

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO

**CALIDAD DE ATENCIÓN PRENATAL Y MORBILIDAD MATERNA
EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD YANAHUAYA REGIÓN
PUNO 2020-2022**

TESIS

PARA OPTAR

EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN GERENCIA DE SERVICIOS
DE SALUD

PRESENTADA POR

ALFONZO MARIO PEQUENA BARRA

ASESOR

DANIEL ANGEL ANGULO POBLETE

LIMA – PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**CALIDAD DE ATENCIÓN PRENATAL Y MORBILIDAD MATERNA
EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD
YANAHUAYA REGIÓN PUNO 2020-2022**

TESIS

**PARA OPTAR
EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN GERENCIA DE SERVICIOS
DE SALUD**

**PRESENTADA POR
ALFONZO MARIO PEQUEÑA BARRA**

**ASESOR
MGTR. DANIEL ANGEL ANGULO POBLETE**

**LIMA, PERÚ
2024**

JURADO

Presidente: Sixto Enrique Sánchez Calderón, doctor en Ginecología y Obstetricia, epidemiólogo e investigador y doctor en Salud Pública

Miembro: Ely Romero Luna, doctor en Ginecología y Obstetricia y maestro en Educación, Docencia e Investigación Universitaria

Miembro: Luis Loayza Rodríguez, especialista en Odontología Pediátrica y maestro en Administración de Empresas de Salud

A mi familia, a Mery, por su paciencia infinita;
A Alonsito, mi gigante por sus ocurrencias, cariño y ternura en
momentos difíciles

AGRADECIMIENTOS

A la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres, a los docentes asesores Mgtr. Daniel Ángel Angulo Poblete y al Dr. Ricardo Alberto Aliaga Gastelumendi, por contribuir en mi formación y escalar un peldaño más.

A los trabajadores del Centro de Salud Yanahuaya de la red de salud Sandía de la dirección regional de salud Puno, quienes permitieron la realización de la investigación, en pro del conocimiento científico y el desarrollo de la ciencia.

A mi familia, en especial a la compañera de mi vida y a mis hijos, por brindarme la motivación diaria, para continuar sorteando y superando obstáculos de la vida y permitirme llegar hasta este peldaño académico.

Un reconocimiento infinito a mis padres, Adrián y Agripina, que los perdí en la pandemia de COVID-19, quienes siempre me motivaron a seguir adelante y, hoy, desde el cielo, guían mis pasos.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de tablas	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	8
III. METODOLOGÍA	27
IV. RESULTADOS	32
V. DISCUSIÓN	44
VI. CONCLUSIONES	51
VII. RECOMENDACIONES	52
FUENTES DE INFORMACIÓN	53
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Inadecuada calidad de la atención prenatal en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022.	33
Tabla 2. Dimensión de inadecuada precocidad de la calidad de la atención prenatal en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022. 33	
Tabla 3. Dimensión de inadecuada periodicidad de la calidad de la atención prenatal en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022. 34	
Tabla 4. Dimensión de inadecuada completitud de actividades programadas de la calidad de la atención prenatal en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022.	34
Tabla 5. Dimensión de inadecuada cobertura (menos de 6 APN) de la calidad de la atención prenatal en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022.	34
Tabla 6. Morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022.	35
Tabla 7. Morbilidad en el embarazo en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022.	35
Tabla 8. Morbilidad intraparto en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022.	37
Tabla 9. Morbilidad en el puerperio en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022.	37
Tabla 10. Relación entre la inadecuada calidad de la atención prenatal y la morbilidad materna. Centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022	39

Tabla 11. Relación entre la dimensión inadecuada precocidad y la morbilidad materna. Centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022.....	40
Tabla 12. Relación entre la dimensión inadecuada periodicidad y la morbilidad materna. Centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022.....	41
Tabla 13. Relación entre la dimensión inadecuada completitud y la morbilidad materna. Centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022.....	41
Tabla 14. Relación entre la dimensión inadecuada cobertura y la morbilidad materna. Centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022.....	42

RESUMEN

Objetivo: Establecer la relación entre la inadecuada calidad de la atención prenatal y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022. **Metodología:** No experimental, analítico, transversal y retrospectivo. Se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos para obtener la información de las dos variables. En la muestra, se incluyeron a 134 pacientes con historia clínica que cumplieron los criterios de elegibilidad.

Resultados: No existió asociación entre la inadecuada calidad de la atención prenatal y la morbilidad materna ($p=0.131$). Se observó asociación entre la dimensión de inadecuada completitud de actividades programadas de la calidad de la atención prenatal y la morbilidad materna ($p=0.000$). Sin embargo, no se identificó asociación entre la dimensión de inadecuada precocidad, periodicidad, cobertura del APN y la morbilidad materna ($p=0.679$; $p=0.131$ $p=0.131$).

Conclusión: Se demostró que existe asociación entre la dimensión de inadecuada completitud de actividades programadas de la calidad de la atención prenatal y la morbilidad materna.

Palabras clave: Atención prenatal, embarazo, morbilidad (DeCS)

ABSTRACT

Objective: To establish the relationship between inadequate quality of prenatal care and maternal morbidity in pregnant women at the Yanahuaya health center, Puno region, 2020-2022. **Methodology:** Non-experimental, analytical, cross-sectional and retrospective. A data collection form was used as an instrument to obtain information on the two variables. The sample included 134 patients with clinical history who met the eligibility criteria. **Results:** There was no association between inadequate quality of prenatal care and maternal morbidity ($p = 0.131$). An association was observed between the dimension of inadequate completeness of scheduled activities of the quality of prenatal care and maternal morbidity ($p = 0.000$). However, no association was identified between the dimension of inadequate precocity, periodicity, ANC coverage and maternal morbidity ($p = 0.679$; $p = 0.131$ $p = 0.131$). **Conclusion:** It was demonstrated that there is an association between the dimension of inadequate completeness of scheduled activities of the quality of prenatal care and maternal morbidity.

Keywords: Prenatal care, pregnancy, morbidity (MeSH)

ALFONZO MARIO PEQUEÑA BARRA

CALIDAD DE ATENCIÓN PRENATAL Y MORBILIDAD MATERNA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD YANAHUAYA REGIÓN

My Files

My Files

Universidad de San Martín de Porres

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::29427:423163228

72 Páginas

Fecha de entrega

24 ene 2025, 9:01 a.m. GMT-5

12,146 Palabras

69,396 Caracteres

Fecha de descarga

24 ene 2025, 9:06 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

TESIS MAESTRIA.docx

Tamaño de archivo

3.0 MB



Página 1 of 78 - Portada

Identificador de la entrega trn:oid::29427:423163228



Página 2 of 78 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trn:oid::29427:423163228

20% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)
- Trabajos entregados

Exclusiones

- N.º de fuentes excluidas

Fuentes principales

20% Fuentes de Internet

6% Publicaciones

0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

Texto oculto

6 caracteres sospechosos en N.º de página

El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

I. INTRODUCCIÓN

1. Descripción de la situación problema

Una gestación sana es aquella que transcurre sin presentar elementos de riesgo y sin complejidades y, mediante una idónea supervisión prenatal, garantiza el adecuado estado de salud en aspectos biológicos, psicológicos y sociales, tanto para la progenitora como para el feto. De esta manera, el bienestar de las progenitoras se convierte en una destacada preocupación en el ámbito de la salud colectiva, en el cual las naciones llevan a cabo una variedad de enfoques que van desde la promoción de la salud hasta la regulación de la procreación, destacando la importancia de la atención prenatal (APN) para identificar prontamente eventuales situaciones de peligro (1).

Ante ello, la morbilidad materna (MM) es un indicador relacionado con todo evento que pueda amenazar la vida de la gestante o demandar una pronta atención para prevenir un desenlace fatal (2). De acuerdo con los datos registrados, la carga más significativa de MM se localiza en la región subsahariana de África, donde las cifras alcanzan hasta 198 de cada 1000 recién nacidos. La pérdida de sangre y las anomalías relacionadas con la presión sanguínea constituyen las principales enfermedades que contribuyen a la MM en todas las áreas geográficas (3). En Estados Unidos, cada año, aproximadamente 700 mujeres mueren debido a complicaciones del embarazo o del parto, pero tres de cada cinco muertes relacionadas con el embarazo podrían haberse evitado (4)

Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (5) subraya la importancia de brindar a las mujeres embarazadas una APN adecuada y oportuna, ya que esto puede disminuir los peligros o alteraciones durante el parto, llegando incluso a salvar vidas. Solo en 2016, se registraron aproximadamente 303 mil fallecimientos de mujeres y adolescentes debido a dificultades durante el parto y el 99 % de las muertes maternas y el 98 % de los óbitos neonatales ocurrieron en naciones con ingresos medios o bajos (6).

En América Latina, se estableció que, durante 2021 hubo aproximadamente 10.3 millones gestantes, donde el 88% tuvo acceso al menos cuatro visitas de APN, lo

cual se ha mantenido constante desde 2010 (7). Sin embargo, en países como Guyana y Bolivia, donde se brinda una APN superior al 85%, se ha observado una tasa de MM de más de 200 fallecimientos por cada 100 000 nacimientos vivos, lo que podría estar relacionado con una menor calidad de atención médica (8).

En una investigación mexicana que estudió 120 mil partos anuales, informaron que en el 50 % se presentaron dificultades en el parto, y aproximadamente del 13 % al 17 % de los partos ocasionaron alguna discapacidad. Los autores señalan que, por cada muerte materna, se registraron 30 casos de mujeres que experimentaron problemas graves de salud. Entre las afecciones más comunes, estiman que el 11 % tuvo hemorragias, el 10 % infecciones, el 6 % padeció partos prolongados y el 6 % tuvo hipertensión arterial (9). En Colombia, la APN, en 2020, cubrió un 97 % de la población y el parto institucional alcanzó el 94 %, realizado en instalaciones médicas de nivel básico y hospitales de primera instancia. El comité de mortalidad de las gestantes reportó que alrededor del 80 % de los fallecimientos podrían haber sido prevenidos, revelando que las atenciones prenatales podrían haber sido mejores. Se identificaron limitaciones como la ausencia de identificación de peligros, dado que únicamente la mitad de las futuras madres recibieron un análisis completo debido a las disparidades en los métodos de evaluación. Adicionalmente, la mayoría de ellas no se sometieron a pruebas de ginecología. Además, se calculó que el 35 % de los incidentes se debieron al incumplimiento de regulaciones, mientras que se observó una insuficiente habilidad para adoptar decisiones acerca de los servicios proporcionados (10).

En Perú, de acuerdo con datos de 2020, el 65.6 % de óbitos indirectos o directos fueron de gestantes que tuvieron un APN durante su periodo. Del conjunto de mujeres fallecidas que recibieron APN, más de la mitad comenzaron sus cuidados a tiempo, es decir, en los primeros tres meses de la gestación. Además, el 30.5 % de aquellas que perdieron la vida cumplieron con la cantidad mínima necesaria de APN durante el período de gravidez, habiendo realizado entre seis y diez APN en total (11). En 2016, se reportaron 325 muertes maternas, lo cual es un logro importante al representar el número más bajo en los últimos 20 años. No

obstante, en 2018, se observó un incremento en la mortalidad materna con 362 casos reportados, lo cual es preocupante en comparación con 2016. En 2019, se registraron 309 casos (12).

El Centro de Salud Yanahuaya, ubicado en la región Puno, se encuentra ubicado en la provincia de Sandia, situado a 1550 m. s. n. m., en la zona norte de la región. Este centro atiende a más de 2000 habitantes los cuales presentan como principal actividad económica la agricultura, especialmente el cultivo de café y piña.

Yanahuaya es una zona rural donde el establecimiento de salud es de nivel I-3, y presenta un número elevado de casos de tuberculosis pulmonar a nivel regional, también presenta una elevada concurrencia de infecciones respiratorias post COVID y de enfermedades no transmisibles como la diabetes y otros. En los niños, las morbilidades de mayor incidencia son la anemia, parasitosis intestinal, enfermedades nicóticas, enfermedades gastrointestinales y respiratorias, mientras que en las madres se brindan servicios de atención primaria como parte de los esfuerzos regionales por mejorar la atención materno-infantil y reducir la mortalidad materna (13).

Desde el punto de vista del investigador, a pesar de los esfuerzos por mejorar la atención en salud, se han identificado diversos problemas en el centro de salud. La población es mayoritariamente quechua hablante, con una edad promedio para el primer embarazo que oscila entre los 15 y 18 años, aunque se han registrado casos de embarazos en mujeres de hasta 48 años. Los adolescentes, tanto hombres como mujeres, suelen no darles la importancia necesaria a las consecuencias de las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no planificados, lo que genera un desafío para los profesionales de salud. Además, la distancia y la ausencia de instituciones que defiendan los derechos de los adolescentes contribuyen a la impunidad de los casos de violencia sexual.

Las gestantes enfrentan múltiples barreras para acceder a una atención adecuada. Aunque el centro de salud ofrece atenciones prenatales, evaluaciones periódicas y consejerías, persiste cierta resistencia por parte de algunas madres

para asistir a sus controles. En parte, esto se debe a la lejanía de los hogares, que se encuentran a entre 4 y 12 horas de camino a pie, así como a la falta de participación de sus parejas y familiares en el proceso de seguimiento prenatal. También influyen las creencias culturales y los mitos sobre la salud materna, que aún prevalecen.

Históricamente, la atención de partos en la zona se realizaba en el hogar, bajo condiciones precarias y asistida por curanderos o parteras. Hace 20 años, muchas madres gestantes fallecieron, debido a la falta de atención profesional. Sin embargo, en los últimos años, gracias a los esfuerzos de concientización y al trabajo conjunto con las parteras y las autoridades locales, se ha logrado reducir significativamente las complicaciones maternas. Hoy, los partos son atendidos en el establecimiento de salud por obstetras o médicos y se han eliminado, por completo, los partos domiciliarios.

A pesar de estos avances, los problemas persisten. Las gestantes no siempre completan las actividades prenatales programadas, principalmente por la lejanía y la falta de especialistas en los establecimientos primarios. Los índices de anemia en las gestantes siguen siendo altos, afectando a seis de cada diez mujeres debido a la mala alimentación y el rechazo a los suplementos de hierro y ácido fólico. Además, las creencias culturales continúan siendo una barrera para aceptar derivaciones a centros de salud de mayor complejidad, lo que incrementa el riesgo de complicaciones en los embarazos.

