento del problema, en el capítulo II se expone el marco teórico, en el capítulo III se explica el procedimiento metodológico seguido en esta investigación y en el capítulo IV se presentan los resultados de estudio y la discusión.



## CAPÍTULO I

### ASPECTOS GENERALES

#### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

##### **Descripción del problema**

##### **Internacional.**

Estudios realizados en México: Exponen una frecuencia de control prenatal tardío del 53%, en mujeres con edades a predominio entre el intervalo de 20 a 29 años, con educación secundaria en el 41%, con estado civil de unión libre en el 64%, amas de casa en el 69% de casos, en su mayoría con ingreso bajo 83%, el 58% presenta alguna complicación como enfermedad hipertensiva, amenaza de aborto, patología de la placenta y prematuros. (1)

##### **Nacional.**

En Huancavelica. La investigación encontró una frecuencia de 48.1% de gestantes que acuden a su primera atención prenatal tardíamente. Con mayor frecuencia en el II trimestre en el 44.4% y en el III el 3.7%. la gestante acude sin acompañante en el 46.3%, la pareja fue el acompañante en el 27.8% y la mamá de la gestante en el 18.5%, refieren temor al control el 48.1%, desconfianza el 11.1%, fueron convivientes el 47.6%, la violencia



familiar se presentó en el 55.2% de los casos, el 75% de embarazos no planeados. (2)

## **Regional.**

En la región Puno. En el hospital de Sandia se atiende a gestantes que no le dan importancia al control prenatal en el 63.3%. la mayoría de ellas no cuenta con el apoyo de su pareja y refiere temor del examen obstétrico 60.0%. son dependientes económicamente el 70%, viven lejos de los establecimientos de salud el 66.7% y se dedican a amas de casa el 63.3%, así mismo no hay seguimiento en el 60.0% por parte de los profesionales de la salud. Son los factores identificados que explican la atención prenatal tardía. (3)

## **Formulación del problema**

### **1.1.1. Problema general**

PG. ¿Cuáles son las determinantes relacionadas al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María.2024?

### **1.1.2. Problemas específicos**

PE1. ¿Cuáles son las determinantes personales relacionadas al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María?

PE2. ¿Cuáles son las determinantes obstétricas relacionadas al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María.?

PE3. ¿Cuál es la frecuencia de inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María.?



## 1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

### 1.2.1. Justificación teórica

El propósito de la investigación es identificar los factores que influyen en el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María durante el año 2024.

Es un indicador de calidad de control prenatal, el inicio precoz del mismo, es decir en el primer trimestre, antes de la semana 13, la mayor parte de las mujeres saben que están embarazadas durante el primer mes de amenorrea y sin embargo postergan con frecuencia acudir a su primera atención prenatal hasta el cuarto mes e inclusive el tercer trimestre.

No se han realizado estudio respecto a la problemática del control prenatal tardío en este establecimiento de salud lo que me motiva a presentar este proyecto.

### 1.2.2. Justificación práctica

Los datos obtenidos como resultado del estudio, servirán para el mejor conocimiento de la frecuencia de atención prenatal tardía en Santa María.

No solo brindarán un aporte para el conocimiento, también se analizarán las determinantes que favorecen al inicio tardío de la atención prenatal y con ello tendremos un punto de referencia para enfrentar mejor el inicio tardío del control prenatal.

Se propondrán estrategias para incrementar las coberturas de atención prenatal precoz.

### 1.2.3. Justificación metodológica

Con un tamaño de muestra de 159 historias clínicas que cumplieran con los requisitos de selección, el estudio fue una investigación básica, correlacional



y no experimental criterios de selección incluyeron atenciones prenatales ocurridas entre los años 2019 y 2023, lo que le otorgó al estudio un carácter retrospectivo; el método utilizado fue el análisis documental, y los datos recolectados se obtuvieron mediante una ficha de recolección de datos validada internamente por especialistas y posteriormente sometida a procesamiento estadístico. en el SPSS V24.

## 1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.3.1. Objetivo general

**OG.** Establecer las determinantes relacionadas al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2024.

### 1.3.2. Objetivos específicos

**OE1.** Analizar las determinantes personales relacionadas al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María.

**OE2.** Seleccionar las determinantes obstétricas relacionadas al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María.

**OE3.** Estimar la frecuencia de inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María.



## 1.4. HIPÓTESIS

### 1.4.1. Hipótesis general

**HG.** Las determinantes personales y obstétricas de las gestantes si están relacionadas con el inicio tardío de la atención prenatal en la Institución Prestadora de Salud Santa María.

### 1.4.2. Hipótesis específicas

**HE1.** Las determinantes personales como: la violencia psicológica, el embarazo adolescente y el grado de instrucción secundaria si están relacionadas al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María.

**HE2.** Las determinantes obstétricas como: la multiparidad, el periodo intergenésico corto, el antecedente de aborto, número insuficiente de atenciones prenatales, la anemia del embarazo y la atención del parto en clínica privada, están relacionadas al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María.

**HE3.** El inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María es altamente frecuente.

## 1.5. VARIABLES

**Variable 1.** Determinantes

**Variable 2.** Inicio tardío de la atención prenatal



## 1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORES
Variable 1. Determinantes	1.1 Personales	1.1.1 Violencia de la pareja	a) Física b) Sexual c) Psicológica d) Negativo a violencia
		1.1.2 Edad	a) < 20 años b) 20 a 35 años c) 36 a más
		1.1.3 Grado de instrucción	a) Primaria b) Secundaria c) Superior universitaria d) Superior no universitaria
	1.2 Obstétricas	1.2.1 Paridad	a) Nulípara b) Primípara c) Multípara d) Gran multípara
		1.2.2 Periodo intergenésico	a) Adecuado b) Corto c) Largo d) No tiene
		1.2.3 Malos antecedentes obstétricos	a) Cesárea b) Aborto c) Ninguno
		1.2.4 Número de atenciones prenatales	a) 1- 4 atenciones b) 5- 8 atenciones c) 9 -13 atenciones
		1.2.5 Morbilidad en el embarazo actual	a) Anemia b) Infecciones urinarias c) Infecciones vaginales d) Ninguna
		1.2.6 Lugar de la atención del último parto	a) Institucional publico b) Institucional privado c) Domicilio
	Variable 2. Inicio tardío de la atención prenatal		2.1 Trimestre de la primera atención



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

##### 2.1.1. A nivel internacional

**Reis, Duarte, Silva, Gouveia, Borges. ET al.** Atención prenatal en mozambique: número de consultas y edad gestacional al inicio del control prenatal. Revista latino-Americana de enfermagem,29, e3481. 2021 **(4)**

Objetivo. Analizar el inicio del control prenatal aspectos como la edad gestacional, el número de visitas prenatales, en puérperas de Nampula, Mozambique. Métodos. Se aplicó el transversal. Para una muestra de 393 mujeres posparto, a quienes se les aplicó entrevistas personales. Además, se aplicó la regresión logística para el análisis de los datos. Entre los criterios de inclusión gestantes con 16 semanas de embarazo o menos, atendidas por lo menos en 4 controles prenatales. Resultados. De las pacientes atendidas el 39.9% acudió a la primera atención a edad gestacional como máximo de 16 semanas, cumplieron como mínimo 4 consultas prenatales el 49.1%, en el 34.1% se cumplió ambos indicadores en estudio.



En éste último grupo la mayor parte de las pacientes contó con estudios de nivel secundaria y superior, lo que si se asoció con el control prenatal temprano y mínimo 4 atenciones.

También, se estableció las causas del inicio tardío de la atención del embarazo: la mujer embarazada no le dio importancia, dificultadas de acceso al establecimiento de salud, la falta de acompañante y desconocimiento del embarazo.

Conclusión: La frecuencia de control prenatal precoz y con número de atenciones prenatales mínimas son bajas en relación a las recomendaciones establecidas en éste país.

### **Chávez, Sánchez, Ahuacatitla. (5)**

Objetivo. Seleccionar factores influyentes en el inicio del control prenatal, atendidas en la unidad de Medicina Familiar 180.

Metodología. Tipo observacional, descriptivo, transversal. Muestra 103 mujeres, entre los 18 años hasta los 44, atendidas en primera atención prenatal con edad gestacional mayor de 12 semanas, se les aplicó un cuestionario sobre beneficios y barreras de acceso al control prenatal.

Resultados. La edad en que asisten a control prenatal más frecuente fue entre 26 hasta 35 años en el 51%. Estado civil casadas en el 52% y con preparatoria culminada el 47%, trabajan en el embarazo el 62% y el 34% es remunerada.

El 31% no acudió oportunamente al control debido a que desconocía que estaba embarazada, por descontento con la actitud del personal en el 27%, por mucho tiempo de espera el 45%, el 53% tienen motivación y el 69% contó con acompañante.



**Conclusión.** El embarazo no planificado actúa como barrera para la atención del control prenatal oportuno, también los problemas personales, la actitud del personal de la clínica y los tiempos de espera para la atención.

### **Gómez. (1)**

**Objetivo.** Vincular el control prenatal tardío con complicaciones del embarazo en el Hospital Comunitario de Puente de Ixtla.

**Metodología.** Fue analítico, observacional, transversal y cuantitativo. El instrumento cuenta con 43 preguntas relacionados con la institución prestadora de salud y sociodemográficos. Se aplicó con consentimiento informado y anónima, para el análisis el programa STATA V14. Con tablas de frecuencias.

**Resultados.** El control prenatal tardío representó una frecuencia de 53%, la edad de la gestante predominante es de 20 hasta 29 años, secundaria incompleta en el 41%, gestantes en unión libre 64%, amas de casa el 69%.

**Conclusión:** 58% de complicaciones en el embarazo: aborto, parto prematuro, hipertensión.

### **Pereira., Mazariegos, Carrera, López. Et al. (6)**

**Objetivo.** Caracterizar la atención prenatal en el primer nivel de atención en el Ministerio de Salud Pública de Baja Verapaz.

**Métodos.** Retrospectivo, descriptivo. Muestra 325 fichas obstétricas, con aprobación del comité de bioética de la facultad de ciencias médicas de la universidad.

**Resultados.** La edad de la gestante según la mediana fue de 23 años, la procedencia de Salamá en el 39.38%, el 47.38% de las embarazadas acudió



a u atención prenatal en II trimestre, el promedio de la edad gestacional se estimó en 18.9 semanas.

El 21.85% presentó disuria, en el 95% se estimó la altura uterina, en el 92.81% se registra frecuencia cardiaca fetal.

Cuanta con hemoglobina y hematocrito el 79.69%, con suplementos el 95%, de 4 a más controles el 31.69%.

Conclusión. La atención prenatal tardía se presenta en 5 de cada 10 gestantes y cumplen con 4 controles prenatales 3 de cada 10. La atención prenatal se caracteriza por tener actividades incompletas.

### **Aquino, Estévez, Rivas. (7)**

Objetivo. Establecer el periodo intergenésico como riesgo para preeclampsia en una Maternidad de Alto Riesgo.

Material y métodos. Tipo transversal, retrospectivo y analítico. Muestra 160 gestantes en los casos y 161 en los controles. Los datos se obtuvieron a partir las historias clínicas de las embarazadas.

Resultados. La edad de la paciente por la mediana se estableció en 28 años para el grupo de los casos y 38 para los controles. El antecedente de preeclampsia previa se presentó en el 6.3% y en la familia hipertensión arterial en el 13.8%, seguido de diabetes en el 13.1%.

El antecedente obstétrico en primer lugar fue la cesárea previa en el 67.5%.

El tipo e preeclamsia severa se presentó en el 93.8%, fue la complicación más frecuente en el embarazo en el 5.6%.

La mayor parte de embarazadas no presentó complicaciones en el 91.3%.

En cuanto al periodo intergenésico, fue de 60 meses en los casos y de 38 meses en los controles.



Periodo intergenésico corto 25.6% de casos y 16.1% de los controles y largo en el 53.8% de casos y de 31.7% de los controles.

El periodo intergenésico corto y prolongado incrementa el riesgo obstétrico 4.26 veces más.

Conclusión. El periodo intergenésico corto y largo incrementan 4 veces más el riesgo de presentar preeclampsia.

## 2.1.2. A nivel nacional.

### **Ñañez, Chamana. (8)**

Objetivo. Asociar las condiciones epidemiológicas con atención prenatal tardía en el Hospital de Apoyo Puquio.

Métodos. No experimental, transversal y correlacional. Con muestra de 60 unidades de observación, que cumplieron criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: la edad de la gestante en el 53% fluctuó entre los 24 hasta los 33 años, con instrucción secundaria en el 58%, a predominio de convivientes en el 77%, por ocupación ama de casa el 70%.

El 52% de las embarazadas tarda treinta minutos en llegar al establecimiento de salud y el 87% si le da importancia a la atención prenatal.

El 95% de ellas no planificó la gestación, con adecuado espaciamiento entre los embarazos el 72%, el 90% no acude por temor al COVID 19.

Las citas obstétricas son disponibles en el 85% de los casos, por otro lado, el 55% califico de regular la atención y 70% recibió adecuada información.

Conclusión: Si se encontró asociación significativa entre la atención prenatal tardía y deficientes condiciones epidemiológicas en ésta investigación.



## **Vílchez, Gutiérrez. (2)**

**Objetivo.** Seleccionar factores condicionantes de control prenatal tardío en los Centros Poblados de Chacapunco y Ambato de Huancavelica.

**Metodología.** Prospectivo, descriptivo, observacional y transversal. Muestra 54 embarazadas con atención prenatal tardía atendidas en el 2022.

**Resultados.** Se caracterizan por proceder de zonas rurales, hablan quechua y castellano, convivientes en el 48,1% y el inicio tardío del control prenatal con una frecuencia de 48.1%.

La mayoría se presentó sola a la atención prenatal en el 46.3%, no acude por temor el 48.1%.

Los procedimientos básicos de la atención prenatal se cumplieron parcialmente en la mayoría de gestantes con atención prenatal tardía.

**Conclusión.** La gestante por temor y vergüenza no acude precozmente a la atención prenatal. favorece la atención tardía la falta de apoyo de la pareja, la violencia doméstica y se requiere involucrar el varón en su responsabilidad con su pareja y el control prenatal.

## **Aranda, Velásquez. (9)**

**Objetivo.** Identificar factores obstétricos en gestantes con control prenatal tardío en el Centro de Salud Pedro Sánchez Meza 2022.

**Métodos.** Diseño no experimental, correlacional, transversal. 249 gestantes fueron la población, se tomó como muestra a 151 de ellas, debido a que tuvieron inicio tardío del control. La técnica fue la encuesta y se aplicó un cuestionario. Para contrastar la hipótesis se aplicó chi cuadrado.

**Resultados.** Se identificó con mayor frecuencia que acuden tardíamente al control las multíparas en el 44% de casos, las pacientes con edad entre 19



a los 35 años en el 73%, el tiempo de espera superó los 45 minutos en el 93% de los casos.

Conclusión. Los factores personales, obstétricos y los institucionales si se relacionan con el inicio tardío de la atención prenatal.

### **Bonifaz, García. (10)**

Objetivo. Mostrar factores relacionados con el inicio tardío del control prenatal en el Hospital de Chincha 2022.

Metodología. Estudio de nivel correlacional, transversal y no experimental. la muestra fueron 120 embarazadas con atención prenatal tardía.

Resultados. Inicio tardíamente el control prenatal el 60.8% de las gestantes entre las 13 y 26 semanas y el 23,3% lo hizo entre las 27 y las 40 semanas.

La edad de la gestante en el 76.7% se ubica entre los 19 a 29 años, convivientes en el 86.7%, son estudiantes el 68.3%.

Los aspectos personales destacables son: no conoce la importancia del control prenatal en el 62.5%, por dedicarse al cuidado de sus otros hijos el 62,5% justifico su inasistencia al control, el 60.8% porque se olvidó.

El 58.3% indica que, por el trabajo, el temor y vergüenza fue indicado por el 55.8%. el 65.7% refiere que recibió maltrato.

Conclusión. Los factores personales y los institucionales se relacionan con control prenatal tardío.

### **Cerna, Balberena. (11)**

Objetivo. Establecer factores de inicio tardío del control prenatal, según la ENDES 2021, mujeres de 12 a 49 años en el Perú.

Métodos. Analítico, transversal. Fuente secundaria y se usó la base de datos de la ENDES 2021.



Resultados. Las mujeres con inicio tardío del CPN son el 24.96%, el grupo de edad más frecuente las adolescentes en el 37.94%, el maltrato se encontró en el 33,35% de las que acuden tardíamente al control.

