UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y LAS COMPLICACIONES MATERNAS PERIPARTO Y POSPARTO EN EL CENTRO DE SALUD PICHARI VRAEM, CUSCO, 2025

PRESENTADO POR:

Br. LISSET PAMELA QUISPE MACHACCA

PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

ASESORA:

Mg. KARINA YASMIN SULCA CARBAJO

ANDAHUAYLAS - PERÚ

2026

Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el **Asesor** KARINA YASMIN SULCA CARBAJO quien aplica el software de detección de similitud al trabajo de investigación/tesis titulada: ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y LAS COMPLICACIONES MATERNAS PERIPARTO Y POSPARTO EN EL CENTRO DE SALUD PICHARI VRAEM, CUSCO, 2025.

Presentado por: LISSET PAMELA QUISPE MACHACCA DNI N° 70773890;
presentado por: ..... DNI N°: .....
Para optar el título Profesional/Grado Académico de OBSTETRA

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el Software de Similitud, conforme al Art. 6° del ***Reglamento para Uso del Sistema Detección de Similitud en la UNSAAC*** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 6 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto** las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 14 de JULIO de 2026

Karina Y. Sulca Carbajo
OBSTETRA ESPECIALISTA
CORP 22779
RNE N° 2797

Firma

Post firma KARINA YASMIN SULCA CARBAJO

Nro. de DNI 21578295

ORCID del Asesor 0000-0002-8167-2452

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: **oid:** 27259:606984450

1. TESIS ASOCIACION ENTRE EL INICIO TARDIO DE LA ATENCION PRENATAL Y LAS COMPLICACIONES MATERNAS.d...

Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid:::27259:606984450

Fecha de entrega
10 jul 2026, 9:30 p.m. GMT-5

Fecha de descarga
10 jul 2026, 9:34 p.m. GMT-5

Nombre del archivo
1. TESIS ASOCIACION ENTRE EL INICIO TARDIO DE LA ATENCION PRENATAL Y LAS COMPLICACIO....docx

Tamaño del archivo
8.2 MB

105 páginas

17.613 palabras

104.829 caracteres

6% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Coincidencias menores (menos de 25 palabras)

Fuentes principales

4% Fuentes de Internet
0% Publicaciones
3% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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.

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA TRICENTENARIA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO Y SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

Con la rigurosidad y cumplimiento del estatuto, normativa de grados y títulos de la escuela profesional de Obstetricia, de la Facultad de Ciencias de la Salud y de la prestigiosa Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, con el propósito de poder optar al título profesional de OBSTETRA, presento respetuosamente a su consideración y disposición la tesis titulada "**ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y LAS COMPLICACIONES MATERNAS PERIPARTO Y POSPARTO EN EL CENTRO DE SALUD PICHARI VRAEM, CUSCO, 2025".**

La presente investigación ha sido desarrollada con rigor metodológico y sustento científico en el campo de la obstetricia, orientado a generar conocimiento relevante en el ámbito de la salud materno-perinatal. Los hallazgos de este estudio pretenden servir como referencia y antecedente tanto a nivel local como nacional e internacional para futuras investigaciones. Asimismo, permitirá a los profesionales de la salud fortalecer las estrategias para la atención oportuna.

Bachiller Lisset Pamela Quispe Machacca

DEDICATORIA

A Dios, por darme la vida, por ser mi fortaleza y guía inquebrantable en este camino. A mis amados padres, mis más grandes maestros, por inculcarme valores, por su confianza en mí y por el amor que me han brindado siempre.

AGRADECIMIENTO

A través de estas líneas quiero expresar mi más sincero agradecimiento a Dios quien me ha guiado en este camino y me ha dado la fortaleza para seguir adelante.

A mis padres Pablo Quispe Lago y Romaldina Machacca CCeñua, por su amor infinito y apoyo incondicional en esta etapa de mi vida, este triunfo es reflejo de sus sueños y sacrificios.

Un agradecimiento muy especial a mi asesora, la Mg. Karina Yasmin Sulca Carbajo, por su orientación, paciencia y sabiduría, que fueron esenciales en cada etapa de esta investigación, su apoyo fue fundamental.

A mi universidad, por brindarme la oportunidad de crecer académicamente y personalmente.

A las obstetras del Centro de Salud Pichari VRAEM, quienes no solo me brindaron conocimientos académicos, sino que también me guiaron hacia el crecimiento personal y profesional.

A mis queridas amigas, por las risas, los consejos y por su infinita amistad que fue un refugio y un incentivo constante.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN **2**
DEDICATORIA **3**
AGRADECIMIENTO **4**
ÍNDICE **5**
LISTA DE TABLAS **7**
RESUMEN **8**
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA **14**
1.1. Situación problemática. 14
1.2. Formulación del problema. 17
1.2.1. Problema general 17
1.2.2. Problemas específicos 17
1.3. Justificación de la investigación 18
1.3.1. Justificación teórica 18
1.3.2. Justificación metodológica 19
1.3.3. Justificación práctica 20
1.4. Objetivos de la investigación 20
1.4.1. Objetivo general 20
1.4.2. Objetivo específico 20
II. MARCO TEÓRICO **22**
2.1. Antecedentes de la investigación 22
2.1.1. Antecedentes internacionales 22
2.1.2. Antecedentes nacionales 26
2.1.3. Antecedentes locales 30
2.2. Bases teóricas 31
2.3. Bases conceptuales 35
2.4. Definición de términos básicos 44
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES **47**
3.1. Hipótesis 47
3.1.1. Hipótesis general. 47
3.2. Identificación de variables 48
3.3. Operacionalización de variables 50
IV. METODOLOGIA **51**
4.1. Ámbito de estudio: localización política y geográfica 51

4.2. Tipo y nivel de investigación 51
4.3. Unidad de análisis 54
4.4. Población de estudio 54
4.6. Técnicas de selección de muestra 55
4.7. Técnicas de recolección de información 56
4.8. Técnicas de análisis e interpretación de la información. 58
4.9. Técnicas para demostrar la verdad o falsedad de las hipótesis planteadas. 58
4.10. Consideraciones éticas 59
V. RESULTADOS 61
VI. DISCUSIÓN 72
VII. CONCLUSIONES 77
VIII. RECOMENDACIONES 79
IX. BIBLIOGRAFÍA 81
X. ANEXOS 90

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: *Características generales* 61

Tabla 2: *Número de APN*..... *62*

Tabla 3: *Frecuencia de inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM*..... *62*

Tabla 4: *Complicaciones maternas periparto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM.*..... *63*

Tabla 5: *Complicaciones maternas posparto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM* *64*

Tabla 6*: Análisis de la asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas periparto en el Centro de Salud Pichari VRAEM* .....…*65*

Tabla 7: *Análisis de la asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas posparto en el Centro de Salud Pichari VRAEM.* *66*

Tabla 8: *Determinación de la asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas periparto*..... *78*

Tabla 9: *Determinación de la asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas posparto* *79*

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas periparto y posparto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, durante el año 2025. Metodología: Investigación aplicada, de enfoque cuantitativo, nivel analítico-relacional, método deductivo y diseño no experimental, observacional, transversal, y retrospectivo. La unidad de análisis estuvo conformada por puérperas con registro de atención prenatal y atención de parto y posparto. La población y muestra incluyeron 100 puérperas, por lo que se realizó un estudio censal. La técnica empleada fue la revisión documentaria mediante fichas de recolección de datos. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva e inferencial mediante la prueba de Chi-cuadrado y Odds Ratio con un intervalo de confianza del 95%. Resultados: El 60,0% inició sus controles después de las 14 semanas de gestación. Entre las complicaciones periparto, las más frecuentes fueron la hemorragia intraparto (20,0%) y la distocia (18,0%). En el periodo posparto, la complicación más frecuente fue la anemia posparto (74,0%), seguida de la hemorragia posparto (24,0%). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y la hemorragia intraparto (OR=4,88; p=0,011), la distocia (OR=4,11; p=0,026), la hemorragia posparto (OR=6,64; p=0,002), la anemia posparto (OR=2,67; p=0,032) y la retención placentaria (OR=5,26; p=0,022). Conclusión: El inicio tardío de la atención prenatal se asocia significativamente con un mayor riesgo de complicaciones maternas periparto y posparto, por lo que la captación temprana de la gestante constituye una estrategia fundamental para reducir la morbimortalidad materna.

Palabras clave: Atención prenatal, Inicio tardío de la atención prenatal, Complicaciones maternas, Periparto, Posparto.

Abstract

Objective: To determine the association between late initiation of prenatal care and maternal peripartum and postpartum complications in women attended at the Pichari VRAEM, Cusco, 2025. Methodology: Applied research with a quantitative approach, analytical-relational level, deductive method, and a non-experimental, observational, cross-sectional, and retrospective. The unit of analysis consisted of postpartum women with records of prenatal care, childbirth, and postpartum care. The population and sample consisted of 100 postpartum women; therefore, a census study was conducted. The data collection technique was document review using data collection forms. Descriptive and inferential statistical analyses were performed using the Chi-square test and Odds Ratio with a 95% confidence interval. Results: Sixty percent 60.0% of the participants initiated prenatal care after 14 weeks of gestation. Among peripartum complications, the most frequent were intrapartum hemorrhage (20.0%) and dystocia (18.0%). During the postpartum period, the most common complication was postpartum anemia (74.0%), followed by postpartum hemorrhage (24.0%). A statistically significant association was found between late initiation of prenatal care and intrapartum hemorrhage (OR=4.88; p=0.011), dystocia (OR=4.11; p=0.026), postpartum hemorrhage (OR=6.64; p=0.002), postpartum anemia (OR=2.67; p=0.032), and retained placenta (OR=5.26; p=0.022). Conclusion: Late initiation of prenatal care is significantly associated with a higher risk of maternal peripartum and postpartum complications; therefore, early prenatal care enrollment is an essential strategy to reduce maternal morbidity and mortality.