Por otro lado, en el ámbito de la planificación familiar, los métodos hormonales de depósito, como los implantes y los inyectables, son los más aceptados entre las mujeres en edad fértil, con acceso gratuito a estos servicios. Sin embargo, las creencias y mitos relacionados con la salud sexual y reproductiva limitan el acceso y uso efectivo de estos métodos.

En resumen, aunque se han hecho progresos importantes en la reducción de la mortalidad materna y en la promoción del parto institucional, el Centro de Salud Yanahuaya y la región de Puno en general siguen enfrentando desafíos significativos en la atención materno-infantil. Las autoridades de salud están

trabajando para mejorar el acceso y la calidad de los servicios, implementando sistemas de seguimiento y concientización para mejorar la atención prenatal y reducir las complicaciones maternas (14). Con todo lo planteado, se resalta la necesidad de estudiar estos tópicos como parte de las acciones que vigilan la salud materna, la calidad general de la APN y el avance que los países han alcanzado con relación a los objetivos de desarrollo internacionales.

2. Problema de investigación

¿Cuál es la asociación entre la inadecuada calidad de la atención prenatal y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022?

3. Objetivos

3.1 General

Determinar la asociación entre la inadecuada calidad de la atención prenatal y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022.

3.2 Específicos

Establecer la asociación entre la dimensión inadecuada precocidad y la morbilidad materna en gestantes.

Determinar la asociación entre la dimensión inadecuada periodicidad y la morbilidad materna en gestantes.

Establecer la asociación entre la dimensión inadecuada completitud y la morbilidad materna en gestantes.

Determinar la asociación entre la dimensión inadecuada cobertura y la morbilidad materna en gestantes.

4. Justificación

4.1 Importancia

La justificación de esta indagación radica en varios aspectos clave. Primero, se busca disminuir la morbimortalidad materna en una nación donde este problema persiste, permitiendo identificar áreas de mejora en la atención médica prenatal. Segundo, los resultados obtenidos tienen un impacto directo en la salud perinatal, mejorando el bienestar de los recién nacidos. Tercero, este estudio refuerza las directrices y proyectos de salud asociados a la APN en la zona de Puno, a través de la detección de discrepancias en la calidad de los cuidados y la ejecución de acciones eficaces. Además, al agregar evidencia científica local, esta tesis proporciona una base sólida para futuras investigaciones y enfoques de atención médica en el contexto específico del Centro de Salud Yanahuaya.

La importancia de la investigación se centra en que, si se llega a confirmar una asociación entre la inadecuada calidad de atención prenatal y la morbilidad materna, esto podría hacer que se tomen las políticas para mejorar la APN y así tener un impacto significativo en la disminución de complicaciones durante el embarazo y el parto, la reducción de la mortalidad materna en la región y la mejora de los indicadores de salud neonatal. Estos resultados contribuirían directamente a los objetivos de desarrollo sostenible relacionados con la salud materno-infantil. Además, el estudio proporcionaría evidencia valiosa para justificar la inversión en mejorar la calidad de los servicios de atención prenatal, también permite diseñar intervenciones más efectivas y focalizadas y asignar recursos de manera más eficiente en el sistema de salud local y regional. Por último, la investigación generaría en la comunidad una mayor conciencia sobre la importancia de la atención prenatal entre las gestantes, además del incremento en la demanda de servicios prenatales de calidad y la participación comunitaria en la mejora de los servicios de salud materna.

4.2 Viabilidad

Esta tesis es viable, dado que se presentó el acceso a los expedientes médicos y se contó con el tiempo requerido para realizar la investigación, ya que se dispuso de la constante dirección y apoyo de un especialista en la materia. Igualmente, se

contaba de fondos adecuados para llevar a cabo todo el proceso de estudio de manera apropiada.

5. Limitaciones

Dentro de las limitaciones, se presentó la dilatación del permiso para acceder a la muestra de estudio, lo que implicó un retraso en el cronograma propuesto. Así mismo, se presentó una limitante con las historias clínicas de las gestantes dado que existieron historias con datos faltantes lo que evitó que se pueda usar una mayor cantidad de muestra. Otra limitante fue el tipo de estudio, que al ser retrospectivo se basó en información previamente registrada, por lo que puede existir una variabilidad del registro de los distintos profesionales que completaron las historias clínicas. Además, se debe considerar que el muestreo fue no probabilístico por lo que esto puede ser un sesgo en la obtención de los resultados.

II. MARCO TEÓRICO

1. Antecedentes

Beyene T et al. (15), en 2022, se enfocaron en evaluar la incidencia de resultados maternos graves y la calidad de la atención de salud materna en Etiopía. Se realizó una investigación prospectiva que evaluó una muestra de 2880 recién nacidos. Entre los resultados se encontró que 315 tenían condiciones potencialmente mortales y 108 tenían resultados maternos graves (90 cuasi accidente materno y 18 muertes maternas). La tasa de incidencia de resultados maternos graves fue de 37.5 por 1.000 nacidos vivos (IC del 95 %: 30.6 a 44.4) y la tasa de incidencia de cuasi accidente materno fue de 31.3 por 1.000 nacidos vivos (IC del 95 %: 24.9 a 37.7). La proporción entre casi accidentes y muertes maternas fue de 5:1. La tasa de mortalidad materna de los hospitales fue de 625 por 100 000 nacidos vivos. La mayoría (82.1 %) de los casos de resultados maternos graves se remitieron desde otros centros de salud. La causa más común de resultados maternos graves fue la eclampsia (37 %) seguida de la hemorragia posparto (33.3 %). El índice de mortalidad más alto se registró entre las mujeres con sepsis (27.3 %). La tasa de ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI) fue del 13 % para las mujeres con resultados maternos graves y el 83.3 % de las muertes maternas ocurrieron sin ingreso a la UCI. Los autores concluyeron que la ratio de resultados maternos grave fue comparable a otros estudios realizados en el país. La mayoría de las mujeres con de resultados maternos graves se remitieron desde otros establecimientos de salud, lo que demuestra la presencia del primer retraso (buscar atención) y/o el segundo retraso (llegar a la atención) en el área de estudio.

En 2022, Rodríguez G (16) determinó la relación entre la calidad de las atenciones prenatales y la MM en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en Lima. Trabajó con una muestra de 242 casos. Se recolectaron datos epidemiológicos que indicaron un promedio de 35 años entre las participantes; la duración promedio del embarazo fue de 35 semanas, lo que implica que hubo nacimientos prematuros. Entre los resultados se encontró que de acuerdo con la calidad de la APN el 82.6 % de los casos no había cumplido con los criterios de calidad; de igual manera, se observó que el 20.6 % de las mujeres embarazadas

experimentaron morbilidad materna, con una tasa de 8.7 casos por cada mil nacimientos vivos, mientras que el índice de mortalidad materna fue del 12.5 %. La proporción entre la morbilidad materna y la mortalidad materna se estableció en 7. El autor concluyó que la calidad de las APN se asoció de manera significativa a la morbilidad materna.

Cuadrado N e Ibarra K (17), en 2022, se enfocaron en determinar la calidad de APN desde la perspectiva de las gestantes atendidas en el puesto de salud Ramiro Priale -Huancayo. Se efectuó una indagación descriptiva con una muestra de 150 gestantes. Entre los resultados se demostró que el 20 % eran menores de 20 años, el 56 % tenían conviviente, el 76 % tenía educación secundaria y el 30 % eran comerciantes. El 45.3 % tuvo menos de seis APN y el 54.7% tuvo APN completas. En relación con la valoración de la calidad de la APN en distintos aspectos, se observan los siguientes resultados: En la dimensión de aspectos materiales, un 70.7 % la califica como buena, mientras que un 20.7 % la considera regular y un 8.6 % la percibe como mala. Por otro lado, en la comprensión y empatía, un 20 % la considera buena, un 70.7 % la califica como regular y un 9.3 % la percibe como mala. En cuanto a la fiabilidad, el 30 % la valora como buena, mientras que el 61.3 % la califica como regular y el 8.7 % como mala. En relación con la capacidad de respuesta, el 54.7 % indica que es satisfactoria, un 39.3 % la evalúa como intermedia y un 6 % la percibe como deficiente. Por otro lado, en términos de seguridad, el 63 % la valora como adecuada, mientras que un 29.3 % la considera moderada y un 8.7 % la experimenta como insuficiente. El autor concluyó que el 48 % tiene una percepción positiva sobre la calidad de la APN y la calificó como buena, mientras que un 44 % la valora como regular y un 8 % la percibe como mala.

En 2022, Palomino J (18) buscó identificar la posible conexión entre una atención prenatal insuficiente y las complicaciones materno-perinatales en mujeres embarazadas tratadas en el Hospital Cayetano Heredia, en Piura. El estudio se desarrolló bajo un enfoque analítico y se seleccionó una muestra de 196 gestantes. Entre los resultados se encontró que el 24 % de las pacientes que recibieron una APN suficiente presentaron ciertas complicaciones, mientras que el 76 % no las tuvo. Por otro lado, en el grupo de gestantes con APN insuficiente, el

13 % padeció infecciones urinarias, mientras que el 87 % no experimentó este problema. El autor concluyó que se identificó una relación estadísticamente significativa, mostrando que las mujeres con atención prenatal insuficiente tenían dos veces más riesgo de desarrollar una infección urinaria.

Young J et al. (19), en 2022, plantearon como objetivo examinar si la atención prenatal inadecuada afecta el riesgo de morbilidad materna grave en embarazos adolescentes en Corea. Se incluyeron 23 202 partos de madres adolescentes entre 13 y 19 años con edad gestacional \geq 37 semanas. Entre los resultados se encontró que la morbilidad materna severa ocurrió en 723 (3.1 %) de los 23 202 casos de parto investigados. El riesgo de esta fue 1.8 veces mayor entre las madres adolescentes que habían recibido atención prenatal inadecuada (intervalo de confianza [IC] del 95 %: 1.39 - 2.37) y 1.6 veces mayor entre aquellas que habían recibido atención prenatal intermedia (IC 95 %: 1.33 - 1.87) en contraste con aquellas con atención prenatal adecuada. Los autores concluyeron que se confirmó que la atención prenatal inadecuada se asocia con un mayor riesgo de MM entre las adolescentes embarazadas.

En 2021, Salas P (20) investigó las particularidades de la atención prenatal reenfocada y su relación con la morbilidad materno-neonatal en mujeres embarazadas del Puesto de Salud Manzanayocc, en Huancavelica. Realizó un estudio descriptivo y utilizando los datos de 35 embarazadas. Los resultados indicaron que el inicio de la APN se llevó a cabo en las 14 semanas de gestación, aunque también hubieron embarazadas que comenzaron la atención en la semana 5 y la semana 32. El 97.1 % de las gestantes recibieron las vacunas antitetánicas, y el 74.3 % tuvo más de seis atenciones prenatales. Además, se les realizó al 100 % de las mujeres embarazadas la evaluación gestacional, el análisis de las mamas y el estudio de Papanicolaou. El tamizaje de proteínas se llevó a cabo en el 97.1 % de los casos, se realizaron dos ecografías en el 71.4 % de las gestantes, y el 37.1 % recibió atención odontológica. El plan de parto se concretó en el 88.6 % de las gestantes durante sus tres entrevistas, y el 65.7 % recibió suplementación a partir de la semana 14. Todas las gestantes recibieron referencias oportunas. Asimismo, el 100 % de las gestantes recibieron asesoramiento sobre indicios y síntomas de riesgo, junto con asesoramiento en

materia de nutrición. En cuanto a las morbilidades maternas, se encontró que el 42.9 % de las gestantes presentaron anemia, el 20 % tuvo infección del tracto urinario (ITU), y el 14.3 % presentó anemia e ITU de manera conjunta. El aborto se presentó en el 2.9 % de los casos. En cuanto a las morbilidades fetales, se registró casos de óbito en el 2.9 % de los embarazos. El autor concluyó que se observa que las características de la APN reenfocada se asemejan a una atención prenatal convencional.

En 2021, Cueva I et al. (21) buscaron evaluar la calidad de atención del control prenatal de las gestantes atendidas en el centro de salud San Martín en el departamento de Lambayeque. Corresponde a un estudio descriptivo que contó con la participación de 144 gestantes. Entre los resultados se halló que el 44 % tenía entre 18 a 24 años, el 58.3 % eran solteras, el 41 % estaba en el tercer trimestre y el 33.3 % en el segundo. El 59.7 % eran primíparas, el 70.1 % eran primíparas. En general, el 52 % advirtió un nivel satisfactorio en la calidad y el 38 % un nivel insatisfacción. Se determinó una buena calidad de APN. Los autores concluyeron que era importante intervenir en los profesionales para la mejora de los aspectos o componentes de la calidad de atención que se mostraron deficientes para asegurar el bienestar de los usuarios.

Silva G y Campos I (22), en 2021, evaluaron el acceso y la calidad de la atención prenatal y su relación con la morbilidad materna en el ciclo embarazo-puerperio en Brasil. Entre los resultados se constató que la cobertura de APN aún es insatisfactoria en alcance y calidad, ya que la mayoría de las entrevistadas iniciaron el control después de la semana 12 (56.7 %) y tuvieron menos de seis consultas (56.7 %), siendo las principales causas señaladas por ellos: la larga distancia del domicilio (50 %), el costo financiero del desplazamiento (30 %) y el miedo a la pandemia. Los autores concluyeron que dentro de los factores de análisis de calidad se encontraron los procedimientos clínicos y las pruebas de laboratorio y de imagen, baja adherencia por parte de la mayoría de las puérperas.