Acudir a establecimientos del MINSA aumenta la posibilidad 21% de tener atención tardía, la tenencia de pareja 31%.

Conclusiones. El control prenatal tardío en el Perú se relaciona con la procedencia rural, adolescencia y establecimientos del MINSA. Además, el estado civil.

### 2.1.3. A nivel regional

#### **Mamani. (3)**

Objetivo. Formular factores sociales, personales e institucionales asociados a inasistencia a la atención prenatal.

Metodología. Observacional, cuantitativo, correlacional y retrospectivo. La población 60 gestantes y la muestra la representaron 30 seleccionadas por criterios de inclusión. Muestra no probabilística y el instrumento fue confiable en un 0.90.

Resultados. Las embarazadas no le dan importancia al control en el 63,3% de los casos, el temor al examen obstétrico y falta de apoyo de la pareja representó el 60.0%.

En el aspecto social. Tienen dependencia económica en el 70.0%, el 66.7% indican que es muy lejos el establecimiento de salud, en el 66.3% sus actividades en el hogar.

A nivel institucional se refleja falta de seguimiento a la gestantes en el 60.0%.

Conclusión. Los factores que se relacionaron con atención prenatal tardía fueron los personales y los sociales  $p=0.001$  y  $p=0.025$ .



## **Mamani. (12)**

**Objetivo.** Relacionar la violencia familiar con ideas suicidas en adolescentes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano 2021.

**Métodos.** Tipo de estudio básico, con un diseño no experimental. para la muestra se consideró 180 adolescentes. El instrumento de recolección de datos fue cuestionario CVIFA y la escala de ideación suicida.

**Resultados.** Se estableció una relación directa entre ideas suicidas en adolescentes y violencia familiar  $RHO = 171$ .

Hay dependencia entre las variables, mayor violencia mayor frecuencia de ideas suicidas.

La frecuencia de violencia familiar fue de 37.9%, el sexo más afectado los hombres en el 45.7%.

Las ideas suicidas son más frecuentes en mujeres en el 39.3% y en los hombres 12.9%.

**Conclusión.** La violencia domestica si se relacionó con ideas suicidas en adolescentes, son las mujeres las que tienen mayor porcentaje de ideas suicidas.

## **Barrientos. (13)**

**Objetivo.** Asociar los hábitos alimentarios con el índice de masa corporal pregestacional en el Centro de Salud Simón Bolívar de la ciudad de Puno. 2022.

**Métodos.** Estudio relacional, descriptivo, cuantitativo y no experimental. la muestra fueron 94 embarazadas, la técnica la revisión de documentos en una ficha de recolección de datos el análisis en el SPSS V26.



Resultados. El alto consumo de macronutrientes se presentó en el 45.7%, y de micronutrientes moderado en el 51.1%. Consumo de alimentos procesados en el 46.8%.

El índice de masa corporal: en el 52.1% fue sobrepeso, 29.8% normal y bajo peso en el 3.2%.

Conclusión. En el primer control prenatal se encontró alto consumo de macronutrientes, micronutrientes, alimentos procesados y bebidas inhibidoras, con significancia estadística.

### **Cueva, Reyna, Villanueva. (14)**

Objetivo. Fundamentar factores relacionados con anemia gestacional en Hospitales de Puno.

Metodología. Investigación retrospectiva y descriptiva. La muestra fueron 3192 historias de gestantes, en la base Sistema Informático Perinatal. Se utilizó como estadístico el Minitab V20.

Resultados. La prevalencia de anemia en el embarazo fue de 31.4%, los principales factores relacionados fueron la paridad, estado nutricional previo al embarazo y la edad gestacional.

La mayor frecuencia se presentó en multíparas y con educación secundaria.

Conclusión. La anemia se presentó con menor frecuencia en primíparas, y factores como el nivel educativo y el espaciamiento entre los embarazos no se relacionaron en esta investigación.

### **Quispe. (15)**

Objetivo. Asociar las complicaciones maternas y perinatales con anemia del embarazo en el Hospital Carlos Monge Medrano.



Material. Estudio observacional y explicativo, analítico y retrospectivo. Con 91 gestantes en los casos y 91 gestantes en los controles. Se aplicó OR y chi cuadrado como estadísticos de análisis.

La población la representan 182 mujeres.

Resultados. Según el OR de 2.071, la anemia si se asocia con las complicaciones maternas y perinatales.

La edad de la embarazada, los antecedentes desfavorables se asocian con ruptura prematura de membranas.

El control prenatal se relacionó con complicaciones maternas y la principal complicación perinatal fue el parto prematuro.

La complicación materna que se presentó con mayor frecuencia fue la ruptura prematura de las membranas y la perinatal el bajo peso de nacimiento.

Conclusión. La anemia asociada a complicaciones maternas como ruptura prematura de membranas y perinatales como prematuridad y bajo peso del neonato.

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

### **1. Determinantes relacionadas**

#### **1.1 Personales**

##### **1.1.1 Violencia de la pareja**

Son actos de maltrato infringidos a las gestantes, incluye ser:

- Atemorizada,
- Intimidada,
- Golpeada,
- Humillada,



- Con lesiones físicas y
- Daño psicológico.

La violencia en el hogar se relaciona con complicaciones en el embarazo como: enfermedades hipertensivas, ruptura prematura de membranas, depresión gestacional entre otras. (16)

Los resultados de las lesiones físicas son: efectos psicológicos negativos, mayor frecuencia de depresión, estrés y riesgo de adicciones como el mayor consumo de alcohol, drogas ilegales y tabaco.

### **Formas de violencia:**

Son diversas las formas de violencia en contra de la mujer embarazada entre ellos los golpes, el abuso sexual, el acoso, de tipo psicológico entre otros. Así mismo, existe otra forma de violencia por el personal de salud, la que se conoce como violencia obstétrica.

Como enfrentarla:

- Referir al psicólogo para asesoramiento y terapia.
- Alentarlas a la prevención del maltrato
- En casos más graves referir a la asistente social
- Refugios comunitarios entre otros.

El embarazo y el parto inminente, causan alta tensión en la pareja y el maltrato aumenta en éste periodo. Esta frustración la dirige en forma de violencia hacia la gestante y su hijo no nacido.

### **a) Física**

Son agresiones infringidas en el cuerpo de la víctima, en forma de golpes, patadas, lanzamiento de objetos, sacudidas, entre otras que causan lesiones físicas visibles.

## b) Omisión

El agresor puede actuar por omitir su responsabilidad económica y psicológica a la gestante, generalmente, limita o no brinda apoyo económico a la gestante, es una forma de mantener el control sobre su pareja.

## c) Psicológica

“Es la forma más frecuente del maltrato a la mujer, la agresión suele ser de tipo verbal con insultos, amenazas, intimidaciones, entre otras, causantes de daño psicológico y emocional en la gestante agredida”. (17)

### 1.1.2 Edad

La edad, es un factor de riesgo para el embarazo cuando se ubica en los extremos de la vida reproductiva.

**El embarazo precoz**, Es el embarazo que se presenta en las mujeres en etapa de adolescencia. Con mayor riesgo en la adolescencia inicial o también conocida como la pubertad.

Para el Ministerio de Salud en el Perú es la mujer menor de 17 años, sin embargo la Organización Mundial de la salud, considera entre las adolescentes a las mujeres entre los 10 hasta los 19 años.

El embarazo en una adolescente afecta:

- Su salud y la del hijo por nacer
- Sus estudios
- Su potencial de obtener ingresos en el futuro

“En muchos casos ella quedará atrapada en una vida con muchas limitaciones, sumida en la pobreza, la impotencia y la exclusión.” (18)



Por otro lado, se encuentra el embarazo en la mujer añosa, se conoce con embarazo geriátrico, pone en riesgo biológico de complicaciones al embarazo, si es mayor de 35 años, aún más si es de 40 años a más.

En embarazo a edad materna extrema, requiere de atención prenatal cuidadosa, precoz, periódica para la prevención de los riesgos.

### 1.1.3 Grado de instrucción

El nivel educativo de una persona se determina según el grado más alto de estudios que haya cursado, ya sea que haya completado o no dicho nivel.

Se considera como analfabetas a las personas que cumplieron 15 años y aún no aprendieron a leer y ni a escribir.

“En nuestro país el grado de instrucción que lidera es de secundaria en el 51% de la población, con instrucción primaria el 21%, con educación inicial el 1.6%, del total de la población 7% cuenta con estudios universitarios y el 1% con educación técnica. Las personas sin instrucción son el 17%”. (19)

## 1.2 Obstétricas

### 1.2.1 Paridad

Hace referencia al total de partos que ha tenido una mujer que llegaron a la semana 20 de gestación en adelante.

Una gestación de múltiples fetos, se considera un solo embarazo, para estimar el número de embarazos y la paridad.

Para contar los abortos se considera a las gestaciones interrumpidas antes de las 20 semanas del embarazo, independientemente a las causas que lo originaron.

Por lo tanto, la mujer nulípara, no ha tenido ningún parto y la múltipara, ya tiene 2 o más partos.



## 1.2.2 Periodo intergenésico

Es el espaciamiento entre dos embarazos, es muy importante cuando se va a planificar un nuevo embarazo tener en cuenta éste intervalo, así como el antecedente de abortos y cesáreas.

Los espaciamientos cortos y largos representan riesgo obstétrico importante.

Se clasifica en:

### **-Corto.**

Espaciamiento entre el fin de un embarazo a inicio del otro menos a 18 meses.

### **-Adecuado.**

Si se encuentra entre 1 a 2 años, el espaciamiento entre los embarazos.

### **-Largo.**

Si supera los 60 meses y según otras literaturas los 4 años.

“Se debe tener en cuenta el periodo intergenésico, tratando de que sea adecuado, para reducir el riesgo de eventos adversos maternos, perinatales y neonatales”. (20)

## 1.2.3 Malos antecedentes obstétricos

En este grupo se considera a experiencias negativas y vivencias desfavorables que se presentaron en gestaciones anteriores, por complicaciones maternas o perinatales, además incluye embarazos no exitosos.

Cualquier condición sea médica, de carácter obstétrico o de tipo sociodemográfica, que ocasione un incremento de la morbilidad y la



mortalidad en la madre o su hijo por nacer en comparación con el total de la población, se conoce como factor de riesgo obstétrico.

“Se considera parte importante de la anamnesis:

- Número de embarazos,
- Número de abortos,
- Cesáreas previas,
- Nacidos muertos,
- Prematuros,
- Nacidos vivos
- Hijos vivos actualmente
- Hijos muertos antes de la primera semana de vida
- Hijos muertos después de la primera semana de vida.

Recién nacidos con bajo peso al nacer, complicaciones como: enfermedades hipertensivas, hemorragias entre otros.” (21)

#### **1.2.4 Número de atenciones prenatales**

El número mínimo de atenciones prenatales, debe ser de 6 visitas, para considerar a una paciente con el indicador de paciente controlada.

En este periodo el esfuerzo de los especialistas en atención prenatal, debe estar dirigido a:

- Conseguir un embarazo sin complicaciones y
- Como resultado un recién nacido sano.

“Se debe orientar a la gestante, en su responsabilidad para acudir periódicamente a recibir atención prenatal, lo más pronto posible a partir de ser confirmado el embarazo, se considera oportuno si acude antes de las

12 a 13 semanas del embarazo, con la finalidad de vigilar la gestación y proteger la vida materna y fetal.” (22)

En las complicaciones del embarazo, tienen un papel las siguientes enfermedades:

- Hipertensión arterial
- Hemorragias
- Infecciones urinarias
- Anemia
- Infecciones genitourinarias,
- Infecciones cérvico vaginales
- Diabetes
- COVID 19, entre otras.

“Este grupo de enfermedades, deben ser identificadas y tratadas correctamente en un control prenatal adecuado, para prevenir complicaciones del embarazo, el parto y puerperio que pueden conducir a la muerte de la madre o el feto”. (23)

## 1.2.5 Morbilidad en el embarazo actual

### a) Anemia

Es una afección en la sangre, que se caracteriza por tener pocos glóbulos rojos en la sangre, con la consecuente reducción del aporte de oxígeno hacia los tejidos.

Las enzimas de los tejidos, necesitan del hierro, es fundamental para la función celular tanto de nervios como de los músculos.

Los requerimientos fetales también dependen del hierro materno.



Si la gestante tiene anemia, puede interferir esta enfermedad con el crecimiento fetal, en el nacimiento antes de tiempo y el bajo peso al nacer.

(24)

## **b) Infecciones urinarias**

la invasión de gérmenes en el tracto urinario de las gestantes, es un indicador negativo para la salud materno-fetal.

Es la infección más frecuente en el embarazo.

Este tipo de infecciones se ven favorecidas por:

- Las modificaciones fisiológicas del embarazo y
- La estructura anatómica de la mujer,

Lo que se relaciona con su alta frecuencia y que se relacione con diversas complicaciones.

“De acuerdo a la estructura del aparato urinario que afectan pueden ser: cistitis, bacteriuria asintomática y pielonefritis, son un problema de salud pública y se les relaciona con complicaciones obstétricas”. (25)

## **c) Infecciones vaginales**

En la mujer embarazada, las infecciones vaginales por hongos son frecuentes, el pH vaginal, se puede alterar debido a los cambios hormonales, y causar síntomas como:

- Comezón vaginal
- Flujo blanquesino

Los gérmenes causantes de flujos vaginales son varios entre ellos:

- La candidiasis vaginal, causada por levaduras
- La trichomoniasis vaginal, por el parásito de *Trichomona vaginalis*



-La vaginosis bacteriana, es muy común, se produce por proliferación excesiva de las bacterias de la vagina.

La vaginosis bacteriana causa síntomas desagradables en la mujer embarazada como flujos abundantes y mal olientes. (26)

### **1.2.6 Lugar de la atención del último parto**

“El parto que es atendido en un establecimiento de salud por profesionales calificados sea en el sector público o privado, se considera parto institucional. Este parto conlleva a menos riesgos para la madre y el recién nacido en comparación a los partos domiciliarios”. (27)

## **2. Inicio tardío de la atención prenatal**

La edad gestacional al inicio de la primera atención prenatal, es muy importante en la atención de la mujer embarazada.

A partir de este momento se establece

Un plan de trabajo: periódico, integral y continuo de salud, basado en las necesidades de cada mujer.

El inicio adecuado de la primera atención prenatal, tiene una edad gestacional un poco variable, en los diferentes países de la región. Sin embargo, la mayor parte coinciden que debe ser antes del segundo trimestre gestacional.

En Colombia consideran adecuada la primera atención prenatal si es antes de las 10 semanas, en Cuba consideran la semana 12 y en el Perú, antes de la semana 14. (28)

Es considerado, una estrategia de salud, orientada a reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Es relevante que la primera atención se realice en el primer trimestre de gestación.



Un programa adecuado de atención prenatal, supone la captación precoz de la gestante y atenciones prenatales periódicas una vez por mes hasta el parto.

El propósito es identificar complicaciones gestacionales entre ellas: VIH, diabetes, enfermedades hipertensivas, anemia, procesos infecciosos entre otros. Y brindar un manejo oportuno.

Según la Organización Panamericana de la Salud, los servicios de atención prenatal, atención a la salud reproductiva, son espacios fundamentales para la promoción y prevención, además del cribado, diagnóstico y tratamiento de enfermedades en el embarazo.

“Está plenamente demostrado, que la atención prenatal a tiempo y completa, contribuye a la buena salud de la madre y su hijo por nacer”. (29)

Los controles deben iniciarse, tan pronto el embarazo sea confirmado, especialmente en gestantes con:

- Factores de riesgo obstétrico,
- Por patologías crónicas o
- Malos antecedentes obstétricos.

El inicio tardío de la atención prenatal, se considera cuando se inicia en la semana gestacional 14 y en adelante. (30)

## **2.1. Trimestre en la primera atención**

Semanas de edad gestacional por trimestre:

- Primer Trimestre: incluye desde la semana 1 hasta la 13.
- Segundo Trimestre: Se extiende entre las 14 semanas a la 27.
- Tercer Trimestre: A partir de las 28 semanas hasta las 42 semanas de gestación. (31)



## a) II trimestre

durante la atención prenatal se realizarán pruebas de laboratorio y mediciones del crecimiento fetal, así como la detección de la frecuencia cardiaca fetal.

En gestantes de segundo trimestre se realizará el diagnóstico de la salud materna y el diagnóstico de la salud fetal.

Toda actividad realizada durante la atención prenatal, se orienta para asegurar un buen estado de salud para la madre y el feto (32).

## b) III trimestre

a medida que se aproxima la fecha del parto, se debe indicar exámenes de laboratorio y una ecografía.