Keywords: Prenatal care, Late initiation of prenatal care, Maternal complications, Peripartum, Postpartum.

INTRODUCCIÓN

La atención prenatal constituye una intervención fundamental para la protección de la salud materna y fetal, ya que integra acciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas y educativas orientadas a vigilar la evolución del embarazo, identificar factores de riesgo y prevenir complicaciones durante la gestación, el parto y el puerperio (1). Según el Ministerio de Salud del Perú, se considera inicio tardío cuando la gestante acude a su primera consulta después del primer trimestre. Esta situación limita la detección oportuna de patologías obstétricas y reduce la efectividad de las intervenciones preventivas (2).

Las complicaciones maternas periparto y posparto son eventos adversos que ponen en riesgo la salud o la vida de la mujer durante el trabajo de parto y el puerperio inmediato. Las más frecuentes son las hemorragias obstétricas, los trastornos hipertensivos, las infecciones puerperales, la anemia posparto y la retención de restos placentarios. Muchas de estas complicaciones se pueden evitar con una atención prenatal de calidad, temprana y continua (3).

A nivel mundial, la morbimortalidad materna continúa siendo un importante problema de salud pública. En 2023 aproximadamente 260 000 mujeres murieron por causas prevenibles relacionadas con el embarazo, parto y posparto, más del 90 % de estos casos ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos (1). Asimismo, solo el 58,6 % de las gestantes inició la atención prenatal en el primer trimestre (4). En América Latina y el Caribe se estimaron 7 850 muertes maternas, con una razón de mortalidad materna de 59 por cada 100 000 nacidos vivos, cifra superior a la meta regional proyectada para 2030 (7). Organización Mundial de la Salud (OMS) idealmente plantea como límite para el

inicio oportuno las 12 semanas de gestación, el presente trabajo se alinea estrictamente con la normativa técnica vigente del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), que establece epidemiológicamente el punto de corte para el inicio tardío a partir de las 14 semanas de gestación (2).

En el Perú, según ENDES 2024, el 12% de las gestantes inició su atención prenatal después del primer trimestre de gestación. Esta situación es más frecuente en poblaciones con barreras geográficas y sociales, especialmente en zonas rurales y regiones de la Sierra y Selva, donde el acceso oportuno a los servicios de salud continúa siendo un desafío. (8).

A nivel local, en el Centro de Salud Pichari, solo el 19,6 % de gestantes inició su atención prenatal antes de las 14 semanas, evidenciando una captación tardía influenciada por barreras geográficas, económicas y socioculturales (9). En este marco, la presente investigación tiene como objetivo determinar la asociación del inicio tardío de la atención prenatal con las complicaciones maternas periparto y posparto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025, con el fin de generar evidencia científica que contribuya a fortalecer la captación temprana y mejorar la calidad de la atención materna.

La evaluación del inicio tardío de la atención prenatal no es un problema aislado, sino un fenómeno ampliamente estudiado a nivel internacional y nacional. Diversas investigaciones han demostrado en investigaciones de diferentes realidades geográficas, como la de Benites (2023) en México y la de Ade-Ojo (2023) en Nigeria, que retrasar el control prenatal, especialmente hasta el segundo o tercer trimestre, se relaciona significativamente con picos elevados de morbilidad, donde destacan complicaciones críticas como la preeclampsia y

la rotura prematura de membranas. Asimismo, revisiones sistemáticas regionales como la de Barros (2022) confirman que a lo largo de América Latina el control tardío propicia escenarios idóneos para la aparición de hemorragias y partos pretérminos.

En el contexto peruano, la literatura científica más reciente corrobora esta preocupante tendencia. Núñez (2025), mediante un análisis masivo de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), determinó una asociación estadísticamente muy significativa ($p = 0.001$) entre el momento del primer control prenatal y la manifestación de complicaciones tanto periparto (como el trabajo de parto prolongado) como posparto (fiebre y dolor al orinar). En esa misma línea temporal, Rivera y col. (2024) demostraron en hospitales de provincias que hasta un 71.1% de las gestantes captadas tardíamente desarrollaron complicaciones durante el proceso obstétrico.

A pesar de este robusto cuerpo de evidencia previo, persiste la incógnita metodológica de cómo interactúan estas variables en entornos con un fuerte componente de dispersión geográfica y vulnerabilidad sociocultural como el área de influencia del Centro de Salud Pichari VRAEM para el año 2025. Dado que la literatura nacional suele basarse en grandes registros macroestructurales o realidades hospitalarias urbanas, se requiere con urgencia información científica local, de primera fuente y actualizada, que determine si los patrones de riesgo periparto y posparto identificados en el país se replican con la misma intensidad en la micro red de salud del VRAEM.

El presente estudio de investigación está estructurado en cinco capítulos, organizados de manera sistemática para garantizar coherencia y rigor

metodológico: Capítulo I: Comprende el planteamiento y la formulación del problema, así como la justificación y los objetivos de la investigación. Capítulo II: Desarrolla el marco teórico, incluyendo los antecedentes del estudio, las bases teóricas y conceptuales, y la definición de términos básicos. Capítulo III: Presenta las hipótesis, la identificación de variables y su correspondiente operacionalización. Capítulo IV: Describe el enfoque metodológico, detallando el contexto del estudio, el tipo y diseño de investigación, la unidad de análisis, la población y muestra, así como las técnicas e instrumentos de recolección de datos y los procedimientos para su análisis e interpretación. Capítulo V**:** Expone los resultados obtenidos, su análisis e interpretación, y culmina con las conclusiones y recomendaciones fundamentadas en la evidencia generada.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Situación problemática.

La atención prenatal es el conjunto de cuidados clínicos, preventivos y educativos brindados a la mujer embarazada con el objetivo de vigilar la salud materna y fetal, detectar factores de riesgo y prevenir complicaciones durante el embarazo, el parto y el posparto; se recomienda que las gestantes lo reciban hasta el posparto (1). Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), se considera inicio tardío cuando la gestante realiza su primera consulta después del primer trimestre (2). Por otra parte, las complicaciones maternas son eventos adversos que pueden poner en peligro la vida o la salud de la madre durante el trabajo de parto y el posparto, incluyendo hemorragias graves, infecciones puerperales y trastornos hipertensivos. La mayoría de las complicaciones maternas son catalogadas como prevenibles o tratables, y se hace énfasis en que todas las mujeres tengan acceso a una atención de alta calidad durante el embarazo, parto y posparto, dado que la salud materna y neonatal están estrechamente relacionadas (3).

A nivel mundial, las complicaciones maternas continúan siendo una de las principales causas de muerte entre mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto. En 2023, más de 700 mujeres murieron cada día por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, lo que equivale a aproximadamente 260 000 muertes maternas a nivel global, con más del 90 % de estos fallecimientos ocurriendo en países de ingreso bajo y mediano bajo; estos desenlaces podrían haberse evitado con acceso oportuno a atención de calidad antes, durante y después del parto (1). Además, se encontró que la

cobertura de atención prenatal dentro del primer trimestre es aún insuficiente. Se estima que solo alrededor del 58,6 % de las gestantes iniciaron atención prenatal temprana (4). En África Subsahariana esta cifra desciende al 38 % y en países como Malawi es menor al 25 % (5,6).

En la región de América Latina y el Caribe, se estimó que en 2023 ocurrieron alrededor de 7 850 muertes maternas, con una razón de mortalidad materna de aproximadamente 59 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, cifra aún superior al objetivo regional de 30 por 100 000 establecido para 2030 por la Agenda Sostenible de Salud para las Américas (7).

A nivel nacional, la atención prenatal oportuna constituye una de las principales estrategias para prevenir complicaciones maternas y perinatales. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2024), el 88,0% de las mujeres inició su atención prenatal durante el primer trimestre de gestación; sin embargo, un 12,0% lo hizo después de este periodo recomendado. Esta situación continúa siendo más frecuente en poblaciones con mayores condiciones de vulnerabilidad social, económica y geográfica, especialmente en zonas rurales y regiones de la Sierra y la Selva, donde persisten barreras de acceso a los servicios de salud. El inicio tardío de la atención prenatal limita la identificación precoz de factores de riesgo obstétrico y reduce las oportunidades de intervención oportuna, incrementando la probabilidad de complicaciones maternas durante el embarazo, parto y puerperio (8).

A nivel local, en el Centro de Salud Pichari, solo el 19,6 % de las gestantes inició su atención prenatal antes de las 14 semanas, mientras que la mayoría comenzó

después de este periodo, evidenciando que existe un inicio tardío de la atención prenatal en este establecimiento (9).