En 2020, Santos M et al. (23) investigaron la ocurrencia de morbilidad materna severa, los criterios diagnósticos más frecuentes y la calidad de la atención

obstétrica en hospitales públicos de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Realizaron un estudio descriptivo y trabajaron con una muestra de 3497 partos y 3502 nacidos vivos. Dentro de los resultados encontraron que los principales criterios de diagnóstico entre los casos de condiciones potencialmente mortales de por vida fueron preeclampsia severa (21.7 por mil nacidos vivos) e hipertensión severa (18.4 por mil nacidos vivos). Las mujeres con morbilidad materna severa tenían las siguientes características sociodemográficas: menos de 35 años (79.6 %), ocho años o más de escolaridad (79.4 %), negra/morena (64.5 %), realizaba trabajo remunerado (50.2 %) y pertenecía a la clase media (clase C) (59.8 %). En cuanto a los antecedentes obstétricos, las mujeres con morbilidad materna severa tenían uno o dos partos previos (44.4 %), entre los partos previos predominaron los partos vaginales (58 %), la ausencia de abortos previos (72.4%) o mortinatos (96.7 %), último intervalo interparto ≥ 2 años (89.7 %) y ausencia de complicaciones en embarazos previos (62.4 %). Sobre el cuidado prenatal y parto, el embarazo actual fue no planificado (57.4 %), tuvo control prenatal (88.4 %), control prenatal con 6 o más consultas (74.2 %), inicio de control prenatal en el primer trimestre (67.7 %), embarazo de alto riesgo (65.6 %) y cesárea actual (59.6 %). Los autores concluyeron que no se presentó un buen cuidado prenatal y hubo presencia de morbilidad materna.

Chahuayo M et al. (24), en 2020, realizaron un estudio para identificar las características personales, obstétricas y clínicas de las pacientes que experimentaron morbilidad materna en Huancavelica. Fue llevado a cabo un análisis descriptivo y se examinaron 94 registros médicos de embarazadas. Entre los resultados, se encontró que el grupo de mujeres con morbilidad materna en su mayoría tenía edades entre 20 y 34 años (53.2 %), la mayoría eran solteras (35.1 %), poseían educación secundaria (45.7 %) y provenían de zonas rurales (63.8 %). Respecto a los determinantes obstétricos, 59.6 % habían recibido al menos 6 APN y 67 % respetó el periodo intergenésico adecuado. Por último, en cuanto a los determinantes clínicos, la preeclampsia severa fue el caso más frecuente, representando un 48.9 % de los casos reportados, el 13.8 % presentó shock hipovolémico, el 12.8 % síndrome de Hellp, y 11.7 % eclampsia. Los autores concluyeron que, en mujeres con morbilidad materna, la edad promedio se

encuentran entre 20 a 34 años y la mayoría son solteras, con educación secundaria y procedentes de áreas rurales.

En 2020, Muleva B (25) buscó evaluar la calidad de la atención prenatal entre las mujeres del municipio de Nampula, en Mozambique. Se trata de un estudio cuantitativo con la muestra estuvo conformada por 393 mujeres de 18 a 49 años, que dieron a luz en una maternidad o en su domicilio en el segundo semestre de 2019. Entre los resultados se encontró las mujeres participantes del estudio tenían, en promedio, 26 años y la mitad tenía estudios primarios (52.4 %). Aunque todas las mujeres tuvieron APN, solo el 13 % tuvieron APN clasificado como adecuado. Las mujeres que tuvieron APN en embarazos anteriores (OR=4.28; IC95 %=1.45-12.62) y con embarazo planificado (OR=2.51; IC95 %=1.11-5.68) fueron las que más posibilidades tuvieron de tener un adecuado APN. El autor concluyó que pocas mujeres presentaron un APN adecuado.

Kassaw A et al. (26), en 2020, evaluaron la calidad de la atención prenatal y los factores asociados en los establecimientos de salud pública en el distrito de Wogera, al noroeste de Etiopía. Se realizó un estudio transversal institucional en el distrito de Wogera de marzo a abril de 2019 y se entrevistó a un total de 465 gestantes. Un total de 465 mujeres embarazadas participaron en el estudio, con una tasa de respuesta del 99.4 %. Entre los resultados se encontró las edades mínima y máxima de los participantes fueron 16 y 47 años, respectivamente. La mediana de edad de los encuestados fue de 25 años con un rango intercuartílico de nueve años. Más de la mitad (57.8 %) de los participantes eran habitantes rurales y el 14.6 % cursaba estudios superiores. Más de las tres cuartas partes (76 %) de los encuestados eran amas de casa. Casi el treinta por ciento (28.6 %) de las participantes iniciaron sus visitas por sus embarazos del momento en el tercer trimestre. Más de un tercio (38.7 %) y una décima parte (12.3 %) de las gestantes acudieron a la primera y cuarta visita, respectivamente. Además, 17 % de las usuarias de prenatal tenían antecedentes de aborto, mientras que 5 % tenían antecedentes de mortinatos. Los autores concluyeron que más de un tercio de las mujeres embarazadas recibió APN de buena calidad.

Gonzales O et al. (27), en 2020, buscaron describir la morbilidad materna en mujeres peruanas que recibieron atención en un centro especializado de Perú, en el departamento de Lima. Se utilizó un enfoque observacional y se halló que la población de estudio consistió en 1245 casos. Entre los resultados se encontró que el 63.7 % de las mujeres eran multíparas, con un promedio de 4 APN, y el 60 % tenían antecedentes de partos por cesárea. La razón de mortalidad materna fue de 10.7 y 17.6 por cada mil nacidos vivos, mientras que el índice de mortalidad fue de 3 %. La proporción entre morbilidad materna y muerte materna se estableció en 32.8 %. Los autores concluyeron que, las principales causas de morbilidad materna fueron trastornos hipertensivos, sepsis y hemorragias; sin embargo, los índices de desenlace reflejaron una evolución gradual en la excelencia de la APN proporcionada a las pacientes, acompañada por una reducción de la mortalidad materna.

En 2019, Paredes (28) determinó la calidad de atención prenatal en las gestantes atendidas en el Hospital General Nuestra Señora del Rosario en Cajamarca. Fue un estudio descriptivo y trabajó con una muestra de 199 gestantes. Entre los resultados se encontró que en las distintas áreas evaluadas mediante SERVQUAL, las gestantes reflejaron satisfacción en las siguientes proporciones: Fiabilidad con un 51.8 %, capacidad de respuesta con un 63.1 %, seguridad con un 59.5 %, empatía con un 55.8 % y aspectos tangibles con un 66.2 %. Respecto a la satisfacción con la atención recibida, un 58.9 % manifestaron estar satisfechas, mientras que un significativo 41.2 % expresaron insatisfacción con la APN. El autor concluyó que la calidad de la APN fue percibida como buena.

Hoyos L y Muñoz L (29), en 2019, buscaron describir las barreras de acceso a controles prenatales en mujeres que tuvieron morbilidad materna, atendidas en un Hospital en Colombia. Participaron 17 gestantes. Entre los resultados se encontró que la edad media fue de 22 años, el 22 % precedía de zona rural, el 23 % estudiaban, el 48 % tenía bachillerato completo y el 29 % primaria completa. Los autores concluyeron que el sistema de salud al que tenían derecho las mujeres del estudio no fue accesible, lo que condicionó su falta de asistencia a los programas de APN.

En 2019, Larrea H (30) buscó determinar la percepción sobre calidad de atención prenatal que tienen las gestantes que acuden al Centro de Salud El Bosque en Lambayeque. Realizó un estudio descriptivo que tuvo la participación de 132 usuarias. Entre los resultados se encontró que el 66.7 % de las embarazadas calificaron la calidad global de la atención de manera positiva, mientras que el 32.6 % la consideró regular y únicamente el 8 % la percibió como deficiente. Otros datos recopilados indican que la mayoría de las gestantes tenían educación secundaria en un 59.1 % de los casos, el 74 % vivía en pareja, el 99.2 % de las encuestadas recibieron atención a través del SIS y la ocupación predominante fue el grupo de amas de casa, representando un 86.4 %. El autor concluyó que la percepción general de las embarazadas en relación con la calidad de APN fue mayormente positiva.

Bellota R y Mayhua K (31), en 2019, buscaron determinar la relación entre la atención prenatal inadecuada y la morbilidad neonatal en el Hospital La Caleta y en el Hospital Víctor Ramos Guardia en Chimbote. Se efectuó un análisis de casos y controles. Entre los resultados se constató que existía una asociación significativa entre la APN y la morbilidad tanto en el Hospital La Caleta en Chimbote (OR: 3.70, $p = 0.025$) como en el Hospital Víctor Ramos Guardia en Huaraz (OR: 5.12; $p = 0.01$). Mientras que, en Chimbote, solo el 57.7 % de las gestantes con menos de seis APN presentaron alguna morbilidad, en Huaraz este porcentaje fue del 73.1 %. En el grupo de gestantes con menos de seis APN del Hospital La Caleta, el 22.5 % presentó sepsis, 17.5 % ictericia y 12.5 % prematuridad, mientras en el Hospital Víctor Ramos Guardia, el 22.4 % presentó sepsis, 16.3 % enfermedad de membrana hialina y 10.2 % prematuridad. Los autores concluyeron que existió una asociación entre la APN y la morbilidad materna.

Herrera K et al. (32), en 2019, buscaron identificar los factores relacionados con la morbilidad materna debido a la falta de adherencia a los controles prenatales en Colombia. Se llevó a cabo un estudio descriptivo con una muestra de 103 gestantes. Los resultados mostraron que el 84 % de las participantes residían en áreas urbanas, y la edad más prevalente fue entre los 20 y 30 años, abarcando el 51 % de los casos. Además, el 50 % de las mujeres estaban en su primer

embarazo, y el 36 % asistió a menos de 4 controles prenatales, de las cuales el 65 % presentó preeclampsia. La mayoría de la morbilidad ocurrió en una etapa gestacional anterior al término, alcanzando el 71 %, y el 55 % tuvo un recién nacido con bajo peso al nacer. El 60 % de las mujeres requirió ingreso en una unidad de cuidados intensivos y el 94 % estuvo hospitalizada por un periodo de 1 a 10 días. Los autores concluyeron que la falta de adherencia a los controles prenatales está vinculada a la aparición de problemas de salud en la madre, como la preeclampsia y complicaciones orgánicas, así como en el recién nacido, principalmente con bajo peso al nacer.

En 2018, Urcía M (33) realizó un estudio para determinar si existe relación entre la calidad de atención prenatal y morbilidad materna en el hospital provincial de Virú, en Trujillo. Contó con una muestra de 152 gestantes y demostró que, en cuanto a la MM, el 20.4 % presentó amenaza de parto prematuro, el 22.4 % ruptura prematura de membranas, el 23.7 % infección del tracto urinario y el 33.6 % enfermedad hipertensiva. En cuanto a la calidad, el 83.6 % advirtió un servicio sin calidad y el 16.4 % con calidad. El autor concluyó que existe relación alguna entre las categorías de estudio.

Corcuera G (34), en 2018, presentó como propósito de este estudio establecer la correlación entre la atención prenatal reenfocada y la presencia de morbilidad materna durante el periodo comprendido entre julio de 2013 y julio de 2017 en el centro de salud El Bosque, en Lima. Se llevó a cabo un estudio analítico, recopilando información de 277 registros de embarazadas que recibieron APN. Entre los resultados, se encontró una correlación estadísticamente relevante entre la APN y la incidencia de problemas de salud materna durante el embarazo ($p < 0.001$). No obstante, no se constató una correlación significativa entre la APN reenfocada y la morbilidad materna durante el parto. En contraste, se confirmó una correlación significativa entre la APN reenfocada y la morbilidad materna en el posparto ($p < 0.001$). Además, al considerar la APN reenfocada y la aparición de complicaciones en cualquier momento del embarazo, parto o posparto, también se identificó una conexión estadísticamente importante ($p < 0.001$). El autor concluyó que existe asociación entre las categorías.

2. Bases teóricas

Atención prenatal (APN)

El embarazo es un momento importante en la mujer para alentar, aliviar la ansiedad y equipar a las madres con información que promueva comportamientos saludables y habilidades de crianza. Es así como una atención adecuada durante este periodo y el parto es fundamental para la salud, tanto de la gestante y el humano en gestión. La OMS recomienda que las mujeres asistan a sus controles y sugiere al menos ocho visitas en total, con la primera visita durante el primer trimestre (35).

Hernández A y Vázquez M (36) explican que la APN es un cuidado especial para mujeres embarazadas y es relevante en la vida de una mujer embarazada y su familia. Es un servicio sanitario que tiene como fin prevenir riesgos para la salud, detección temprana de anomalías, institución de medidas correctivas si es posible y preparación tanto de la mujer como del feto y asegurar un buen comienzo de vida para cada recién nacido.

De Souza C et al. (37) refieren que se define como la atención de rutina de las mujeres embarazadas proporcionada entre la concepción y el inicio del trabajo de parto. La atención prenatal es una oportunidad para brindar atención para la prevención y el manejo de las causas existentes y potenciales de mortalidad y morbilidad materna y neonatal.

Por su parte, Alle A et al. (38) mencionan que la APN es clave para obtener buenos resultados en el embarazo, y su calidad está relacionado con la disponibilidad de recursos en el ámbito de gestión y atención, así como el desarrollo de acciones rutinariamente, obedeciendo las normas de calidad técnica y científica. Para que sea eficaz, se recomienda que la APN comience de forma temprana y sea consistente con un conjunto de acciones establecidas por protocolos de atención que orienten las condiciones y procedimientos necesarios para la atención de la gestante.

Varios estudios han demostrado la asociación de la APN con la prevención de riesgos en la gestación, reducción de dificultades en el parto y puerperio, y

complicaciones perinatales; mejores condiciones de salud del concepto, como un mejor crecimiento intrauterino, menor incidencia de bajo peso al nacer, reducción de la mortalidad materna e infantil, y morbilidad y mortalidad neonatal y perinatal (39).

Objetivos de la atención prenatal

La APN incluye servicios de atención preventiva y curativa brindados durante la gestación. Durante esta atención, los profesionales controlan e identifican los determinantes de riesgo relacionados con consecuencias maternas y del parto negativas. Una vez identificados, estos pueden iniciar intervenciones médicas y educativas apropiadas para disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad materno-neonatal. Los servicios de la APN, especialmente en la primera visita, incluyen pruebas de identificación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la sífilis; para las mujeres embarazadas infectadas por el VIH, el beneficio máximo de la terapia antirretroviral (TAR) para prevenir la transmisión materno infantil (PTMI) del VIH requiere la presentación temprana al sistema de salud. Además, las vacunas, como el toxoide tetánico, administradas durante el embarazo pueden salvar la vida de ambas personas (39).

