

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE MAESTRIA EN GESTION DE LOS**  
**SERVICIOS DE SALUD**



**Título**

**Gestión del Control Prenatal en el Riesgo de Parto Prematuro,  
Hospital San José Chincha 2017**

**Tesis para Optar el Grado de Maestro en Salud con Mención en Gestión en los  
Servicios de Salud**

**Autor:**

**Carrillo Reyes Milton Cesar**

**Asesor:**

**Palomino Márquez Manuel Guzmán**  
**Código ORCID: 0000-0002-7578-7544**

**Huacho - Perú**

**2021**

### **Palabra Clave**

<b>Tema</b>	Gestión del Control prenatal, riesgo de parto prematuro
<b>Especialidad</b>	Obstetricia

### **Keyword**

<b>Theme</b>	Management of prenatal control, risk of preterm delivery
<b>Specialty</b>	Salud

### **Línea de Investigación**

Línea de Investigación	Gestión de los Servicios de Salud Sexual y Productiva
Área	Ciencias Médicas y Salud
Subarea	Ciencias de la Salud
Disciplina	Políticas de Salud y Servicio

**Gestión del Control Prenatal en el Riesgo de Parto Prematuro, Hospital San  
José Chincha 2017**

**Management of Prenatal Control in the Risk of Preterm Delivery, Hospital San  
José Chincha, 2017**

## ÍNDICE

Palabra Clave.....	ii
Título .....	iii
Índice .....	iv
Resumen .....	vi
Abstract .....	vii
I. Introducción .....	1
1.1 Antecedentes fundamentación científica.....	2
1.1.1 Antecedentes.....	2
1.1.2 Fundamentación científica.....	7
1.1.2.1 Gestión del control prenatal.....	7
1.1.2.2 Riesgo de parto pretérmino.....	11
1.2. Justificación de la Investigación.....	13
1.3. Problema .....	14
1.3.1. Problema general.....	14
1.3.2. Problemas específicos .....	15
1. 4. Conceptuación y Operacionalización de las variables .....	15
- Gestión del control prenatal.....	16
- Riesgo de parto pretérmino .....	16
1.5. Hipótesis.....	16
1.5.1 Hipótesis general.....	16
1.5.2 Hipótesis específicas.....	16
1.6. Objetivos.....	17
1.6.1 Objetivo general.....	17

1.6.2. Objetivos específicos.....	
II. Metodología.....	17
2.1. Tipo de investigación.....	17
2.2. Población y muestra.....	17
2.3. Técnicas e instrumentos de investigación.....	18
2.4 Procesamiento y análisis de la información.....	19
III. RESULTADOS.....	20
IV. Análisis Y Discusión De Resultados.....	29
V. Conclusiones y Recomendaciones.....	32
5.1 Conclusiones.....	32
5.2 Recomendaciones.....	33
VI. Referencias Bibliográficas.....	34
VIII. Anexos .....	36
Anexo 1.....	37
Anexo 2 .....	39
Anexo 3 .....	43

## **RESUMEN**

En esta investigación se desea identificar el Parto Prematuro, Optimizando los Controles Prenatales, en el Hospital San José Chincha, teniendo como población las gestantes que acuden a la atención prenatal en consultorio externo y las que llegan al consultorio de emergencia de gineco – obstetricia. Con el propósito de reformar la calidad en la atención pre natal y disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad materno perinatal. El trabajo se desarrolló en el periodo de agosto del 2017, en donde se tomó como grupo experimental a la población de puérperas atendidas en centro obstétrico y sala de operaciones del hospital San José; aplicándoles una encuesta referente a la gestión del control prenatal y la amenaza de un parto prematuro, con el propósito de proponer opciones y mejora de cambio para la atención prenatal en los consultorios externos de ginecología y de obstetricia. Para realizar una estudio descriptivo correlacional - transversal, aplicando el conocimiento que se adquieren. Finalmente se demuestra que una adecuada gestión del control prenatal genera la disminución del riesgo del parto prematuro. Por lo tanto, nos ayuda a reducir la morbimortalidad perinatal y asegurar la calidad de vida del recién nacido. El presente trabajo termina verificando la afirmación, seguridad y bienestar del proyecto, proponiendo que se pueda aplicar en otros establecimientos de salud.

## **ABSTRACT**

In this research, we want to identify Premature Delivery, Optimizing Prenatal Controls, in the San José Chincha Hospital, having as a population the pregnant women who attend prenatal care in an outpatient clinic and those who come to the emergency gynecological office - obstetrics. With the purpose of reforming the quality of prenatal care and reducing the risk of maternal perinatal morbidity and mortality. The work was developed in the period of August 2017, where the population of puerperal women attended in the obstetric center and operating room of the San José hospital was taken as an experimental group; applying a survey regarding the management of prenatal control and the threat of premature birth, with the purpose of proposing options and improvement of change for prenatal care in external gynecology and obstetrics offices. To carry out a descriptive correlational-cross-sectional study, applying the knowledge acquired.

Finally, it is shown that an adequate management of prenatal control reduces the risk of premature birth. Therefore, it helps us reduce perinatal morbidity and mortality and ensure the quality of life of the newborn. This work ends by verifying the affirmation, safety and well-being of the project, proposing that it can be applied in other health establishments.

## **I. INTRODUCCIÓN**

La actual investigación quiere determinar si la gestión del control prenatal mejora la identificación de un parto prematuro, en el departamento de ginecología del hospital san José de chincha. La incidencia de parto pretérmino es muy frecuente, por ello es conveniente perfeccionar la calidad de atención, identificando los elementos de riesgo en las consultas realizadas en el control prenatal. El parto prematuro es una de las causas de morbilidad y mortalidad perinatal en el hospital San José, registrando hasta 5% de defunciones neonatales y el 15% de complicaciones y posibles secuelas en recién nacidos que presentan bajo peso; ocurrencias que se ven incrementadas por presentar una menor edad gestacional a la fecha probable al parto, conjuntamente con la presencia de apnea y distres respiratorio al nacer.

El parto prematuro genera un problema para la familia y los establecimientos de salud que los atienden, al no contar con el equipamiento requerido para su inmediata referencia y adecuada atención, convirtiéndose de esta manera en la principal causa de morbilidad, discapacidad y muerte neonatal. Ciertamente cuando se enfrenta al grave inconveniente de la gestante que no acude a su control prenatal, la posibilidad de dar a luz un bebe prematuro aumenta significativamente, la falta de identificación del riesgo de un parto pretérmino en el control prenatal es decepcionante, en donde se evidencia que no se aplican las herramientas y actividades enmarcadas para salvaguardar el trinomio: madre, niño y familia.

La prematurez también esta relacionado con situaciones diarias que se presentan en el control prenatal: (Falta de captación y sesiones educativas en: signos de alarma o señales de peligro en el embarazo, alimentación y nutrición en las gestantes, Mal trato a la gestante, falta de indicación de exámenes y ecografía, demora en la referencia para su evaluación y atención a un establecimiento de mayor complejidad, siendo estas directamente realizadas por el personal de salud.

El nacimiento de un bebé prematuro ocasiona a la madre y a su entorno familiar, sensaciones emocionales de incertidumbre y estrés ante la viabilidad del recién nacido. Que aumentan con la precariedad en equipamiento y recursos humanos de los establecimientos de salud, a pesar de la asistencia y vigilancia establecida en el servicio de neonatología para disminuir la mortalidad perinatal, convirtiéndose en un reto para el establecimiento de salud y un combate para las familias afectadas.

La Organización Mundial de la Salud, se refiere al parto prematuro: “Aquel que ocurre. Exactamente a las 37 semanas, teniendo como característica: bajo peso al nacer, disnea, dificultad para la succión y apgar menor o igual a 7.”

## **1.1 Antecedentes y fundamentación científica**

Se realizó una averiguación científica en los trabajos que tienen semejanza con la investigación propuesta y revistas científicas.

### **1.1.1 Antecedentes**

Alvarado y Ahumada (2016) en su estudio denominado *Factores relacionados al parto prematuro*. Cuyo Objetivo: fue identificar los factores relacionados al parto prematuro. En 180 gestantes atendidas en un hospital, con 80 gestantes que tuvieron un recién nacido <37 semanas y en 100 gestantes que tuvieron un recién nacido a término. Obteniendo como resultados: los factores asociados con el parto pretérmino fueron: Control prenatal insuficiente (< 3 controles), control prenatal nulo (0 controles), ruptura prematura de membranas, infección urinaria y placenta previa. Conclusión: El no tener ningún control prenatal y haber tenido insuficiente control prenatal, la presencia de una ruptura prematura de membranas y la infección urinaria. Fueron factores asociados para el nacimiento de un bebé prematuro.