Diversos estudios han identificado que el inicio tardío de la atención prenatal está influenciado por factores sociodemográficos, personales y del sistema de salud, tales como el bajo nivel educativo, la falta de conocimiento sobre la importancia de la atención temprana, los embarazos no planificados, las percepciones culturales y las barreras de acceso (incluyendo desplazamientos largos, costos asociados y actitudes del personal de salud). Estos factores aumentan la probabilidad de que las gestantes no inicien sus controles de forma oportuna, lo que limita drásticamente la detección temprana de riesgos y la aplicación de intervenciones preventivas efectivas, incrementando así la ocurrencia de complicaciones maternas graves como hemorragias, infecciones puerperales, trastornos hipertensivos e incluso mortalidad materna y neonatal prevenible (3, 10).

Sin embargo, en el Centro de Salud Pichari VRAEM no se dispone de evidencia local actualizada que permita determinar si el inicio tardío de la atención prenatal se encuentra asociado directamente con la ocurrencia de estas complicaciones maternas durante el periparto y posparto. Esta ausencia de información limita la identificación de riesgos específicos de la población atendida y dificulta la generación de estrategias institucionales orientadas a fortalecer la atención materna basadas en datos científicos propios de la región.

En este contexto, resulta imprescindible generar evidencia científica local que permita esclarecer la posible asociación entre el retraso de la atención prenatal y las complicaciones maternas. Los hallazgos de esta investigación no solo

sustentarán estrategias de intervención oportunas y adaptadas a la realidad del VRAEM, sino que también contribuirán a mejorar la calidad del seguimiento obstétrico y a reducir la morbimortalidad materna en este establecimiento de salud.

1.2. Formulación del problema.

1.2.1. Problema general

¿Existe asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas periparto y posparto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la frecuencia del inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025?
- ¿Cuáles son las complicaciones maternas más frecuentes durante el periparto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025?
- ¿Cuáles son las complicaciones maternas más frecuentes durante el posparto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025?
- ¿Existe asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas periparto en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025?

- ¿Existe asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas posparto en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025?

1.3. Justificación de la investigación

1.3.1. Justificación teórica

El inicio tardío de la atención prenatal constituye una problemática relevante en salud pública, debido a que limita la identificación oportuna de factores de riesgo materno-fetales y reduce la posibilidad de implementar intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas durante etapas críticas de la gestación. La evidencia científica demuestra que cuando la gestante inicia la atención prenatal después de las 14 semanas se incrementa la probabilidad de desarrollar complicaciones maternas durante el embarazo, el parto y el puerperio, tales como anemia, infecciones urinarias y genitales, trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias obstétricas, sepsis puerperal y otras condiciones que comprometen la morbimortalidad materna.

Asimismo, diversos modelos teóricos sobre el acceso y utilización de servicios de salud, como el Modelo de Andersen, explican que factores predisponentes, facilitadores y de necesidad influyen en la captación temprana o tardía de la gestante, condicionando los resultados obstétricos. En ese sentido, la presente investigación contribuirá a fortalecer el conocimiento científico existente sobre la asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas periparto y posparto, generando evidencia local en una población

vulnerable del VRAEM, donde confluyen barreras geográficas, socioculturales y económicas. Además, servirá como base teórica para futuras investigaciones analíticas, comparativas o explicativas orientadas a mejorar la salud materna.

1.3.2. Justificación metodológica

Desde el punto de vista metodológico, la presente investigación aporta evidencia mediante la aplicación de un diseño cuantitativo, analítico, observacional y de corte transversal, adecuado para determinar la magnitud y fuerza de asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y la ocurrencia de complicaciones maternas periparto y posparto.

La utilización de fuentes secundarias confiables, como historias clínicas, fichas perinatales y registros obstétricos institucionales, permitirá obtener información objetiva, precisa y verificable, minimizando sesgos de información. Asimismo, la construcción de una ficha de recolección de datos validada por juicio de expertos garantizará la consistencia metodológica del estudio. El análisis estadístico mediante pruebas de asociación, como Chi cuadrado y el cálculo del Odds Ratio (OR), con intervalo de confianza al 95% permitirá cuantificar la fuerza y dirección de la asociación, expresando el riesgo relativo de complicaciones maternas según el momento de inicio de la atención prenatal. En consecuencia, este estudio constituirá un referente metodológico para investigaciones similares en contextos rurales de difícil acceso, contribuyendo a la reproducibilidad científica en el campo de la salud materna.

1.3.3. Justificación práctica

Desde la perspectiva práctica, los hallazgos del estudio permitirán evidenciar el impacto real del inicio tardío de la atención prenatal sobre la ocurrencia de complicaciones maternas durante el periparto y posparto en el Centro de Salud Pichari VRAEM, información clave para la toma de decisiones clínicas y administrativas.

Los resultados servirán para fortalecer estrategias de captación precoz de gestantes, mejorar los mecanismos de seguimiento y vigilancia obstétrica, optimizar los protocolos de atención prenatal integral y priorizar intervenciones dirigidas a mujeres con factores de riesgo. Asimismo, permitirá orientar acciones preventivas para disminuir complicaciones potencialmente evitables, como hemorragia posparto, infecciones puerperales, trastornos hipertensivos, anemia y otras emergencias obstétricas.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar la asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas periparto y posparto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025.

1.4.2. Objetivo específico

- Describir la frecuencia de inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025.

- Identificar las complicaciones maternas periparto más frecuentes en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025.
- Identificar las complicaciones maternas posparto más frecuentes en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025.
- Determinar la asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y complicaciones periparto en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025.
- Determinar la asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y complicaciones posparto en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Benites D. (2023 – México) realizó una investigación con el propósito de identificar los factores asociados al inicio tardío del control prenatal y su relación con la aparición de complicaciones maternas y fetales. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de tipo observacional, con diseño transversal y nivel descriptivo. Para la recolección de información se aplicó una encuesta a 103 gestantes que iniciaron su atención prenatal después de las 12 semanas de gestación. Entre los principales hallazgos se observó que el 62 % de las participantes desempeñaba actividades laborales durante el embarazo, el 31 % desconocía su estado gestacional y el 40 % no acudió de manera oportuna al control prenatal. Asimismo, el 27 % expresó insatisfacción con la actitud del personal de salud y el 45 % señaló demoras en la programación de citas. En cuanto a los antecedentes obstétricos, entre las mujeres con gestaciones previas, el 47 % había tenido parto vaginal, el 30 % presentó antecedentes de aborto y el 23 % culminó en cesárea. Respecto a las complicaciones, se evidenció que el 63 % presentó complicaciones fetales y el 73 % complicaciones maternas. Durante la gestación actual, el 48 % acudió al servicio de emergencia por infecciones, el 28 % por episodios de sangrado antes del parto y el 7 % por trastornos hipertensivos.

El estudio concluyó que diversas barreras, como el embarazo no planificado, factores personales, la percepción negativa sobre la atención del personal de salud y la demora en el acceso a las citas, influyen

significativamente en el inicio tardío del control prenatal, incrementando la probabilidad de complicaciones tanto maternas como fetales (11).

Ade-Ojo I. et al. (2023 – Nigeria) realizaron una investigación con la finalidad de comparar los resultados obstétricos entre mujeres que iniciaron la atención prenatal de forma tardía, específicamente en el tercer trimestre, y aquellas que comenzaron sus controles de manera oportuna. El estudio correspondió a una cohorte prospectiva y se llevó a cabo en 1 633 gestantes que recibieron atención prenatal y culminaron su parto en el Hospital Universitario Docente de la Universidad Estatal de Ekiti.

Los hallazgos mostraron que el 33,5 % de las participantes inició la atención prenatal de manera tardía. En este grupo se observó una mayor frecuencia de complicaciones maternas en comparación con las gestantes que iniciaron tempranamente sus controles prenatales. Entre las complicaciones más relevantes destacaron la preeclampsia, con asociación estadísticamente significativa ($p = 0,02$), y la ruptura prematura de membranas antes del inicio del trabajo de parto ($p = 0,003$).

Los autores concluyeron que la proporción de gestantes con inicio tardío de la atención prenatal fue considerable y que esta condición se relaciona con un incremento del riesgo de complicaciones obstétricas maternas, especialmente preeclampsia, enfatizando la necesidad de promover el acceso oportuno al control prenatal para mejorar los resultados maternos y perinatales (12).

Barros L. (2022 – América Latina) tuvo como propósito identificar los factores asociados a la ausencia o al inicio tardío del control prenatal y su

relación con las complicaciones obstétricas en mujeres gestantes de América Latina. Para ello, se desarrolló una investigación documental con diseño de revisión bibliográfica, basada en la búsqueda sistemática de información en bases de datos científicas como PubMed, BVS, SciELO, Latindex, LILACS y Google Académico. Se emplearon descriptores DeCS y MeSH relacionados con atención prenatal, embarazo y complicaciones obstétricas, considerando publicaciones en español e inglés correspondientes al periodo 2015–2021. Como resultado de la búsqueda, se identificaron 1 718 estudios, de los cuales se seleccionaron 30 investigaciones por su relevancia metodológica y temática. El análisis evidenció que la falta o el inicio tardío del control prenatal se encuentra asociado principalmente con factores como bajo nivel educativo, dedicación exclusiva al hogar, desempleo, limitados recursos económicos, barreras geográficas, ausencia de afiliación a servicios de salud, así como creencias, costumbres y prácticas culturales. Asimismo, se encontró que estas condiciones incrementan el riesgo de complicaciones obstétricas maternas y perinatales, entre las que destacan infecciones, anemia, preeclampsia, hemorragias, desgarros perineales, parto incompleto, bajo peso al nacer y prematuridad. Se concluyó que la ausencia o el inicio tardío del control prenatal mantiene una relación directa con la presencia de complicaciones obstétricas y perinatales en la población gestante de América Latina, evidenciando la necesidad de fortalecer estrategias de acceso oportuno y continuidad en la atención prenatal (13).