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA) (40) explica que los objetivos del APN son los siguientes:

- Ofrecer servicios educativos para la madre, crianza y para la familia,
- Diagnosticar, prevenir y tratar complicaciones de embarazo,
- Vigilar la vitalidad y crecimiento del feto,
- Tratar o detectar enfermedades subclínicas o clínicas,
- Aliviar síntomas o molestias asociadas al embarazo y
- Preparar a la mujer de forma psicológica y física para el parto.

Características de la atención prenatal

En Perú, el Ministerio de Salud, en 2013, ofreció una nueva denominación a la APN, agregándole el término reenfocada. Esta tiene como fin inspeccionar, analizar, prevenir, determinar y tratar complicaciones, que puedan afectar a la madre y terminar en muerte, considerando el contexto físico, social y psicológico.

Luego, en 2014, el MINSA consideró que la salud materna demandaba una atención de 40 minutos y consultas de 15 a 25 minutos (41).

En cuanto a las características del APN, se identifican las siguientes:

- Periódica: Este debe incluir seis revisiones, la primera antes de las 14 semanas de gestación, la segunda entre las semanas 14 y 21, la tercera entre las semanas 22 y 24, la cuarta entre las semanas 25 y 32, la quinta entre las semanas 33 y 36, y la sexta entre las semanas 37 y 40 (41).
- Precoz: El control debe iniciar lo más pronto posible en la mujer y el esquema que ofrece el MINSA, debe indicar el inicio antes de las 12 semanas (41).
- Completo: Para que la gestante se considere en control médico, debe tener sus controles completos, estas deben ser de seis o más atenciones PN (41).

La calidad de la atención prenatal debe garantizar los términos que menciona el MINSA, como la precocidad que avala la efectuación de la primera atención antes de las 14 semanas para evitar complicaciones en la gestación, además de la periodicidad que responde a lo que indica el ministerio ya que se debe proporcionar una continua y frecuente atención a las gestantes para mantener la salud de la madre y su hijo, así como la cobertura de las seis atenciones prenatales mínimas que debe tener toda embarazada. Por último, se garantiza la completitud de una buena historia clínica para monitorear adecuadamente a la gestante. Es por ello por lo que todos estos términos están asociados a una buena calidad de la atención prenatal (16).

Cuando se investigan los beneficios, los estudios han demostrado que la APN temprano (durante el primer trimestre) desempeña un rol relevante en la detección y el tratamiento oportuno de los determinantes de riesgo para la salud materna durante el embarazo y sirve como una buena base para el manejo adecuado durante y después del parto. En consecuencia, la falta de inicio temprano es un riesgo potencial de complicaciones durante este periodo, el parto y el puerperio. El inicio tardío de la APN puede conducir a un diagnóstico tardío de complicaciones que podrían tener el potencial de afectar negativamente la salud materna y fetal. Por lo tanto, contribuye a la mortalidad materna, el parto prematuro, los bebés prematuros y las muertes intrauterinas (42).

Calidad de la atención prenatal

De acuerdo con el instrumento de Rodríguez, la calidad de APN se define mediante cuatro dimensiones: la precocidad, periodicidad, completitud y cobertura, estos principios son los básicos con los que se puede medir una buena calidad de APN (16). Para ello, este autor se basó en Cáceres-Manrique F (43) e Ipia-Ordóñez N et al. (44), quienes mencionan que la calidad de la APN debe cumplir idealmente estos atributos incluso la gratuidad, lo cual no siempre se consigue sobre todo en la problemática de los sistemas de salud de Latinoamérica.

La literatura resalta que se ha prestado considerable atención a la pertinencia del uso de la APN como medida para mitigar los resultados adversos para las mujeres y sus recién nacidos. La adecuación en la utilización de la atención prenatal se ha conceptualizado en dos dimensiones principales: el momento en que se inicia dicha atención y la cantidad de visitas prenatales, tomando en consideración la etapa de gestación al inicio de la atención y durante el parto. Es así como esta adecuación no se enfoca en el contenido o la calidad de la atención proporcionada, sino que se concentra exclusivamente en cuantificar su empleo (45).

Recientemente, se está acumulando evidencia que sugiere que la calidad de la APN, es decir, los procedimientos efectuados durante la prestación y recepción de la atención, podría ser más relevante que la cantidad de atención recibida. Se informa que se ha observado que brindar APN de mejor calidad a mujeres en situación de alto riesgo, enfocándose en aspectos específicos de su estilo de vida y características psicosociales, ha resultado efectivo en la mitigación de factores de riesgo, y, por ende, en la disminución del riesgo de bajo peso al nacer. Otro estudio ha mostrado una conexión entre el contenido de promoción de la salud en la APN recibida en una clínica de bajo riesgo y la adopción de comportamientos saludables durante el embarazo, incluyendo la reducción del consumo de sustancias (46).

Además, evaluaciones adicionales indican que las futuras madres que participan en un modelo grupal de atención prenatal, que permite un mayor tiempo de

interacción con los proveedores de atención en comparación con el enfoque tradicional, muestran un potencial para reducir desenlaces negativos en el parto. Esto se ha evidenciado en un ensayo controlado aleatorizado que mostró mejoras en la edad gestacional, el bienestar psicosocial de las madres, el inicio de la lactancia y la satisfacción con la atención recibida (46).

Periodicidad

La periodicidad de utilización de la atención prenatal mejora la eficacia de los programas de salud materna para la salud materna e infantil (47). La importancia de la periodicidad radica en que el modelo de atención prenatal de la OMS de 2016 que recomienda que se efectúe un contacto en el primer trimestre, dos contactos en el segundo trimestre y al menos cinco contactos en el tercer trimestre, realizando un mínimo de ocho contactos durante el embarazo. Estas visitas cubren la identificación de condiciones de salud preexistentes, la detección temprana de complicaciones del embarazo, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, y la preparación para el parto y la planificación de complicaciones (48).

Precocidad

El nuevo modelo de atención prenatal de la OMS recomienda que la primera visita de atención prenatal se realice dentro del primer trimestre (es decir, edad gestacional <12 semanas). Una visita de atención prenatal temprana brinda la oportunidad de realizar exámenes de detección y pruebas que son más efectivos en las primeras etapas del embarazo como la evaluación correcta de la edad gestacional, detección de trastornos genéticos y congénitos, suministro de suplementos de ácido fólico para reducir el riesgo de defectos del tubo neural y detección y tratamiento de la anemia ferropénica y las infecciones de transmisión sexual (49).

Además, la periodicidad puede potencialmente detectar enfermedades no transmisibles como la diabetes y brindar orientación sobre riesgos modificables en el estilo de vida, como el tabaquismo, el consumo de alcohol, el abuso de drogas, la obesidad, la desnutrición y las exposiciones ocupacionales. Todas estas condiciones pueden detectarse y tratarse si se brinda una atención prenatal

temprana, oportuna y de alta calidad, pero más allá del contenido, los servicios de atención prenatal deben estar disponibles, accesibles y aceptables (50).

Compleitud

La completitud de las APN por parte de la gestante ayuda a disminuir de forma significativa la mortalidad neonatal y la morbilidad de la madre (51). Esta completitud favorece la calidad de salud tanto de la gestante como del feto porque se ejecutan adecuadamente todos los componentes esenciales la APN. Entre estos elementos cruciales se encuentran: educar a la embarazada sobre indicadores de riesgo gestacional, aplicar las vacunas recomendadas, abordar problemas como la anemia, manejar apropiadamente las infecciones de transmisión sexual, entre otros (52). Por lo tanto, para este trabajo se está considerando la completitud cuando se ha cumplido con la totalidad de las actividades del Esquema Básico de la Atención Prenatal Reenfocada según semanas.

Cobertura

La cobertura de la APN es un indicador que refleja el acceso y el uso de la atención sanitaria en la gestación. La etapa prenatal ofrece una ventana de oportunidad única para proporcionar a las futuras madres intervenciones cruciales que pueden tener un impacto significativo en su salud y la de sus futuros hijos. Se ha observado que las mujeres que asisten a un mínimo de cuatro APN durante la gestación tienen mayores probabilidades de beneficiarse de medidas sanitarias eficaces enfocadas en el bienestar materno. Este parámetro forma parte de los criterios de seguimiento establecidos en el plan estratégico global para mejorar las condiciones de salud de mujeres, infantes y jóvenes en el periodo 2016-2030, y también se considera al evaluar el alcance de la atención médica universal (53).

Morbilidad materna

La OMS ha definido la morbilidad materna como toda condición de salud atribuida al embarazo y al parto o que la complica y que tiene un impacto negativo en el bienestar o el funcionamiento de la mujer. Se desconoce el verdadero alcance de la morbilidad materna, pero se ha sugerido que, por cada muerte materna, 20 o 30 mujeres padecen morbilidad materna (54).

La morbilidad materna se refiere a cualquier condición de salud que es atribuible o agravada por el embarazo y el parto, y que tiene un impacto negativo en el bienestar de la mujer. Este concepto incluye una amplia gama de complicaciones físicas y psicológicas que pueden ocurrir durante el embarazo, el parto o el período postparto. Es importante destacar que, a diferencia de la mortalidad materna, la morbilidad materna abarca condiciones que no necesariamente resultan en la muerte, pero que afectan significativamente la calidad de vida de la mujer (55).

Tipos de morbilidad materna

De acuerdo con McCauley M et al. (56) los tipos de morbilidad materna pueden clasificarse en varias categorías:

Morbilidad física: Incluye condiciones médicas relacionadas directamente con el embarazo y el parto, como hemorragia anteparto, anemia, infecciones (como VIH), preeclampsia, eclampsia, y diabetes gestacional. Estas afecciones físicas afectan significativamente la salud materna durante y después del embarazo (56).

Morbilidad psicológica: Se refiere a trastornos como la depresión prenatal y posparto, ansiedad y pensamientos suicidas. Estos problemas a menudo pasan desapercibidos, pero tienen un gran impacto en la salud general de la madre y el vínculo con el recién nacido (56).

Morbilidad social: Abarca aspectos como la violencia doméstica, abuso de sustancias y la pobreza. Estos factores sociales pueden empeorar las condiciones de salud física y mental de las mujeres embarazadas (56).

Estas categorías de morbilidad son más prevalentes en mujeres de países de ingresos bajos y medios, donde el acceso a la atención prenatal de calidad puede ser limitado. La morbilidad materna afecta tanto el embarazo como el período postparto (56).

Factores de riesgo

Dentro de los más conocidos se tienen los factores sociodemográficos, como la edad avanzada (mayor a 35 años) o ser muy joven (menor de 20 años), también

se ha visto asociado al bajo nivel educativo, la pobreza y bajo nivel socioeconómico y vivir en áreas rurales o de difícil acceso (57).

Los factores de riesgo obstétricos son la multiparidad, es decir, más de tres partos previos, presentar antecedentes de cesárea, tener embarazos múltiples, presentar un intervalo intergenésico corto de más de 24 meses o tener un control prenatal inadecuado o ausente (58).

Las condiciones médicas preexistentes también son factores de riesgo, estas condiciones pueden ser la hipertensión crónica, la diabetes mellitus, la obesidad, la anemia y el VIH/sida (57).

También, existen factores del sistema de salud como la demora en buscar atención médica, o puede existir una dificultad de acceso a los servicios de salud de calidad, así mismo, puede existir una falta de personal capacitado para la atención obstétrica de emergencia (57).

Prevención y manejo de la morbilidad materna

Son aspectos cruciales para mejorar la salud materna y reducir las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. En cuanto a la prevención, un elemento fundamental es la atención prenatal adecuada y oportuna, que debe iniciarse en el primer trimestre y continuar con al menos ocho controles durante el embarazo. Estos controles permiten la detección temprana de factores de riesgo y el seguimiento del bienestar materno-fetal (59).

La educación y el empoderamiento de las mujeres juegan un papel vital en la prevención. Es esencial proporcionar información sobre signos de alarma durante el embarazo y promover hábitos saludables y una nutrición adecuada. Además, la planificación familiar, que incluye el espaciamiento de embarazos y la prevención de embarazos no deseados, contribuye significativamente a reducir los riesgos de morbilidad materna (60).

Mejorar el acceso a servicios de salud de calidad es otro aspecto crucial. Esto implica eliminar barreras geográficas y económicas, así como fortalecer los

sistemas de referencia para garantizar que las mujeres puedan recibir atención especializada cuando sea necesario. La capacitación continua del personal de salud en el manejo de emergencias obstétricas y la implementación de protocolos estandarizados son también elementos clave en la prevención (61).

En cuanto al manejo de la morbilidad materna, la identificación temprana de complicaciones es fundamental. El uso de sistemas de alerta temprana obstétrica y el monitoreo continuo de signos vitales pueden ayudar a detectar problemas antes de que se vuelvan críticos. El manejo multidisciplinario, con la conformación de equipos de respuesta rápida y la coordinación entre diferentes especialidades, es esencial para abordar de manera integral las complicaciones maternas (62).

3. Definición de términos básicos

Atención prenatal: Es la atención de rutina de las mujeres embarazadas proporcionada entre la concepción y el inicio del trabajo de parto (38).

Calidad de APN: Se refiere a la medida en que los servicios y cuidados médicos proporcionados a las mujeres embarazadas cumplen con los estándares médicos y las mejores prácticas para asegurar un embarazo saludable tanto para la madre como para el feto. Implica una atención integral, adecuada y oportuna durante todo el período de embarazo, desde la confirmación de este hasta el momento del parto (45).

Morbilidad materna: Esta hace referencia a cualquier estado de salud asociado o empeorado por el embarazo y el parto, generando un efecto perjudicial en el estado de bienestar de la mujer (63).

4. Hipótesis

Ha: Existe asociación entre la inadecuada calidad de la atención prenatal y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022.

H0: No existe asociación entre la inadecuada calidad de la atención prenatal y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022.