Los análisis de laboratorio para:

- verificar que la gestante llegue al parto sin focos infecciosos
- Anemia
- Enfermedades hipertensivas.

Y el control ecográfico para verificar:

- La posición fetal,
- La cantidad del líquido amniótico,
- Ubicación de la placenta
- Detectar patología del cordón umbilical.

“El profesional que realiza el control prenatal, le informará sobre la frecuencia de las atenciones prenatales cada 4 semanas en el último mes de la gestación”. (33)



## 2.3. MARCO CONCEPTUAL.

- **Atención prenatal.** Son las actividades realizadas por el profesional de salud obstetra encaminadas al cuidado de la salud de la madre y se su hijo por nacer, en las 40 semanas da desarrollo gestacional. (34)
- **Determinantes.** Son situaciones o circunstancias que ayudan a la resolución de un problema o lo dificultan, algunas veces tienen un comportamiento neutro, relacionado con las circunstancias que se afronten. (35)
- **Inicio Tardío.** Es lo que sucede después del tiempo oportuno, en que se necesitada o esperaba. (36)
- **Relacionadas.** Cuando dos o más cosas se unen, real o mentalmente condicionado por las circunstancias. (37)



## CAPÍTULO III

### PROCEDIMIENTO METODOLOGICO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño fue **no experimental**. Las unidades de observación se seleccionan de manera aleatoria y el investigador no realiza ningún tipo de manipulación de las variables. Rojas, V. M. N. 2021. (38)

#### 3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue **básica** y de nivel **correlacional**.

El tipo de investigación **básica**, Tiene la finalidad de producir nuevos conocimientos respecto a hechos u objetos. El estudio es **correlacional**, Relaciona dos variables y su causalidad o dependencia estadística, fue de corte **transversal**. Álvarez, C. E. M. 2020. (39)

#### 3.3. MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN

Se utilizó el Método **hipotético deductivo**, Se caracteriza porque parte de una hipótesis del investigador, se desarrollan teorías, se llega a una



conclusión. Con enfoque **cuantitativo**. Se basa en datos numéricos, y verificables. Su principal herramienta es el análisis estadístico. Arias Gonzáles, J. L., Covinos Gallardo, M. 2021. (40)

### 3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### **Población**

La representó 159 historias clínicas perinatales, de gestantes que acudieron a control prenatal después de las 13 semanas en el establecimiento de salud Santa María.

#### **Muestra**

Se revisó el 100% (159) historias clínicas perinatales, de gestantes que acudieron a control prenatal después de las 13 semanas en el establecimiento de salud Santa María.

#### **Ámbito y temporalidad**

##### **El ámbito de investigación.**

Es la Institución Prestadora de Salud Santa María, del distrito de Juliaca, en la provincia San Román y departamento de Puno.

##### **Temporalidad**

Periodo 2019-2023.

### 3.5. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INVESTIGACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.5.1. Técnicas

Se utilizó el **Análisis documental**. Son métodos utilizados para recoger y analizar diferente forma de datos.

#### 3.5.2. Instrumento

Se elaboró una La hoja de recogida de datos. Un investigador utilizará este instrumento para obtener información que le permita desarrollar el tema de investigación sobre el que está trabajando.

### 3.5.3. Fuentes

Secundarias Historias clínicas

### 3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Se presentó una solicitud a la jefa del establecimiento para recolectar los datos.

Con la ficha de recolección de datos se procedió a realizar una base de datos en una tabla de Excel.

Se utilizó la historia clínica como fuente secundaria para la recolección de datos.

Los datos codificados se introdujeron al SPSS V24 para la elaboración de tablas, gráficas y prueba estadística.

### 3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Se utilizó la prueba Chi-cuadrado, que se utiliza para evaluar hipótesis sobre si determinados datos satisfacen o no determinadas expectativas. El propósito de la prueba es determinar si los valores que se han observado en los datos coinciden o no con los valores que anticiparíamos tener si la hipótesis nula fuera correcta.

$$\chi_c^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

### 3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO



## -Validez

El instrumento de recogida de datos se validó mediante el juicio de expertos, que es una técnica que trata de corroborar si existe consenso, o al menos un porcentaje aceptable de acuerdo, entre el investigador y los expertos sobre la pertinencia de cada ítem. Esta técnica se basa en la correspondencia teórica que existe entre los ítems del instrumento y el concepto de acontecimiento.

Esta técnica sólo indica si la selección de los ítems que hizo el investigador, concuerde con el criterio de los expertos, pero no garantiza que, en la realidad, al ser aplicado a la muestra, el instrumento funcione adecuadamente.

## -Confiabilidad

Se aplicó el estadístico Alfa de Cronbach que dio un resultado de confiabilidad de 0.96.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

Donde:  
 $\alpha$ : Alfa de cronbach  
K: Numero de ítems  
Vi: Varianza de cada ítem  
Vt: Varianza del total

El Alfa de Cronbach, es una medida estadística que es utilizada para evaluar la confiabilidad interna de un conjunto de preguntas o ítems en un cuestionario.

De 0 a 1 es el intervalo de valores del alfa de Cronbach. Aumenta la fiabilidad cuando el valor se aproxima a uno, y disminuye la fiabilidad o consistencia



cuando el valor se aproxima a cero. Cuando se aproxima a 0, proporciona pruebas de que no existe relación entre las cosas consideradas.

Es posible que ésta sea la clave para garantizar que nuestras preguntas están en armonía entre sí, lo que nos proporcionará respuestas fiables y sólidas en nuestro estudio.



## CAPÍTULO IV

### 4.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

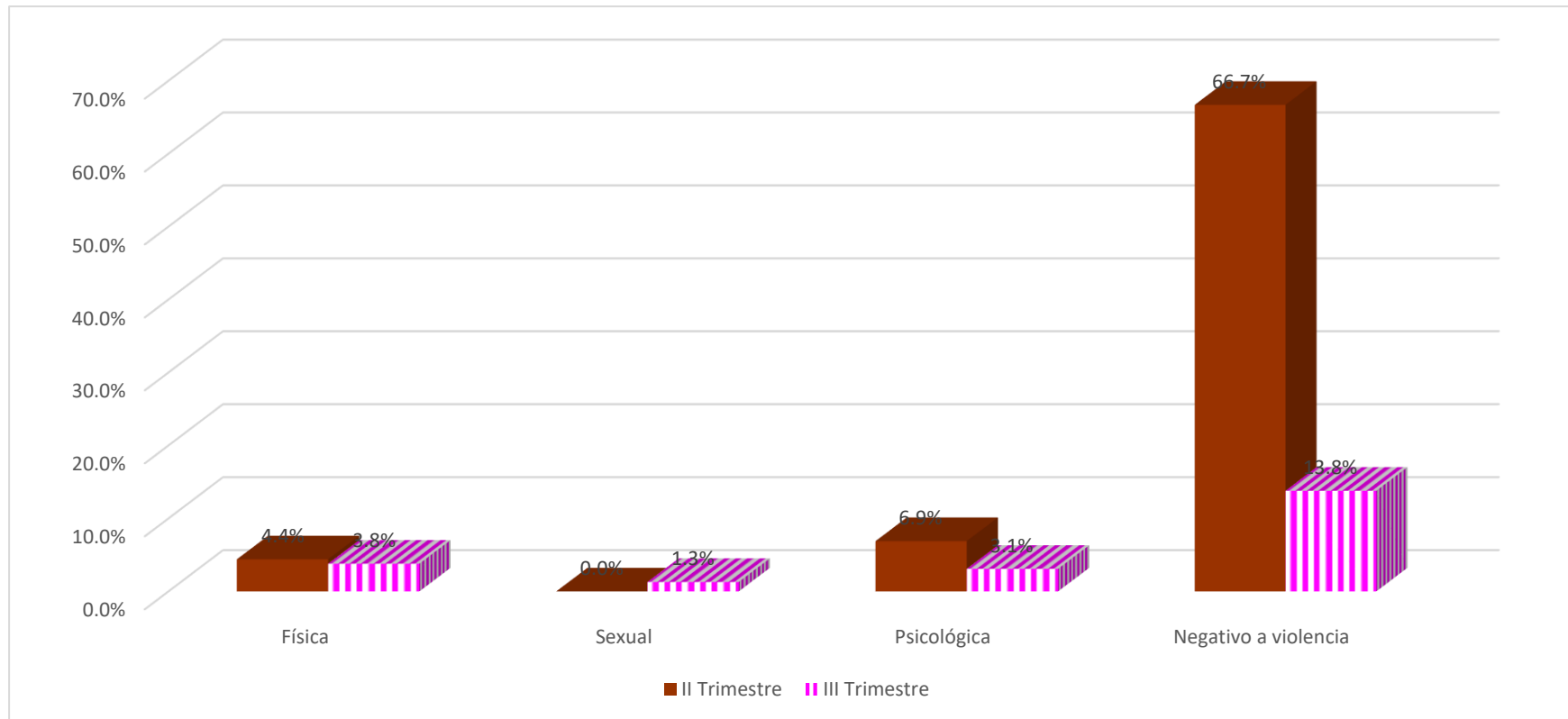
TABLA 1. VIOLENCIA DE LA PAREJA E INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DE SANTA MARÍA 2024.

VIOLENCIA DE LA PAREJA	INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL				TOTAL	
	II Trimestre		III Trimestre			
	fi	%	fi	%	fi	%
Física	7	4.4	6	3.8	13	8.2
Sexual	0	0.0	2	1.3	2	1.3
Psicológica	11	6.9	5	3.1	16	10.0
Negativo a violencia	106	66.7	22	13.8	128	80.5
<b>TOTAL</b>	124	78.0	35	22.0	159	100.0

Fuente. Ficha de recolección de datos

$X^2 \text{ cal} = 14.0 > X^2 \text{ tab} = 11.341$       **GL 3**      **NS 0.01**

### FIGURA 1. VIOLENCIA DE LA PAREJA E INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DE SANTA MARÍA 2024



Fuente. Tabla 1



La violencia de la pareja, en el 8.2% se presentó de forma física, en el 1.3% sexual, en el 10.0% psicológica y el 80.5% de casos son negativos a violencia de pareja.

En el análisis multivariable se encontró mayor frecuencia de violencia de pareja en el grupo que acudió a su atención prenatal en segundo trimestre en el 11.3%, respecto al grupo que acudió en III trimestre la frecuencia fue de 8.2%.

La relación entre violencia de pareja y el trimestre en el que acudió a control prenatal tardío, según chi cuadrado es, la sumatoria de chi cuadrado calculado fue de 14.0 mayor al valor de chi cuadrado tabulado 11.341, en 3 grados de libertad y 0.01 niveles de significación.

Por lo tanto, afirmamos que estadísticamente se encontró significancia entre la violencia de la pareja y el inicio tardío de la atención prenatal.

En una investigación realizada por Mamani D. R. Se pudo hallar que existe un nivel alto de violencia familiar en las mujeres con el 37.9%. (12)

En esta investigación la frecuencia de violencia de la pareja llegó a 19.5% menor a la reportada por el autor citado pero influye en el inicio tardío de la atención prenatal.



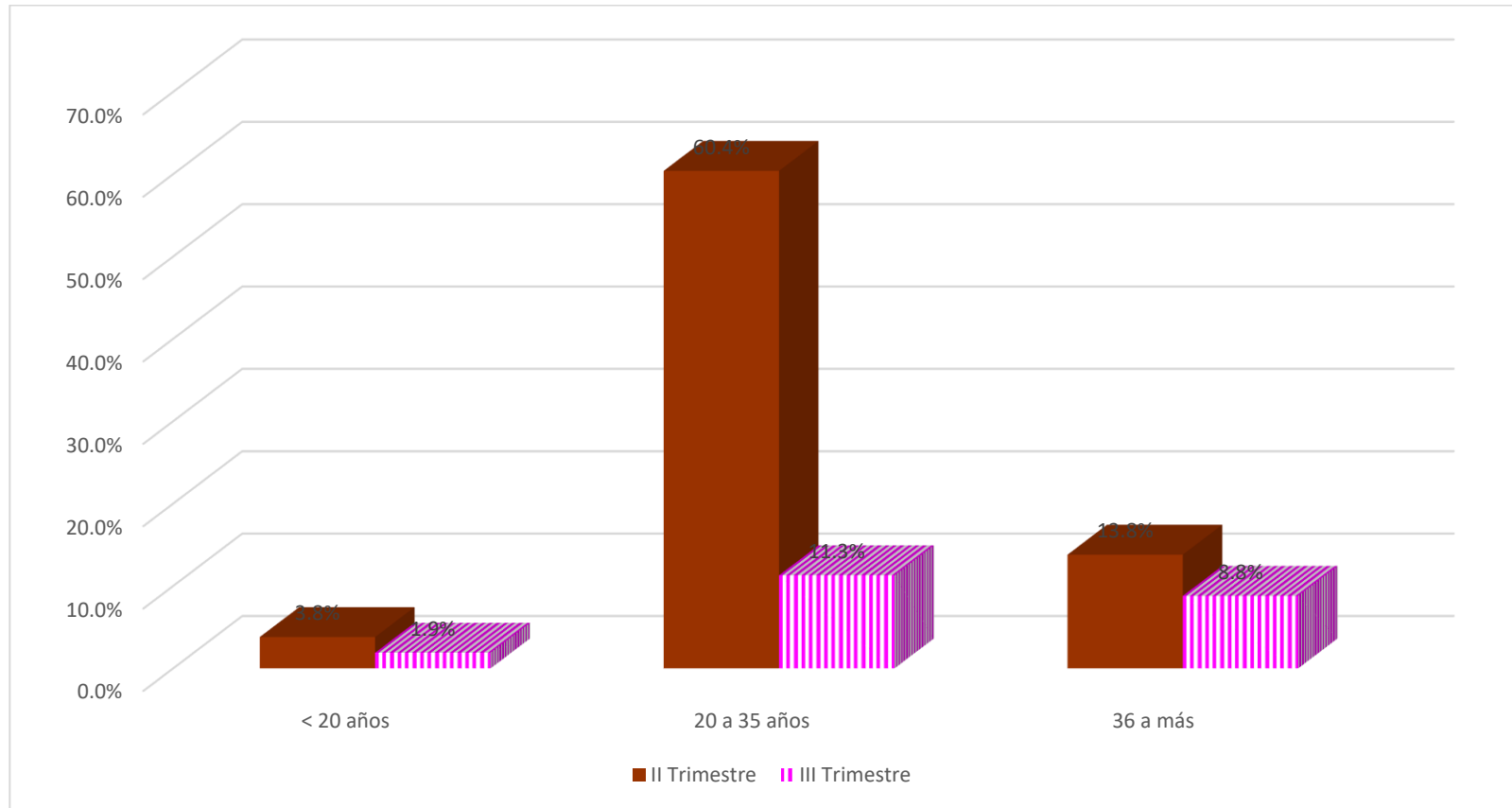
**TABLA 2. EDAD E INICIO TARDÍO DE LA ATECIÓN PRENATAL EN GESTANTES DE SANTA MARÍA 2024**

EDAD	INICIO TARDÍO DE LA ATECIÓN PRENATAL				TOTAL	
	II Trimestre		III Trimestre		fi	%
	fi	%	fi	%		
<b>&lt; 20 años</b>	6	3.8	3	1.9	9	5.7
<b>20 a 35 años</b>	96	60.4	18	11.3	114	71.7
<b>36 a más</b>	22	13.8	14	8.8	36	22.6
<b>TOTAL</b>	124	78.0	35	22.0	159	100.0

Fuente. Ficha de recolección de datos

**X<sup>2</sup> cal= 9.22 > X<sup>2</sup> tab=9.210      GL 2      NS 0.01**

### FIGURA 2. EDAD E INICIO TARDÍO DE LA ATECIÓN PRENATAL EN GESTANTES DE SANTA MARÍA 2024.



Fuente. Tabla 2



La edad de las pacientes en estudio, en el 5.7% fueron menores de 20 años, el 71.7% tenían entre 20 hasta 35 años y en el 22.6% la edad fue de 36 años a más. La edad que predomina en los dos grupos de estudio inicio tardío de la atención prenatal en segundo y tercer trimestre es de 20 a 35 años, 60.4% y 11.3% respectivamente.

Al relacionar la edad con el trimestre de inicio tardío de la atención prenatal se pudo determinar, que chi cuadrado calculado resultó 9.22 mayor a chi cuadrado tabulado 9.210, para 2 grados de libertad y 0.01 niveles de significación.

En consecuencia, se encontró significancia entre las variables de la tabla.