Gómez A. (2020 – México) tuvo como finalidad determinar la asociación entre el inicio tardío del control prenatal y la presencia de complicaciones durante la gestación en mujeres atendidas en el Hospital Comunitario de Puente de Ixtla, durante el periodo comprendido entre octubre y diciembre de 2018. La investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo observacional, nivel analítico y diseño transversal. La población estuvo conformada por gestantes atendidas en el servicio de tococirugía, y para la recolección de información se empleó un cuestionario estructurado de 43 ítems. Los resultados evidenciaron que, entre las gestantes con control prenatal tardío, el 53 % tenía entre 20 y 29 años, el 41 % contaba con secundaria incompleta, el 64 % convivía en unión libre, el 69 % se dedicaba a labores del hogar y el 83 % percibía ingresos iguales o menores a un salario mínimo. Estas características reflejan la influencia de factores sociodemográficos y económicos en la captación tardía de la atención prenatal. Asimismo, se encontró que el 58 % de las gestantes presentó alguna complicación durante el embarazo. Entre las más frecuentes destacaron la amenaza de aborto, los trastornos hipertensivos del embarazo, la diabetes gestacional, las patologías placentarias y la amenaza de parto pretérmino. El estudio concluyó que el control prenatal tardío se encuentra asociado con una mayor frecuencia de complicaciones obstétricas durante el embarazo, resaltando la importancia de promover el acceso oportuno y continuo a la atención prenatal para prevenir desenlaces maternos adversos (14).

Heaman M. et al. (2019 – Canadá) tuvieron como objetivo examinar la asociación entre la utilización de la atención prenatal y los resultados

maternos, fetales e infantiles en Manitoba. Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó 67 076 partos únicos ocurridos entre 2004 y 2009, clasificando la atención prenatal en inadecuada, intermedia/adecuada e intensiva, y analizando la asociación mediante regresión logística multivariable. Los resultados mostraron que el 11,6 % de las mujeres recibió atención prenatal inadecuada, el 84,4 % atención intermedia/adecuada y el 4,0 % atención intensiva; la atención prenatal inadecuada se asoció con mayor probabilidad de muerte fetal intrauterina, parto prematuro, bajo peso al nacer, recién nacidos pequeños para la edad gestacional, ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales y trastornos depresivos o de ansiedad posparto, además de una menor probabilidad de iniciar lactancia materna y completar inmunizaciones infantiles. Se concluye que la atención prenatal inadecuada se asocia con múltiples resultados adversos del embarazo y del posparto, mientras que una atención prenatal adecuada o intensiva contribuye a mejores resultados maternos y perinatales (15).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Núñez M. (2025 – Perú) tuvo como propósito determinar la asociación entre las complicaciones maternas y el momento de inicio del primer control prenatal, utilizando información proveniente de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022. La investigación fue de enfoque cuantitativo, de tipo básico-retrospectivo, con diseño no experimental, transversal y nivel correlacional. La población de estudio estuvo conformada por 18 703 mujeres en edad fértil, comprendidas entre los 12 y 49 años. Los resultados evidenciaron que el 6,18 % de las

participantes presentó complicaciones durante el periodo periparto, siendo las más frecuentes el trabajo de parto prolongado y el sangrado excesivo. Asimismo, el 7,36 % reportó complicaciones en el posparto, destacando principalmente el dolor al orinar y la presencia de fiebre alta o escalofríos. En relación con el inicio del control prenatal, se observó que la mayor proporción de mujeres acudió por primera vez en el segundo mes de gestación (30,1 %), seguido del primer mes (25,6 %) y del tercer mes (22,8 %). En el análisis inferencial se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones maternas y el momento del primer control prenatal (p = 0,001). Se concluyó que las complicaciones maternas, tanto en el periodo periparto como en el posparto, guardan una relación significativa con el inicio del control prenatal, resaltando la importancia de la captación temprana de la gestante para prevenir desenlaces obstétricos adversos (16).

Rivera P. et al. (2024 – Tarma) realizaron una investigación con el propósito de establecer la relación entre la atención prenatal y los resultados maternos y perinatales en puérperas atendidas en el Hospital Félix Mayorca Soto durante el año 2024. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de nivel analítico, explicativo, correlacional y de diseño retrospectivo. Para ello, se revisaron 167 historias clínicas de gestantes atendidas entre enero y julio del mismo año.

Los hallazgos evidenciaron que una proporción importante de gestantes inició la atención prenatal en el segundo trimestre de gestación; dentro de este grupo, el 71,1 % presentó complicaciones durante el embarazo. En contraste, entre aquellas que comenzaron el control prenatal antes de las

12 semanas, el 95,7 % no desarrolló complicaciones. Asimismo, se observó que, de las gestantes con menos de seis controles prenatales, el 72 % no presentó complicaciones, mientras que el 28 % sí las desarrolló. Respecto al cumplimiento de intervenciones recomendadas, de las 116 gestantes que recibieron atención integral, el 60,3 % no presentó complicaciones, frente al 39,7 % que sí las presentó. Del mismo modo, el 60,3 % de las mujeres que recibió intervenciones preventivas oportunas no evidenció complicaciones maternas ni perinatales, y el 63,9 % de aquellas a quienes se les realizaron exámenes auxiliares tampoco presentó eventos adversos. En conclusión, los autores determinaron que existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad gestacional de inicio de la atención prenatal, el número de controles prenatales, la aplicación de intervenciones preventivas y la realización de exámenes auxiliares con los resultados maternos y perinatales ($p < 0,05$), destacando la importancia de una captación temprana y un seguimiento prenatal integral para disminuir complicaciones obstétricas **(**17).

Falla V. et al. (2023 – Lima) Realizaron una investigación con el propósito de determinar la relación entre los factores asociados al control prenatal tardío y las complicaciones presentadas en gestantes atendidas en el servicio de ginecología de un hospital de Lima. El estudio fue de tipo aplicado, con enfoque cuantitativo, diseño no experimental, nivel correlacional y corte transversal. La muestra estuvo conformada por 65 gestantes, seleccionadas mediante muestreo censal, y para la recolección de datos se empleó un cuestionario estructurado de 54 ítems. Los resultados evidenciaron que el control prenatal tardío se presentó en un

nivel medio, relacionado principalmente con factores socioculturales, económicos, personales e institucionales. Asimismo, se identificaron niveles bajos a medios de complicaciones obstétricas, sociales y psicológicas en la población estudiada. En el análisis inferencial se encontró una relación estadísticamente significativa entre los factores personales y la presencia de complicaciones obstétricas; del mismo modo, se evidenció asociación significativa entre los factores institucionales y las complicaciones psicológicas ($p < 0,05$). Se concluyó que determinados factores vinculados al control prenatal tardío guardan una relación significativa con la aparición de complicaciones en las gestantes, lo que resalta la necesidad de fortalecer estrategias orientadas a reducir barreras personales e institucionales para favorecer el acceso oportuno a la atención prenatal (18).

Salazar P., L. (2023 – Lima) tuvo como objetivo determinar si el control prenatal tardío constituye un factor de riesgo para mortalidad materna en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo 2010–2020. Se realizó un estudio no experimental, observacional, analítico y retrospectivo de casos y controles, mediante la revisión de historias clínicas. Los resultados evidenciaron que el 78,48 % de los casos inició el control prenatal de forma temprana, al igual que el 50,4 % de los controles; sin embargo, solo el 15,19 % de los casos y el 26 % de los controles alcanzaron un número adecuado de controles prenatales (≥ 6). Asimismo, las pacientes con controles prenatales insuficientes presentaron 1,9 veces más probabilidad de fallecer. En el análisis bivariado no se encontró asociación estadísticamente significativa entre control prenatal tardío y

mortalidad materna, aunque sí se halló asociación con el grado de instrucción básica y la modalidad de ingreso hospitalario; mientras que en el análisis multivariado se evidenció relación entre el ingreso como puérpera y mortalidad materna. Se concluye que el control prenatal tardío no se comportó como factor de riesgo para mortalidad materna en el periodo estudiado; no obstante, se resalta que la insuficiencia en el número de controles prenatales podría limitar el efecto protector del inicio temprano del control prenatal (20).

Méndez A. et al. (2021 – Perú) tuvieron como objetivo determinar la asociación entre el control prenatal adecuado y las complicaciones obstétricas maternas periparto y postparto. Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, transversal y analítico, basado en el análisis de datos secundarios de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) correspondientes al periodo 2017–2019, con una muestra de 41 803 madres. Los resultados evidenciaron que el 21,0 % presentó complicaciones periparto y el 28,7 % complicaciones postparto, encontrándose que la ausencia de un control prenatal de calidad se asoció significativamente con una mayor probabilidad de complicaciones tanto periparto como postparto, así como otros factores sociodemográficos y de atención en salud. Se concluyó que existe una asociación significativa entre la calidad del control prenatal y la ocurrencia de complicaciones obstétricas maternas durante el periparto y posparto (19).

2.1.3. Antecedentes locales

No se encontraron estudios locales.