III. METODOLOGÍA

1. Diseño metodológico

Según la intervención del investigador, fue observacional porque el investigador no manipula las variables, sino que se limita a recoger datos de las historias clínicas mediante una ficha de recolección. El investigador no interviene en la atención prenatal ni en los resultados de morbilidad materna, solo observa y registra la información ya existente (64). **Según el alcance**, fue correlacional, ya que busca establecer la relación entre la calidad de atención prenatal y la morbilidad materna (64). **Según el número de mediciones de las variables**, fue transversal, ya que los datos se recopilaron en un solo periodo de tiempo. La investigación realizó una única medición de las variables en un momento determinado, utilizando datos de historias clínicas de un período específico (2020-2022) (64). **Según el momento de recolección de datos**, fue retrospectivo debido a que se recolectaron datos ya existentes en las historias clínicas (64).

2. Diseño muestral

Población universo

Gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno.

Población de estudio

215 gestantes con historia clínica que se hayan atendido en el centro de salud Yanahuaya, región Puno, durante el periodo del 2020 al 2022.

Criterios de elegibilidad

De inclusión

Pacientes:

- De 20 a 35 años cuyo parto fue atendido en el centro de salud Yanahuaya
- Que hayan tenido una gestación única
- Que hayan tenido partos a término

De exclusión

Pacientes:

- Con comorbilidades presentes antes del embarazo
- Con historias clínicas con datos ilegibles

Tamaño de la muestra

Se incluyeron a todas 134 las pacientes con historia clínica que cumplieron los criterios de elegibilidad.

Muestreo

No probabilístico consecutivo, dado que se han seleccionado los participantes en cuanto a los criterios de selección (65). Se debe considerar que el Centro de Salud Yanahuaya, ubicado en el distrito de Yanahuaya, provincia de Sandia, región Puno, es un establecimiento clasificado como de categoría I-3. Esto significa que brinda servicios de salud ambulatorios sin internamiento, con un enfoque en atención familiar, comunitaria y salud ambiental. Este tipo de centro ofrece atención médica general, prevención de enfermedades como el cáncer, nutrición integral, y atención de partos inminentes. Sin embargo, no cuenta con camas de hospitalización ni ofrece internamiento. El centro está en funcionamiento desde 1987 y su horario de atención es de 24 horas. Aunque no dispone de un área de hospitalización, tiene capacidad para atender emergencias básicas, incluida la atención de partos que requieren intervención inmediata, presentando en promedio 45 partos anuales y solo una cama de observación o recuperación post parto.

3. Técnica y procedimiento de recolección de datos

La calidad de la atención prenatal hace referencia al incumplimiento del esquema básico de la atención prenatal reenfocada según la Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA. Cáceres-Manrique F (43) e Ipiá-Ordóñez N et al. (44) mencionan que la calidad de la atención prenatal se refiere a la efectividad, seguridad, accesibilidad y capacidad de respuesta de los servicios médicos que se brindan a las mujeres embarazadas antes del parto. Una atención prenatal de calidad ayuda a reducir riesgos tanto para la madre como para el bebé, promoviendo un desarrollo saludable y minimizando complicaciones durante el embarazo y el parto.

Dentro de las dimensiones de esta variable se encuentra la precocidad, que hace referencia al inicio de la atención prenatal antes de las 14 semanas. Esta es una etapa que facilita la recolección de datos basales para identificar cualquier anomalía o morbilidad, y que además proporciona la realización de las citas en función de la edad gestacional (41).

Otra dimensión es la periodicidad en la atención prenatal que alude a la relevancia de que la mujer asista regularmente a sus controles, conforme a un calendario establecido en función de la edad gestacional. Este calendario se segmenta en fases fundamentales, dado que cada fase del embarazo es esencial para garantizar el cumplimiento de todas las actividades de cuidado materno requeridas. Las consultas deben llevarse mínimamente a cabo de la siguiente forma: antes de las 14 semanas, entre las 14 y 21 semanas, entre las 22 y 24 semanas, desde las 25 hasta las 32 semanas, desde las 33 hasta las 36 semanas y, finalmente, entre las 37 y 40 semanas (41).

La tercera dimensión es la completitud en la atención prenatal que se refiere a la realización de todas las actividades programadas durante las consultas, según la edad gestacional, y que deben ser efectuadas por un profesional de salud. Estas actividades están detalladas en las Normas Técnicas de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud del Perú en 2013, y son esenciales para asegurar una atención integral durante el embarazo. Entre las principales acciones se incluyen la anamnesis, la estimación de la edad gestacional y la identificación de condiciones de riesgo, así como la medición de la talla, el control de peso y la evaluación del estado nutricional de la gestante (41).

Además, se realizan controles clave como la medición de la presión arterial, el pulso, la temperatura, la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal y la evaluación clínica del volumen de líquido amniótico. También se efectúan pruebas para determinar el grupo sanguíneo, el factor Rh, el hematocrito y la hemoglobina, así como exámenes de orina, urocultivo y pruebas para la detección de diabetes gestacional y tamizaje de VIH/sífilis (41).

A nivel preventivo, se administran vacunas como la antitetánica, antiinfluenza y, en zonas endémicas, la vacuna contra la fiebre amarilla. También se recetan suplementos esenciales como ácido fólico, hierro y calcio. Además, se incluyen evaluaciones odontológicas, ginecobstétricas y ecográficas, acompañadas de orientación sobre maternidad y paternidad responsable, planificación familiar y prevención de enfermedades como Zika, dengue y Chikungunya en zonas de riesgo (41).

Finalmente, se proporciona información sobre signos de alarma, psicoprofilaxis, estimulación prenatal y se elabora un plan de parto personalizado. En caso de necesidad, se refiere a la gestante a un especialista en ginecobstetricia para una evaluación más detallada. Todo esto garantiza una atención prenatal completa y de calidad, enfocada en el bienestar tanto de la madre como del bebé (41).

La última dimensión es la cobertura se refiere al seguimiento de las gestantes con fines estadísticos y de evaluación de indicadores, asegurando que hayan recibido al menos seis atenciones prenatales a lo largo de su embarazo. Este número mínimo de consultas es clave para garantizar un adecuado monitoreo de la salud tanto de la madre como del bebé durante la gestación (41).

La evaluación de la calidad de atención prenatal se realizó teniendo en cuenta las cuatro dimensiones básicas (precocidad, periodicidad, completitud y cobertura) consideradas en el Esquema Básico de la Atención Prenatal Reenfocada, según la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Materna (41). Se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos desarrollada y validada por Rodríguez G (16), la cual mostró un coeficiente de Kuder-Richardson (KR-20) de 0.798 para la evaluación de la variable calidad de atención prenatal.

La OMS ha definido la morbilidad materna como toda condición de salud atribuida al embarazo y al parto o que la complica y que tiene un impacto negativo en el bienestar o el funcionamiento de la mujer. Se desconoce el verdadero alcance de la morbilidad materna, pero se ha sugerido que, por cada muerte materna, 20 o 30 mujeres padecen morbilidad materna (54).

Para evaluar la morbilidad materna, se empleó el instrumento de Corcuera G (66) un coeficiente de confiabilidad de 0.70 para la evaluación de la variable morbilidad materna y con un valor de V de Aiken de 0.771, lo que indica una aceptable validez.

4. Procesamiento y análisis de datos

Los datos recopilados se digitaron en el programa Microsoft Excel 2016, donde se realizó un control de calidad para asegurar que todas las historias clínicas incluidas en el estudio cumplan con los criterios de elegibilidad. Posteriormente, los datos se exportaron al programa SPSS versión 27, donde se llevó a cabo el análisis estadístico en dos fases. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de ambas variables y sus dimensiones, mostrando los resultados en tablas y gráficos con frecuencias y porcentajes, debido a que ambas variables son categóricas. Posteriormente, se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrado para evaluar la asociación entre la calidad de la atención prenatal, así como sus dimensiones, y la morbilidad materna. Los datos se presentaron en tablas que incluyeron el valor obtenido en la prueba de correlación y el valor p, considerando como relaciones estadísticamente significativas aquellos resultados que obtuvieron un valor p menor a 0.05.

5. Aspectos éticos

El proyecto de este estudio se presentó al comité de ética de la USMP para su evaluación. Al ser un estudio que no requirió la participación de las gestantes, sino que se abocó a la recolección de datos de historias clínicas, no fue necesario obtener un consentimiento informado; además, se respetó la privacidad de las pacientes, solo se recopilaron datos que permitieron evaluar las variables de interés del estudio, no se registró información que permitiera identificar a la paciente, y los datos se utilizaron únicamente para los objetivos establecidos en este estudio.

IV. RESULTADOS

1. Resultados descriptivos

Tabla 1. Inadecuada calidad de la atención prenatal en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022

Inadecuada calidad de la atención prenatal	n	(%)
Inadecuada	40	(29.9)
Adecuada	94	(70.1)
Total	134	(100.0)

De acuerdo con la tabla 1, se observa que el 29.9 % de la muestra presentó una inadecuada calidad de la atención prenatal. Esto se determinó en base a las dimensiones de inadecuada precocidad, inadecuada periodicidad, inadecuada completitud de actividades programadas e inadecuada cobertura (menos de 6 APN).

Tabla 2. Dimensión de inadecuada precocidad de la calidad de la atención prenatal en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022

Inadecuada precocidad	n	(%)
No	104	(77.6)
Sí	30	(22.4)
Total	134	(100.0)

Según la tabla 2, se establece que el 22.4 % de las gestantes presentó una inadecuada precocidad en su atención, es decir, empezaron su primer control prenatal posterior de las 14 semanas de gestación.

Tabla 3. Dimensión de inadecuada periodicidad de la calidad de la atención prenatal en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022

Inadecuada periodicidad	n	(%)
No	94	(70.1)
Sí	40	(29.9)
Total	134	(100.0)

Conforme a la tabla 3, se encontró que el 29.9 % de las gestantes presentaron una inadecuada periodicidad en su atención, lo que indica que no asistían concurrentemente a las atenciones programadas.

Tabla 4. Dimensión de inadecuada completitud de actividades programadas de la calidad de la atención prenatal en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022

Inadecuada completitud de actividades programadas	n	(%)
No	34	(25.4)
Sí	100	(74.6)
Total	134	(100.0)

Respecto a la tabla 4, se determina que el 74.6 % presentó una inadecuada completitud de la totalidad de actividades programadas conforme al Esquema Básico de la Atención Prenatal Reenfocada.

Tabla 5. Dimensión de inadecuada cobertura (menos de seis APN) de la calidad de la atención prenatal en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022

Inadecuada cobertura (<6 APN)	n	(%)
No	94	(70.1)
Sí	40	(29.9)
Total	134	(100.0)

De acuerdo con la tabla 5, se halló que el 29.9 % de las madres presentaron menos de seis atenciones prenatales, lo que indica que no cumplieron con la cobertura de atenciones mínimas requeridas.

Tabla 6. Morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022

Morbilidad materna	n	(%)
Sin morbilidad	67	(50.0)
Con morbilidad	67	(50.0)
Total	134	(100.0)

Según la tabla 6, se halló que el 50 % de las gestantes no presentaron morbilidad materna. Así mismo, un 50 % si presentó morbilidad materna durante el periodo de embarazo, parto y puerperio.

Tabla 7. Morbilidad en el embarazo en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022

Complicaciones en el embarazo	n	(%)
Anemia		
No presentó	116	(86.6)
Si presentó	18	(13.4)
Infecciones de las vías urinarias en el embarazo		
No presentó	109	(81.3)
Si presentó	25	(18.7)
Enfermedades hipertensivas		
No presentó	129	(96.3)
Si presentó	5	(3.7)
Placenta previa		
No presentó	131	(97.8)
Si presentó	3	(2.2)
Desprendimiento prematuro de la placenta		
No presentó	134	(100.0)
Si presentó	0	(0.0)
Desnutrición en el embarazo		
No presentó	131	(97.8)
Si presentó	3	(2.2)
Obesidad en el embarazo		
No presentó	129	(96.3)
Si presentó	5	(3.7)
Polihidramnios		

No presentó	134	(100.0)
Si presentó	0	(0.0)
Oligohidramnios		
No presentó	134	(100.0)
Si presentó	0	(0.0)
Ruptura de membranas		
No presentó	134	(100.0)
Si presentó	0	(0.0)
Embarazo prolongado		
No presentó	134	(100.0)
Si presentó	0	(0.0)
Otros (aborto / embarazo ectópico)		
No presentó	125	(93.3)
Si presentó	9	(6.7)
Morbilidad en el embarazo		
Sin morbilidad	70	(52.2)
Con morbilidad	64	(47.8)
Total	134	(100.0)

Conforme a la tabla 7, se encontró que el 52.2 % de las madres no presentaron morbilidad en el periodo de embarazo. Se debe tener en cuenta que para valorar esta dimensión se consideraron las complicaciones en el embarazo. Respecto a ello, dentro las complicaciones encontradas, se halló que la prevalencia de anemia fue de un 13.4 %, mientras que la infección de vías urinarias fue de un 18.7 %, las enfermedades hipertensivas se presentaron en un 3.7 %, la placenta previa se presentó en un 2.2 %, la desnutrición en el embarazo se presentó en un 2.2 %, la obesidad en el embarazo se presentó en un 3.7 %, otro tipo de complicaciones se presentaron en un 6.7 %. No se encontraron casos de desprendimiento prematura de la placenta, de polihidramnios, oligohidramnios, de ruptura de membranas o de embarazo prolongado.

Tabla 8. Morbilidad intraparto en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022

Complicaciones en el parto	n	(%)
Parto precipitado		
No presentó	134	(100.0)
Si presentó	0	(0.0)
Trabajo de parto prolongado		
No presentó	131	(97.8)
Si presentó	3	(2.2)
Hemorragia intraparto		
No presentó	134	(100.0)
Si presentó	0	(0.0)
Otro		
No presentó	134	(100.0)
Si presentó	0	(0.0)
Morbilidad intraparto		
Sin morbilidad	131	(97.8)
Con morbilidad	3	(2.2)
Total	134	(100.0)

En la tabla 8, se demuestra que el 97.8 % de las madres no presentaron morbilidad intraparto. De acuerdo con las complicaciones encontradas, se encontró una prevalencia de 2.2 % para el trabajo de parto prolongado. No se hallaron casos con parto precipitado, hemorragia intraparto u otras complicaciones.