Afirman los autores: Cerna B. V., Balberena M. D. C. La variable edad se encontró que las mujeres de 12 a 17 años son aquellas con mayor porcentaje (37,94%) de CPN tardío en comparación con las demás edades. (11)

En esta investigación el porcentaje de atención prenatal tardío en adolescentes es menor al indicado por los autores mencionados solo alcanzó el 5.7%.

**TABLA 3. GRADO DE INSTRUCCIÓN E INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN EGSTANTES DE SANTA MARÍA 2024.**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL				TOTAL	
	II Trimestre		III Trimestre		fi	%
	fi	%	fi	%		
<b>Primaria</b>	5	3.1	9	5.7	14	8.8
<b>Secundaria</b>	88	55.4	13	8.1	101	63.5
<b>Superior universitaria</b>	17	10.7	7	4.4	24	15.1
<b>Superior no universitaria</b>	14	8.8	6	3.8	20	12.6
<b>TOTAL</b>	124	78.0	35	22.0	159	100.0

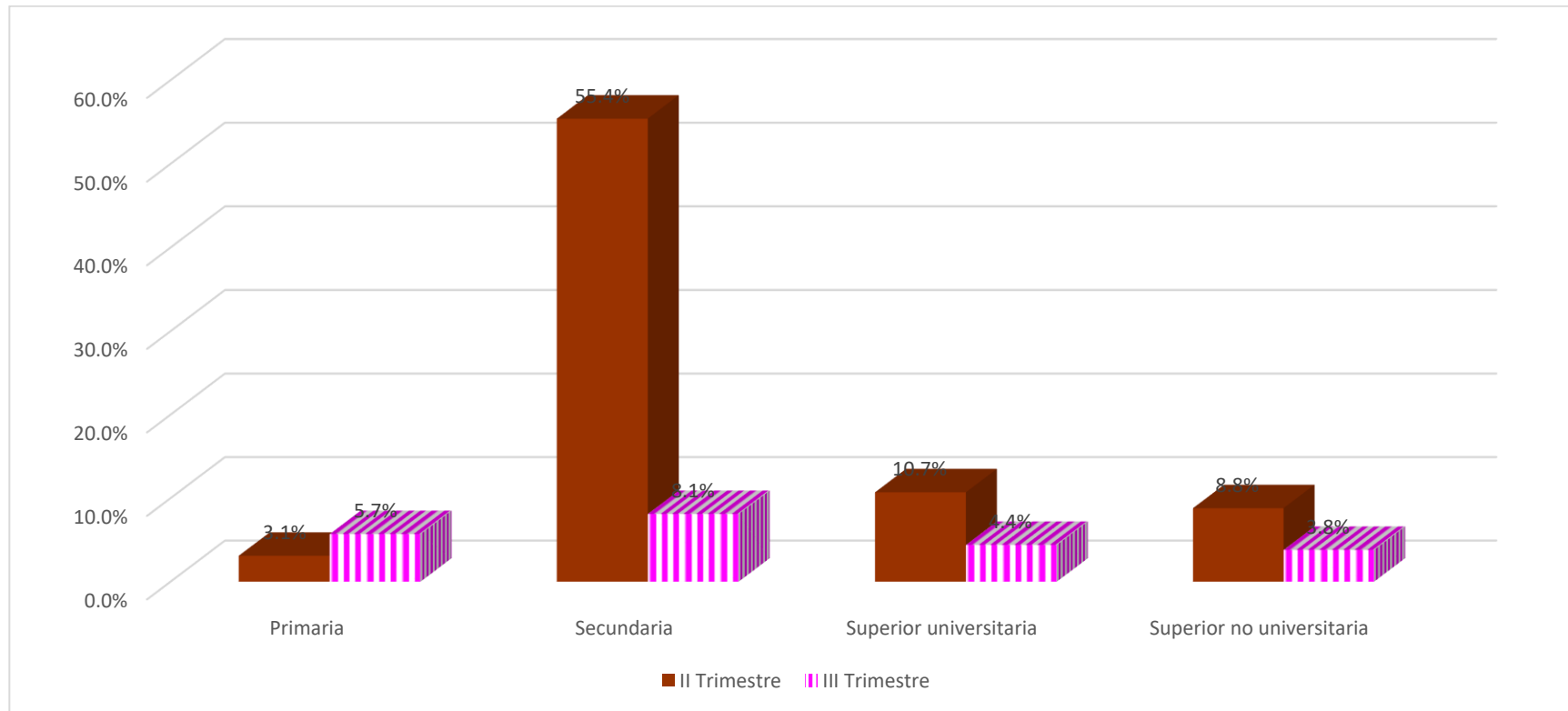
Fuente. Ficha de recolección de datos

$X^2 \text{ cal} = 20.9 > X^2 \text{ tab} = 16.268$

**GL 3**

**NS 0.001**

**FIGURA 3. GRADO DE INSTRUCCIÓN E INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DE SANTA MARÍA 2024.**



Fuente. Tabla 3



El grado de instrucción en mujeres con control prenatal tardío, es como sigue: el 8.8% tienen estudios primarios, el 63.5% secundarios, el 15.1% superior universitario y el 12.6% superior no universitario.

Analizando las dos variables de la tabla, se observa que predominan las gestantes con estudios secundarios en los dos grupos de estudio segundo y tercer trimestre de inicio de atención prenatal 55.4% y 8.1% respectivamente.

Del análisis estadístico entre el grado de instrucción y trimestre del inicio tardío de la atención prenatal, se observa que chi cuadrado calculado fue 20.9, mayor al valor de chi cuadrado tabulado 16.268, para 3 grados de libertad y 0.001 niveles de significación.

Para ir concluyendo, se encontró significancia entre las 2 variables.

Reporta el autor Gómez, A. G. el 53% de la población que acude a control prenatal tardío, el 41% con estudios de secundaria incompleta. (1)

Coincidimos en cuanto a que el control prenatal tardío tiene una alta frecuencia en mujeres con estudios secundarios en esta tabla se aprecia mayor porcentaje 63.5%.

**TABLA 4. PARIDAD E INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DE SANTA MARÍA 2024.**

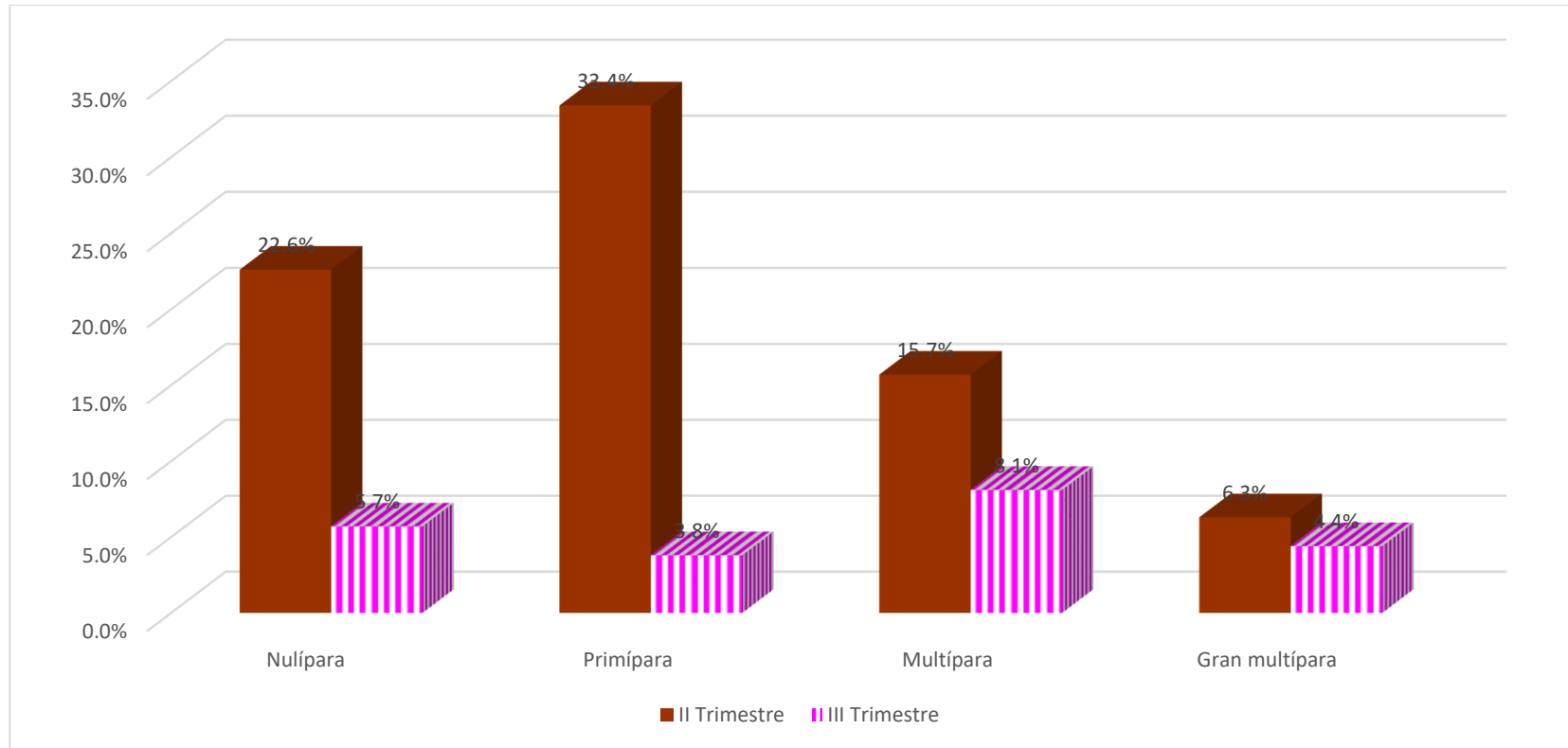
PARIDAD	INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL				TOTAL	
	II Trimestre		III Trimestre		fi	%
	fi	%	fi	%		
<b>Nulípara</b>	36	22.6	9	5.7	45	28.3
<b>Primípara</b>	53	33.4	6	3.8	59	37.2
<b>Multípara</b>	25	15.7	13	8.1	38	23.8
<b>Gran multípara</b>	10	6.3	7	4.4	17	10.7
<b>TOTAL</b>	124	78.0	35	22.0	159	100.0

Fuente. Ficha de recolección de datos

 **$X^2_{cal} = 11.9 > X^2_{tab} = 11.341$       GL 3      NS 0.01**



FIGURA 4. PARIDAD E INICIO TARDÍO DE LA ETENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DE SANTA MARÍA 2024



Fuente. Tabla 4



La variable paridad se muestra de la siguiente forma, en el 28.3% son nulíparas, el 37.2% primíparas, el 23.8% múltiparas y el 10.7% gran múltiparas.

Analizando las dos variables de la tabla se aprecia que en el grupo que acudió a control prenatal en segundo trimestre es más frecuente las primíparas 33.4% y en el grupo de tercer trimestre predominaron las múltiparas 11.341, en 3 grados de libertad y 0.01 niveles de significación.

La prueba de chi cuadrado relaciona la paridad con el trimestre de atención prenatal tardía, la sumatoria de chi cuadrado tabulado es de 11.9, resultó mayor a chi cuadrado tabulado 11.341, en 3 grados de libertad y nivel de significación de 0.01.

Para terminar, afirmamos que existe significancia entre las variables de la tabla.

En una investigación realizada sobre control prenatal tardío encontraron **Aranda G. Z., Velásquez G. E.** El factor predominante es el número de partos con un 44% de nulíparas. (9)

En esta tabla se puede observar que la frecuencia de nulíparas fue de 28.3% porcentaje menor al indicado por los autores citados.



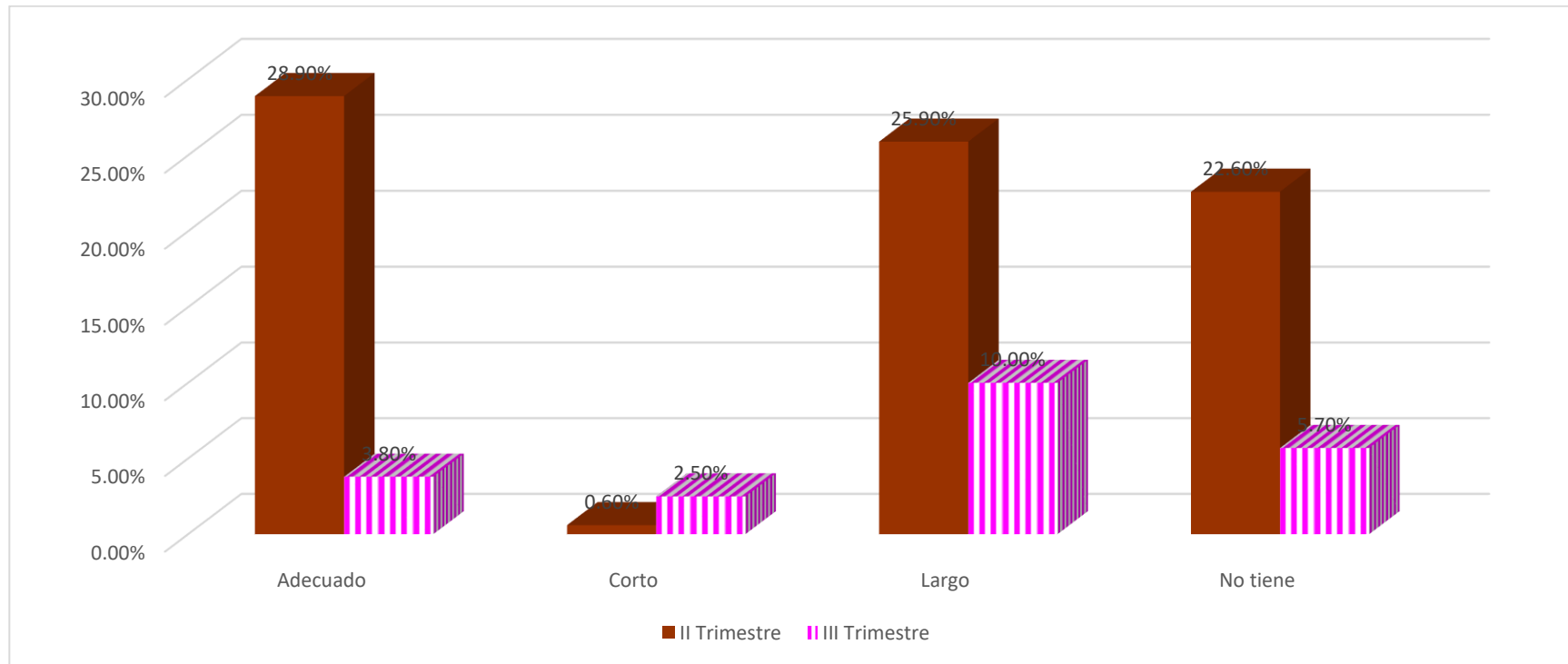
**TABLA 5. PERIODO INTERGENÉSICO E INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DE SANTA MARÍA 2024**

PERIODO INTERGENÉSICO	INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL				TOTAL	
	II Trimestre		III Trimestre		fi	%
	fi	%	fi	%		
Adecuado (2 a 4 años)	46	28.9	6	3.8	52	32.7
Corto < de 2 años	1	0.6	4	2.5	5	3.1
Largo > de 4 años	41	25.9	16	10.0	57	35.9
No tiene	36	22.6	9	5.7	45	28.3
<b>TOTAL</b>	124	78.0	35	22.0	159	100.0

Fuente. Ficha de recolección de datos

**$X^2_{cal} = 14.4 > X^2_{tab} = 11.341$       GL 3      NS 0.01**

**FIGURA 5. PERIODO INTERGENÉSICO E INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DE SANTA MARÍA 2024.**



Fuente. Tabla 5



El periodo intergenésico en el grupo en estudio, es como se observa, en el 32.7% adecuado, en el 3.1% es corto, en el 35.9% largo y en el 28.3% no presentó.

El análisis multivariable muestra que en el grupo de estudio inicio tardío de la atención prenatal en segundo trimestre en la mayoría de casos el periodo intergenésico fue adecuado 32.7%, en el grupo de inicio en tercer trimestre predominó el periodo intergenésico largo en el 10.0%.

En cuanto a la relación entre el periodo intergenésico y el trimestre de inicio tardío de la atención prenatal, se encontró que chi cuadrado calculado fue 14.4 mayor a chi cuadrado tabulado 11.341, en 3 grados de libertad y 0.01 nivel de significación.

En definitiva, se encontró significancia entre las variables consideradas en la tabla.