2.2. Bases teóricas

Modelo de Acceso a los Servicios de Salud

El Modelo de Acceso a los Servicios de Salud, propuesto inicialmente por Ronald M. Andersen y complementado por Penchansky y Thomas, constituye un marco teórico ampliamente utilizado para explicar la utilización oportuna o tardía de los servicios sanitarios. Este modelo sostiene que el acceso no depende únicamente de la existencia física del servicio, sino de la interacción dinámica entre las características del sistema de salud y las condiciones individuales, familiares y contextuales de la población usuaria.

Desde la perspectiva de Penchansky y Thomas, el acceso se analiza a través de cinco dimensiones esenciales. La disponibilidad hace referencia a la existencia suficiente de recursos, infraestructura, personal de salud e insumos necesarios para satisfacer la demanda de atención. En el contexto de la atención prenatal, implica la presencia de consultorios obstétricos, profesionales capacitados, equipos diagnósticos y medicamentos para brindar una atención integral a la gestante. La accesibilidad geográfica evalúa la relación entre la ubicación del establecimiento de salud y la residencia de la usuaria, considerando factores como distancia, tiempo de traslado, disponibilidad de transporte y condiciones de transitabilidad. Esta dimensión adquiere especial relevancia en zonas rurales o dispersas geográficamente, como el VRAEM, donde las barreras territoriales pueden retrasar el inicio de la atención prenatal. La asequibilidad se refiere a la capacidad económica de la usuaria para asumir costos directos e indirectos relacionados con la atención, tales como transporte, alimentación, medicamentos o pérdida de ingresos. A pesar de que muchos servicios

prenatales son gratuitos en el sistema público, los costos indirectos pueden constituir barreras importantes para la captación temprana. La aceptabilidad comprende el grado en que las características socioculturales del servicio coinciden con las creencias, valores, idioma, costumbres y expectativas de la usuaria. Factores como la desconfianza en el personal de salud, experiencias previas negativas, prácticas tradicionales o temor al estigma social pueden influir en la decisión de postergar la atención prenatal. Finalmente, la capacidad de acomodación se relaciona con la organización interna de los servicios para responder de manera oportuna a las necesidades de la población, incluyendo horarios de atención, tiempos de espera, sistema de citas y continuidad del cuidado (21)

En el presente estudio titulado **Asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas periparto y posparto en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025**, este modelo aporta científicamente al explicar que el inicio tardío de la atención prenatal puede ser consecuencia de múltiples barreras estructurales, sociales y organizacionales que limitan el acceso oportuno a los servicios de salud materna. Desde el punto de vista metodológico, orienta la identificación y análisis de variables intervinientes o de confusión, como procedencia, nivel educativo, distancia al establecimiento, ocupación, paridad y cobertura de seguro, las cuales podrían influir tanto en el acceso prenatal como en la aparición de complicaciones maternas.

Asimismo, este modelo fortalece la interpretación de los hallazgos, permitiendo comprender que las complicaciones periparto y posparto no solo responden a factores biológicos, sino también a determinantes del acceso sanitario. Por ello, su incorporación en la investigación brinda sustento teórico para proponer

estrategias orientadas a mejorar la captación precoz de gestantes, reducir barreras de acceso y fortalecer la calidad de la atención prenatal en poblaciones vulnerables como las del VRAEM.

Modelo de Atención Prenatal de la OMS

El Modelo de Atención Prenatal de la Organización Mundial de la Salud concibe la atención prenatal como un proceso integral, continuo y oportuno orientado a preservar la salud materna y perinatal mediante intervenciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas y educativas. Este modelo recomienda que la primera atención prenatal se realice durante el primer trimestre, idealmente antes de las 12 semanas de gestación, a fin de identificar precozmente factores de riesgo y posibles complicaciones. Asimismo, la OMS señala que un mayor número de contactos entre la gestante y el personal de salud favorece la vigilancia continua del embarazo, la detección temprana de patologías como anemia, infecciones, trastornos hipertensivos y hemorragias, así como la implementación de medidas oportunas para prevenir complicaciones maternas y neonatales (3).

En relación con el presente estudio, este modelo sustenta científicamente que el inicio tardío de la atención prenatal disminuye la oportunidad de intervención temprana, incrementando el riesgo de complicaciones maternas durante el periodo periparto y posparto.

Metodológicamente, este enfoque orienta la operacionalización de la variable independiente, que en el presente estudio se operacionaliza con el criterio normativo del MINSA (>14 semanas) en lugar de las 12 semanas propuestas por la OMS, justificado por la necesidad de estandarizar los resultados al sistema

sanitario peruano. Aclarando explícitamente que el estudio adopta el criterio del MINSA (>14 semanas) y no el de la OMS (<12 semanas).

Teoría del Riesgo en Salud Materna

La Teoría del Riesgo en Salud Materna, promovida por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, sostiene que determinadas condiciones maternas, fetales y del entorno incrementan la probabilidad de complicaciones obstétricas y perinatales si no son identificadas y tratadas oportunamente. Este enfoque establece que complicaciones como hemorragias, trastornos hipertensivos, infecciones y enfermedades preexistentes pueden evolucionar a formas graves cuando no se detectan precozmente durante la atención prenatal. Por ello, resalta la importancia de la atención prenatal temprana y de calidad para la identificación, clasificación y manejo oportuno del riesgo obstétrico (22,23).

En el presente estudio, esta teoría sustenta científicamente que el inicio tardío de la atención prenatal limita la detección precoz de factores de riesgo, incrementando la probabilidad de complicaciones maternas durante el periparto y posparto.

Metodológicamente, este enfoque orienta la identificación de variables clínicas de riesgo y permite interpretar la asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y la ocurrencia de complicaciones maternas.

Modelo de Determinantes Sociales de la Salud

El Modelo de Determinantes Sociales de la Salud, promovido por la Organización Mundial de la Salud, plantea que la salud de las personas no depende

únicamente de la atención sanitaria, sino también de factores sociales, económicos y culturales que influyen en el acceso y uso de los servicios de salud. En el contexto materno, variables como el nivel educativo, los ingresos, la ocupación, las condiciones de vivienda, el entorno social y cultural, así como el género, afectan la capacidad de las gestantes para iniciar oportunamente la atención prenatal y mantener un seguimiento adecuado durante el embarazo. Estas condiciones pueden limitar la detección temprana de factores de riesgo y aumentar la probabilidad de complicaciones maternas periparto y posparto, evidenciando la necesidad de considerar intervenciones integrales que aborden no solo la atención clínica, sino también los determinantes sociales que inciden en la salud materna (24).

En el presente estudio, este modelo sustenta científicamente que las desigualdades sociales pueden favorecer el inicio tardío de la atención prenatal, incrementando el riesgo de complicaciones maternas durante el periparto y posparto.

Metodológicamente, orienta la identificación de variables sociodemográficas e intervinientes que pueden influir en la asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas.

2.3. Bases conceptuales

Atención prenatal

La atención prenatal según la OMS es un conjunto de cuidados y acciones de salud brindados a la mujer embarazada para asegurar su bienestar y el del bebé, detectando riesgos, promoviendo hábitos saludables (nutrición, suplementos de hierro y ácido fólico), y preparando para el parto, mediante visitas programadas

y una evaluación que clasifica a las mujeres en riesgo básico o de cuidados especiales para una atención personalizada y de calidad desde el inicio del embarazo (25).

Es preciso señalar una consideración metodológica respecto a los criterios de temporalidad: a nivel internacional, diversos estudios y guías clínicas adoptan el modelo de la OMS que fija las 12 semanas como umbral de oportunidad. No obstante, con la finalidad de estandarizar los resultados a la realidad sanitaria nacional y local del Centro de Salud Pichari, en este estudio se asume el criterio del MINSA. Por lo tanto, se define formalmente como inicio tardío de la atención prenatal a toda captación ocurrida a partir de la semana 14 de gestación, siendo este el parámetro uniforme utilizado en el análisis estadístico y la operacionalización de variables de la presente tesis (8).

Otros autores mencionan que la atención prenatal tiene como fin preservar y mejorar la salud de la madre y del producto de su gestación, pero la calidad de este servicio y las tasas de asistencias son variables, siendo los países subdesarrollados los que presentan las tasas más bajas. Existen brechas culturales que impiden el adecuado acceso a los cuidados prenatales, y ello pone en riesgo la salud del binomio madre e hijo (25).

Objetivos de la atención prenatal

Detección y prevención temprana de complicaciones maternas y fetales: Uno de los objetivos principales es identificar oportunamente factores de riesgo, enfermedades preexistentes y condiciones emergentes como hipertensión gestacional, diabetes gestacional, anemia, infecciones, que pueden

comprometer la salud de la madre o el feto, con el fin de aplicar intervenciones preventivas o terapéuticas adecuadas a tiempo (26)

Monitoreo del crecimiento y desarrollo fetal: A través de controles periódicos, se evalúa el crecimiento uterino, la vitalidad fetal, la presentación y la madurez, lo cual permite anticipar problemas como restricción del crecimiento intrauterino, mal presentaciones, y planificar un manejo clínico oportuno (27)

Promoción de la salud y educación para la gestante: La atención prenatal facilita la promoción de hábitos saludables (nutrición adecuada, ejercicio, abstinencia de tabaco y alcohol), consejería sobre signos de alarma del embarazo y preparación para el parto, mejorando el autocuidado materno y fortaleciendo la adherencia a prácticas preventivas (28)

Prevención de mortalidad y morbilidad materna y perinatal: Mediante la identificación y manejo precoz de complicaciones, la atención prenatal reduce la incidencia de desenlaces adversos graves como hemorragia obstétrica, preeclampsia, parto prematuro y mortalidad neonatal (29).