Rashed (2014) en su estudio de investigación Titulado: *Parto Prematuro y la viabilidad del Recién nacido*, cuyo Objetivo: fue identificar riesgos maternos asociados al parto prematuro, Metodología: Un estudio de cohortes prospectivo donde se incluyó a 1500 pacientes, teniendo como Resultado que entre todos los nacidos vivos el 19.3 % nacieron antes de las 37 semanas de gestación, de los cuales el 9.4% nacieron entre las 35-36 semanas de gestación, el 7.2% nacieron entre las 32-34 semanas, y el 4.1% nacieron entre las 28-31 semanas de gestación. En Conclusión, la mayoría de los nacimientos prematuros 28.7% tuvieron un peso mayor de 2500gr y habían recibido corticoides, por lo cual su evolución fue favorable y no ameritaron hospitalización. El riesgo de parto prematuro fue mínimo entre las gestantes con grado de instrucción superior; las gestantes que acudieron al control prenatal al menos cuatro veces en el embarazo tuvieron un riesgo relativo de tener un bebe prematuro y las gestantes que habían asistido a sus 9 controles prenatales tuvieron en el nacimiento un bebe a término. La probabilidad de presentar un parto prematuro fue mayor entre las mujeres con diagnóstico de infección urinaria y vulvovaginitis.

Rodríguez (2014) en su estudio de investigación Titulado: *Determinar los Factores de Riesgo Maternos relacionados a Parto Prematuro*. Cuyo Objetivo: fue determinar si los factores de riesgo materno tienen incidencia en el parto prematuro, Metodología: Siendo un estudio de tipo retrospectivo, transversal, para una población de 120 pacientes, estuvo compuesta por las gestantes cuyos partos a término fueron atendidos en un Centro de Salud Materno Infantil nivel 1.4 y en el caso de los partos pretérmino por las gestantes referidas para su atención a un Hospital de nivel 2.1. Obteniendo por Resultado: Los factores maternos que causaron un parto prematuro fueron: ruptura prematura de membranas 28%; gestante adolescente 8%, gestante añosa 17%, oligohidramnios 10% y gestantes sin ningún control prenatal 47%. En relación a este factor, se Concluyó: Que los pacientes sin parto pretérmino manifestaron haber asistido a los controles prenatales.

Romero (2013) en su estudio de investigación Titulado: *Determinar los factores de riesgo para parto prematuro*. Cuyo Objetivo: fue identificar los factores de riesgo del parto prematuro. Metodología: Siendo un estudio de tipo observacional, analítica, transversal, retrospectiva de casos y controles, que incluyó 80 pacientes, con la finalidad, tomando como referencia un total de 180 partos de los cuales se seleccionaron 100 pacientes con parto pretérmino para el grupo de casos y 80 controles con parto a término, tomados entre el periodo de julio 2010 a febrero 2011. Teniendo como Resultado: que los factores para un parto pretérmino fueron: preeclampsia 28%, placenta previa 35% y violencia familiar 37%. En **Conclusión:** los factores de riesgo para parto pretérmino fueron violencia familiar, placenta previa, y preeclampsia

Parra (2013) en su estudio de investigación Titulado: *Determinar Factores de Riesgo Materno y Socio-Demográficos Asociados a Parto Prematuro*. Cuyo objetivo: fue identificar en las gestantes la ocurrencia de parto prematuro. Metodología: Siendo un estudio de tipo observacional analítico, donde 130 partos pretérmino y 250 parto a término. Reportando como Resultado: una ocurrencia de 64 partos prematuros por 1000 nacidos vivos. Encontrando como factores asociados al parto pretérmino: La multiparidad (mayor de 5 gestaciones) 33%, diabetes gestacional 7%, vulvo vaginitis 13%, violencia de genero (abuso físico o sexual) 38%, insuficiente control prenatal 37%, nivel socio económico bajo 15%. En conclusión: la violencia de género, insuficiente control prenatal y la multiparidad, tienen mayor incidencia de parto pretérmino.

Carpio (2013) en su estudio de investigación Titulado: *Identificar los factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto prematuro*. Cuyo Objetivo: fue identificar los factores de riesgo materno y su asociación con el parto prematuro. Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo, de casos.

Con una población de 75 gestantes: Teniendo como Resultados: Oligohidramnios 25 %, preeclampsia 35%, anemia severa 4% y obesidad mórbida 6%. Son factores a la ocurrencia de parto pre término. Siendo la Conclusión: preeclampsia, Oligohidramnios, la obesidad mórbida y anemia severa son factores de riesgo asociados al desarrollo de parto pretérmino.

Muñoz (2013) en su estudio de investigación Titulado: *Identificar factores psicosociales en adolescentes embarazadas que influyen a un parto prematuro*, cuyo Objetivo: fue establecer la asociación entre estos factores psicosociales y la presencia de parto prematuro. La muestra estuvo conformada por 156 puérperas adolescentes. Siendo los Resultados: Abandono de la pareja 28%, integrar a una familia disociada 12%, bajo nivel económico 5%, el maltrato e incomprensión familiar 38%, baja autoestima 17%. En la cual en Conclusión: El maltrato e incomprensión familiar se asocia a la presencia de parto pretérmino.

Gonzales (2012) en su estudio de investigación Titulado: *Morbilidad Del Recién Nacido Prematuro Menor de 1800gramos*. Cuyo Objetivo: fue de identificar la conducta del bajo peso al nacer, establecer la morbilidad de esta existencia con los factores de riesgo seleccionados y evaluar la influencia de estos factores. Metodología: se realizó un estudio retrospectivo de tipo caso control. La muestra quedó conformada por 90 recién nacidos de bajo peso y 410 con peso entre el percentil de 10 a 90 (adecuado). Las variables de investigación fueron: la paridad, el número de controles prenatales, las patologías asociadas con la gestación, el ponderado fetal. Teniendo como Resultado: todas las variables quedaron asociadas convincentemente con el bajo peso al nacer, y estuvieron relacionadas como factores de riesgo preponderante. Llegando a la Conclusión: que la gestante con una paridad mayor de 5 embarazos, aumentan la incidencia de un parto pretérmino y con bajo peso al nacer, debido a las patologías asociadas se presentaron hemorragia del segundo trimestre, trastorno hipertensivo del embarazo.

Irshad (2012) en su estudio de investigación Titulado: *Determinar los factores de riesgo materno y neonatal de los nacimientos prematuros*, cuyo Objetivo: fue determinar factores de riesgo materno-fetal. Metodología: Siendo un estudio tipo descriptivo. Se contó con los recién nacidos pre término (PPT) (28 - < 37 semanas) atendidos por cesárea o parto vaginal y sus madres. Obteniendo como Resultado un total de 210 (8,35%) partos con recién nacidos prematuros. En gran parte eran de grado instrucción superior (32,3%). De 1616, 75,8% eran varones y el 24,2% eran mujeres. La edad materna de 18 – 35 años resulto de 68,24% teniendo una edad media de 31,76 +/- 7,5860 años. Gran número de madres (87,1%) eran analfabetas, el 48,2% pertenecía al área rural, el 29,7% concernía a la clase pobre, el 54,2% son multíparas. La infección urinaria se presentó en 52% de los casos, gestación múltiple 0,5%, 17,14% preeclampsia, recién nacido con bajo peso 72,3%, 17,4% oligohidramnios, placenta previa 27, 4%, periodo intergenésico corto 16,3%. Llegaron a la Conclusión: De que la prematuridad fue 8,35%. Entre los factores de riesgo diferente a edad materna, el analfabetismo, la residencia rural, la pobreza, presencia de ITU, recién nacido con bajo peso, gestación múltiple, preeclampsia, oligohidramnios, placenta previa, periodo intergenésico cortó, fueron los factores de riesgo significativos que se hallan en la totalidad de los casos.

Vásquez (2012) en su estudio de investigación Titulado: *Factores de Riesgo del Parto Prematuro*, cuyo Objetivo: Determinar el riesgo de parto prematuro. Metodología: Un estudio de tipo descriptivo y transversal, teniendo como Resultado: Los factores de riesgo son: Ausencia de control prenatal 28%, infección urinaria 17%, antecedente de un parto pretérmino 12%, desprendimiento prematuro de placenta 8%, oligohidramnios 4%, sufrimiento fetal 7%, trastorno hipertensivo del embarazo 12% y gestación múltiple 12% , en Conclusión: La ausencia del control prenatal tiene una relación importante con el parto prematuro.

Torres (2011) en su estudio de investigación Titulado: *Determinar las causas de Amenaza de Parto Prematuro*, cuyo Objetivo: fue identificar las causas de la amenaza de parto prematuro. Metodología: Siendo un Estudio descriptivo, tipo transversal; donde se incluyeron 180 gestantes con edades entre 15-35 años de edad, con diversos factores de riesgo para la amenaza de Parto Pretérmino entre la edad gestacional, de las 24 a 36 semanas, se seleccionaron de 238 gestantes que acudieron al control prenatal, teniendo como Resultado: una incidencia importante que asocian patologías del embarazo como Rotura prematura de membranas con una incidencia de 75%, secundado de la preeclampsia con un 57% y la infección urinaria con un 27% de cada 180 casos, en donde las gestantes adolescentes presentan mayor prevalencia cuyas edades oscilan entre 15 a 18 años con 29%, falta de control prenatal 20%, también se concluyó además que el abandono familiar 15% y la violencia física 12% son factores condicionantes. En conclusión que: es preocupante el porcentaje (53,17%) de gestantes con Amenaza de Parto Prematuro relacionado con patologías subsistentes, falta de control prenatal, gestante adolescente y abandono familiar y violencia física.