Reportan Aquino, C. S., Estévez, N., Rivas, H. G. El periodo intergenésico: Fue corto en 41 casos (25,6 %) y 26 controles (16,1 %); adecuado en 33 (20,6 %) casos y 84 (52,2 %) controles y prolongado en 86 casos (53,8 %) y 51 controles (31,7 %) ( $p=0,00$ ). (7)

En esta tabla el periodo intergenésico adecuado se presenta en mayor porcentaje 32.7% respecto a lo indicado por los autores consultados.

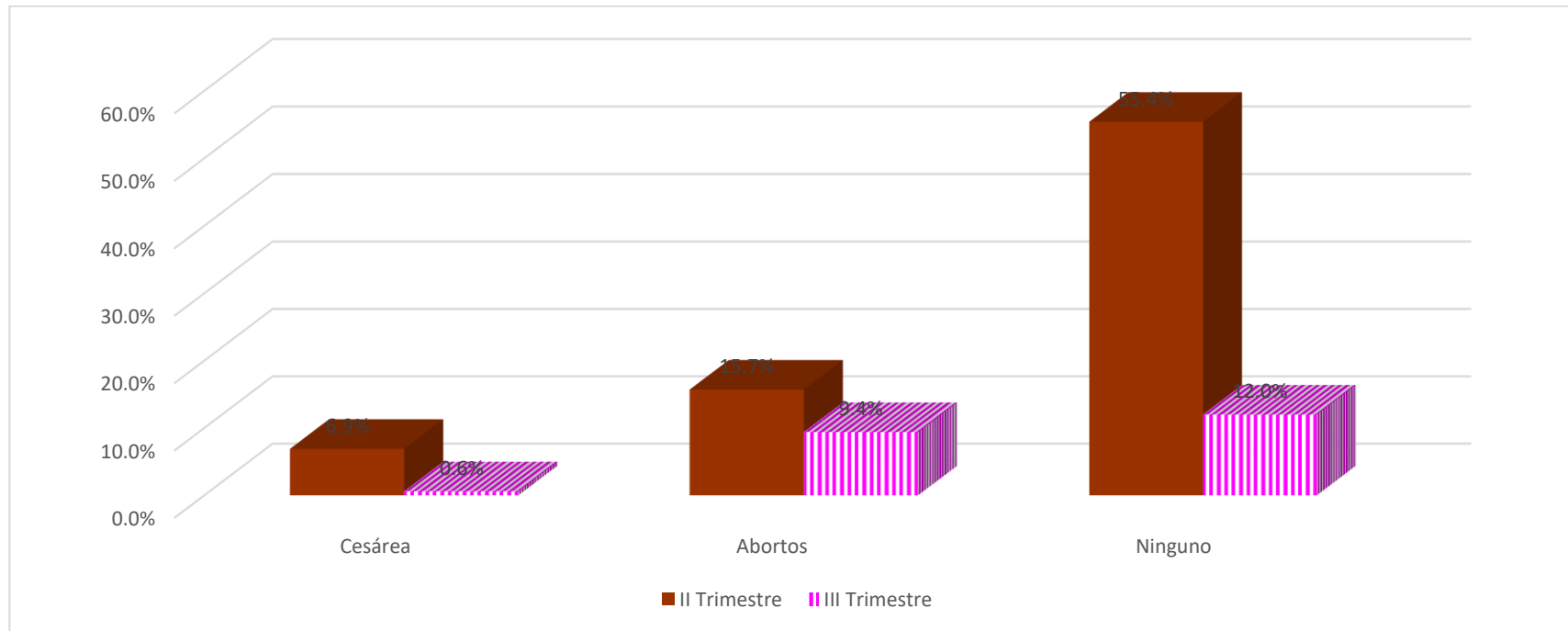
**TABLA 6. MALOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DE SANTA MARÍA 2024.**

MALOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL				TOTAL	
	II Trimestre		III Trimestre		fi	%
	fi	%	fi	%		
Cesárea	11	6.9	1	0.6	12	7.5
Abortos	25	15.7	15	9.4	40	25.1
Ninguno	88	55.4	19	12.0	107	67.4
<b>TOTAL</b>	124	78.0	35	22.0	159	100.0

Fuente. Ficha de recolección de datos

**$X^2 \text{ cal} = 8.03 > X^2 \text{ tab} = 7.824$       GL 2      NS 0.02**

**FIGURA 6. MALOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DE SANTA MARIA 2024**



Fuente. Tabla 6



La variable malos antecedentes obstétricos muestra el siguiente comportamiento, el 7.5% de pacientes presentó antecedente de cesárea, el 25.1% de abortos y el 67.4% ningún antecedente desfavorable.

En los dos grupos de estudio de inicio tardío del control prenatal en segundo y tercer trimestre se observa como antecedente obstétrico adverso más frecuente al aborto, 15.7% y 9.4% respectivamente.

El análisis estadístico entre los malos antecedentes obstétricos y el inicio tardío de la atención prenatal, evidencia que chi cuadrado calculado fue 8.03, mayor a chi cuadrado tabulado 7.824, en 2 grados de libertad y 0.02 nivel de significación.

En vista de estos resultados se concluye que existe significancia entre las variables de la tabla.

Los autores Aquino, C. S., Estévez, N., Rivas, H. G. En su investigación encontraron El antecedente obstétrico más frecuente fue la cesárea anterior (67,5 %, 108 gestantes) ( $Z=6,16$ ;  $p=0,00$ ). (7)

En esta investigación no fueron las cesáreas los más frecuentes, fueron los abortos en el 25.1% de casos.

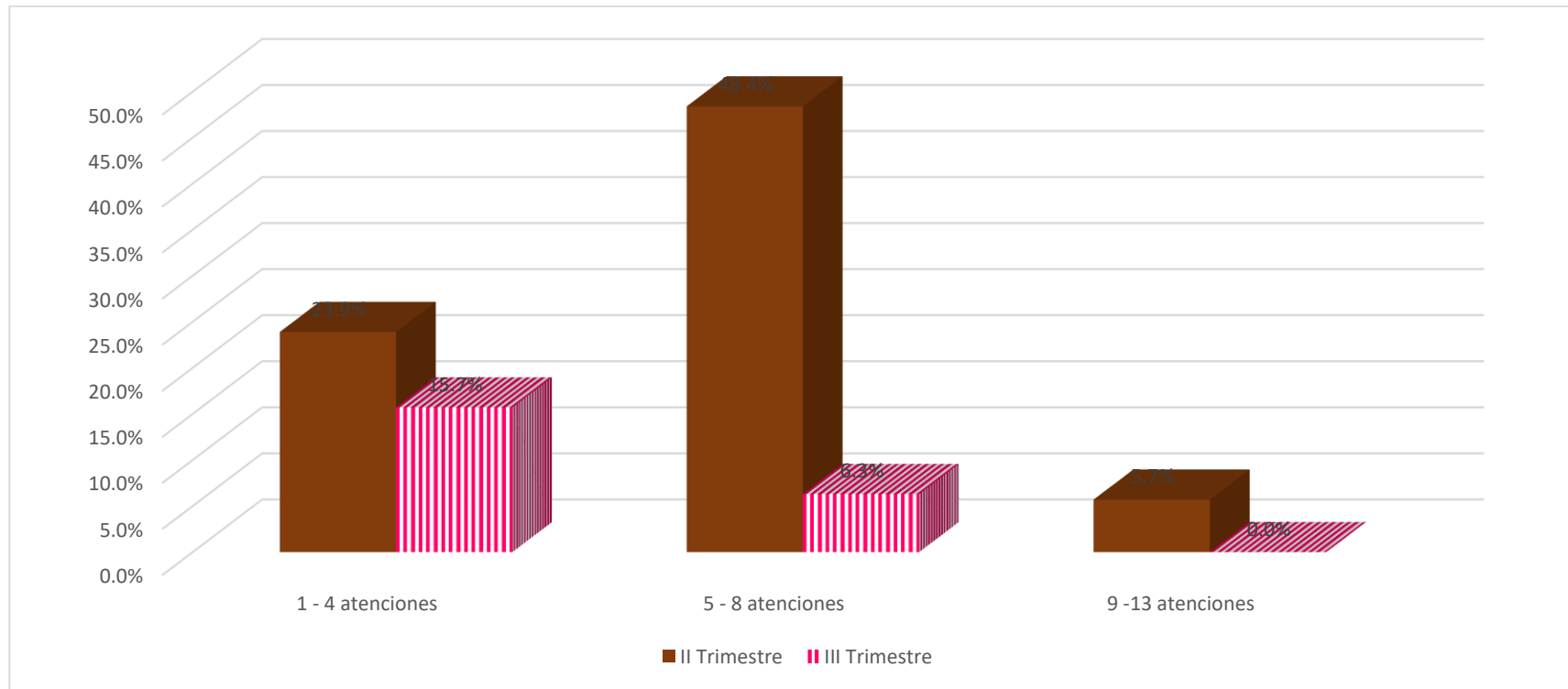
**TABLA 7. NÚMERO DE ATENCIONES PRENATALES E INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DE SANTA MARÍA 2024**

NÚMERO DE ATENCIONES PRENATALES	INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL				TOTAL	
	II Trimestre		III Trimestre		fi	%
	fi	%	fi	%		
1 - 4 atenciones	38	23.9%	25	15.7%	63	39.6%
5 - 8 atenciones	77	48.4%	10	6.3%	87	54.7%
9 -13 atenciones	9	5.7%	0	0.0%	9	5.7%
<b>TOTAL</b>	124	78.0%	35	22.0%	159	100.0%

Fuente. Ficha de recolección de datos

**$X^2_{cal} = 19.67 > X^2_{tab} = 13.815$       GL 2      NS 0.001**

**FIGURA 7. NÚMERO DE ATENCIONES PRENATALES E INICIO TARDIO DE LA PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DE SANTA MARÍA 2024.**



Fuente. Tabla 7



En cuanto al número de atenciones prenatales, en el 39.6% acudió entre 1 a 4 atenciones, el 54.7% entre 5 a 8 atenciones y el 5.7% de 9 a 13.

En el análisis bivariado, apreciamos que en el grupo de inicio tardíamente su atención prenatal en segundo trimestre el 48.4% alcanzó entre 5 a 8 atenciones prenatales, y en el grupo de inicio en el tercer trimestre el 15.7% entre 1 a 4 atenciones.

Al relacionar las variables de la tabla número de atenciones prenatales y trimestre de inicio tardío de la atención prenatal se encontró que chi cuadrado calculado es igual a 19.61, mayor al valor de chi cuadrado tabulado 13.815, en 2 grados de libertad y 0.001 nivel de significación.

De esta forma, afirmamos que, se encontró significancia entre las variables de alta significancia.

Diversos autores: Pereira, J. A. O., Mazariegos, M. A. C., Carrera, R. C. L. C., Lopez, K. Y. I., Ríos, R. S., & Fajardo, D. J. L. en su estudio caracterización de la atención prenatal, encontraron respecto al número de controles prenatales 4 o más controles 31.6% (103).

En esta tabla se observa un porcentaje mayor de embarazadas que acudieron a más de 4 controles a pesar del inicio tardío de la atención prenatal.

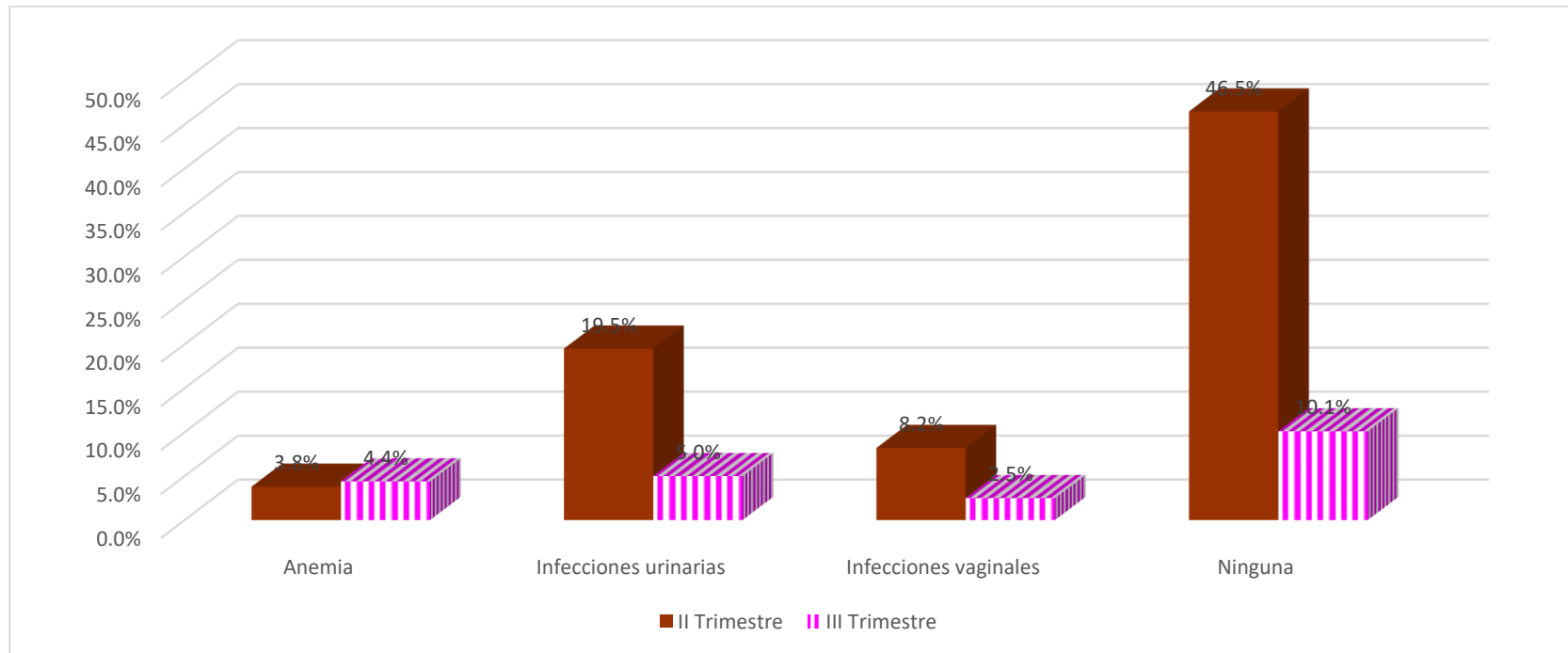
**TABLA 8. MORBILIDAD EN EL EMBARAZO ACTUAL E INICIO TARDÍO DE LA PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DE SANTA MARÍA 2024**

MORBILIDAD EN EL EMBARAZO	INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL				TOTAL	
	II Trimestre		III Trimestre		fi	%
	fi	%	fi	%		
<b>Anemia</b>	6	3.8	7	4.4	13	8.2
<b>Infecciones urinarias</b>	31	19.5	8	5.0	39	24.5
<b>Infecciones vaginales</b>	13	8.2	4	2.5	17	10.7
<b>Ninguna</b>	74	46.5	16	10.1	90	56.6
<b>TOTAL</b>	124	78.0	35	22.0	159	100.0

Fuente. Ficha de recolección de datos

$X^2 \text{ cal} = 8.7 > X^2 \text{ tab} = 7.815$       **GL 3**      **NS 0.05**

**FIGURA 8. MORBILIDAD EN EL EM BARAZO ACTUAL E INICIO TARDIO DE LA PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DE SANTA MARÍA 2024.**



Fuente. Tabla 8



La morbilidad en el embarazo, se presentó en el 8.2% anemia, en el 24.5% infecciones urinarias, en el 10.7% infecciones vaginales y en el 56.6% ninguna enfermedad.

En los dos grupos de estudio de inicio tardío de la atención prenatal en segundo trimestre y tercer trimestre, la morbilidad más frecuente fue las infecciones urinarias en el 19.5% y 5.0% respectivamente.

La prueba de chi-cuadrado, por su parte, se utiliza para determinar si existe o no correlación entre la morbilidad en el embarazo y el inicio tardío del tratamiento prenatal. Los resultados de esta prueba mostraron que la chi-cuadrado calculada era de 8,7, superior a la chi-cuadrado tabulada de 7,815, con tres grados de libertad y un umbral de significación de 0,05.

Para finalizar el análisis estadístico, se encontró significancia entre las variables consideradas en la tabla.

Reportan los autores Cueva M. L., Reyna S. L., Villanueva M. E. Se encontró 31,4% de anemia en la población evaluada, encontrándose asociación significativa entre presencia de anemia, con edad gestacional, IMC pregestacional y paridad ( $p < 0,001$ ). (14)

En esta investigación la frecuencia de anemia es menor 8.2% en relación a los resultados de los autores citados.