Fortalecimiento de la experiencia positiva del embarazo: Las guías actuales de la OMS promueven una atención centrada en la mujer que respete sus derechos, preferencias y necesidades culturales, lo cual no solo impacta en resultados clínicos, sino también en un sentido psicológico y social positivo durante el embarazo, el parto y la transición a la maternidad (30)

Preparación para el parto y puerperio: Ofrecer educación sobre planificación del lugar del parto, manejo del dolor, cuidados postnatales y recursos disponibles permite a la gestante y su familia tomar decisiones informadas y prepararse para una transición más segura hacia el posparto (31)

Importancia de la atención prenatal

La atención prenatal es la atención médica brindada durante el embarazo para optimizar los resultados tanto para la madre como para el feto. El objetivo principal de la primera visita de atención prenatal es establecer la fecha estimada del parto, identificar embarazos de alto riesgo y realizar pruebas de detección maternas y fetales. Durante la primera visita, que idealmente se realiza durante el primer trimestre, las evaluaciones de atención prenatal incluyen la elaboración de una historia clínica completa, la realización de exámenes físicos y ginecológicos, y la realización de estudios de laboratorio y de imagen. Los embarazos de alto riesgo requieren una vigilancia más frecuente (32)

Desde la primera consulta, idealmente realizada durante el primer trimestre, se llevan a cabo evaluaciones clínicas integrales que incluyen la elaboración de la historia clínica, el examen físico, estudios de laboratorio e imagen, y la detección de condiciones maternas como anemia, infecciones, trastornos hipertensivos y diabetes gestacional. Asimismo, se realizan evaluaciones psicosociales que permiten identificar barreras de acceso, problemas de salud mental y situaciones de violencia que podrían comprometer la evolución del embarazo (33, 34).

La evidencia científica respalda que el inicio oportuno de la atención prenatal antes de las 14 semanas de gestación según las recomendaciones vigentes se asocia con mejores resultados maternos y perinatales, al facilitar intervenciones tempranas y oportunas ante cualquier factor de riesgo identificado. Por el contrario, el inicio tardío limita estas posibilidades de intervención, incrementando la probabilidad de complicaciones durante el periparto y posparto (35).

Inicio tardío de la atención prenatal

El inicio tardío de la atención prenatal se define como el inicio de la primera atención prenatal después de las 14 semanas de gestación, es decir, a partir del segundo trimestre del embarazo. Esta condición se asocia con mayores riesgos de complicaciones maternas y fetales, como parto prematuro y bajo peso al nacer. Diversos factores contribuyen a su ocurrencia; entre ellos las condiciones socioeconómicas (pobreza, baja educación), personales (embarazo no planificado, violencia), culturales y del sistema de salud (mala atención, largas esperas) contribuyen a este retraso, que es prevenible con estrategias dirigidas a mejorar el acceso y la calidad de los servicios (36).

Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal

Factores sociodemográficos

Nivel educativo insuficiente: Las mujeres con educación básica o sin educación tienen mayor probabilidad de iniciar la atención prenatal tardíamente debido a menor conocimiento sobre su importancia y menor autonomía para buscar atención sanitaria (37).

Ocupación de ama de casa o desempleo: Las mujeres sin empleo o dedicadas únicamente a labores del hogar muestran mayor retraso en iniciar controles prenatales, posiblemente por limitaciones de tiempo y apoyo económico (37)

Edad materna avanzada o muy joven: Tanto la edad avanzada (≥30 años) como la adolescencia se asocian con inicio tardío por diversos motivos psicosociales y de percepción de riesgo (38).

Residencia rural o distancia al establecimiento de salud: La ubicación geográfica lejana al centro de salud y las dificultades de transporte pueden demorar la búsqueda de atención prenatal (38)

Factores culturales y psicosociales

Normas sociales y creencias culturales: En algunas comunidades, normas sociales, influencias de líderes tradicionales y tabúes sobre revelar el embarazo pueden postergar el inicio de atención prenatal (39)

Miedo u obstáculo psicosocial: Temor a ser evaluada por profesionales, vergüenza por el estado gestacional o ansiedad por la atención médica se han reportado como causas de tardanza (39)

Factores institucionales y del sistema de salud

Trato percibido como inadecuado por el personal de salud: La percepción de mal trato o poca empatía por parte del personal de salud puede desmotivar el inicio temprano de controles (39)

Tiempo de espera prolongado en la atención: Largas colas o tiempos de espera elevan la probabilidad de que la gestante postergue la primera consulta prenatal (40)

Dificultades para agendar citas o acceso a servicios: Problemas administrativos, horarios poco flexibles o disponibilidad limitada de citas anteceden a un inicio tardío. (40)

Complicaciones maternas periparto

Las complicaciones maternas periparto se definen como eventos adversos de origen obstétrico que ocurren durante el trabajo de parto, el parto propiamente dicho y las primeras 24 horas posteriores al nacimiento, periodo considerado crítico por la elevada demanda fisiológica y el riesgo de descompensación hemodinámica materna. Estas complicaciones constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna a nivel mundial, especialmente en contextos de acceso limitado a atención obstétrica oportuna y de calidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la mayoría de estas complicaciones son prevenibles mediante atención prenatal adecuada, vigilancia intraparto y manejo oportuno del puerperio inmediato (41)

Principales complicaciones maternas periparto

Hemorragia intraparto

La hemorragia intraparto se define como el sangrado que ocurre durante el trabajo de parto y antes del nacimiento del feto, generalmente asociado a complicaciones obstétricas como desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, ruptura uterina o traumatismos del canal del parto. Constituye una emergencia obstétrica que puede comprometer la salud materna y fetal si no se identifica y maneja oportunamente (42).

Trastornos hipertensivos (Preeclampsia/Eclampsia)

Los trastornos hipertensivos del embarazo, como la preeclampsia grave y la eclampsia, pueden manifestarse o exacerbarse durante el periparto, incrementando el riesgo de convulsiones, edema pulmonar, accidente cerebrovascular y falla multiorgánica. Estas condiciones se asocian a disfunción endotelial sistémica y alteraciones de la perfusión placentaria. La falta de

atenciones prenatales oportunas limita la detección precoz de hipertensión gestacional, aumentando la probabilidad de complicaciones periparto severas (43)

Complicaciones maternas posparto

Las complicaciones maternas posparto se definen como el conjunto de alteraciones clínicas, funcionales o patológicas que se presentan durante el puerperio, periodo que comprende desde el alumbramiento hasta las seis semanas posteriores al parto, y que afectan negativamente la recuperación física, psicológica y reproductiva de la mujer. Estas complicaciones pueden derivarse de eventos ocurridos durante el embarazo, el parto o el periparto inmediato, y constituyen una causa importante de morbilidad materna tardía. La evidencia actual indica que muchas de estas complicaciones están asociadas a inicio tardío de la atención prenatal, deficiencias en la atención intraparto y falta de seguimiento postnatal oportuno, especialmente en contextos de vulnerabilidad social (44)

Anemia posparto

La anemia posparto es una de las complicaciones más frecuentes del puerperio y se define como la disminución de la concentración de hemoglobina por debajo de 12 g/dl en el periodo postnatal, dependiendo del criterio clínico utilizado. Su etiología es multifactorial e incluye pérdidas sanguíneas durante el parto, anemia gestacional no corregida y deficiente suplementación con hierro. La anemia posparto se asocia con fatiga materna, disminución de la capacidad funcional, alteraciones del estado de ánimo y reducción de la calidad de vida, además de interferir con la lactancia materna y el vínculo madre–hijo (45)

Infecciones puerperales

Las infecciones puerperales comprenden un grupo de infecciones bacterianas que ocurren tras el parto y afectan el tracto genital o sistemas relacionados, siendo una causa relevante de morbilidad materna posparto. Estas infecciones incluyen endometritis, infecciones de herida quirúrgica, infecciones urinarias y sepsis puerperal. Los factores de riesgo más importantes son el parto por cesárea, trabajo de parto prolongado, múltiples tactos vaginales, ruptura prolongada de membranas y condiciones de higiene inadecuadas. Su detección y tratamiento precoz son fundamentales para prevenir complicaciones graves (46)

Endometritis

La endometritis puerperal es la infección del endometrio posterior al parto y representa la forma más común de infección puerperal, especialmente tras cesárea. Se manifiesta clínicamente por fiebre persistente, dolor hipogástrico, subinvolución uterina y loquios fétidos. Su fisiopatología está relacionada con la colonización bacteriana ascendente del útero durante el parto. La endometritis no tratada puede progresar a infecciones pélvicas severas y sepsis, incrementando la estancia hospitalaria y los costos sanitarios (47).

Retención de restos placentarios

La retención de restos placentarios ocurre cuando fragmentos de placenta o membranas ovulares permanecen en la cavidad uterina después del alumbramiento, interfiriendo con la involución uterina normal. Esta condición se asocia a hemorragia posparto secundaria, infección uterina y anemia persistente. Clínicamente se presenta con sangrado uterino anormal, útero aumentado de

tamaño y, en algunos casos, fiebre. El diagnóstico oportuno mediante evaluación clínica y ecografía es clave para evitar complicaciones mayores incrementando la estancia hospitalaria y los costos sanitarios (47)

2.4. Definición de términos básicos

Atención prenatal

Conjunto de atenciones sistemáticas, periódicas y programadas que recibe la gestante por parte del personal de salud durante el embarazo, con el objetivo de vigilar la evolución materno-fetal, identificar factores de riesgo y prevenir complicaciones obstétricas (1).