## **1.1.2 Fundamentación científica**

### **1.1.2.1 Gestión del control prenatal**

El control prenatal se define como la atención que proporciona un personal de salud calificado a la gestante y a su pareja, con el objetivo de acercarse a ella a través de la consulta en beneficio para ella y el feto permitiendo de esta manera verificar, tratar y referir a tiempo los factores de riesgo que pongan en peligro la viabilidad y bienestar fetal, con el propósito de asegurar una óptima atención durante el desarrollo de la gestación y disminuir las complicaciones para la madre y el recién nacido. La vigilancia prenatal es una actividad asistencial propia de cada institución de salud, donde se aborda las actividades de forma individual y diversa, en la gestación, en el parto y el postparto. Asumiendo el **objetivo de:** (Comprobar la edad gestacional,

precisar la condición fetal, identificar los factores de riesgo, calificar la condición materna y enseñar a la madre).

El control prenatal debe de ser: 1) Inmediato, 2) Periódico, 3) Completo y 4) De amplia cobertura.

**Inmediato:** Permite la identificación anticipada de los embarazos; en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Realiza las actividades de planificación, protección y recuperación del binomio madre/niño que es la razón fundamental del control prenatal.

**Periódico:** El número de control prenatal varía según el riesgo que presenta una gestante. Los embarazos de bajo riesgo suelen tener menos controles (entre 4 y 6) diferente de aquellos embarazos que presentan un alto riesgo, en la cual la cifra de controles pueden ser (entre 6y9).

**Completo:** Un control debe de asegurar de manera efectiva las actividades de prevención, identificación, manejo y tratamiento adecuado. Asegurando la rehabilitación.

**Amplia Cobertura:** La finalidad es atender a todas las gestantes, permitiendo tener una población controlada. (Minsa 2015).

La atención que se da a las gestantes es vital para prevenir e identificar a tiempo problemas de salud que se pueden presentar en la madre y el bebé. El control prenatal fundamenta actividades constantes y rutinas reiteradas, consignadas a la prevención, identificación, diagnóstico, tratamiento y recuperación de las causas maternas o fetales que condicionan la morbimortalidad materna y perinatal, a la vez admite evaluar el desarrollo de la gestación y orienta a la madre para el parto, puerperio y el cuidado de su recién nacido. Permitiendo identificar y controlar la morbimortalidad en la gestación y en la etapa perinatal. Es esencial el número de control prenatal para garantizar a la gestante que acude al establecimiento de salud una efectiva evaluación del embarazo, con calidad y calidez. En el primer mes de embarazo el control prenatal, permite identificar factores de riesgo como: infecciones urinarias, anemia, incompatibilidad sanguínea, anomalías fetales,

diabetes gestacional, infecciones de transmisión sexual (VIH/SIFILIS), síndrome hipertensivo del embarazo (SDHE), que permite establecer acciones acertadas según el estado actual de la gestante, garantizando así la diversidad de la atención para las gestantes y su producto. (Minsa 2015)

El control prenatal debe ser Completo es decir, la atención tiene que realizar las actividades enmarcadas en la promoción, prevención, identificación, y recuperación de la salud, prescribiendo exámenes que nos permita la evaluación adecuada del embarazo y del desarrollo fetal intra útero, siendo estas herramientas efectivas que nos permite realizar la estimación de la edad gestacional y el término del parto, la diversidad de servicios de los establecimientos de salud permite referir a la mujer gestante, para la atención de: violencia basada en género, evaluación odontológica, ganancia de peso nutricional, , sesiones de estimulación prenatal, vacuna dtpa (difteria – tétano - pertussis), sesiones educativas en signos de alarma en el embarazo. Respaldados con un sistema de referencia a los establecimientos de mayor nivel de atención, ante la ocurrencia de una patología que ponga en riesgo la evolución normal del embarazo. A la vez asegurar la atención institucional del parto, la atención inmediata del recién nacidos, logrando evitar muertes y atendiendo las complicaciones maternas y neonatales (Fausto 2013)

El CLAP mediante, la utilización del Gestograma, el Carné Perinatal, la Historia Clínica Perinatal, como herramientas que nos permite una adecuada vigilancia del acatamiento de las normas y su valoración, actividades que son indispensables para el adecuado cumplimiento del transcurso normativo. Que establece una base de datos permitiendo a los establecimientos tener la información inmediata para la ejecución de acciones. La Historia Clínica Perinatal en la entrevista aplicada a la gestante nos consigna datos de procedencia, grado de instrucción, edad, antecedentes obstétricos y familiares de vital importancia para la evolución del embarazo actual. En el ítem propio del EMBARAZO está conformado por los datos o exámenes que deben ser

registrados o evaluados en cada control. Cada registro indica el debido cumplimiento de las acciones en el control prenatal. El ítem PARTO o ABORTO contiene los registros propios del período de dilatación y los registros del parto y del alumbramiento para el control de la puérpera y el recién nacido. El ítem RECIEN NACIDO contiene la información del examen en la atención inmediata que se le realiza al recién nacido incluyendo el tipo y nivel de atención realizada. En el ítem PUERPERIO se sintetiza las labores realizadas en el postparto o postaborto indicando un apartado correspondiente a la recomendación en contracepción. El ítem materno, como el neonatal, culminan con el momento al egreso y patologías diagnosticadas. El carné perinatal debe estar siempre con la gestante, quien lo presentara para toda atención que reciba en su estado grávido o puerperal (Fausto 2013)

El número de control prenatal va en función a los factores de riesgos maternos o fetales identificados en la gestación, la cantidad de visitas de la gestante a un establecimiento de salud serán coordinadas según la patología manifestada. La periodicidad de los controles se da en base a la fecha probable del parto. Particularmente, se efectúa el control prenatal de forma mensual hasta la segunda mitad del embarazo. En la tercera mitad (desde las 32 semanas), los controles son cada 15 días, a partir de la semana 36 hasta el término de la gestación son semanales. El porqué de este régimen de atenciones es en función que a partir de las 20 semanas se pueden detectar patologías asociadas de alta notabilidad con feto viable (Cromosopatias y trisomías 21, 18 y 13, espina bífida, embarazo ectópico, amenaza de aborto, placenta previa, oligohidramnios, preeclampsia, restricción del crecimiento intra uterino, amenaza de parto prematuro, diabetes gestacional, macrostomia fetal etc.). Lo más significativo del control prenatal, es conseguir que al final del embarazo, la madre y el recién nacido lleguen en condiciones adecuadas de salud. Realizando las actividades de control y cuidado prenatal, ahondando durante el trabajo de parto y el alumbramiento; disminuyendo la morbilidad y mortalidad materna/perinatal. (Arispe 2012)

### **1.1.2.2 Riesgo de parto prematuro**

Los prematuros representan una crisis a través de la historia, incrementado su riesgo e incidencia en los últimos años. Alrededor de los años 70 un feto menor de 28 semanas su pronóstico era inviable. Ocasionalmente se reportaba una recuperación favorable en recién nacidos menores de 1.000 g, sin exceptuar que los índices de mortalidad en estos recién nacidos era mayor del 95%. La atención especializada de los bebés prematuros y la tecnología aseguran favorablemente su supervivencia, aumentando de forma efectiva los índices de viabilidad, extendiéndose actualmente en diferentes países en fetos a partir de las 24 semanas (Bracho 2012)

El parto prematuro (PP) es la presencia de un recién nacido menor o igual a las 37 semanas de gestación, asociándolo como un problema de salud pública, que incrementa con las complicaciones que se presentan en el embarazo y la falta de recursos en los establecimiento de salud como centros maternos infantil y hospitales que cuentan con población asignada, la prevalencia a nivel mundial es entre el 7 y 12%. (Molina 2012)

La prematurez es multifactorial, incrementando su incidencia según la edad gestacional. Entre las principales causas, las toxemias asumen un rol importante, (factor condicionante de un parto antes de las 32 semanas); también están: ruptura prematura de membranas, asociadas a corioamnionitis, oligohidramnios, distres fetal, la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta y las infecciones urinarias incrementan un parto prematuro. (Bracho 2012)