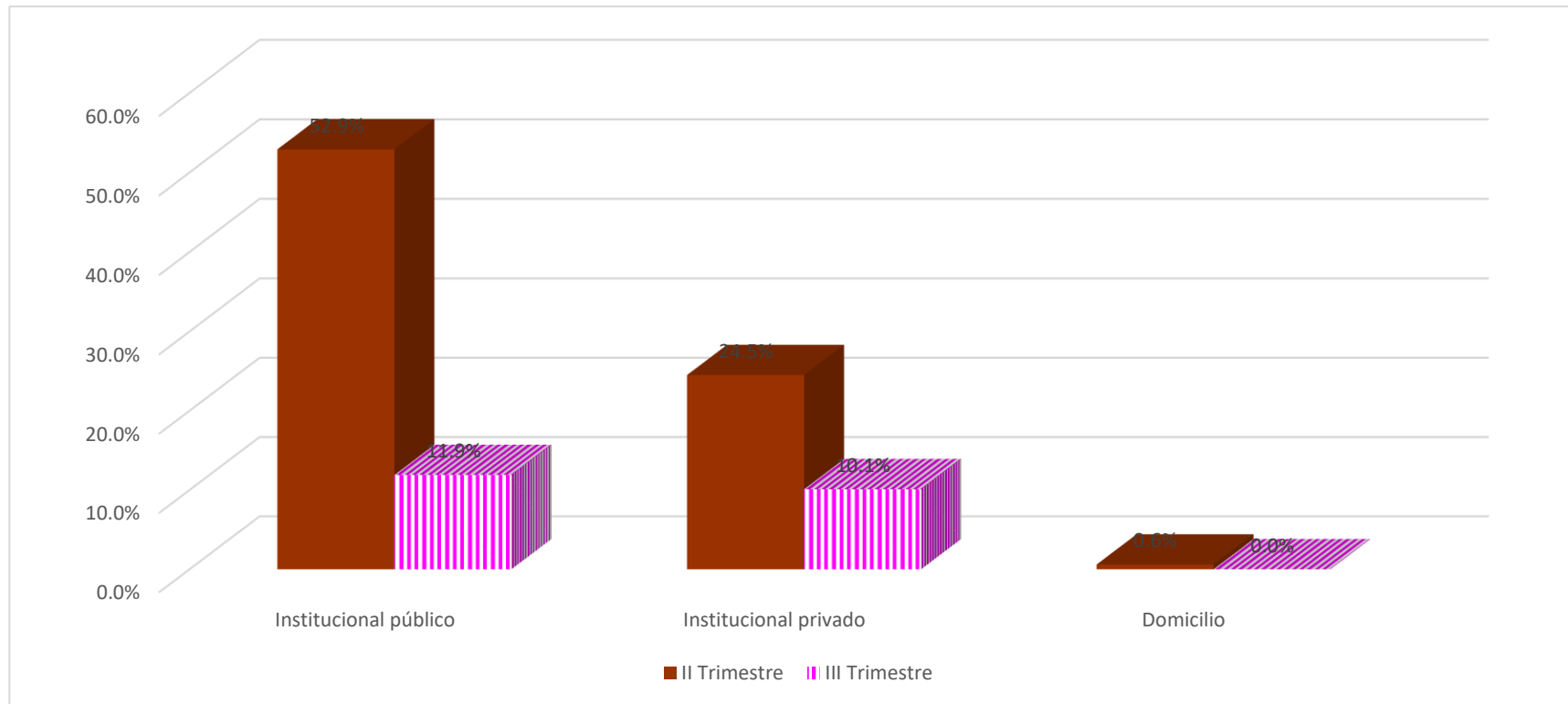
**TABLA 9. LUGAR DE LA ATENCIÓN DEL ÚLTIMO PARTO E INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DE SANTA MARÍA 2024**

LUGAR DE LA ATENCIÓN ÚLTIMO PARTO	INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL				TOTAL	
	II Trimestre		III Trimestre		fi	%
	fi	%	fi	%		
Institucional público	84	52.9	19	11.9	103	64.8
Institucional privado	39	24.5	16	10.1	55	34.6
Domicilio	1	0.6	0	0.0	1	0.6
<b>TOTAL</b>	124	78.0	35	22.0	159	100.0

Fuente. Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal} = 2.65 < X^2_{tab} = 5.991$       GL 2      NS 0.05

**FIGURA 9. LUGAR DE LA ATENCIÓN DEL PARTO E INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DE SANTA MARÍA 2024.**



Fuente. Tabla 9



El lugar de la atención del último parto en el 64.8% de casos fue institucional público, en el 34.6% institucional privado y en el 0.6% domiciliario.

Los resultados del análisis bivariado indican que el ámbito institucional público fue el lugar más frecuente de inicio tardío de la atención prenatal durante el segundo y tercer trimestres del embarazo en ambos grupos de investigación, lo que corresponde a 52,9% y 11,9% del total.

Es fundamental señalar que la prueba de ji cuadrado realizada para determinar la relación entre el lugar de atención del parto y el inicio tardío de la atención prenatal arrojó un valor de ji cuadrado calculado de 2,65. Este valor fue inferior al tabulado de la prueba de ji cuadrado. Este valor fue inferior al valor de chi-cuadrado tabulado de 5,991, tomado en consideración a niveles de significación de 0,05 y 2 grados de libertad.

En conclusión, no se encontró significancia entre las variables de la tabla.

Quispe L. Y. (2024). Factores asociados a parto no institucionalizado en mujeres peruanas: sub-análisis de la ENDES 2022. Se encontró una prevalencia de 4,75% de partos no institucionales. (37)

En esta investigación el porcentaje es menor 0.6% corresponde a partos domiciliarios.

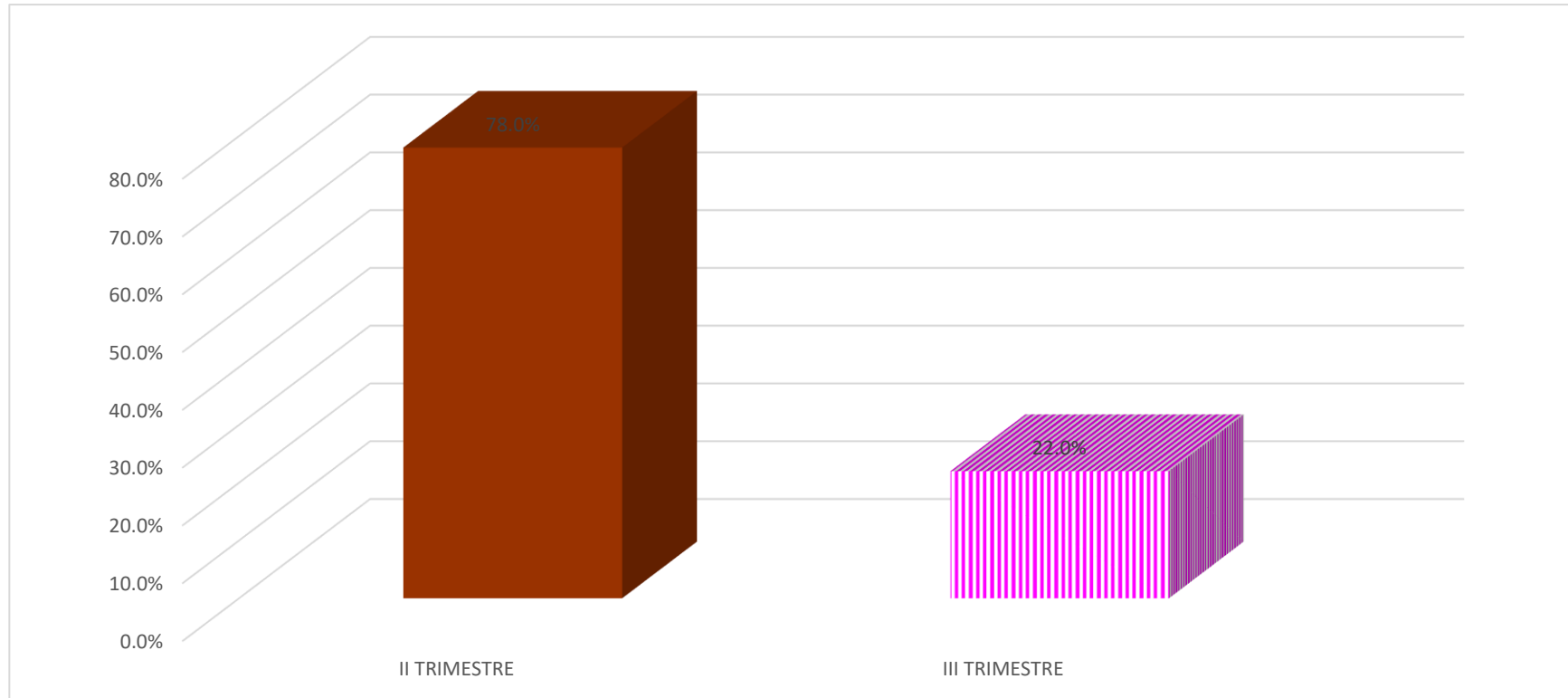


**TABLA 10. TRIMESTRE DE INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DE SANTA MARÍA 2024**

TRIMESTRE DE INICIO TARDÍO DE ATENCIÓN PRENATAL	fi	%
II TRIMESTRE	124	78.0
III TRIMESTRE	35	22.0
<b>TOTAL</b>	159	100.0

Fuente. Ficha de recolección de datos

**FIGURA 10. TRIMESTRE DE INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES DE SANTA MARÍA 2024**



Fuente. Tabla 10



Del 100% de gestantes que tuvieron inicio tardío de la atención prenatal el 78.0% lo hizo en el segundo trimestre de embarazo y el 22.0% en el tercer trimestre.

Vilchez M. L., Gutierrez S. M. en su investigación encontraron: el 48,1% inició tarde la atención prenatal (APN), el 44,4% en el segundo trimestre y el 3,7% en el tercer trimestre. (2)

Otros estudios realizados por Pereira, J. A. O., Mazariegos, M. A. C., Carrera, R. C. L. C., Lopez, K. Y. I., Ríos, R. S., & Fajardo, D. J. L. Indican 47.38% (154) con primer control prenatal al segundo trimestre. (6)

En nuestra investigación encontramos así mismo, que la mayoría de las embarazadas que acude tardíamente a su control lo hace en el segundo trimestre coincidimos con los autores mencionados anteriormente.



## CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Se estableció las determinantes personales y obstétricas de las gestantes si están relacionadas con el inicio tardío de la atención prenatal en la Institución Prestadora de Salud Santa María. Con excepción del lugar de la atención del ultimo parto. La hipótesis si se acepta parcialmente.
- SEGUNDA:** Se analizó las determinantes personales como: la violencia de pareja 19.5% ( $p=0.01$ ), el embarazo a edad inadecuada en el 35.6% ( $p=0.01$ ) y el grado de instrucción secundaria en el 63.5% ( $p=0.0.1$ ), si están relacionadas al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María.
- TERCERA:** Se selecciono las determinantes obstétricas como: la primiparidad en el 37.2% ( $p=0.01$ ), el periodo intergenésico largo 35.9% ( $p=0.01$ ), el antecedente de aborto en el 25.1% ( $p=0.02$ ), el número insuficiente de atenciones prenatales en el 39.6% ( $p=0.001$ ), las infecciones urinarias en el embarazo 24.5% ( $p=0.05$ ). sí están relacionadas al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María. El lugar de la atención del parto no se relacionó con el trimestre de control prenatal tardío.
- CUARTA:** Se estimo del 100% de gestantes que tuvieron inicio tardío de la atención prenatal el 78.0% lo hizo en el segundo trimestre de embarazo y el 22.0% en el tercer trimestre.



## RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** A la jefatura de la Institución de Salud Santa María, coordinar con los laboratorios y consultorios ecográficos de la jurisdicción con la finalidad de referir las pacientes inmediatamente se confirme el diagnóstico de embarazo.
- SEGUNDA:** A la jefatura de la institución prestadora de Salud Santa María, coordinar con la responsable del programa materno perinatal de la Red de Salud San Román para la elaboración de material impreso como afiches y trípticos para promocionar la importancia de la atención prenatal precoz.
- TERCERA:** A las obstetras de Santa María, captar a las mujeres en edad fértil antes del embarazo, para que reciban atención preconcepcional y con esta estrategia se reducirá la frecuencia de control prenatal tardío especialmente en mujeres nulíparas y primíparas.
- CUARTA:** A las obstetras de Santa María promover la atención del parto limpio y seguro en instituciones públicas de salud, a través del SIS, Seguro Integral de Salud. A través de los medios de comunicación masiva como son la radio y televisión. y por último las redes sociales ya sea con videos demostrativos.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez, A. G. Control prenatal tardío y complicaciones en el embarazo, hospital comunitario puente de Ixtla. México. 2021.
2. Vilchez M. L., Gutierrez S. M. Factores condicionantes para el inicio tardío de la atención prenatal en los centros poblados de Chacapunco y Ambato–Huancavelica, 2023.
3. Mamani N. N. Factores de riesgo asociados a la inasistencia al control prenatal en el primer trimestre del embarazo, en gestantes del establecimiento de Salud de Quiaca, Sandia, 2022.
4. Reis B., Duarte, L. S., Silva, C. M., Gouveia, L. M. R., Borges, A. L. V. Atención prenatal en Mozambique: número de consultas y edad gestacional al inicio del control prenatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3481. 2021.
5. Chávez, D. B., Sánchez, N. D. C. L., Ahuacatitla, J. C. R. Factores que influyen en el inicio tardío del control prenatal. México. 2024.
6. Pereira, J. A. O., Mazariegos, M. A. C., Carrera, R. C. L. C., Lopez, K. Y. I., Ríos, R. S., & Fajardo, D. J. L. Caracterización de la atención prenatal en el primer nivel de atención en salud. Guatemala. 2019.
7. Aquino, C. S., Estévez, N., Rivas, H. G. Periodo intergenésico como factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 81(2), 137-147.2021.
8. Ñañez K. E., Chamana K. M. Condiciones epidemiológicas asociadas a la atención prenatal tardía en gestantes del Hospital de Apoyo Puquio “Huaman Poma de Ayala”, 2022.



9. Aranda G. Z., Velásquez G. E. Factores obstétricos e inicio tardío de la atención prenatal en gestantes del Centro de Salud Pedro Sánchez Meza, Chupaca-2023.
10. Bonifaz M. I., García M. D. P. Factores relacionados al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital San José de Chincha, 2021.
11. Cerna B. V., Balberena M. D. C. Factores asociados al inicio tardío del control prenatal en mujeres gestantes entre 12 a 49 años en el área rural del Perú según ENDES 2021.
12. Mamani D. R. Violencia familiar e ideación suicida en adolescentes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano del distrito de Juliaca-Puno 2021.
13. Barrientos J. E. Hábitos alimentarios relacionados al índice de masa corporal del primer control prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar Puno 2024.
14. Cueva M. L., Reyna S. L., Villanueva M. E. Factores asociados a anemia en gestantes ingresadas en hospitales de referencia Puno (Perú). *Nutrición Clínica Y Dietética Hospitalaria*, 44(2). 2024.
15. Quispe P. G. Anemia en el tercer trimestre asociada a complicaciones maternas y perinatales de la gestación en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2023.
16. Barzola M. K., Moquillaza V. H. Violencia doméstica durante el embarazo en un hospital especializado del Perú: Prevalencia y factores asociados. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(6), 641-653. 2020



17. González F. L., Paredes S., Rios C. E., Saldaña J., Paredes S., Andersson, N. Ocurrencia y factores asociados con la violencia física y psicológica a mujeres embarazadas atendidas un hospital materno infantil. *Ginecología y obstetricia de México*, 90(07), 569-578. 2022
18. Valladares, D. M. M., Gómez, X. E. G. Factores asociados al embarazo subsecuente en adolescentes. *Revista Ciencias de la Salud y Educación Médicas*, 3(4), 8-17. 2021
19. Registro Nacional de Identificación y Estado Civil. RENIEC: el 82% de peruanos posee grado de instrucción. Lima. Noviembre 2023.
20. Morales, V. E. N., Baño, K. Á. R., Bohórquez, M., & Valle, G. E. J. Complicaciones maternas en pacientes con periodo intergenésico corto, Hospital Matilde Hidago de Procel. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 4(33), 62-68. 2020.
21. Condor M. R., Torres Y. L. Antecedentes obstétricos desfavorables y patológicos, asociados a la prevalencia de preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Cesar López Silva, de la Provincia de Lima, 2021.
22. Trujillo C. Asociación entre intención de embarazo e inicio de atención prenatal en gestantes-análisis de la ENDES 2021. 2023.
23. Villanueva M. Características de la atención prenatal reenfocada en el Centro De Salud De Castrovirreyna. 2021.
24. Delgado, Y. B., Pierre, Y. G., Medina, M. E. A. Anemia y déficit de hierro en el embarazo: una revisión sistemática de su prevalencia mundial. *Acta Médica del Centro*, 18(1), 166-176. 2024.