Inicio de la atención prenatal

Momento gestacional, expresado en semanas de embarazo, en el que la gestante acude por primera vez a un establecimiento de salud para recibir atención prenatal (1).

Inicio tardío de la atención prenatal

Se considera inicio tardío de la atención prenatal cuando la primera atención prenatal se realiza después de las 14 semanas de gestación, lo cual limita la detección precoz de riesgos obstétricos y la implementación oportuna de intervenciones preventivas (36).

Gestante

Mujer que cursa un embarazo desde la fecundación hasta el inicio del trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional (2).

Periodo periparto

Intervalo que comprende desde el inicio del trabajo de parto hasta las primeras 24 horas posteriores al nacimiento, etapa crítica en la que pueden presentarse complicaciones maternas agudas (19).

Periodo posparto

Etapa que se inicia después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta las seis semanas posteriores al parto, durante la cual el organismo materno retorna progresivamente a su estado pregestacional (19).

Complicaciones maternas posparto

Alteraciones clínicas que se presentan durante el puerperio y que comprometen la recuperación materna, incluyendo anemia posparto, infecciones puerperales, endometritis, retención de restos placentarios, tromboembolismo y trastornos hipertensivos persistentes (45).

Hemorragia posparto

Pérdida sanguínea igual o mayor a 500 ml tras un parto vaginal o ≥1000 ml tras una cesárea, ocurrida dentro de las primeras 24 horas o de forma tardía hasta las seis semanas posparto (41).

Anemia posparto

La anemia posparto se define como la disminución de los niveles de hemoglobina por debajo de 12.0 g/dL en la mujer durante el periodo puerperal o tras el alumbramiento. Según su severidad, la normativa peruana clasifica la anemia posparto en tres categorías: anemia leve, cuando la hemoglobina se encuentra entre 10.0 y 11.9 g/dL; anemia moderada, cuando los valores oscilan entre 7.0 y

9.9 g/dL; y anemia severa, cuando la hemoglobina desciende por debajo de 7.0 g/dL, condición que requiere manejo inmediato por el riesgo vital que representa para la puérpera (44).

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general.

H_1: Existe asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas periparto y posparto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025.

H_0: No existe asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas periparto y posparto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025.

3.1.2. Hipótesis específicas.

- **HE1:** El inicio tardío de la atención prenatal se presenta con una frecuencia >50% en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM durante el año 2025.
- **HE2:** Las complicaciones maternas periparto se presentan con mayor frecuencia en gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM durante el año 2025.
- **HE3:** Las complicaciones maternas posparto se presentan con mayor frecuencia en gestantes con inicio tardío de la atención prenatal atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM durante el año 2025.
- **HE4:** Existe una asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y la presencia de complicaciones maternas periparto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025.

- **HE5:** Existe una asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y la presencia de complicaciones maternas posparto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025.

3.2. Identificación de variables

Variable 1: Inicio tardío de la atención prenatal

Dimensiones:

Oportunidad de la APN

Indicadores:

Semana gestacional de la primera APN

Variable 2: Complicaciones maternas periparto y posparto

Dimensiones:

Complicaciones periparto

Indicadores:

Hemorragia intraparto

Preeclampsia/Eclampsia

Ruptura Prematura de Membrana

Fiebre intraparto

Distocia

Complicaciones posparto:

Anemia posparto

Hemorragia posparto

Infección puerperal

Retención de restos placentarios

3.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA	INSTRUMENTO
Inicio tardío de la atención prenatal (V1)	Momento en que la gestante recibe por primera vez a una atención prenatal.	primera atención prenatal realizada después de las 14 semanas de gestación.	Oportunidad de la APN	• Semana gestacional de la primera APN	A partir de las 14 semanas • **Tardío:** ≥ 14 semanas. • **Oportuno**: <14 semanas.	Nominal dicotómica	Ficha de registro del inicio de la APN
Complicaciones maternas periparto y posparto (V2)	**Complicaciones maternas periparto:** Eventos patológicos ocurridos durante el proceso del parto y nacimiento.	Registro clínico del parto.	Complicaciones periparto	• Hemorragia intraparto • Preeclampsia/Eclampsia • RPM • Fiebre intraparto • Distocia	• Si/No • Si/No • Si/No • Si/No • Si/No	Nominal dicotómica	Lista de chequeo de complicación periparto
	Complicaciones maternas posparto: Condiciones clínicas adversas que ocurren hasta las 6 semanas después del parto.	Registro clínico posparto.	Complicaciones posparto	• Anemia posparto • Hemorragia posparto • Infección puerperal • Retención de restos placentarios	• Si/No • Si/No • Si/No • Si/No • Si/No	Nominal dicotómica	Lista de chequeo de complicación posparto

IV. METODOLOGIA

4.1. Ámbito de estudio: localización política y geográfica

Centro de Salud Pichari VRAEM, provincia de La Convención, región Cusco, Perú. Establecimiento de categoría I-4 con atención materno–perinatal permanente.

4.2. Tipo y nivel de investigación

Aplicada

La investigación aplicada se orienta a resolver problemas concretos de una realidad específica. En este caso, busca determinar cómo el inicio tardío de la atención prenatal se asocia con complicaciones maternas, con el fin de mejorar la atención en el Centro de Salud Pichari VRAEM. No se limita a generar teoría, sino a producir información útil para la toma de decisiones y la intervención sanitaria.

Enfoque: Cuantitativo

El estudio utiliza datos numéricos, medibles y verificables fechas de inicio de la atención prenatal, hemorragias, infecciones, presión arterial, anemia.

El análisis se apoya en estadística descriptiva y analítica para establecer asociaciones. Este enfoque garantiza objetividad, precisión y posibilidad de replicación en otros contextos.

Según el momento de recolección de datos: Transversal

El diseño transversal recolecta información en un solo momento o periodo específico. No se hace seguimiento longitudinal, es decir el estudio medirá la exposición (inicio tardío de la APN) y el desenlace (complicaciones), ellos se medirán simultáneamente en un único periodo.

Según manipulación de variables: No experimental

El investigador no manipula ni controla las variables, sino que observa y analiza los hechos tal como ocurren en la práctica clínica. No es posible asignar gestantes a “inicio temprano” y “inicio tardío”, porque esto sería antiético. Por ello, se trabaja con información obtenida de historias clínicas.

Método: Deductivo

El método deductivo parte de conceptos y teorías generales de salud pública y de la obstetricia para aplicarlos al contexto específico de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM.

Se basa en:

- Plantear hipótesis.
- Analizarlas mediante datos observables.
- Verificar si se cumplen en la población estudiada.

Nivel de investigación: Analítico – relacional

Relacional: Su objetivo principal es determinar si existe una relación, asociación estadística entre dos o más variables.

Analítico: La investigación realizará la comparación entre grupos (inicio temprano vs tardío). En la investigación no se pretende describir cada variable por separado, sino evaluar si la presencia del inicio tardío de la APN se asocia estadísticamente con la ocurrencia de complicaciones maternas.

Diseño de investigación

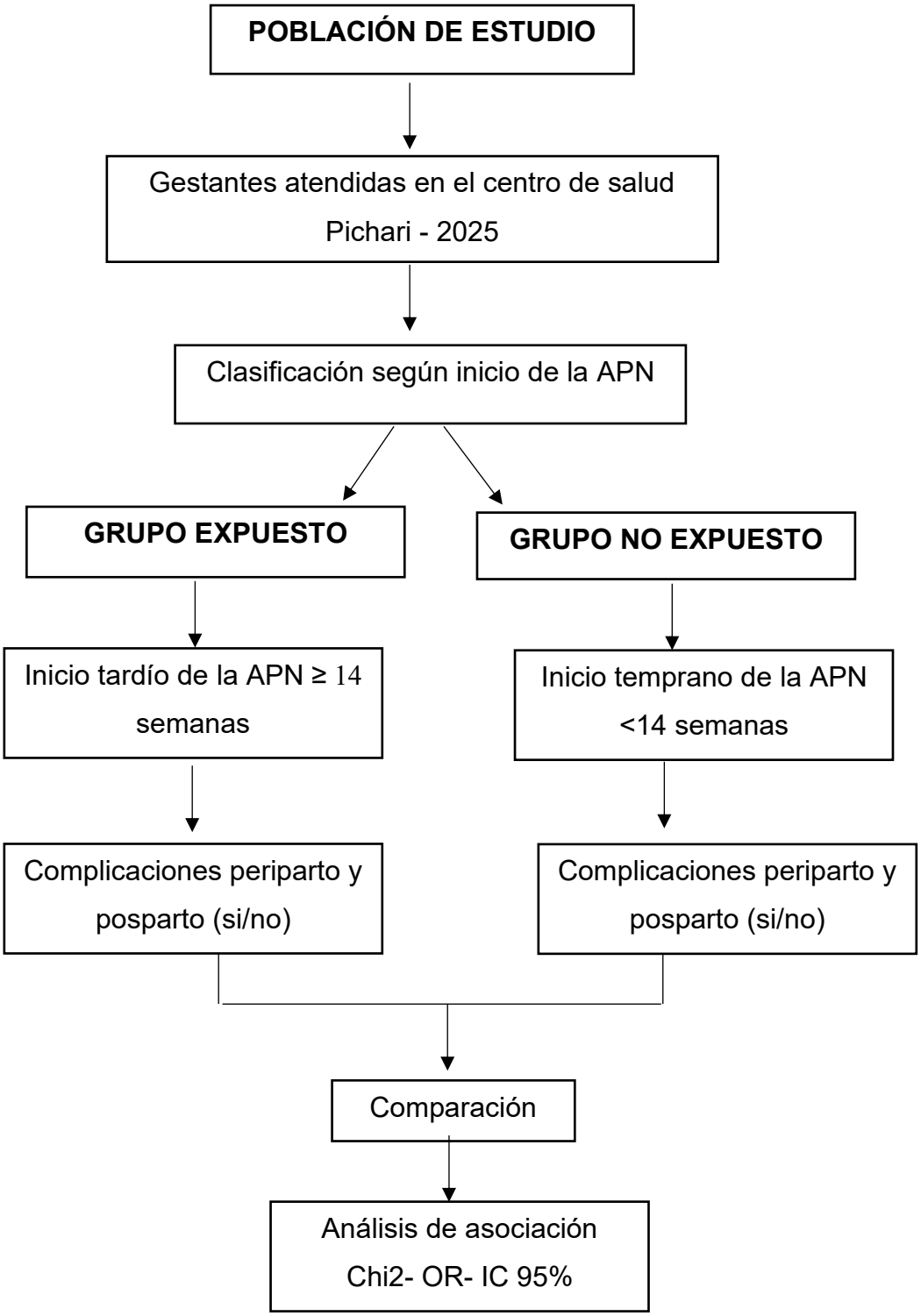
Observacional: No hay intervención del investigador.