Asimismo, se acepta que hay una relación alarmante entre el tiempo de gestación y la viabilidad del recién nacido, a menor tiempo del recién nacido aumenta la tasa de morbimortalidad neonatal. Otras investigaciones refieren que un parto prematuro eleva hasta en 120 veces el riesgo de defunción. Él

bebe prematuro establece un problema grave de salud, considerándolo como un riesgo que suele presentar secuelas, enfermedad, e incluso muerte. En el año 2003, la prematurez superó a las malformaciones congénitas convirtiéndose en la primera causa de muerte perinatal. Aun así ante las mejoras realizadas en beneficio del cuidado neonatal, que siguen contribuyendo en aumentar el índice de viabilidad de los recién nacidos prematuros, esto no suplanta el riesgo en presentar problemas de salud. Estos incrementan a medida que la edad gestacional es menor (Molina 2012)

Los bebés prematuros presentan una alta tasa de secuelas y complicaciones que se evidencian en el periodo neonatal y la lactancia, ocasionando una desmejoría en su salud incrementando la mortalidad neonatal en el primer año de vida, recientes investigaciones refieren que los recién nacidos prematuros hasta los cuatro años de edad, se evidencia que presentan evidentes complicaciones como de parálisis cerebral infantil, problemas de audición, persistencia del conducto arterioso, deficiencia en el aprendizaje, y problemas de visión. (Peña 2012)

Iniciado el trabajo de parto prematuro, sólo podrá ser detenido, teniendo en cuenta los cambios cervicales y el test de bishop (a la evaluación ginecológica). Si no se puede controlar se aplica como medida de prevención la maduración pulmonar, según protocolos establecidos. El cual no garantiza el pronóstico del recién nacido. (Peña 2012)

A pesar de los estudios para su disminución, no se ha podido controlar adecuadamente la morbilidad y mortalidad en la prematurez, debido a que no se identifica adecuadamente los signos y síntomas del trabajo de parto prematuro, eso es a que se cometen muchos errores en el control prenatal y/o atención del mismo, ampliando gravemente este problema. (Urquiza 2014)

El parto prematuro condiciona al uso importante de los recursos sanitarios. No se ha podido determinar con exactitud el costo económico de un recién nacido prematuro, pero la información disponible es alarmante. Los costos empleados para la atención de un bebé prematuro no se restringen en el departamento de neonatología. En su mayoría los problemas de salud que se atienden en este momento pueden permanecer durante años. Una información indica que, en Estados Unidos, los recién nacidos prematuros invierte la mitad de los pagos de hospitalización en el servicio de neonatología y una quinta parte del total de los costos neonatales; las cifras apuntan que la prevención de los partos pretérmino podría generar un gran ahorro en costos perinatales. (OMS 2015)

La estabilidad neonatal mejora en países desarrollados debido primordialmente a dos factores: el uso de corticoides para garantizar la madurez pulmonar fetal, y el perfeccionamiento progresivo de las unidades de cuidados neonatales intensivos. La viabilidad neonatal sigue siendo frágil en beneficios del feto, cada período que avanza la gestación es vital para su desarrollo. A partir de las 28 semanas de gestación, la viabilidad fetal es del 28%, acrecentando al 62% a partir de las 30 semanas de gestación y al 78% en la semana 32. La morbilidad es principalmente por la extrema prematuridad. Si exceptuamos lesiones, malformaciones y el trauma del parto, la mortalidad neonatal sería disminuida después de las 30 semanas de gestación, debido que la aplicación de corticoides y de tocolíticos está indicada hasta la semana 34 de gestación (Guillermo 2012)

## **1.2. Justificación de la investigación**

Se justifica debido a que en el Departamento de Ginecología- Servicio de obstetricia se atiende un aproximado de 210 partos por mes, siendo en 80% parto eutócico (vaginal) y en un 20% parto distócico (cesárea). Donde se evidencia una cifra alarmante de recién nacidos prematuros, de madres que acuden al control prenatal llevando su atención en el hospital o en los centros o puestos de

salud. El propósito de esta investigación es contribuir a disminuir la atención de partos pretérmino, haciendo gestión en mejorar el control prenatal, con la finalidad de prevenir, identificar y tratar la morbilidad y mortalidad neonatal.

Al nivel asistencial identificar las deficiencias del personal de salud siendo Ginecólogo u obstetra que atiende en la consulta externa del control prenatal y así mejorar para brindar una adecuada atención e identificar los riesgos que condicionen la amenaza de un parto prematuro. El Hospital San José de Chíncha categoría II-1es actualmente el único hospital de referencia en la provincia a nivel de Minsa, contando con 21 establecimientos de salud. De los cuales uno es de nivel I.4. – (Centro Materno infantil). Seis establecimientos son de nivel I.3, y catorce puestos de salud, conformando en conjunto la unidad ejecutora 401 – salud Chíncha.

### **1.3 Problema de investigación**

La atención del parto prematuro es muy frecuente, convirtiéndose una causa alarmante de morbilidad y mortalidad perinatal, siendo importante la identificación oportuna de los factores que desencadenan su aparición, con las gestantes que acuden al control prenatal y las que son referidas de los establecimientos de salud de menor nivel de atención.

Por ello esta investigación es factible su ejecución ya que se cuenta en el Hospital San José, con los recursos para llevarse a cabo. Los problemas de investigación serán precisados como interrogantes correspondiendo las variables de estudio; por metodología se diseñaron varios problemas cada uno de los cuales encontrara su posible respuesta mediante las enunciaciones de hipótesis respectivas.

#### **1.3.1 Problema General**

¿En qué medida la gestión del control prenatal mejora la identificación del riesgo de parto prematuro? Hospital San José. Chíncha, Agosto 2017?

### 1.3.2 Problemas Específicos

1. ¿Descubrir si la deficiencia en la gestión del Control Prenatal es un factor que se asocia a parto prematuro en el Hospital San José de Chíncha – Agosto 2017?
2. ¿De qué manera la falta de gestión del control prenatal tiene relación directa con el parto prematuro en el Hospital San José de Chíncha – Agosto 2017?
3. ¿De qué modo la gran incidencia de parto prematuro está presente en el Hospital San José de Chíncha – Agosto 2017?
4. ¿Advertir en que régimen las pacientes referidas tienen relación para la ocurrencia de parto prematuro en el hospital san José de chíncha– Agosto2017?

### 1.4. Conceptuación y Operacionalización de las variables

- **Gestión del control prenatal:** Se define como las actividades de promoción, prevención, tamizaje, diagnóstico, tratamiento y referencia.

Operacionalización de la variable	
Cuantos Control Prenatal Asistió	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ De 1 a 2 controles</li><li>➤ 5 a 3 controles</li><li>➤ 4 a 5 controles</li><li>➤ Más de 6 controles</li></ul>
Le brindan una Atención Adecuada en Control Prenatal	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Si</li><li>➤ No</li></ul>

**Riesgo de Parto Prematuro:** Es definido como el nacimiento antes de la semana 37 de embarazo.

<b>Operacionalización de la variable</b>	
<b>Reacciones y Respuesta</b>	<b>Indicadores</b>
Le Explican sobre los signos de alarma del embarazo en el Control Prenatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Si</b></li> <li>➤ <b>No</b></li> </ul>
Presento alguna infección, complicación o eventos adversos durante su embarazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hipertensión Arterial</li> <li>➤ Accidente de tránsito</li> <li>➤ Violencia Familiar</li> <li>➤ Ruptura Prematura de Membranas</li> <li>➤ Antecedentes de Cesárea</li> <li>➤ Diabetes Mellitus</li> <li>➤ Antecedentes de Partos Prematuros</li> <li>➤ Placenta Previa</li> </ul>
Cuántas semanas de gestación presento alguna complicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 28 – 32 ss</li> <li>➤ 32- 34 ss</li> <li>➤ 35 – 36 s</li> <li>➤ 37 ss</li> </ul>
Porque vía termino su parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vaginal</li> <li>➤ Cesárea</li> </ul>
Como fue su atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Emergencia</li> <li>➤ Consultorio externo</li> </ul>

## **1.5. Hipótesis**

### **1.5.1 Hipótesis general**

La gestión del control prenatal identifica el riesgo de parto prematuro. Hospital San José. Chíncha.

### **1.5.2 Hipótesis específicas**

1. La deficiencia de la gestión del Control Prenatal es un factor asociado a parto prematuro en el Hospital San José de Chíncha.

2. La falta de la gestión del control prenatal tiene relación directa con el parto prematuro en el Hospital San José de Chíncha.
3. Existe una gran incidencia de parto prematuro en el Hospital San José de Chíncha.
4. Las pacientes referidas tienen relación directa para la ocurrencia de parto prematuro en el al hospital san José de chíncha.