25. Aiquipa F. D. M. Infección urinaria en el embarazo en Hospital Nivel III-  
2. Lima Perú. 2024.
26. Oluwatosin G, MD, Introducción a la vaginitis (infección o inflamación vaginal). MSCR, Cleveland Clinic, Lerner College of Medicine of Case Western Reserve University. mar. 2023.
27. Taquia T. Y., Valentín D. Z. Percepción sobre parto institucional humanizado de gestantes de establecimientos rurales de la Microred Chilca, 2021.
28. Quijaite T., Valverde N., Barja J. Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un Centro de Salud del Callao, Perú. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2019.
29. Garcia P, D. S. Disminución de complicaciones perinatales en la consulta temprana y control prenatal adecuado vs control prenatal tardío en el centro de desarrollo comunitario Huexoculco de agosto 2020 a julio 2021.
30. GILES, A. G. G. Control prenatal tardío y complicaciones en el embarazo, hospital comunitario puente de ixtla. 2021.
31. MINSAs. Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención Materno Perinatal Sistema de Información HIS/ Ministerio de Salud. Oficina de General de Tecnología de la Información/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Públicas; Lima: Ministerio de Salud; 2023.
32. Belling L.S.D.R. Factores sociodemográficos, obstétricos e institucionales asociados al inicio tardío de atención prenatal. Centro de Salud Virgen del Carmen-Bambamarca, 2024.
33. Flores V. Programa de autocuidado para la adherencia al control prenatal en gestantes de una Microred de Chiclayo. 2024



34. Maicelo J. S. Determinantes de salud en adolescentes del distrito de Huacclán \_ Aíja \_ Áncash, 2020.
35. Illich, I. Diccionario del desarrollo: una guía del conocimiento como poder. W. Sachs (Ed.). El pez volador. 2022
36. Miño F. Diccionario del español ecuatoriano: Español del Ecuador-Español de España. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2020.
37. Quispe L. Y. (2024). Factores asociados a parto no institucionalizado en mujeres peruanas: sub-análisis de la ENDES 2022.
38. Rojas, V. M. N. Metodología de la Investigación: diseño, ejecución e informe. Ediciones de la U. 2021.
39. Álvarez, C. E. M. Metodología de la investigación: Diseño y desarrollo del proceso de investigación en ciencias empresariales. Alpha Editorial. 2020.
40. Arias Gonzáles, J. L., Covinos Gallardo, M. Diseño y metodología de la investigación. Enfoques Consulting EIRL, 1(1), 66-78. 2021.



# ANEXOS



## ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

#	HC	VIOLENCIA	EDAD	GO DE INSTRUCCIÓN	PARIDAD	PERIODO INTERG.	MALOS ANTECEDENTES	NUM. DE ATENCIONES	MORBILIDAD EN	LUGAR DE ATENCIÓN	TRIMESTRES EN LA 1ª APN
		1) Física	1) < 20 años	1) Primaria	1) Nulípara	1) Adecuado	1) Cesárea	1) 1- 4 APN	1) Anemia	1) Institucional p	1) I trimestre
		2) Sexual	2) 20 a 35 años	2) Secundaria	2) Primípara	2) Corto	2) Abortos	2) 5 - 8 APN	2) Infecciones u	2) Institucional p	2) II trimestre
		3) Psicológica	3) 36 a más	3) Superior u	3) Múltipara	3) Largo	3) Ninguno	3) 9 A Más	3) Infecciones v	3) Domicilio	
		4) Negativo a violencia		4) Superior r	4) Gran múltipara	4) No tiene			4) Ninguna		
1	75	4	1	2	1	4	1	3	2	1	2
2	9027	4	3	4	2	3	2	2	4	1	1
3	13279	3	2	2	3	3	3	1	4	1	1
4	17016	4	2	4	2	1	2	2	4	1	1
5	18119	1	2	3	1	4	3	2	4	1	1
6	17858	4	3	2	2	1	2	2	4	3	1
7	17948	4	2	2	2	1	1	1	4	2	2
8	17831	4	2	4	1	3	2	1	4	2	2
9	17723	4	2	2	1	1	2	3	4	1	1
10	17877	1	2	3	1	4	3	3	4	2	1
11	10659	4	3	1	3	3	3	2	4	1	1
12	16317	4	3	2	4	1	3	2	4	1	1
13	17743	2	3	3	2	3	3	2	4	1	1
14	17816	4	3	2	1	2	2	2	4	1	1
15	2206	4	2	2	1	1	2	3	4	1	1
16	12682	1	2	4	2	3	3	3	4	1	1
17	17793	4	2	2	1	4	3	2	4	1	1
18	17760	4	2	2	1	4	3	3	4	1	1
19	17795	4	2	4	1	4	3	2	4	1	1
20	17714	4	2	2	1	4	3	2	4	1	1
21	11558	3	2	2	3	3	3	2	4	1	1
22	17697	4	3	2	3	3	3	3	4	1	1
23	15760	4	2	4	2	1	3	2	4	1	2
24	17666	4	2	4	1	4	3	2	4	1	1



#	HC	VIOLENCIA	EDAD	NIVEL DE INSTRUCCIÓN	PARIDAD	PERIODO INTERG.	MALOS ANTECEDENTES	NUM. DE ATENCIONES	MORBILIDAD EN	LUGAR DE ATENCIÓN	TRIMES. EN LA 1ª APN
		1) Física	1) < 20 años	1) Primaria	1) Nulípara	1) Adecuado	1) Cesárea	1) 1- 4 APN	1) Anemia	1) Institucional p	1) I trimestre
		2) Sexual	2) 20 a 35 años	2) Secundaria	2) Primípara	2) Corto	2) Abortos	2) 5 - 8 APN	2) Infecciones u	2) Institucional p	2) II trimestre
		3) Psicológica	3) 36 a más	3) Superior u	3) Múltipara	3) Largo	3) Ninguno	3) 9 A Más	3) Infecciones v	3) Domicilio	
		4) Negativo a violencia		4) Superior r	4) Gran múltipara	4) No tiene		4) Ninguna			
25	17695	4	2	1	2	3	3	2	4	1	1
26	17881	4	2	4	1	4	3	1	4	1	2
27	17802	3	2	2	3	1	2	1	4	1	2
28	17650	1	2	2	3	3	3	2	4	1	1
29	8656	4	2	3	3	3	2	2	4	1	1
30	17861	4	1	2	1	4	3	1	2	1	1
31	539	2	2	2	3	1	3	2	4	1	1
32	17693	4	3	1	4	3	2	2	4	1	1
33	15576	4	2	3	2	1	3	1	4	1	1
34	17711	4	2	2	2	1	3	1	4	1	1
35	17642	4	2	2	2	1	1	2	4	1	1
36	17584	1	3	2	4	3	3	2	4	1	1
37	12845	4	3	4	2	3	2	2	4	1	1
38	17707	4	2	2	2	1	2	2	4	1	1
39	14424	4	2	2	3	3	3	2	4	1	1
40	17773	4	2	3	3	3	2	2	4	1	2
41	18911	4	1	2	1	4	3	1	2	1	1
42	18925	4	2	2	3	1	3	2	4	1	1
43	14558	3	3	1	4	3	2	2	4	1	2
44	18963	1	2	3	2	1	3	1	4	1	1
45	18837	4	2	2	2	1	3	1	4	1	2
46	13619	4	2	2	2	1	1	2	4	1	1
47	18793	4	3	2	4	3	3	2	4	1	1
48	1309	3	3	4	2	3	2	2	4	1	1



#	HC	VIOLENCIA	EDAD	O DE INSTRUCCIÓN	PARIDAD	PERIODO INTERG.	MALOS ANTECEDENTES	NUM. DE ATENCIONES	MORBILIDAD EN	LUGAR DE ATENCIÓN	TRIMEST. EN LA 1ª APN
		1) Física	1) < 20 años	1) Primaria	1) Nulípara	1) Adecuado	1) Cesárea	1) 1- 4 APN	1) Anemia	1) Institucional p	1) I trimestre
		2) Sexual	2) 20 a 35 años	2) Secundaria	2) Primípara	2) Corto	2) Abortos	2) 5 - 8 APN	2) Infecciones u	2) Institucional p	2) III trimestre
		3) Psicológica	3) 36 a más	3) Superior U	3) Multipara	3) Largo	3) Ninguno	3) 9 A Más	3) Infecciones v	3) Domicilio	
		4) Negativo a violencia		4) Superior r	4) Gran multipara	4) No tiene		4) Ninguna			
49	18808	4	2	2	2	1	2	2	4	1	2
50	18414	1	2	2	3	3	3	2	4	1	1
51	18823	4	2	3	3	3	2	2	4	1	2
52	18721	4	1	2	1	4	3	1	2	1	1
53	18722	3	2	2	3	1	3	2	4	1	1
54	18731	4	3	1	4	3	2	2	4	1	1
55	18736	4	2	3	2	1	3	1	4	1	1
56	18751	3	2	2	2	1	3	1	4	1	2
57	18770	4	2	2	2	1	1	2	4	1	1
58	18769	1	3	2	4	3	3	2	4	1	2
59	18667	3	3	4	2	3	2	2	4	1	1
60	18692	4	2	2	2	1	2	2	4	1	1
61	14070	4	2	2	3	3	3	2	4	1	1
62	358	4	2	3	3	3	2	2	4	1	1
63	10467	3	1	2	1	4	3	1	2	1	2
64	18615	4	2	2	3	1	3	2	4	1	1
65	18621	4	3	1	4	3	2	2	4	1	1
66	18630	4	2	3	2	1	3	1	4	1	1
67	18634	4	2	2	2	1	3	1	4	1	1
68	18639	3	2	2	2	1	1	2	4	1	1
69	13976	4	3	2	4	3	3	2	4	1	1
70	16807	3	3	4	2	3	2	2	4	1	1
71	16814	4	2	2	2	1	2	2	4	1	1
72	2403	4	2	2	3	3	3	2	4	1	1



#	HC	VIOLENCIA	EDAD	O DE INSTRUCCIÓN	PARIDAD	PERIODO INTERG.	MALOS ANTECEDENTES	NUM. DE ATENCIONES	MORBILIDAD EN EL PARTO	LUGAR DE ATENCIÓN	TRIMESTRE EN LA 1ª APN
		1) Física	1) < 20 años	1) Primaria	1) Nulípara	1) Adecuado	1) Cesárea	1) 1- 4 APN	1) Anemia	1) Institucional p	1) I trimestre
		2) Sexual	2) 20 a 35 años	2) Secundaria	2) Primípara	2) Corto	2) Abortos	2) 5 - 8 APN	2) Infecciones u	2) Institucional p	2) III trimestre
		3) Psicológica	3) 36 a más	3) Superior u	3) Multipara	3) Largo	3) Ninguno	3) 9 A Más	3) Infecciones v	3) Domicilio	
		4) Negativo a violencia		4) Superior n	4) Gran multipara	4) No tiene			4) Ninguna		
73	16370	4	2	3	3	3	2	2	4	1	1
74	14385	4	1	2	1	4	3	1	2	1	2
75	18544	4	2	2	3	1	3	2	4	1	1
76	17029	4	3	1	4	3	2	2	4	1	2
77	18459	4	2	3	2	1	3	1	4	1	1
78	18485	4	2	2	2	1	3	1	4	1	1
79	18490	4	2	2	2	1	1	2	4	1	1
80	11318	4	3	2	4	3	3	2	4	1	1
81	1076	4	1	2	1	4	3	1	2	1	1
182	82	4	2	2	3	1	3	2	4	1	1
83	1003	4	3	1	4	3	2	2	4	1	1
84	1158	3	2	3	2	1	3	1	4	1	1
85	2175	4	2	2	2	1	3	1	4	1	1
86	12682	4	2	2	2	1	1	2	4	1	1
87	17793	4	3	2	4	3	3	2	4	1	1
88	17760	4	2	2	1	4	3	3	4	1	2
89	17795	4	2	4	1	4	3	2	4	1	1
90	17714	4	2	2	1	4	3	2	4	1	1
91	11558	4	2	2	3	3	3	2	4	1	1
92	17697	4	3	2	3	3	3	3	4	1	1
93	15760	4	2	4	2	1	3	2	4	1	2
94	17666	4	2	4	1	4	3	2	4	1	1
95	17695	4	2	1	2	3	3	2	4	1	1
96	17881	3	2	4	1	4	3	1	4	1	2



#	HC	VIOLENCIA	EDAD	NIVEL DE INSTRUCCIÓN	PARIDAD	PERIODO INTERG.	MALOS ANTECEDENTES	NUM. DE ATENCIONES	MORBILIDAD EN	LUGAR DE ATENCIÓN	TRIMES. EN LA 1ª APN
		1) Física	1) < 20 años	1) Primaria	1) Nulípara	1) Adecuado	1) Cesárea	1) 1- 4 APN	1) Anemia	1) Institucional p	1) I trimestre
		2) Sexual	2) 20 a 35 años	2) Secundaria	2) Primípara	2) Corto	2) Abortos	2) 5 - 8 APN	2) Infecciones ur	2) Institucional p	2) II trimestre
		3) Psicológica	3) 36 a más	3) Superior u	3) Múltipara	3) Largo	3) Ninguno	3) 9 A Más	3) Infecciones v	3) Domicilio	
		4) Negativo a violencia		4) Superior r	4) Gran múltipara	4) No tiene		4) Ninguna			
97	17802	4	2	2	3	1	2	1	4	1	2
98	17650	4	2	2	3	3	3	2	4	1	1
99	8656	4	2	3	3	3	2	2	4	1	1
100	17861	3	1	2	1	4	3	1	2	1	1
101	17016	4	2	4	2	1	2	2	4	1	1
102	18119	4	2	3	1	4	3	2	4	1	1
103	17858	4	3	2	2	1	2	2	4	3	1
104	17948	4	2	2	2	1	1	1	4	2	2
105	17831	4	2	4	1	3	2	1	4	2	2
106	17723	4	2	2	1	1	2	3	4	1	1
107	17877	4	2	3	1	4	3	3	4	2	2
108	10659	4	3	1	3	3	3	2	4	1	1
109	16317	4	3	2	4	1	3	2	4	1	1
110	17743	4	3	3	2	3	3	2	4	1	1
111	17016	4	2	4	2	1	2	2	4	1	1
112	18119	4	2	3	1	4	3	2	4	1	1
113	17858	4	3	2	2	1	2	2	4	3	2
114	17948	4	2	2	2	1	1	1	4	2	2
115	17831	4	2	4	1	3	2	1	4	2	2
116	17723	4	2	2	1	1	2	3	4	1	1
117	17877	3	2	3	1	4	3	3	4	2	1
118	10659	4	3	1	3	3	3	2	4	1	1
119	16317	4	3	2	4	1	3	2	4	1	1
120	17743	4	3	3	2	3	3	2	4	1	1



#	HC	2) Sexual	2) 20 a 35 años	2) Secundar	2) Primípara	2) Corto	2) Abortos	2) 5 - 8 APN	2) Infecciones u	2) Institucional p	2) III trimestre
		3) Psicológica	3) 36 a más	3) Superior U	3) Multipara	3) Largo	3) Ninguno	3) 9 A Más	3) Infecciones v	3) Domicilio	
		4) Negativo a violencia		4) Superior r	4) Gran multipara	4) No tiene			4) Ninguna		
121	17816	4	3	2	1	2	2	2	4	1	1
122	2206	4	2	2	1	1	2	3	4	1	2
123	12682	4	2	4	2	3	3	3	4	1	1
124	17793	4	2	2	1	4	3	2	4	1	1
125	17760	4	2	2	1	4	3	3	4	1	2
126	17795	4	2	4	1	4	3	2	4	1	1
127	17714	4	2	2	1	4	3	2	4	1	1
128	11558	4	2	2	3	3	3	2	4	1	1
129	17697	4	3	2	3	3	3	3	4	1	1
130	15760	3	2	4	2	1	3	2	4	1	1
131	17666	3	2	4	1	4	3	2	4	1	1
132	17695	4	2	1	2	3	3	2	4	1	1
133	17881	4	2	4	1	4	3	1	4	1	2
134	17802	4	2	2	3	1	2	1	4	1	2
135	17650	4	2	2	3	3	3	2	4	1	1
136	8656	4	2	3	3	3	2	2	4	1	1
137	17861	4	1	2	1	4	3	1	2	1	1
138	539	4	2	2	3	1	3	2	4	1	2
139	17693	4	3	1	4	3	2	2	4	1	1
140	15576	4	2	3	2	1	3	1	4	1	1
141	17711	4	2	2	2	1	3	1	4	1	2
142	17642	4	2	2	2	1	1	2	4	1	1
143	17584	4	3	2	4	3	3	2	4	1	1
144	12845	4	3	4	2	3	2	2	4	1	1
145	17707	3	2	2	2	1	2	2	4	1	2
146	14424	4	2	2	2	1	3	2	4	1	1