Tabla 9. Morbilidad en el puerperio en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022

Complicaciones en el puerperio	n	(%)
Anemia		
No presentó	126	(94.0)
Sí presentó	8	(6.0)
Infecciones de las vías urinarias en el puerperio		
No presentó	133	(99.3)
Sí presentó	1	(0.7)
Enfermedades hipertensivas		
No presentó	132	(98.5)
Sí presentó	2	(1.5)

Desgarro perineal		
No presentó	134	(100.0)
Sí presentó	0	(0.0)
Inversión uterina		
No presentó	134	(100.0)
Sí presentó	0	(0.0)
Hematoma obstétrico		
No presentó	134	(100.0)
Sí presentó	0	(0.0)
Hemorragia postparto		
No presentó	128	(95.5)
Sí presentó	6	(4.5)
Retención de placenta		
No presentó	133	(99.3)
Sí presentó	1	(0.7)
Retención de membranas		
No presentó	132	(98.5)
Sí presentó	2	(1.5)
Infección puerperal		
No presentó	134	(100.0)
Sí presentó	0	(0.0)
Otros		
No presentó	132	(98.5)
Sí presentó	2	(1.5)
Morbilidad en el puerperio		
Sin morbilidad	118	(88.1)
Con morbilidad	16	(11.9)
Total	134	(100.0)

Respecto a la tabla 9, se halló que el 88.1 % de las madres no presentaron morbilidad en el periodo de puerperio. De acuerdo con las complicaciones en el puerperio, se presentaron casos con anemia en un 6 %, se encontró un 0.7 % de casos con infecciones de las vías urinarias en el puerperio, según las enfermedades hipertensivas se presentó en un 1.5 %, la hemorragia postparto se encontró en un 4.5 %, la retención de placenta se encontró en un 0.7 %, la retención de membranas se halló en un 1.5 % y otras complicaciones se hallaron en un 1.5 %. No se encontraron casos de desgarro perineal, inversión uterina, hematoma obstétrico o infección puerperal.

2. Resultados inferenciales

Contrastes de hipótesis

Hipótesis general

Ha: Existe relación entre la inadecuada calidad de atención prenatal y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022

H0: No existe relación entre la inadecuada calidad de la atención prenatal y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022

Tabla 10. Relación entre la inadecuada calidad de la atención prenatal y la morbilidad materna. Centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022

		Morbilidad materna		Total	P (X ²)
		Con	Sin		
Inadecuada calidad de la atención prenatal	Adecuada	43 (47.0 %)	51 (54.3%)	94 (100%)	p=0.131
	Inadecuada	24 (60.0%)	16(40.0%)	40 (100%)	
Total		67	67	134	

Según la tabla 10, se determina que de acuerdo con el valor obtenido de $p=0.131$ se establece que no existe relación entre la inadecuada calidad de la atención prenatal y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022, dado que se obtiene un valor mayor del nivel de significancia de 0.05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula no existe relación entre la inadecuada calidad de la atención prenatal y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022, y se rechaza la hipótesis del investigador.

Hipótesis específica 1

Ha1: Existe relación entre la dimensión inadecuada precocidad y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022

H01: No existe relación entre la dimensión inadecuada precocidad y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022

Tabla 11. Relación entre la dimensión inadecuada precocidad y la morbilidad materna. Centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022

		Morbilidad materna		Total	P (X ²)
		Con	Sin		
Inadecuada	Sí	16 (53.3 %)	14 (46.7.%)	30 (100%)	p=0. 679
precocidad	No	51 (49.0%)	53 (51.0%)	104 (100%)	
Total		67	67	134	

Respecto a la tabla 11, se determina que de acuerdo con el valor obtenido de $p=0.679$ se establece que no existe relación entre la inadecuada precocidad y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022, dado que se obtiene un valor mayor del nivel de significancia de 0.05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula de que no existe relación entre la dimensión inadecuada precocidad y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022, y se rechaza la hipótesis del investigador.

Hipótesis específica 2

Ha2: Existe relación entre la dimensión inadecuada periodicidad y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022

H02: No existe relación entre la dimensión inadecuada periodicidad y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022

Tabla 12. Relación entre la dimensión inadecuada periodicidad y la morbilidad materna. Centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022

		Morbilidad materna		Total	P (X ²)
		Con	Sin		
Inadecuada	Sí	24 (60.0 %)	16 (40.0%)	40 (100%)	p=0.131
periodicidad	No	43 (45.7%)	51 (54.3%)	94 (100%)	
Total		67	67	134	

Según la tabla 12, se determina que de acuerdo con el valor obtenido de $p=0.131$. Por lo tanto, se establece que no existe relación entre la dimensión de inadecuada periodicidad de la calidad de la atención prenatal y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022, dado que se obtiene un valor mayor del nivel de significancia de 0.05. Entonces, se acepta la hipótesis nula de que no existe relación entre la dimensión inadecuada periodicidad y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022 y se rechaza la hipótesis del investigador.

Hipótesis 3

Ha3: Existe relación entre la dimensión inadecuada completitud y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022

H03: No existe relación entre la dimensión inadecuada completitud y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022

Tabla 13. Relación entre la dimensión inadecuada completitud y la morbilidad materna. Centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022

		Morbilidad materna		Total	P (X ²)
		Con	Sin		
Inadecuada	Sí	64 (64.0 %)	36 (36.0%)	100 (100%)	p=0.000
completitud	No	3 (8.8%)	31 (91.2%)	94 (100%)	
Total		67	67	134	

Según la tabla 13, se determina que de acuerdo con el valor obtenido de $p=0.000$ se establece que existe relación entre la dimensión de inadecuada completitud de actividades programadas de la calidad de la atención prenatal y la morbilidad

materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022, dado que se obtiene un valor menor del nivel de significancia de 0.05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis del investigador de que existe relación entre la dimensión inadecuada completitud y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022.

Hipótesis 4

Ha4: Existe relación entre la dimensión inadecuada cobertura y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022

H04: No existe relación entre la dimensión inadecuada cobertura y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022

Tabla 14. Relación entre la dimensión inadecuada cobertura y la morbilidad materna. Centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022

		Morbilidad materna		Total	P (X ²)
		Con	Sin		
Inadecuada cobertura	Sí	24 (60.0 %)	16 (40.0%)	40 (100%)	p=0.131
	No	43 (47.5%)	51 (54.3%)	94 (100%)	
Total		67	67	134	

Según la tabla 14, se determina que de acuerdo con el valor obtenido de $p=0.131$. Entonces, se establece que no existe relación entre la dimensión de inadecuada cobertura y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022, dado que se obtiene un valor mayor del nivel de significancia de 0.05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula de que no existe relación entre la dimensión inadecuada cobertura y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022, y se rechaza la hipótesis del investigador.

V. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo establecer la relación entre la calidad de la atención prenatal (APN) y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, durante el periodo 2020-2022. De acuerdo con los resultados descriptivos, se resalta que las participantes reportaron que el 29.9 % presentaron una inadecuada calidad de atención. Por ende, aproximadamente el 70 % de las participantes presentaron una adecuada atención. Estos hallazgos son congruentes con lo expuesto en investigaciones, en su mayoría del contexto nacional, las cuales mostraron que una proporción alta de participantes reportaban estar satisfechas o un servicio de calidad buena de APN (19, 21, 26, 28). Sin embargo, esta serie de resultados contrasta con otras investigaciones que dieron a conocer resultados mayoritarios de participantes que reportaban mala o deficiente calidad del servicio de APN (14, 18, 20, 22, 25, 31). Esta variabilidad de resultados encontrados puede deberse a la realidad contextual y características de la población de estudio, por lo que, son variables para considerar para el control estadístico de los resultados. Si bien existe una tendencia general hacia la adecuada calidad de la APN, la magnitud de esta percepción puede variar considerablemente, lo que subraya la necesidad de seguir mejorando y estandarizando la calidad de la atención prenatal a nivel global.

En cuanto a la inadecuada precocidad, se encontró que el 22.4 % presentó una inadecuada precocidad, lo que indica que empezaron su primer control prenatal posterior a las 14 semanas de gestación, por consiguiente, el 77.6 % percibió una adecuada precocidad. Este resultado es notablemente superior en comparación con los hallazgos de otros autores. En el caso de Santos M et al. (23) reportaron que el 67.7 % de las gestantes comenzó el control prenatal en el primer trimestre. Por su parte, Silva G y Campos I (22) observaron que la mayoría de las entrevistadas, cerca del 57 %, iniciaron el control después de la semana 12, sugiriendo una tendencia hacia una menor precocidad en el inicio del control prenatal. Más aún, Kassaw A et al. (26) identificaron que un significativo 28.6 % de las participantes no comenzaron sus visitas prenatales hasta el tercer trimestre. Nuevamente, la variabilidad de los resultados corresponde a

características propias del contexto y las características de las personas. Por ejemplo, en el último estudio, se hizo referencia a que la ausencia era propia de las personas que vivían alejadas del centro de salud, en zonas rurales, mientras que el segundo estudio mencionó que fueron las condiciones materiales del servicio de atención, los procedimientos y las pruebas de laboratorio e imagen.

Además, se halló que el 29.9 % de las gestantes presentó una inadecuada periodicidad en su atención prenatal, lo que indica que no asistían concurrentemente a las atenciones programadas, y el 70.1 % si asistían a estos controles. Estos resultados difieren de lo reportado por Silva G y Campos I (22), quienes observaron que el 56.7 % de las gestantes en su estudio tuvieron menos de seis consultas prenatales. Los autores atribuyeron esta baja adherencia a factores como la distancia al centro de salud, los costos de transporte y el miedo a la pandemia. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar las barreras contextuales que pueden afectar la periodicidad de la atención prenatal. En contraste, Salas P (20) reportó que el 74.3 % de las gestantes en su estudio tuvieron más de seis atenciones prenatales, lo cual es considerablemente mejor que lo encontrado en nuestro estudio. Esta diferencia podría deberse a variaciones en las características de la población o en las estrategias de seguimiento implementadas en los diferentes centros de salud.

Prosiguiendo, se reveló gran porcentaje de las gestantes (74.6 %) presentó una inadecuada completitud de la totalidad de actividades programadas según el Esquema Básico de la Atención Prenatal Reenfocada. Al respecto, Cuadrado N e Ibarra K (15) encontraron en Huancavelica que el 45.3 % de las gestantes tuvieron menos de seis atenciones prenatales, el resto completó todas las atenciones programadas. Santos M et al. (23) y Salas P (17) reportaron un porcentaje similar de usuarias que llevaron el control prenatal con 6 o más consultas. Por su lado, Chahuayo M et al. (24) hallaron que el 59.6% de las gestantes recibieron al menos 6 atenciones prenatales, una proporción menor en comparación con el presente estudio. Por último, Silva G y Campos I (22) tuvieron un 56.7 % con menos de seis consultas, atribuyendo esta baja asistencia a razones como la larga distancia del domicilio, el costo financiero del desplazamiento y el temor a la pandemia.

Por otro lado, el presente estudio reveló que la mitad de las madres no experimentaron morbilidad materna durante el embarazo, parto y puerperio, con porcentajes específicos del 52.2 %, 58.2 % y 61.9 % respectivamente. En relación con ello, Herrera K et al. (30) señalaron que la mayoría de la morbilidad ocurrió en etapas gestacionales previas al término, alcanzando un 71. Por su parte, Rodríguez G (14) encontró que el 20.6 % de las mujeres embarazadas experimentaron Morbilidad materna (MM). Mientras que, Beyene T et al. (13) identificaron que la eclampsia y la hemorragia posparto fueron las causas más comunes de resultados maternos graves, con un 37 % y un 33.3 % respectivamente, proporcionando un enfoque específico sobre las principales complicaciones. Asimismo, Chahuayo M et al. (24) informaron que la preeclampsia severa fue el caso más frecuente, representando un 48.9 % de los casos, el 13.8 % presentó shock hipovolémico, el 12.8 % síndrome de Hellp, y 11.7 % eclampsia. Por último, Urcía M (31) observó que diversas condiciones como amenaza de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, infección del tracto urinario y enfermedad hipertensiva contribuyeron a la morbilidad materna, proporcionando una perspectiva más detallada sobre las múltiples facetas de la morbilidad en comparación con el enfoque general del presente estudio.

Con respecto al análisis inferencial y la prueba de hipótesis general, se determinó que no existe una asociación significativa entre la inadecuada calidad de la atención prenatal (APN) y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya ($p=0.131$), sugiriendo el nivel de calidad no está relacionado con la morbilidad. El resultado obtenido difiere de otros resultados de investigaciones previas que sí identificaron relaciones significativas entre la inadecuada calidad de la APN y la morbilidad materna. Por ejemplo, Young J et al. (18) encontraron que el riesgo de morbilidad materna fue 1.8 veces mayor entre las madres adolescentes que recibieron atención prenatal inadecuada, reforzando la idea de que la calidad de la APN puede influir directamente en los resultados de salud materna. Bellota R y Mayhua K (29) reportaron una asociación significativa entre la APN y la morbilidad materna en estudios realizados en dos hospitales distintos, con odds ratios (OR) que evidencian un riesgo considerablemente más alto de morbilidad materna asociado con la calidad de la APN. Corcuera G (32) también

identificó una conexión estadísticamente importante entre la APN reenfocada y la aparición de complicaciones en cualquier momento del embarazo o posparto, con un valor de $p < 0.001$.

De la misma manera, se determinó que no existía asociación significativa entre la inadecuada precocidad y la morbilidad materna de las gestantes del centro de salud ($p = 0.679$). Estos resultados difieren de lo encontrado por Young J et al. (18) donde mostró que aquellas gestantes que recibieron APN intermedia tuvieron 1.6 veces mayor probabilidad de sufrir de morbilidad materna. De la misma manera, Kassaw A et al. (26) muestran que sí hubo relación entre aquellas que inician temprano su APN con la calidad. Nuevamente se recalca que la variabilidad de resultados puede deberse a factores contextuales de los participantes, por ejemplo, en algunos estudios se reportó que, pese a que iniciaron precozmente la APN, esta no se mantuvo debido a la lejanía del centro de salud e incomodidades con el servicio, lo que influye en su decisión de continuarlo y mostrando riesgo de presentar o no presentar algún inconveniente o morbilidad (22, 24).