## 1.6 Objetivos

### 1.6.1 Objetivo general

Determinar si la gestión del control prenatal mejora la identificación del riesgo de parto prematuro, hospital San José de Chíncha 2017

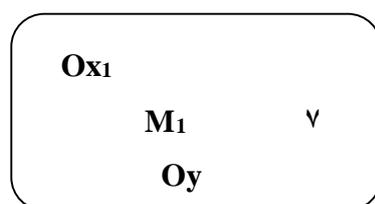
### 1.6.2 Objetivos específicos

1. Determinar si la deficiencia de la gestión del control prenatal es un factor asociado a parto prematuro en el hospital San José de Chíncha 2017
2. Determinar si la falta de la gestión del control prenatal tiene relación directa con el parto prematuro en el Hospital San José de Chíncha 2017
3. Determinar la incidencia de parto pretérmino en el Hospital San José de Chíncha 2017
4. Determinar si las pacientes referidas tienen relación directa para la ocurrencia de parto prematuro en el hospital San José de Chíncha 2017

## II. METODOLOGÍA

### 2.1. Tipo y Diseño de investigación

La investigación propuesta es de tipo descriptiva de relación aplicada caracterizada porque el uso de los conocimientos que se adquieren, de corte transversal con el propósito de describirlas y caracterizarlas. Diseño de investigación: Representación gráfica del método descriptivo correlacional.



**M<sub>1</sub>** : **Ox<sub>1</sub>**

**Donde:**

**M<sub>1</sub>** : Muestra de sujeto.

**Ox<sub>1</sub>** : Observación de la variable independiente.  
- Gestión del Control Prenatal

**v** : Índice de correlación.

**Oy** : Observación de la variable dependiente.  
- Riesgo de Parto Pretérmino.

## **2.2. Población y Muestra**

El universo y muestra conformada por 100 Puérperas, que han sido atendidas sus controles prenatales y su Parto. En el departamento de gineco – obstetricia. Se usó el tipo de muestreo no probabilístico intencionado. Se responderá a la utilidad del investigador. Es una población comprendida de las puérperas de parto normal y las que han sido atendidas por cesárea.

## **2.3 Técnicas e instrumentos de investigación**

Se aplicó una encuesta, para medir la variable cuantitativa estas mediciones se realizaron con el fin de determinar cuánto pueden llegar a influenciar la gestión del control prenatal, sobre el riesgo del parto prematuro y el instrumento será un balotario estructurado de acuerdo a los objetivos de la investigación, la cual consta de tres segmentos:

La primera parte: Antecedentes generales, conformado cuatro preguntas libres.

La segunda parte: La variable independiente Gestión del control prenatal, tienen cuatro preguntas, con un total de diez ítems con valoración de 0: Rara vez o nunca. 1: Algunas veces. 2: Frecuentemente. 3: Con mucha frecuencia. La

tercera parte: La variable dependiente Riesgo de parto prematuro, tienen cuatro preguntas, con un total de 18 ítems, con una valoración de 0: Nunca. 1: Algunas veces. 2: Frecuentemente. 3: Con mucha frecuencia.

Procedimientos: Se solicitó autorización en forma escrita al Director del Hospital San José de Chincha y del jefe del departamento de Gineco - Obstetricia la recopilación de la información se realizará durante la realización de los turnos, previa coordinación antes de su aplicación, se contará con la entrevista directa durante el desarrollo del cuestionario.

#### **2.4 Procesamiento y análisis de la información**

Se realizaron a través de los cuadros estadísticos, ejecutando el estudio cuali/cuantitativo de los mismos que someterán a señalar los promedios, coeficientes de variación de las variables, se validará con la aplicación las pruebas de correlación de Pearson la prueba de correlación múltiple haciendo uso del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) esquema estadístico informático muy usado en las empresas de investigación de mercado, desarrollado en la Universidad de Chicago, versión 22.

Hipótesis general: Para comprobar la significancia de esta variable se contrastó la hipótesis. El grado de correlación lo calculamos con el coeficiente de correlación Rho de Spearman.

### III. RESULTADOS

**Tabla 1 Edad de la gestante**

Edad	Cantidad	Porcentaje
De 14 a 18	30	30%
De 19 a 23	45	45%
De 24 a 28	10	10%
De 29 a 33	5	5%
De 34 a 38	6	6%
De 39 a 43	4	4%
	<b>100</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a la gestante que acuden a su control pre natal en el Hospital San José Chíncha 2017

**Análisis:** el 75% de las gestantes que asisten a sus controles prenatales corresponden a las edades menores de 23, lo cual se traduce en que cada vez se incrementa el N° de madres adolescentes y que existe el embarazo prematuro como un problema de salud pública que pone en riesgo la salud materno perinatal.

**Tabla 2 Estado civil de la gestante**

Edad	Cantidad	Porcentaje
Soltera	40	40%
Casada	31	31%
Conviviente	29	29%
	<b>100</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a la gestante que acuden a su control pre natal en el Hospital San José Chíncha 2017

**Análisis:** El 60% de las gestantes corresponden al grupo de madres solteras y convivientes y solo el 40% corresponden al estado civil de casadas, de acuerdo a los resultados se aprecia un alto porcentaje de madres solteras, lo que de alguna

manera las hace más vulnerable a frente a los problemas y a que asistan a sus controles porque muchas de ellas trabajan para cubrir las necesidades de su propio sustento.

**Tabla 3 Cuantos Control Prenatal Asistió**

Edad	Cantidad	Porcentaje
De 1 a 2 controles	10	10%
De 3 a 4 controles	10	10%
De 4 a 5 controles	50	50%
Más de 6 controles	30	30%
	<b>100</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a la gestante que acuden a su control pre natal en el Hospital San José Chincha 2017

**Análisis:** se puede apreciar como resultado del presente estudio que las gestantes no acude ya que solo 5 de cada 10 asiste de 3 a 4 controles, o sea no logra completar el número de controles necesarios, y este problema es preocupante porque además se conoce que el 20% de ellas asiste solo a 4 controles, muchas no conocen que los controles pre natales cumplen 3 aspectos importantes como son: que deben ser precoz, deben ser periódicos y que estos deben ser completos para evitar complicaciones que pongan en riesgo la salud tanto de la madre como el recién nacido.

**Tabla 4 Cree usted que la Gestión del Control Prenatal son Importantes**

Controles	Cantidad	Porcentaje
No son importantes	20	20%
Más o menos importante	40	40%
Importantes	40	40%

Muy importantes	0	0%
	<b>100</b>	100%

**Fuente:** Encuesta aplicada a la gestante que acuden a su control pre natal en el Hospital San José Chincha 2017

**Análisis:** el 60% de las madres en estudio consideran que la gestión del control prenatal son más o menos importantes y no importantes, lo que es preocupante. Dado que esa conducta se convierte en un factor que incrementa la morbilidad materno neonatal. Es importante realizar una detección oportuna de los factores de riesgo que puedan afectar el normal desarrollo del embarazo.

**Tabla 5 Le brindan una Atención Adecuada en el Control Prenatal**

Atención	Cantidad	Porcentaje
SI	40	40%
NO	60	60%
	<b>100</b>	100%

**Fuente:** Encuesta aplicada a la gestante que acuden a su control pre natal en el Hospital San José Chincha 2017

**Análisis:** el 60% de las gestantes refieren que no han recibido una atención adecuada, ni satisfactoria, esto es relacionado con el factor y tiempo, demora en la atención y actitud del profesional, así como aspectos de conocimiento de las actividades que realiza el profesional en la realización de los controles de las gestantes identificando un nivel alto de insatisfacción.

**Tabla 6 Le Explican sobre los Signos de alarma del embarazo en el Control Prenatal.**

Factores de riesgo	Cantidad	Porcentaje
SI	40	40%

NO	60	60%
	<b>100</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a la gestante que acuden a su control pre natal en el Hospital San José Chincha 2017

**Análisis:** Solo 4 gestantes de cada 10 que asisten a sus controles prenatales les explican sobre los signos de alarma del embarazo y el 60% refieren que no le brinda esta información importante, siendo preocupante ya que en esta etapa la identificación temprana de los signos de alarma permite actuar a tiempo.

**Tabla 7 Presento alguna infección, complicación o eventos adversos durante su embarazo**

Complicaciones	Cantidad	Porcentaje
Infección Urinaria	82	82%
Preeclampsia	25	25%
Accidente de tránsito	0	0 %
Violencia Familiar	8	8 %
Ruptura Prematura de Membranas	18	18%
Periodo Intengenesico Corto	7	7%
Diabetes Mellitus	5	5%
Antecedentes de Partos Prematuros	9	9%
Placenta Previa	13	13%
	<b>100</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a la gestante que acuden a su control pre natal en el Hospital San José Chincha 2017

**Análisis:** Las enfermedades que afectan a las gestantes con mayor incidencia y que pueden poner en riesgo el embarazo en un 82% son las infecciones del tracto urinario, seguido por la preeclampsia con 25%, ruptura prematura de membrana un 18%, placenta previa con 13%, antecedentes de partos prematuros 9%, y periodo intergenésico corto con 7% esta información es de suma importancia para incidir en la prevención de estas complicaciones.

**Tabla 8 Cuantas Semanas de gestación tenía cuando presento alguna complicación o signo de alarma**

Factores de riesgo	Cantidad	Porcentaje
28 - 32	10	10%
32- 34	30	30%
35 - 36	60	60%
37	0	0%
	<b>100</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a la gestante que acuden a su control pre natal en el Hospital San José Chíncha 2017

**Análisis:** el 60% de las gestantes presento complicaciones a las 35 y 36 semanas de gestación, factor que se asocia al incremento de parto prematuro, también este problema está relacionado al poco conocimiento de la importancia de los controles prenatales y cuidados durante la etapa gestacional.