#	HC	2) Sexual	2) 20 a 35 años	2) Secundar	2) Primípara	2) Corto	2) Abortos	2) 5 - 8 APN	2) Infecciones ut	2) Institucional p	2) III trimestre
		3) Psicológica	3) 36 a más	3) Superior U	3) Multipara	3) Largo	3) Ninguno	3) 9 A Más	3) Infecciones v	3) Domicilio	
		4) Negativo a violencia		4) Superior r	4) Gran multipara	4) No tiene			4) Ninguna		
147	17773	3	2	2	2	1	3	2	4	1	1
148	18911	4	2	2	2	1	3	2	4	1	1
149	18925	4	2	2	2	1	3	2	4	1	1
150	14558	4	2	2	2	1	3	2	4	1	2
151	18963	4	2	2	2	1	3	2	4	1	1
152	17948	4	2	2	2	1	1	1	4	1	2
153	17831	4	2	4	1	3	2	1	4	2	2
154	17723	4	2	2	1	1	2	3	4	1	1
155	17877	4	2	3	1	4	3	3	4	2	1
156	10659	3	3	1	3	3	3	2	4	1	1
157	11558	4	2	2	3	3	3	2	4	1	1
158	17697	4	3	2	3	3	3	3	4	1	1
159	15760	3	2	4	2	1	3	2	4	1	1

## ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

### Título: DETERMINANTES RELACIONADAS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2024

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
PG. ¿Cuáles son las determinantes relacionadas al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María.	OG. Establecer las determinantes relacionadas al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2024.	HG. Las determinantes personales y obstétricas de las gestantes si están relacionadas con el inicio tardío de la atención prenatal en la Institución Prestadora de Salud Santa María.	Variable 1. Determinantes relacionadas	1.1 Personales	1.1.1 Violencia de la pareja 1.1.2 Edad 1.1.3 Grado de instrucción	<b>Diseño de investigación.</b> No experimental  Tipo básica y relacional
PE1. ¿Cuáles son las determinantes personales relacionadas al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María.	OE1. Analizar las determinantes personales relacionadas al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2024.	HE1. Las determinantes personales como: la violencia psicológica, el embarazo adolescente y el grado de instrucción secundaria están relacionadas al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María.		1.2 Obstétricas	1.2.1 Paridad 1.2.2 Periodo intergenésico 1.2.3 Malos antecedentes obstétricos 1.2.4 Número de atenciones prenatales 1.2.5 Morbilidad en el embarazo actual 1.2.6 Lugar de la atención del último parto	<b>Método.</b> Hipotético deductivo con enfoque cuantitativo.  <b>Población:</b> la represento 159 historias clínicas perinatales.  <b>Muestra:</b> se reviso el 100% (159) historias clínicas perinatales
PE2. ¿Cuáles son las determinantes obstétricas relacionadas al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2024?	OE2. Seleccionar las determinantes obstétricas relacionadas al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2024.	HE2. Las determinantes obstétricas como: la multiparidad, el periodo intergenésico corto, el antecedente de aborto, número insuficiente de atenciones prenatales, la anemia del embarazo y la atención del parto en clínica privada, están relacionadas al inicio tardío de la atención	Variable 2. Inicio tardío de la atención prenatal		2.1 Trimestre en la primera atención	<b>Técnicas:</b>  Análisis documental.



		prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María.				<b>Fuentes:</b>  Secundaria: Historias clínicas.  <b>Instrumento:</b>  Ficha de recolección de datos
PE3. ¿Cuál es la frecuencia de inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2024?	OE3. Estimar la frecuencia de inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2024.	HE3. Es alta la frecuencia de inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María.				



**ANEXO 3: INSTRUMENTO**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

N° .....

FECHA:.....

---

- 1.1.1 Violencia de pareja
  - 1) Física
  - 2) Sexual
  - 3) Psicológico
  - 4) Negativo
  
- 1.1.2 Edad
  - 1) < 20 años
  - 2) 20 a 35 años
  - 3) 36 a más
  
- 1.1.3 Grado de instrucción
  - 1) Primaria
  - 2) Secundaria
  - 3) Superior universitaria
  - 4) Superior no universitaria
  
- 1.2.1 Paridad
  - 1) Nulípara
  - 2) Primípara
  - 3) Multípara
  - 4) Gran multípara
  
- 1.2.2 Periodo intergenésico
  - 1) Adecuado
  - 2) Corto
  - 3) Largo
  - 4) No tiene
  
- 1.2.3 Malos antecedentes obstétricos
  - 1) Cesárea
  - 2) Abortos
  - 3) Ninguno
  
- 1.2.4 Número de atenciones prenatales
  - 1) 1- 4 atenciones
  - 2) 5- 8 atenciones
  - 3) 9 -13 atenciones
  
- 1.2.5 Morbilidad en el embarazo
  - 1) Anemia
  - 2) Infecciones urinarias
  - 3) Infecciones vaginales
  - 4) Ninguna
  
- 1.2.6 Lugar de atención del ultimo parto
  - 1) Institucional público
  - 2) Institucional privado
  - 3) Domicilio
  
- 2.1 Trimestre en la primera atención
  - 1) II Trimestre
  - 2) III Trimestre



ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Ficha de Evaluación de Expertos

I. Datos generales

Apellido y nombres: Carol Kinmerly Zuñiga Zuñiga

Cargo: Doctora - Obstetra

Institución donde labora: MINSA

Instrumento de investigación: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título de la investigación: DETERMINANTES RELACIONADAS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2024, imprescindible contar con la aprobación para poder aplicar el instrumento; se aprueba el instrumento mencionado según juicio del experto:

Indicadores	Criterios	Deficiente 1-20	Regular 21-40	Buena 41-60	Muy buena 61-80	Excelente 81-100
Claridad	Formulado con lenguaje apropiado				/	
Objetividad	Expresa en conductas observables			/		
Organización	Existe lógica entre variables				/	
Suficiencia	Comprende los aspectos cualitativos y cuantitativos				/	
Intencionalidad	Valora aspectos de contenido científico.				/	
Consistencia	Entre problema, objetivos e hipótesis				/	
Metodología	Corresponde al propósito de la investigación				/	

II. Opinión de aplicación: Favorable

III. Promedio de valoración: 78.1

Lugar y fecha: Juliaca, 15 mayo 2024

  
 Dra. Carol Zuñiga Zuñiga  
 CIP 4519



Ficha de Evaluación de Expertos

I. Datos generales

Apellido y nombres: ..... *Zuñiga Zuñiga Giuliana Brigitte* .....

Cargo: ..... *Doctora - obstetra* .....

Institución donde labora: ..... *MINSA* .....

Instrumento de investigación: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título de la investigación: DETERMINANTES RELACIONADAS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2024, imprescindible contar con la aprobación para poder aplicar el instrumento; se aprueba el instrumento mencionado según juicio del experto:

Indicadores	Criterios	Deficiente 1-20	Regular 21-40	Buena 41-60	Muy buena 61-80	Excelente 81-100
Claridad	Formulado con lenguaje apropiado					✓
Objetividad	Expresa en conductas observables					✓
Organización	Existe lógica entre variables					✓
Suficiencia	Comprende los aspectos cualitativos y cuantitativos				✓	
Intencionalidad	Valora aspectos de contenido científico.				✓	
Consistencia	Entre problema, objetivos e hipótesis				✓	
Metodología	Corresponde al propósito de la investigación				✓	

II. Opinión de aplicación: ..... *Favorable* .....

III. Promedio de valoración: ..... *85%* .....

Lugar y fecha: Juliaca, 15 mayo 2024

.....  
*Giuliana Zuñiga Zuñiga*  
 .....

### Ficha de Evaluación de Expertos

#### I. Datos generales

Apellido y nombres: DR. GABRIELA BERNAL SALAS  
 Cargo: COORD. DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD  
 Institución donde labora: RED SAN ROMÁN

Instrumento de investigación: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título de la investigación: DETERMINANTES RELACIONADAS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2024, imprescindible contar con la aprobación para poder aplicar el instrumento; se aprueba el instrumento mencionado según juicio del experto:

Indicadores	Criterios	Deficiente 1-20	Regular 21-40	Buena 41-60	Muy buena 61-80	Excelente 81-100
Claridad	Formulado con lenguaje apropiado				✓	
Objetividad	Expresa en conductas observables			✓		
Organización	Existe lógica entre variables				✓	
Suficiencia	Comprende los aspectos cualitativos y cuantitativos				✓	
Intencionalidad	Valora aspectos de contenido científico.				✓	
Consistencia	Entre problema, objetivos e hipótesis				✓	
Metodología	Corresponde al propósito de la investigación				✓	

II. Opinión de aplicación: FAVORABLE

III. Promedio de valoración: 80%

Lugar y fecha: Juliaca, 15 mayo 2024

MINSAL  
RED DE SALUD SAN ROMÁN  
Dra. Gabriela Bernal Salas  
COORDINADORA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

## ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN

Carta solicitud permiso para realizar investigación:

Sra Odontóloga.

Irene Justa Zambrana Condori

Me dirijo a usted en calidad de investigadora interesada en desarrollar una investigación sobre: DETERMINANTES RELACIONADAS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD SANTA MARÍA. 2024, Me gustaría solicitar su autorización para llevar a cabo este estudio dentro del ámbito de éste establecimiento de salud.

Tengo experiencia previa en el área objeto de estudio, habiendo realizado el internado anteriormente. Por lo tanto, considero que poseo el asesor y las habilidades necesarias para llevar a cabo esta investigación de manera eficiente y rigurosa.

El objetivo principal de mi investigación es: Establecer las determinantes relacionadas al inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en la Institución Prestadora de Salud Santa María. 2024..Para lograr este objetivo, utilizaré una metodología basada en el análisis documental. Además, contaré con un equipo de trabajo altamente capacitado para asegurar la calidad y validez de los resultados obtenidos.

Por todo lo expuesto anteriormente, le solicito amablemente su autorización para realizar esta investigación dentro del ámbito de su institución. Agradezco sinceramente su tiempo y atención a este asunto.

Atentamente,

  
-----  
CANDY JESUSA MAMANI APAZA  
DNI:72384594

PROVEIDO FAVORABLE. Se acepta la solicitud de la investigadora Candy

Jesusa Mamani Apaza, Se le brindaran las facilidades del caso.

Fecha. 04-06-2024





### CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

**TABLA 1**

EN	TN	EN-TN	EN-TN <sup>2</sup>	EN-TN <sup>2</sup> /TN
7	10.1	-3.1	9.8	1.0
0	1.6	-1.6	2.4	1.6
11	12.5	-1.5	2.2	0.2
106	99.8	6.2	38.1	0.4
6	2.9	3.1	9.8	3.4
2	0.4	1.6	2.4	5.5
5	3.5	1.5	2.2	0.6
22	28.2	-6.2	38.1	1.4
159	159.0			14.0

**TABLA 2**

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) <sup>2</sup>	(EN-TN) <sup>2</sup> /TN
6	7.02	-1.02	1.04	0.15
96	88.91	7.09	50.33	0.57
22	28.08	-6.08	36.91	1.31
3	1.98	1.02	1.04	0.52
18	25.09	-7.09	50.33	2.01
14	7.92	6.08	36.91	4.66
159	159.00			9.22



### TABLA 3

EN	TN	EN-TN	EN-TN2	EN-TN2/TN
5	10.9	-5.9	35.0	3.2
88	78.8	9.2	85.2	1.1
17	18.7	-1.7	2.9	0.2
14	15.6	-1.6	2.6	0.2
9	3.1	5.9	35.0	11.4
13	22.2	-9.2	85.2	3.8
7	5.3	1.7	2.9	0.6
6	4.4	1.6	2.6	0.6
159	159.0			20.9

### TABLA 4

EN	TN	EN-TN	EN-TN2	EN-TN2/TN
36	35.1	0.9	0.8	0.0
53	46.0	7.0	48.8	1.1
25	29.6	-4.6	21.5	0.7
10	13.3	-3.3	10.6	0.8
9	9.9	-0.9	0.8	0.1
6	13.0	-7.0	48.8	3.8
13	8.4	4.6	21.5	2.6
7	3.7	3.3	10.6	2.8
159	159.0			11.9



**TABLA 5**

EN	TN	EN-TN	EN-TN <sup>2</sup>	EN-TN <sup>2</sup> /TN
46	40.6	5.4	29.7	0.7
1	3.9	-2.9	8.4	2.2
41	44.5	-3.5	11.9	0.3
36	35.1	0.9	0.8	0.0
6	11.4	-5.4	29.7	2.6
4	1.1	2.9	8.4	7.6
16	12.5	3.5	11.9	1.0
9	9.9	-0.9	0.8	0.1
159	159.0			14.4

**TABLA 6**

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) <sup>2</sup>	(EN-TN) <sup>2</sup> /TN
11	9.36	1.64	2.69	0.29
25	31.19	-6.19	38.38	1.23
88	83.45	4.55	20.73	0.25
1	2.64	-1.64	2.69	1.02
15	8.81	6.19	38.38	4.36
19	23.55	-4.55	20.73	0.88
159	159.00			8.03

**TABLA 7**

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) <sup>2</sup>	(EN-TN) <sup>2</sup> /TN
38	49.13	-11.13	123.92	2.52
77	67.85	9.15	83.74	1.23
9	7.02	1.98	3.92	0.56
25	13.87	11.13	123.92	8.94
10	19.15	-9.15	83.74	4.37
0	1.98	-1.98	3.92	1.98
159	159.00			19.61



**TABLA 8**

EN	TN	EN-YN	EN-TN2	EN-TN2/TN
6	10.1	-4.1	17.1	1.7
31	30.4	0.6	0.3	0.0
13	13.3	-0.3	0.1	0.0
74	70.2	3.8	14.5	0.2
7	2.9	4.1	17.1	6.0
8	8.6	-0.6	0.3	0.0
4	3.7	0.3	0.1	0.0
16	19.8	-3.8	14.5	0.7
159	159.0			8.7

**TABLA 9**

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) <sup>2</sup>	(EN-TN) <sup>2</sup> /TN
84	80.33	3.67	13.49	0.17
39	42.89	-3.89	15.16	0.35
1	0.78	0.22	0.05	0.06
19	22.67	-3.67	13.49	0.60
16	12.11	3.89	15.16	1.25
0	0.22	-0.22	0.05	0.22
159	159.00			2.65



ANEXO 1  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS  
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN  
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 05 - 05 - 2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: CANDY JESUSA MAMANI APAZA  
Dirección: JR. BALBOA # 340 ESQUINA CON 20 DE MAYO URB. SANTA AURELIA  
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 72384594  
Teléfono: 957542964 email: candyjma25@gmail.com

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD  
Escuela Profesional o Mención: OBSTETRICIA  
Título o Grado Académico a optar: OBSTETRA  
Asesor: DRA. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:  
Trabajo de Investigación  Tesis  Trabajo de Suficiencia Profesional  Trabajo Académico

Título: DETERMINANTES RELACIONADAS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN  
PRENATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE  
SALUD SANTA MARÍA. 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): DETERMINANTES INICIO TARDÍO ATENCIÓN PRENATAL

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV <sup>1, 2</sup>?  
2

<sup>1</sup> Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entré otros relacionados.  
<sup>2</sup> Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller  Título  2da Especialidad  Maestría  Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

**Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.**

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

**Autorizo su publicación (marque con una X)**

Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.  
 Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): \_\_\_\_\_  
 No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

**¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?**

**Sí:** significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

**No:** significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

Sí autorizo  
 No autorizo



**Jurisdicción de su Licencia**

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PE 06

Firma de Autor



huella digital

05 - 05 - 2025

Fecha