Asimismo, se halló que no existe una asociación significativa entre la inadecuada periodicidad de la calidad de la atención prenatal y la morbilidad materna en gestantes ($p = 0.131$). Al respecto, Santos M et al. (23) observaron que, aunque más de la mitad de las madres iniciaron el control prenatal en el primer trimestre, existió un porcentaje similar de embarazos clasificados como de alto riesgo. Este resultado podría indicar la existencia y relevancia de otros factores, además de la inadecuada periodicidad de la atención prenatal, que juegan un papel crucial en determinar o predecir los riesgos asociados al embarazo y la salud materna.

Prosiguiendo con el siguiente componente, se halló asociación significativa entre la inadecuada completitud de las actividades programadas y la morbilidad materna en gestantes, mostrando así, la importancia de asegurar que todas las actividades previstas en el cuidado prenatal se lleven a cabo para disminuir el riesgo de morbilidad materna. Este hallazgo es coherente con la investigación de Palomino J (16), quien determinó que el 76 % de las pacientes que recibieron una atención prenatal (APN) suficiente no presentaron complicaciones, destacando

además que las mujeres con atención prenatal insuficiente tenían dos veces más riesgo de desarrollar infecciones urinarias.

Con respecto al último objetivo específico, se determinó que no hubo asociación significativa entre la inadecuada cobertura de la calidad de la atención prenatal y la morbilidad materna ($p = 0.131$). Este hallazgo indica que una mayor cobertura en la atención prenatal no muestra relación con la morbilidad materna. Este resultado difiere de los hallazgos de Herrera K et al. (30), quienes concluyeron que la falta de adherencia a los controles prenatales está vinculada a la aparición de problemas de salud significativos en la madre, como la preeclampsia y otras complicaciones orgánicas. De manera similar, Bellota R y Mayhua K (29) observaron que una menor cantidad de atenciones prenatales (menos de 6 APN) se asociaron con un incremento en la morbilidad materna, con un 57.7% de las gestantes en Chimbote y un 73.1% en Huaraz presentando alguna forma de morbilidad. Sin embargo, al verificar con más escrutinio la tabla cruzada, el hecho de que haya cantidades similares de personas que padecieron morbilidad hayan o no cumplido su cobertura, también podría ser debido al desarrollo de la propia sesión, variables relacionadas al profesional e incluso si la información fue entendida por la usuaria, por lo que, se resalta la posible influencia de prácticas clínicas.

Este estudio presenta varias fortalezas significativas que contribuyen a su validez y relevancia en el campo de la salud materna. En primer lugar, se destaca el uso de instrumentos validados para evaluar tanto la calidad de la atención prenatal como la morbilidad materna. Específicamente, se empleó una ficha de recolección de datos desarrollada y validada por Rodríguez para evaluar la calidad de atención prenatal, y el instrumento de Corcuera para evaluar la morbilidad materna. Esto proporciona una base sólida y confiable para la recopilación y análisis de los datos. Otra fortaleza importante es el enfoque multidimensional en el análisis de la calidad de la atención prenatal. Este enfoque detallado permite identificar áreas específicas de mejora en la atención prenatal, lo cual es crucial para el desarrollo de intervenciones efectivas. Además, el estudio abarcó un período de tres años (2020-2022), lo que ofrece una perspectiva más amplia y robusta sobre las tendencias en la calidad de atención prenatal y morbilidad

materna. Esta extensión temporal permite una mejor comprensión de los patrones y cambios a lo largo del tiempo, aumentando la validez de los hallazgos. Por último, cabe destacar que el estudio se centró en un centro de salud específico (Yanahuaya) en una región rural del Perú (Puno). Esta característica es particularmente valiosa, ya que proporciona información crucial sobre la atención prenatal en áreas que a menudo están subrepresentadas en la investigación médica. Los datos obtenidos de este contexto específico pueden ser de gran utilidad para mejorar los servicios de salud materna en regiones similares.

Dentro de las limitaciones del estudio se debe considerar que según el instrumento de Corcuera indica tipos de morbilidad que probablemente ya existían desde el inicio del embarazo o antes, por lo que puede influir en su asociación con la calidad de atención de la APN, e impactar en el resultado obtenido (no se halló asociación entre la calidad de la APN y la morbilidad materna). Además, se debe considerar que el tamaño de muestra fue menor de 200, lo que impacta en los resultados obtenidos, ya que toda prueba inferencial es sensible al tamaño de muestra. Otra limitante es respecto a las historias clínicas de las gestantes dado que existieron historias no completas lo que evitó poder utilizar una mayor cantidad de muestra que hubiera sido más significativo para la realización del trabajo. Otra limitante fue el tipo de estudio, que al ser retrospectivo se basó en información previamente registrada, por lo que puede existir una variabilidad del registro de los distintos profesionales que completaron las historias clínicas. Además, el muestreo empleado fue no probabilístico lo que implica la posibilidad de sesgo en la obtención de los resultados.

En conclusión, se encontró una asociación significativa entre la completitud de actividades programadas durante la APN y la morbilidad materna. Esto sugiere que asegurar que se realicen todas las actividades planificadas en los controles prenatales podría tener un impacto positivo en la reducción de la morbilidad materna.

Se recomienda reforzar la importancia de completar todas las actividades programadas durante la APN, capacitando al personal de salud y educando a las gestantes sobre su relevancia. Asimismo, se sugiere implementar estrategias para

mejorar la adherencia a las actividades programadas y realizar estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos.

VI. CONCLUSIONES

Se estableció una asociación significativa entre la dimensión inadecuada completitud de actividades programadas y la morbilidad materna en gestantes del centro de salud Yanahuaya, región Puno, 2020-2022.

VII. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere implementar un sistema de seguimiento y recordatorios para asegurar que las gestantes completen todas las actividades programadas durante la atención prenatal. Esto podría incluir el uso de mensajes de texto, llamadas telefónicas o visitas domiciliarias.
2. Se recomienda capacitar al personal de salud sobre la importancia de completar todas las actividades programadas y cómo comunicar efectivamente esta importancia a las gestantes.
3. Se recomienda implementar un sistema de incentivos para las gestantes que completen todas las actividades programadas, como prioridad en las citas o kits de cuidado prenatal.
4. Se sugiere establecer un protocolo de seguimiento para las gestantes que no completan las actividades programadas, incluyendo visitas domiciliarias o consultas telefónicas para abordar las razones del incumplimiento.
5. Se recomienda fomentar la participación de la familia o la pareja en las atenciones prenatales para aumentar el apoyo y la adherencia a las actividades programadas.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Guevara R, Rivera A, Torres R, Barrera R, Mayorga R. Embarazo saludable. Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud [Internet]. 2019;8(15):1–19. Available from: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/issue/view/263>
2. Bendezú G, Quispe G. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en un hospital del seguro social del Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2018;60(4):1–19. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400004
3. Geller S, Kock A, Garland C, MacDonald J, Lawton B. A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality. Reproductive Health volume [Internet]. 2018;18(98):1–19. Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0527-2#ref-CR1>
4. Saluja B, Bryant Z. How Implicit Bias Contributes to Racial Disparities in Maternal Morbidity and Mortality in the United States. J Womens Health [Internet]. 2021;2(1):1–19. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/jwh.2020.8874>
5. Organización Mundial de la Salud. OMS. 2016. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1064196/retrieve>
6. Tunçalp Ö., Pena-Rosas J, Lawrie T, Bucagu M, Oladapo O, Portela A. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience—going beyond survival. An International Journal of Obstetrics & Gynaecology [Internet]. 2017;124(6):860–2. Available from: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14599>.

7. Organización Panamericana de la Salud. OPS. 2023. Fact Sheet: Access to Antenatal and Delivery Care. Available from: <https://www.paho.org/en/documents/fact-sheet-access-antenatal-and-delivery-care>
8. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). OECD. 2020. The World Bank. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. Available from: <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>.
9. Gobierno de México. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave [Internet]. Secretaría de México; 2023. Available from: https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/19_Manual_VE_SIVEMorbilidadMaternaSevera.pdf
10. Borré Y, Sánchez D, Márquez Y, Lobo L, Rodríguez V. Evaluación de la atención de enfermería por gestantes que asisten a un programa de control prenatal de malambo-atlántico (Colombia). Horiz Enferm [Internet]. 2019;30(1):1–19. Available from: <http://www.publicaciones.horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/11874>
11. Centro Nacional de Epidemiología P y C de EnfermedadesBE del P 2020. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2020 [Internet]. 2020. Available from: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202053.pdf
12. Yace J, Bravo A, Mucha O. Caracterización de la morbilidad materna extrema en mujeres atendidas en el hospital de emergencias villa el salvador, durante el año 2019. Revista Internacional de Salud Materno Feta [Internet]. 2020;5(4):21–30. Available from: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/198/217>

13. DIRESA PUNO. DIRESA Puno exhorta a las madres gestantes que asistan a sus controles para evitar muertes maternas [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 30]. Available from: <https://www.diresapuno.gob.pe/diresa-puno-exhorta-a-las-madres-gestantes-que-asistan-a-sus-controles-para-evitar-muertes-maternas/>
14. DIRESA PUNO. DIRESA Puno: para asegurar el parto institucional, control a madres gestantes se viene desarrollando de manera positiva [Internet]. 2019 [cited 2024 Jul 30]. Available from: <https://www.diresapuno.gob.pe/diresa-puno-para-asegurar-el-parto-institucional-control-a-madres-gestantes-se-viene-desarrollando-de-manera-positiva/>
15. Beyene T, Chojenta C, Smith R, Loxton D. Severe Maternal Outcomes and Quality of Maternal Health Care in South Ethiopia</p>. Int J Womens Health [Internet]. 2022 Feb 3 [cited 2023 Sep 5];14:119–30. Available from: <https://www.dovepress.com/severe-maternal-outcomes-and-quality-of-maternal-health-care-in-south--peer-reviewed-fulltext-article-IJWH>
16. Rodríguez G. Calidad de las atenciones prenatales y su relación con la morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2019 [Internet] [Tesis de magister, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Tesis de magister, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2022. Available from: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/17695/Rodriguez_pg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Cuadrado N, Ibarra K. Calidad de atención prenatal desde la perspectiva de las gestantes atendidas en el puesto de salud ramiro Prialé- Huánuco 2022 [Internet] [Tesis de segunda especialización, Universidad Nacional de Huancavelica]. Tesis de segunda especialización, Universidad Nacional de Huancavelica; 2022. Available from: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/0aaff0ba-bde0-448e-b93a-a7e0c1068eaf/content>

18. Palomino J. Complicaciones materno-perinatales asociadas a la atención prenatal insuficiente en gestante. Hospital Cayetnao Heredia Piura 2019 [Internet] [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo; 2021. Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/75208/Palomin_o_RJMA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Young J, Seyeon S, Park E. The Association Between Adequate Prenatal Care and Severe Maternal Morbidity Among Teenage Pregnancies: A Population-Based Cohort Study. *Front Public Health* [Internet]. 2022;31(1):1–19. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35712308/#:~:text=The risk of severe maternal morbidity was 1.8-fold higher,compared to those with adequate>
20. Salas P. Atención prenatal reenfocada y morbilidad materno neonatal en gestantes del puesto de salud manzanayocc, Huancavelica - 2017 al 2019 [Internet] [Tesis de especialista, Universidad Nacional de Huanavelica]. Tesis de especialista, Universidad Nacional de Huanavelica; 2021. Available from: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/26c75279-107e-48eb-b756-d75a527479de/content>
21. Cueva I, Guivin B, Soto V. Calidad de atención de control prenatal en un establecimiento de salud del distrito de Lambayeque, Perú, 2019-2020. *Rev Exp Med* [Internet]. 2021;7(2):1–9. Available from: <http://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/531/305>
22. Silva G, Campos I. Pré-natal e morbidade materna em populações dos campos, das florestas e das águas em Altamira-pa [Internet] [Tesis de licenciatura, Universidade Federal do Pará]. Tesis de licenciatura, Universidade Federal do Pará; 2021. Available from: https://bdm.ufpa.br:8443/bitstream/prefix/5213/1/TCC_PrenatalMorbidadeMaterna.pdf

23. Santos M, Pimenta L, Cifuentes J, Oliveira L, Spessoto F, Arruda A. Morbilidad materna grave em hospitais públicos de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2020;36(7):1–19. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/yfkS3yCQ9Z3wFmDzLcWGsDy/>
24. Chahuayo M, Vilca E, Jaurapoma E. Morbilidad materna extrema en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Huancavelica. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal* [Internet]. 2020;5(2):18–23. Available from: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/176/204>
25. Muleva B. Qualidade da assistência pré-natal em Nampula, Moçambique [Internet] [Tesis de licenciatura, Universidad de Sao Paulo]. Tesis de licenciatura, Universidad de Sao Paulo; 2020. Available from: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7143/tde-25022021-132650/en.php>
26. Kassaw A, Debie A, Mulatu D. Quality of Prenatal Care and Associated Factors among Pregnant Women at Public Health Facilities of Wogera District, Northwest Ethiopia. *J Pregnancy* [Internet]. 2020 [cited 2022 Oct 14];2020. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32411469/>
27. Gonzales O, Llanos C, Espinola M, Guevara R. Morbilidad materna extrema en mujeres peruanas atendidas en una institución especializada. 2012-2016. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo* [Internet]. 2020;13(1):1–12. Available from: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/594>
28. Paredes A. Calidad de atención prenatal en gestantes atendidas en el Hospital General Nuestra Señora del Rosario Cajabamba 2019 [Internet] [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Cajamarca]. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Cajamarca; 2019. Available from: <http://190.116.36.86/handle/20.500.14074/3481>

29. Hoyos L, Rodríguez L. Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquia, Colombia. *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2019;21(1):1–19. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2019.v21n1/17-21/es/>
30. Larrea H. Percepción sobre calidad de atención prenatal que tienen las gestantes que acuden al centro de salud El Bosque, Octubre - Diciembre 2018 [Internet] [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo]. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2019. Available from: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/3974>
31. Bellota R, Mayhua K. Relación entre atención prenatal inadecuada y morbilidad neonatal en costa y sierra, Áncash 2018 [Internet] [Tesis de titulación, Universidad San Pedro]. Tesis de titulación, Universidad San Pedro; 2019. Available from: http://publicaciones.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/9120/Tesis_60576.pdf?sequence=1&isAllowed=y
32. Herrera K, Obando X, Bedoya J. Morbilidad materna por no adherencia a controles prenatales en Palmira–Valle. *Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica* [Internet]. 2019;38(4):401–5. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/559/55964256023/html/>
33. Urcía M. Calidad de la atención prenatal y su relación con la morbilidad materna en el Hospital Virú. Abril- junio, 2018. [Internet] [Tesis de especialidad, Universidad César Vallejo]. Tesis de especialidad, Universidad César Vallejo; 2018. Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29229/urcia_rm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. Concuera J. Atención prenatal reenfocada y su relación con la morbilidad materna durante el embarazo, parto y puerperio. Julio 2013 a Julio 2017. Centro de Salud El Bosque. [Internet] [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo; 2018.