**Tabla 9 Porque vía termino su Parto**

Factores de riesgo	Cantidad	Porcentaje
Vaginal	75	75%
Cesárea	25	25%
	<b>100</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a la gestante que acuden a su control pre natal en el Hospital San José Chincha 2017

**Análisis:** el 75% de las gestantes termino su parto por vía vaginal, sin embargo 3 de cada 10 termino en una intervención quirúrgico (cesárea), lo que debe ser un análisis de suma importancia.

**Tabla 10 La atención fue oportuna y en qué servicio**

Factores de riesgo	Cantidad	Porcentaje
Servicio de Emergencia de ginecología	82	82%
Consultorio externo	18	18%
	<b>100</b>	100%

**Fuente:** Encuesta aplicada a la gestante que acuden a su control pre natal en el Hospital San José Chincha 2017

**Análisis:** La atención a la gestante fue oportuna a sus controles prenatales y el momento de parte en el servicio de emergencia ya que se le ha brindado una atención cálida, oportuna y humanizada, así como la actitud de respeto por parte de los profesionales, teniendo una diferencia con las atenciones que se brindan en consultorios externos.

**Tabla 11 Correlación Gestión del control prenatal y Riesgo de parto prematuro**

<b>Rho de Spearman</b>		<b>Riesgo de parto prematuro</b>
<b>Gestión del control prenatal</b>	Coefficiente de correlación	-0,756**
	Sig. (bilateral)	0.000
	N	100

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

El resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman es: -0,756, lo que nos indica que la correlación entre las variables es negativa fuerte, es decir a mayor gestión del control prenatal, menor riesgo de parto prematuro, o menor gestión del control prenatal, mayor riesgo de parto prematuro. Además, el valor de sig. Es 0.000 menor que 0.01; por lo que la correlación encontrada es altamente significativa.

**Tabla 12 Correlación entre deficiencia de gestión del control prenatal y riesgo de parto prematuro**

<b>Rho de Spearman</b>		<b>Riesgo de parto prematuro</b>
<b>Deficiencia de gestión del control prenatal</b>	Coefficiente de correlación	0.823**
	Sig. (bilateral)	0.000
	N	100

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

El resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman es: 0,823, lo que nos indica que la correlación entre las variables es positiva fuerte, es decir a mayor deficiencia de gestión del control prenatal, mayor riesgo de parto prematuro, o menor deficiencia de gestión del control prenatal, menor riesgo de parto prematuro. Además, el valor de sig. es 0.000 menor que 0.01; por lo que la correlación encontrada es altamente significativa.

**Tabla 13 Correlación entre la falta de la gestión del control prenatal y si tiene relación directa con el parto prematuro**

	<b>Rho de Spearman</b>	<b>Riesgo de parto prematuro</b>
<b>Falta de gestión del control prenatal</b>	Coeficiente de correlación	0.784**
	Sig. (bilateral)	0.000
	N	100

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

El resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman es: 0.784, lo que nos indica que la correlación entre las variables es positiva fuerte, es decir a mayor falta de gestión del control prenatal, mayor riesgo de parto prematuro, o menor falta de gestión del control prenatal, menor riesgo de parto prematuro. Además, el valor de sig. es 0.000 menor que 0.01; por lo que la correlación encontrada es altamente significativa.

**Tabla 14 de Incidencia de parto prematuro.**

<b>Semanas de gestación</b>	<b>Pacientes</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
28 – 32	8	8

33 - 34	28	28
35 - 36	64	64
<b>Total</b>	100	100

Fuente: Base datos/SPSS v.24

Descripción:

En los resultados de la tabla 4, se observa que de las 100 pacientes atendidas por parto prematuro, el 64% se dio entre las 35 a 36 semanas de gestación, luego el 28% entre las 33 a 34 semanas de gestación y el 8% fueron entre las 28 a 32 semanas de gestación.

**Tabla 15 de correlación entre pacientes referidas al control prenatal y ocurrencia de parto prematuro**

<b>Rho de Spearman</b>		<b>Ocurrencia de parto prematuro</b>
<b>Pacientes referidas con control</b>	Coefficiente de correlación	0.705**
	Sig. (bilateral)	0.000
	N	100

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

El resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman es: 0.705, lo que nos indica que la correlación entre las variables es positiva (directa) fuerte. Además, el valor de sig. Es 0.000 menor que 0.01; por lo que la correlación encontrada es altamente significativa.

#### IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La prematuridad representa un problema de salud pública tanto para las familias y el estado según Bracho (2012) ante el inapropiado uso de las herramientas se evidencia un incremento significativo en la incidencia de parto prematuro, el control prenatal permite mediante la atención realizar las actividades de identificación, promoción, tamizaje, prevención, diagnóstico, referencia y tratamiento de las patologías e incidencias que pongan en riesgo la gestación. Fue realizado por John William Ballantine (1861-1923) en 1993, en Inglaterra. Según Minsa (2015) el control prenatal debe de ser precoz en lo posible ante la presencia de amenorrea (ausencia de menstruación) en la primera visita de la gestante se deben ingresar los datos brindados a la historia clínica perinatal y el carnet de control, poniendo énfasis en la edad gestacional que inicia su control prenatal y verificando la fecha probable de parto. Para coordinar el número de controles a realizar e identificar la viabilidad fetal así como patologías maternas. En la tabla N° 1 de resultados observamos que la correlación es altamente significativa en las variables, lo que significa que a mayor gestión del control prenatal, menor es el riesgo de parto pretérmino y si no hay gestión del control prenatal, mayor es la posibilidad de un parto prematuro, por lo tanto después de analizar los datos estadísticos en la verificación de la hipótesis y comparar los resultados al realizar la encuesta podemos afirmar que la gestión del control prenatal si disminuye el riesgo del parto prematuro. El control prenatal debe ser completo, según Fausto (2013), Particularmente, se efectúa el control prenatal de forma mensual hasta la segunda mitad del embarazo. En la tercera mitad (desde las 32 semanas), los controles son cada 15 días, a partir de la semana 36 hasta el término de la gestación son semanales. El porqué de este régimen de atenciones es en función que a partir de las 20 semanas se pueden detectar patologías asociadas de alta notabilidad con feto viable (Cromosopatías y trisomías 21, 18 y 13, espina bífida, embarazo ectópico, amenaza de aborto, placenta previa, oligohidramnios, preeclampsia, restricción del crecimiento intra uterino, amenaza de parto prematuro, diabetes gestacional, macrostomia fetal etc.). Lo

más significativo del control prenatal, es conseguir que al final del embarazo, la madre y el producto lleguen en condiciones adecuadas. Realizando las actividades de control y cuidado prenatal, ahondando durante el trabajo de parto y el alumbramiento; disminuyendo la morbilidad y mortalidad materna/perinatal. (Arispe 2012)

El parto pretérmino (PP) es el nacimiento menor o igual a las 37 semanas de gestación, asociándolo como un problema para la madre y la familia, que incrementa según las complicaciones en el embarazo y los recursos propios de cada establecimiento de salud en su mayoría centros maternos infantil y hospitales que cuentan con población asignada, la prevalencia a nivel mundial es entre el 7 y 12%. (Molina 2012)

La causa de la prematuridad es diversa, incrementando su incidencia según la edad gestacional. Entre las principales causas, la preeclampsia asume un rol importante, (factor predisponente de los partos prematuros antes de la semana 34); también están: ruptura prematura de membranas, oligohidramnios, distres fetal. La placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y las infecciones urinarias son vitales para desencadenar un parto prematuro. (Bracho 2012) en la tabla 7, sobre complicación o eventos adversos durante su embarazo nos indica Las enfermedades que afectan a las gestantes con mayor incidencia y que pueden poner en riesgo el embarazo en un 82% son las infecciones urinarias, seguido por la preeclampsia con 25%, ruptura prematura de membranas con 18%, placenta previa en un 13% y antecedentes de partos prematuros 9%. Esta información es de suma importancia para incidir en la prevención de estas complicaciones. La correlación entre pacientes referidas a la gestión del control prenatal y ocurrencia de parto pretérmino, se logra a dar ante la negativa de las paciente por acudir a un a los establecimientos de mayor nivel de atención, Respaldados con un sistema de referencia ante la ocurrencia de una patología que ponga en riesgo la evolución normal del embarazo. A la vez asegurar la atención del parto en un establecimiento de salud, la atención adecuada e inmediata del

recién nacido, para atender de forma oportuna las complicaciones maternas y neonatales (Fausto 2013). Asimismo, se acepta que hay una relación alarmante entre el tiempo de gestación y la viabilidad del recién nacido, a menor tiempo del recién nacido aumenta la tasa de morbimortalidad neonatal. Otras investigaciones refieren que un parto prematuro eleva hasta en 120 veces el riesgo de defunción. El bebé prematuro establece un problema grave de salud, considerándolo como un riesgo que suele presentar secuelas, enfermedad, e incluso muerte. En el año 2003, la prematuridad superó a las malformaciones congénitas convirtiéndose en la primera causa de muerte perinatal. Aun así ante las mejoras realizadas en beneficio del cuidado neonatal, que siguen contribuyendo en aumentar el índice de viabilidad de los recién nacidos prematuros, esto no suplanta el riesgo en presentar problemas de salud. Estos incrementan a medida que el tiempo del parto es menor (Molina 2012)

En la Tabla 14 de Incidencia de parto prematuro, se observa que de las 100 pacientes atendidas el 64% fueron parto prematuro entre las 35 a 36 semanas, luego el 28% están entre las 33 a 34 semanas y el 8% fueron entre las 28 a 32 semanas. Se llegó a la conclusión que no se ha podido controlar adecuadamente los factores asociados a un nacimiento prematuro debido a que no hay una identificación oportuna, que permita disminuir la morbilidad en la prematuridad. Esto es a que se cometen muchos errores en la gestión del control prenatal y/o atención del mismo, ampliando gravemente este problema. (Urquiza 2014)

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 Conclusiones

Se demostró satisfactoriamente la hipótesis general, de manera que puede concluirse que la gestión del control prenatal mejora la identificación del riesgo de parto prematuro. En el Hospital San José Chíncha, lo cual fue demostrado al revisar el resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman es: 0,756, lo que nos indica que la correlación entre las variables es negativa fuerte y el valor de sig. Es 0.000 menor que 0.01; por lo que la correlación encontrada es altamente significativa.

Hay una vinculación directa con la deficiencia de la Gestión del Control Prenatal y su asociación al parto prematuro. Lo cual se evidencia al revisar el coeficiente de correlación Rho de Spearman es: 0,823, lo que nos indica que la correlación entre las variables es positiva fuerte y el valor de sig. Es 0.000 menor que 0.01; por lo que la correlación encontrada es altamente significativa.

Se halló que la falta de la gestión del control prenatal si tiene relación directa con el parto prematuro en el Hospital San José de Chíncha, lo cual fue demostrado al revisar el coeficiente de correlación Rho de Spearman es: 0.784, que nos indica la correlación entre las variables es positiva fuerte y Además, el valor sig. Es 0.000 menor que 0.01; por lo que la correlación encontrada es altamente significativa.

Se deduce que, si existe una gran incidencia de parto prematuro en el Hospital San José de Chíncha, donde se observa de las 100 pacientes atendidas, el 64% se presentó entre las 35 a 36 semanas.

Presenta vinculación directa las gestantes referidas, para la ocurrencia de parto prematuro en el al hospital san José de chíncha. Lo cual se demuestra al revisar

El resultado del coeficiente de correlación Rho de Spearman es: 0.705, lo que nos indica que la correlación es positiva y el valor de sig. Es 0.000 menor que 0.01; por lo que la correlación encontrada es altamente significativa.

## **5.2 Recomendaciones:**

Se recomienda que la gestión del control prenatal, la debe realizar un personal capacitado e identificado en preservar y salvaguardar la integridad del trinomio: madre, niño y familia.

Dar seguimiento e identificar a tiempo las deficiencias en la gestión del control prenatal para evitar las complicaciones que conducen al parto prematuro.

Implementar en la consulta externa actividades de captación a las gestantes para iniciar a tiempo la gestión del control prenatal y evitar la ausencia del mismo, con el fin de brindar una atención: previo, constante, completa y amplia cobertura.

Elaborar instrumentos de medición relacionados a las referencias de las gestantes al hospital san José. Realizando siempre el acompañamiento y/o seguimiento de las mismas.

Establecer convenios institucionales liderados por el servicio de neonatología, para poder brindar una atención inmediata y adecuada al recién nacido.

## VI. Referencias Bibliográficas

- Arispe, Salgado, et al (2012). Control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Rev Med Hered.
- Guillermo (2012). Morbilidad y mortalidad del recién nacido pretérmino menor de 1500 gramos. La Habana. Cuba
- Irshad et al (2012). Conocer los diferentes factores de riesgo materno y neonatal de los nacimientos prematuros. Estados Unidos de Norteamérica
- Molina, Panduro, et al (2012). Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo versus pretérmino nacido por cesárea. Ginecol Obstet México
- Peña y Torres (2011). Determinar las causas de Amenaza de Parto Pretérmino en pacientes que acuden a la consulta prenatal del Ambulatorio Urbano Tipo I “Dr. Thelmo Moreno”, Barrancas, Municipio Cruz Paredes.
- Pérez, Panduro, et al (2011). Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo versus pretérmino nacido por cesárea Ginecol Obstet. México
- Rashed y Luke (2014). Incidence and risk factors of reterm birth in a rural Bangladeshi cohort. Shah et al. BMC Pediatrics.
- Rodríguez, et al (2014). Determinar los Factores de Riesgo Maternos Asociados a Parto Pretérmino. Hospital regional de Trujillo y Hospital Belen.
- Romero, et al (2013). Determinar los factores de riesgo para parto pretérmino en un Hospital Materno Infantil de Huancayo. Perú
- Urquiza y Cabrera (2014). Parto pretérmino en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima.
- Wilfredo (2012). Factores de riesgo del parto pretérmino. Instituto materno perinatal. Ginecología y Obstetricia. Perú

### **Fuentes hemograficas**

Bracho (2012). Realizó un estudio sobre factores de riesgo asociados al parto pretérmino en adolescentes embarazadas. Maracaibo. Venezuela.

Carpio (2014) Factores de riesgo maternos asociados al desarrollo de parto Pretérmino. Hospital Regional de Lambayeque año 2013. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Universidad Privada Antenor Orrego.

Muñoz y Oliva (2013). Realizaron una investigación titulada: Identificar factores de apoyo y estrés psicosocial en adolescentes embarazadas y establecer la asociación entre estos factores y la presencia o ausencia de síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) y/o síntoma de parto prematuro (SPP). Facultad de Ciencias de la Salud y los Alimentos, Universidad del Bío.

Parra (2014). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo enero 2010- diciembre 2012. Tesis para Médico-cirujano, Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grossman, Tacna. Perú

Rashed, et al (2014). Realizaron una investigación titulada: Parto Prematuro en un estudio de cohortes prospectivo llevado a cabo en Bangladesh.

### **Fuentes virtuales**

Ministerio de Salud. (2015) Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú: [www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)

Ministerio de Salud. (2015). Avanzando hacia una maternidad segura en el Perú: Derecho de todas las mujeres. Lima, Perú: [www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)

Organización Mundial de la Salud. (2015) Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. [www.oms.org](http://www.oms.org)

## **VII. ANEXOS**

### 8.1 Anexo N° 1 Matriz de consistencia

**Título:** Gestión del control prenatal en el riesgo de parto pretérmino, Hospital San José. Chíncha 2017.

	<b>Problema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Hipótesis</b>	<b>Variable</b>	<b>Metodología</b>
<b>General</b>	En qué medida la gestión del control prenatal mejora la identificación del riesgo de parto prematuro. Hospital San José. Chíncha, 2017	Determinar si La gestión del control prenatal mejora la identificación del riesgo de parto prematuro, hospital san José de chíncha – 2017	La gestión del control prenatal mejora la identificación del riesgo de parto prematuro, hospital San José de Chíncha – 2017	Gestión del Control Prenatal  - Reacciones y respuesta	<b>Tipo</b> Investigación descriptiva de relación aplicada, de corte transversal.  <b>Representación</b> <b>Gráfica</b> M1 : Ox1 Donde: M1 : Muestra de sujeto. Ox1 : Observación de la variable independiente. - Gestión del control prenatal.  y :
<b>Específicos</b>	En qué medida la deficiencia de la gestión del Control Prenatal es un factor asociado a parto prematuro en el Hospital San José de Chíncha 2017  De qué manera la falta de control prenatal tiene relación directa con el parto prematuro en el Hospital San José de Chíncha 2017	Determinar si la deficiencia de la gestión del control prenatal es un factor asociado a parto prematuro en el hospital san José de chíncha.  Determinar si la falta de la gestión del control prenatal tiene relación directa con el parto prematuro en el Hospital San José de Chíncha.	La deficiencia de la gestión del Control Prenatal es un factor asociado a parto prematuro en el Hospital San José de Chíncha.  La falta de control prenatal tiene relación directa con el parto prematuro en el Hospital San José de Chíncha.	Riesgo de Parto Prematuro  - Reacciones y Respuesta	

	<p>Existe una gran incidencia de parto prematuro en el Hospital San José de Chíncha 2017</p> <p>Cuál es la relación de las pacientes referidas al control prenatal para la ocurrencia de parto prematuro en el hospital san José de Chíncha 2017</p>	<p>Determinar la incidencia de parto prematuro en el Hospital San José de Chíncha.</p> <p>Determinar si las pacientes referidas tienen relación directa para la ocurrencia de parto prematuro en el hospital san José de Chíncha.</p>	<p>Existe una gran incidencia de parto prematuro en el Hospital San José de Chíncha.</p> <p>Las pacientes referidas con control prenatal tienen relación directa para la ocurrencia de parto prematuro en el al hospital san José de Chíncha.</p>		<p>Índice de correlación. Oy : Observación de la variable dependiente. - Riesgo de parto prematuro</p> <p><b>Población y Muestra:</b> 100 puérperas</p> <p><b>Muestreo</b> No probabilístico intencionado.</p> <p><b>Técnicas e instrumentos de investigación</b> Técnica propuesta será una encuesta, y el instrumento será un cuestionario</p>
--	--	---	---	--	--

## 8.2 Anexo N° 2 CUESTIONARIO

Estimado(a) señora, reciba un saludo cordial, la presente encuesta es anónima, tiene por finalidad llevar a cabo un trabajo de investigación que lleva por título Gestión del control prenatal en el riesgo del parto prematuro Hospital San José Chíncha 2017, para obtener el título de Maestro en Gestión de los servicios en Salud.