- Available from:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/17734/corcuer_a_mj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
35. Geromel L, Mendoca N, Villela M. Atención prenatal: dificultades vivenciadas por las enfermeras. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2016;14(5):1–19. Available from:
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/LVWBRkVqgmXtbPbM9Jxzjt/abstract/?lang=es>
36. Hernández A, Vásquez M. El cuidado de enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal. *Univ Salud* [Internet]. 2017;17(1):1–18. Available from:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072015000100008
37. De Souza C, Almeida J, Patrícia L, Vitola C. Frequência e fatores associados à não realização da consulta puerperal em um estudo de coorte. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2022 Oct 14];19(1):63–70. Available from:
<http://www.scielo.br/j/rbsmi/a/7H57NvDHHzYD8xVRBhQqBnD/abstract/?lang=pt>
38. Alle A, Mekonnen A, Temesgen B, Molla M, Tesfaye B. DELAY on first antenatal care visit and its associated factors among pregnant women in public health facilities of Debre Markos town, North West Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018 May 16 [cited 2022 Oct 14];18(1):1–8. Available from:
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1748-7>
39. Otárola R. Factores culturales, personales, institucionales y médicos asociados al abandono al control prenatal en centros y puestos de salud - San Juan de Lurigancho - 2012 [Internet] [Tesis de maestría, Universidad

- Nacional Mayor de San Marcos]. 2017. Available from: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5896/Otaro_la_tr.pdf?sequence=3&isAllowed=y
40. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N° 265-2020-MINSA [Internet]. Lima; 2020 May [cited 2023 Sep 5]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/564878-265-2020-minsa>
 41. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud: Atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio [Internet]. Lima; 2019 [cited 2023 Sep 5]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5013.pdf>
 42. Arsenault C, Jordan K, Lee D, Dinsa G, Manzi F, Marchant T. Equity in antenatal care quality: an analysis of 91 national household surveys. *The Lancet* [Internet]. 2018;6(11):1–18. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X18303899>
 43. Cáceres-Manrique FM. El control prenatal: una reflexión urgente. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2009 [cited 2024 Jul 16];60(2):165–70. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000200007
 44. Ipia-Ordóñez NV, Ortega-Vallejo DF, Acosta-Mora PA, López-Lasso WA, Martínez-Rodríguez JE, Corrales-Zúñiga NC, et al. Impacto de las condiciones sociodemográficas sobre el control prenatal en Latinoamérica. *Rev Fac Med (Bogotá)* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2024 Jul 16];67(3):331–5. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112019000300331

45. Sword W, Heaman M, Brooks S, Tough S, Janssen P, Young D, et al. Women's and care providers' perspectives of quality prenatal care: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2012 Apr 13 [cited 2023 Sep 5];12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22502640/>
46. Moura T, Muller P, Silveira D, Thume E, Facchini L. Evolución de la calidad de la atención prenatal en la red primaria de Brasil de 2012 a 2018: ¿Qué puede (y debe) mejorar? *PLoS One* [Internet]. 2022;18(1):1–18. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0262217>
47. Turrentine M, Nguyen BH, Choby B, Kendig S, King TL, Kotelchuck M, et al. Frequency of Prenatal Care Visits: Protocol to Develop a Core Outcome Set for Prenatal Care Schedules. *JMIR Res Protoc* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 17];12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10366963/>
48. Salami KK, Yusuf OB, Akinyemi JO, Morhason-Bello IO, Eyelade RO, Ilori T, et al. Individual and ecological analyses of antenatal care: Prospects for delivery assistance and use of modern family planning in Nigeria. *Afr J Reprod Health* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 17];26(11):69–76. Available from: <https://journals.co.za/doi/abs/10.29063/ajrh2022/v26i11s.7>
49. Moller AB, Petzold M, Chou D, Say L. Early antenatal care visit: a systematic analysis of regional and global levels and trends of coverage from 1990 to 2013. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2024 Jul 17];5(10):e977. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5603717/>
50. Krukowski RA, Jacobson LT, John J, Kinser P, Campbell K, Ledoux T, et al. Correlates of Early Prenatal Care Access among U.S. Women: Data from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS). *Matern Child*

- Health J [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2024 Jul 17];26(2):328. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8488070/>
51. Dioses Fernández DL, Corzo Sosa CA, Zarate García JJ, Vizcarra Gonzales VA, Zapata Maza NG, Arredondo-Nontol M, et al. Adherencia a la atención prenatal en el contexto sociocultural de países subdesarrollados: una revisión narrativa. *Horizonte Médico (Lima)* [Internet]. 2023 Dec 18 [cited 2024 Jul 17];23(4):e2252. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2023000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 52. Salas Gutiérrez P. Atención prenatal reenfocada y morbilidad materno neonatal en gestantes del Puesto de Salud de Manzanayoc, Huancavelica - 2017 al 2019 [Internet] [Tesis de especialidad]. [Huancavelica]: Universidad Nacional de Huancavelica; 2021 [cited 2024 Jul 17]. Available from: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/26c75279-107e-48eb-b756-d75a527479de/content>
 53. World Health Organization. The Global Health Observatory. 2024 [cited 2024 Jul 17]. Antenatal care coverage - at least four visits (%). Available from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/80>
 54. World Health Organization. Maternal Health Unit [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 17]. Available from: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/maternal-health/maternal-morbidity-and-well-being>
 55. Geller SE, Koch AR, Garland CE, MacDonald EJ, Storey F, Lawton B. A global view of severe maternal morbidity: Moving beyond maternal mortality. *Reprod Health* [Internet]. 2018 Jun 22 [cited 2024 Sep 17];15(1):31–43. Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0527-2>

56. McCauley M, Zafar S, van den Broek N. Maternal multimorbidity during pregnancy and after childbirth in women in low- and middle-income countries: a systematic literature review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2024 Sep 17];20(1):1–10. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03303-1>
57. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Panorama de la situación de la morbilidad y mortalidad maternas: América Latina y el Caribe [Internet]. 2017 [cited 2024 Sep 17]. Available from: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>
58. Instituto Nacional de la Salud infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver. ¿Qué ejemplos y causas de morbilidad y mortalidad hay? [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 17]. Available from: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/maternal-morbidity-mortality/informacion/causa>
59. Instituto Nacional de la Salud infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver. ¿Se puede prevenir la morbilidad y la mortalidad maternas? | NICHD Español [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 17]. Available from: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/maternal-morbidity-mortality/informacion/prevenir>
60. Winters S, Pitchik HO, Akter F, Yeasmin F, Jahir T, Huda TMN, et al. How does women's empowerment relate to antenatal care attendance? A cross-sectional analysis among rural women in Bangladesh. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2024 Sep 17];23(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10262442/>
61. Organización Panamericana de la Salud. Nueve pasos estratégicos para reducir la mortalidad materna en la región [Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 17]. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/23-5-2023-nueve-pasos-estrategicos-para-reducir-mortalidad-materna-region>

62. CDC MINSA. CDC presentó la Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema en el Perú [Internet]. [cited 2024 Sep 17]. Available from: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/prensa/cdc-presento-la-norma-tecnica-de-salud-para-la-vigilancia-epidemiologica-de-la-morbilidad-materna-extrema-en-el-peru/>
63. Hernández J, Au O. Morbilidad materna extrema y mortalidad en un hospital regional de Sudáfrica. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2019;84(6):1–19. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262019000600469&script=sci_arttext&tIng=en
64. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. [Internet]. 6ª Ed. McGraw Hill Interamericana.; 2018. Available from: <https://bit.ly/3CGBYkb>
65. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. International Journal of Morphology [Internet]. 2017 [cited 2023 Sep 5];35(1):227–32. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037&Ing=es&nrm=iso&tIng=es
66. Corcuera G. Atención prenatal reenfocada y su relación con la morbilidad materna durante el embarazo, parto y puerperio. Julio 2013 a Julio 2017. Centro de Salud El Bosque. [Internet] [Tesis de maestría]. [La Libertad]: Universidad César Vallejo; 2018 [cited 2024 Feb 8]. Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/17734/corcuer_a_mj.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

1. Instrumento de recolección de datos

ESQUEMA BÁSICO DE LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA, SEGÚN LA NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD MATERNA (41)

ACTIVIDAD / ATENCIÓN / CUIDADO	ATENCIÓNES PRENATALES					
	1a	2a	3a	4a	5a	6a
	Semanas.					
	< 14	14-21	22-24	25-32	33-36	37-40
Anamnesis	+	+	+	+	+	+
Confirmación del embarazo	+					
Estimación de la edad gestacional	+	+	+	+	+	+
Identificación de condiciones de riesgo	+	+	+	+	+	+
Tamizaje de violencia familiar	+					
Medición de la talla	+					
Control de peso	+	+	+	+	+	+
Evaluación estado nutricional / Orientación consejería nutricional	+	+	+	+	+	+
Examen físico general	+					
Determinación de la presión arterial, pulso y temperatura	+	+	+	+	+	+
Reflejos osteotendinosos	+	+	+	+	+	+
Exploración de edemas	+	+	+	+	+	+
Examen ginecobstétrico / Evaluación clínica de la pelvis	+					
Examen obstétrico (altura uterina, presentación y posición fetal)	+	+	+	+	+	+
Diagnóstico número de fetos. (Ecografía y/o palpación)	+	+	+	+	+	+
Evaluación clínica de volumen de líquido amniótico		+	+	+	+	+
Auscultación de FCF (Pinard o Doppler)		+	+	+	+	+
Determinar grupo sanguíneo ABO y Rh	+					
Determinación de Hemoglobina y Hematocrito	+	+			+	
Examen de orina completo o Urocultivo	+	+		+		
Detección de diabetes gestacional	+	+		+		
Tamizaje de VIH/Sífilis prueba rápida/Elisa-RPR, previa consejería	+	+			+	
Proteína en orina. Tira reactiva o Ácido Sulfosalicílico	+	+	+	+	+	+
Vacuna antitetánica		+	+			
Vacuna anti influenza estacional			+			
Vacuna anti febre amarilla en zonas endémicas (semana 26)				+		
Toma de PAP, previa consejería	+					
Evaluación odontológica		+	+			
Evaluación con ecografía	+		+			
Administración de ácido fólico	+					
Administración de hierro + ácido fólico		+	+	+	+	+
Administración de calcio			+	+	+	+
Bienestar fetal / Test no estresante					+	+
Información sobre maternidad y paternidad responsable	+	+	+	+	+	+
Información sobre planificación familiar	+	+	+	+	+	+
Psicoprofilaxis / Estimulación prenatal		+	+	+	+	+
Elaboración del Plan de Parto		+			+	
Orientación sobre prevención de enfermedades zoonóticas en zonas endémicas (ZIKA, dengue, chincungunya)	+	+	+	+	+	+
Orientación y detección sobre signos de alarma	+	+	+	+	+	+
Referencia para evaluación por especialista de ginecobstetricia		+			+	

**CALIDAD DE ATENCIÓN PRENATAL Y MORBILIDAD MATERNA EN
GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD
YANAHUAYA REGIÓN – PUNO 2020 – 2022**

Diseñado por Rodríguez (16)

I. Calidad de la atención prenatal recibida

Precocidad

¿Inició su control de atención prenatal antes de las 14 semanas?

Sí No

Periodicidad

Marque con un X los controles prenatales a los que asistió la gestante

< 14 semanas	14 - 21 semanas	22 – 24 semanas	25 – 32 semanas	33 – 36 semanas	37 – 40 semanas

¿Cuál fue la periodicidad con la que la gestante se realizó controles prenatales?

Controles prenatales periódicos

Falta de seguimiento prenatal

Compleitud

¿Se cumplieron con las actividades programadas en el Esquema Básico de la Atención Prenatal Reenfocada según semanas?

Sí No

Cobertura

¿Se realizaron al menos 6 atenciones prenatales?

Sí No

II. Morbilidad materna

a. Embarazo

Anemia:	SÍ ()	NO ()
Infección de vías urinarias:	SÍ ()	NO ()
Enfermedades hipertensivas:	SÍ ()	NO ()
Placenta previa:	SÍ ()	NO ()
Desprendimiento prematuro de placenta:	SÍ ()	NO ()
Desnutrición:	SÍ ()	NO ()
Obesidad:	SÍ ()	NO ()
Polihidramnios:	SÍ ()	NO ()
Oligohidramnios:	SÍ ()	NO ()
Ruptura prematura de membranas:	SÍ ()	NO ()
Embarazo prolongado:	SÍ ()	NO ()
Otros:	SÍ ()	NO ()
Morbilidad materna en el embarazo:	SÍ ()	NO ()

b. Parto

Parto precipitado:	SÍ ()	NO ()
Trabajo de parto prolongado:	SÍ ()	NO ()
Hemorragia intraparto:	SÍ ()	NO ()
Otros:	SÍ ()	NO ()
Morbilidad materna en el parto:	SÍ ()	NO ()

c. Puerperio

Anemia:	SÍ ()	NO ()
Infección del tracto urinario:	SÍ ()	NO ()
Enfermedades hipertensivas:	SÍ ()	NO ()
Desgarro perineal:	SÍ ()	NO ()
Inversión uterina:	SÍ ()	NO ()
Hematoma obstétrico:	SÍ ()	NO ()

Hemorragia postparto:	SÍ ()	NO ()
Retención de placenta:	SÍ ()	NO ()
Retención de membranas:	SÍ ()	NO ()
Infección puerperal:	SÍ ()	NO ()
Otros:	SÍ ()	NO ()
Morbilidad materna en el puerperio:	SÍ ()	NO ()
Conclusión: Morbilidad materna	SÍ ()	NO ()