A continuación, tiene una serie de preguntas con diferentes alternativas, sírvase contestar cada una de ellas y marque la respuesta que usted crea conveniente, agradeciendo su gentil colaboración.

### I. DATOS GENERALES

1. Edad: \_\_\_\_\_

#### II Estado Civil:

Soltera	Casada	Divorciada
---------	--------	------------

### III Cuantos Control Prenatal Asistió

0: nunca	1: una a dos	2: tres a cuatro.	3: Cuatro a Cinco	4: seis a mas
----------	--------------	-------------------	-------------------	---------------

.. ..

### IV Cree usted que la Gestión del Control Prenatal es Importante

N°	Ítems	0	1	2	3
1	NO				
2	Mas o menos				
3	Importante				
4	Muy Importante				

### V Le brindan una Atención Adecuada en la Gestión del Control Prenatal

N°	Ítems	0	1	2	3
1	Si				

2	no				
---	----	--	--	--	--

**VI Le Explican sobre los Signos de alarma del embarazo en la Gestión del Control Prenatal.**

Nº	Ítems	0	1	2	3
1	Si				
2	no				

**II. Parto Pretérmino**

**I.- Presento alguna infección, complicación o eventos adversos durante su embarazo**

Nº	Factores	SI	NO
1	Infección Urinaria		
2	Hipertensión Arterial		
3	Accidente de transito		
4	Violencia Familiar		
5	Ruptura Prematura de Membranas		
6	Antecedentes de Cesárea		
7	Diabetes Mellitus		
8	Antecedentes de Partos Prematuros		
9	Placenta Previa		

**II.- Cuantas Semanas de gestación tenía cuando presento alguna complicación o signo de alarma**

SEMANAS	MARCAR X
28 - 32	
32- 34	
35 - 36	
37	

**III.- Porque vía termino su Parto**

Vaginal	Cesárea
---------	---------

**IV.- La atención fue oportuna y en qué servicio.**

<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>consultorio externo</b>	<b>servicio de emergencia de ginecología</b>

## **Anexo 3**

### **Plan de mejora**

#### **1. Introducción.**

En el mundo la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. El parto prematuro es un desafío para la Salud Pública debido a que los prematuros son causa de mortalidad y de la morbilidad neonatal además de presentar preocupación para los servicios de salud y sus familias por los daños y secuelas que podrían presentar en el futuro.

A pesar que existen varios factores conocidos que llevan al nacimiento prematuro, en casi la mitad de todos los nacimientos de este tipo se desconoce su causa. Cuando las condiciones lo permiten, los doctores pueden intentar detener el trabajo de parto prematuro, para que así el embarazo pueda continuar hasta su término, aumentando así las probabilidades del bebé de sobrevivir con buena salud. Sin embargo, no existen métodos fiables para detener o prevenir el trabajo de parto prematuro en todos los casos. En el Perú el parto pre término se presenta en el 7 y 12% de embarazos. Según la OMS en el 2005 se registró 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial y en el 2016 informan que cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Existen diversos factores de riesgos asociados a parto pre término por lo cual es importante saber cuáles son los más frecuentes para poder prevenir o disminuir la frecuencias de estos y así evitar o aminorar la prematuridad; en el recién nacido, por las consecuencias que esto trae como morbilidad o mortalidad neonatal, problemas familiares tanto sociales como emocionales además de los gastos económicos que implica el cuidado de un recién nacido prematuro tanto para la familia como para el estado es por esto que el objetivo del presente trabajo es determinar si la gestión del control prenatal mejora la identificación del riesgo de parto pre término, hospital San José de Chíncha 2017.

## **2. Justificación.**

La investigación se justifica debido a que en el Departamento de Ginecología-Servicio de obstetricia se atiende un aproximado de 210 partos por mes, siendo en 80% parto eutócico (vaginal) y en un 20% parto distócico (cesárea). Donde se evidencia una cifra alarmante de recién nacidos prematuros, de madres que acuden al control prenatal llevando su atención en el hospital o en los centros o puestos de salud. El propósito de esta investigación es contribuir a disminuir la atención de partos prematuro, haciendo gestión en mejorar el control prenatal, con la finalidad de disminuir la morbilidad neonatal.

Al nivel asistencial identificar las deficiencias del personal de salud siendo Ginecólogo u obstetra que atiende en la consulta externa del control prenatal y así mejorar para brindar una adecuada atención e identificar los riesgos que condicionen la amenaza de un parto prematuro. El Hospital San José de chincha es actualmente el único hospital de referencia en la provincia a nivel de Minsa, contando con 21 establecimientos de salud. Siendo siete centros de salud de los cuales uno es de nivel I.4 (El centro de salud Pueblo Nuevo). Siendo un Centro Materno. Donde seis son de nivel I.3, y catorce puestos de salud, conformando en conjunto la unidad ejecutora 401 – salud chincha. Integra la unidad 401 – salud chincha. El Hospital san José tiene categoría II-1; depende administrativa y funcionalmente del Gobierno Regional de ICA y jerárquicamente de la Dirección de Red de Salud Ica.

## **3. Objetivos**

### **General**

Determinar si la gestión del control prenatal mejora la identificación del riesgo de parto prematuro, hospital San José de Chincha 2017

### **Objetivos específicos.**

- Determinar si la deficiencia de la gestión del control prenatal es un factor asociado a parto prematuro en el hospital San José de Chincha 2017

- Determinar si la falta de la Gestión del control prenatal tiene relación directa con el parto prematuro en el Hospital San José de Chíncha 2017
- Determinar si las pacientes referidas tienen relación directa para la ocurrencia de parto prematuro en el hospital San José de Chíncha 2017
- Determinar la incidencia de parto prematuro en el Hospital San José de Chíncha 2017.

#### **4. Plan de mejora**

##### **Objetivos de la capacitación**

- Disminuir la tasa de prematurez.
- Concentrar los esfuerzos preventivos, diagnósticos y terapéuticos en reducir la prematurez menor o igual a 32 semanas.
- Identificar la población de riesgo para parto prematuro por antecedentes de prematurez en el embarazo previo.
- Identificar población de riesgo para parto prematuro por antecedentes del embarazo actual.
- Otorgar atención especializada a la población en riesgo de prematurez.
- Tratar las causas asociadas a prematurez (ITU, vaginosis bacteriana, preeclampsia, etc.)
- Utilizar la medición transvaginal del cuello uterino como un elemento para la toma de decisiones en pacientes asintomáticas y sintomáticas.
- Incorporar medidas que reducen el riesgo de prematurez en población de riesgo

##### **Acciones**

- Capacitaciones al personal del Hospital San José para intervenir en la identificación de riesgos en la gestante.
- Educar a las madres para que conozcan los factores de riesgo durante su gestación que puede provocar la prematuridad de su parto.
- Concentrar los esfuerzos preventivos, diagnósticos y terapéuticos en reducir la prematurez menor o igual a 32 semanas.
- Identificar la población de riesgo para parto prematuro por antecedentes de prematurez en el embarazo previo.

- Identificar población de riesgo para parto prematuro por antecedentes del embarazo actual.
- Otorgar atención especializada a la población en riesgo de prematurez.
- Tratar las causas asociadas a prematurez (ITU, vaginosis bacteriana, etc.).
- Utilizar la medición transvaginal del cuello uterino como un elemento para la toma de decisiones en pacientes asintomáticas y sintomáticas.
- Incorporar medidas que reducen el riesgo de prematurez en población de riesgo
- Otorgar atención terciaria a las pacientes que presentan síntomas de parto prematuro.

## **5. Evaluación**

Se logra mejorar la gestión del control prenatal mejorando la identificación del riesgo de parto prematuro en el Hospital San José de Chíncha 2017