Transversal: La información se recolecta en un solo periodo.

Analítico: Se compara grupos expuestos y no expuestos.

Retrospectivo: Estudio en el cual tanto el factor de exposición como el desenlace clínico ya han ocurrido al momento de iniciar la investigación. La información se recopila a partir de datos secundarios y registros preexistentes.

Diagrama de estudio



4.3. Unidad de análisis

Puérperas atendidas en el Centro de Salud Pichari con registro de atención prenatal y parto/posparto en 2025.

4.4. Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por 100 puérperas atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM durante el periodo enero–diciembre de 2025, cuyas historias clínicas y fichas perinatales cumplieron los criterios de inclusión establecidos para la investigación.

4.5. Tamaño de muestra

Si la población es 100, se empleará población censal:

Muestra = 100 puérperas.

En el estudio los grupos se establecen según la variable exposición.

Grupo 1: Gestantes expuestas.

- Gestante con inicio tardío de la APN
- Inicio de la primera APN después de la semana establecida por la norma (≥ 14 semanas)

Grupo 2: Gestantes no expuestas.

- Gestantes con inicio temprano de la APN.
- Inicio de la primera APN dentro de la semana establecida por la norma (<14 semanas)

En ambos grupos se comparan respecto al desenlace es decir la presencia o ausencia de complicaciones maternas periparto y posparto.

4.6. Técnicas de selección de muestra

La técnica de selección es una población censal ya que se incluyó a la totalidad de gestantes que cumplieron los criterios.

Criterios de inclusión

- Gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM durante el año 2025.
- Historias clínicas que consignen fecha de última menstruación o edad gestacional confirmada por ecografía del primer trimestre.
- Historias clínicas que registren la fecha de la primera atención prenatal.
- Gestantes con edad gestacional confirmada al momento de la atención prenatal
- Gestantes con parto atendido en el mismo establecimiento de salud durante el periodo de estudio.
- Historias clínicas que consignen el diagnóstico de complicaciones maternas según CIE-10

Criterios de exclusión

- Gestantes atendidas fuera del Centro de Salud Pichari VRAEM durante el año 2025, cuya atención haya sido brindada como transeúnte
- Historias clínicas que no consignen la fecha de última menstruación ni cuenten con ecografía del primer trimestre que confirme la edad gestacional,
- Historias clínicas que no registren la fecha de la primera atención prenatal

realizada en el establecimiento de salud, dado que constituye la variable central para determinar el inicio tardío y oportuno de la atención prenatal

- Gestantes cuya edad gestacional no haya podido ser confirmada al momento de la primera atención prenatal por ausencia de ecografía y fecha de última menstruación confiable.
- Gestantes cuyo parto no haya sido atendido en el Centro de Salud Pichari VRAEM durante el periodo de estudio, incluyendo aquellas referidas a otro establecimiento antes del parto o que hayan tenido parto domiciliario no institucionalizado.
- Historias clínicas que no consignen los diagnósticos de egreso materno codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, dado que impiden la identificación y clasificación estandarizada de las complicaciones maternas como variable dependiente del estudio.
- Historias clínicas con datos ilegibles, incompletos e inconsistentes en cualquiera de las variables anteriormente señaladas.
- Historias clínicas extraviadas, deterioradas o no disponibles al momento de la recolección de datos.

4.7. Técnicas de recolección de información

Se aplicó la revisión documentaria como técnica de recolección de datos, mediante la revisión sistémica de las historias clínicas y registros perinatales de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM durante el año 2025.

Instrumento: Se utilizó una ficha de registro del inicio de la atención prenatal elaborada a partir de la operacionalización de las variables de estudio. Y estuvo estructurado en 4 secciones: variables no controladas como la paridad, edad

gestacional, y número de controles prenatales, datos relacionados con el inicio de la atención prenatal, complicaciones maternas periparto y complicaciones maternas posparto.

Validez del instrumento: Debido a que se trató de una ficha de registros la validación mediante juicio de cinco expertos con experiencia en salud materna, investigación en salud y obstetricia. Los expertos evaluaron la pertinencia, relevancia y claridad de cada ítem. Se calculó el coeficiente V de Aiken para cada ítem, obteniendo un índice de validez de contenido de 0.95, considerándose válido un coeficiente ≥ 0,90.

VALOR DE AIKEN

$$V = \frac{\Sigma s}{n(c-1)} = \frac{19}{20} = 0.95$$

S= r- l

S= Diferencia entre la puntuación otorgada y la mínima de la escala.

r = Puntuación otorgada por el juez.

l = Puntuación mínima de la escala.

n = Número de jueces.

c = Número de categorías de respuesta.

Interpretación

RANGO DE V	NIVEL DE VALIDEZ
V<0.70	Baja validez
0.70 a 0.79	Acepta con revisión
0.80 a 0.89	Buena validez
0.90 a 1.00	Excelente validez

4.8. Técnicas de análisis e interpretación de la información.

Estadística descriptiva: frecuencias, porcentajes, tablas.

Prueba estadística

Estadística inferencial:

Exacta Chi cuadrado/Prueba de Fisher y Odds Ratio

Interpretación

OR>1: Factor de riesgo

OR<1: Factor de protección

Criterio de decisión

p>0.05: asociación no significativa, se acepta la hipótesis nula

p<0.05: asociación significativa, se acepta la hipótesis alterna

4.9. Técnicas para demostrar la verdad o falsedad de las hipótesis planteadas.

H0: No existe asociación entre el inicio tardío de la APN y complicaciones maternas.

H1: Sí existe asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas.

Criterio: $p < 0.05 \Rightarrow$ se rechaza H0

4.10. Consideraciones éticas

La presente investigación se desarrolló respetando los principios éticos fundamentales establecidos en la investigación en salud: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

- **Principio de autonomía:** Se respetó la dignidad y privacidad de las gestantes incluidas en el estudio. Debido a que la investigación utilizará información secundaria proveniente de historias clínicas, fichas perinatales y registros obstétricos, no se requerirá contacto directo con las participantes; sin embargo, se garantizará la confidencialidad y anonimato de los datos mediante la codificación de la información, evitando la identificación personal.
- **Principio de beneficencia:** La investigación busca generar evidencia científica que contribuya a mejorar la captación oportuna de gestantes y fortalecer las estrategias de prevención de complicaciones maternas periparto y posparto, beneficiando indirectamente a la población materna del Centro de Salud Pichari VRAEM.
- **Principio de no maleficencia:** El estudio no representa riesgos físicos, psicológicos ni sociales para las participantes, debido a que se realizará mediante revisión documental. La información recolectada fue utilizada exclusivamente con fines académicos y científicos.
- **Principio de justicia:** La selección de las unidades de análisis se realizó de manera equitativa, considerando criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, sin discriminación por edad, etnia, condición económica, religión o procedencia.

- **Aprobación institucional**: Fue autorizado por Dirección del establecimiento de salud correspondiente a la resolución de la aprobación del título de la UNSAAC con la RESOLUCION Nro. D- 451-2026-FCSS-UNSAAC/

Esta investigación garantiza que los resultados sean presentados de manera objetiva, veraz y transparente, respetando la integridad científica y evitando cualquier tipo de manipulación o sesgo en la interpretación de los datos.

V. RESULTADOS

4.1. Análisis estadístico descriptivo

Tabla 1. Características generales

		Mediana (RIC)	
Edad		27.0 (21.00-33.00)	
Edad gestacional del parto		39.0 (38.00-40.00)	
		Frecuencia	Porcentaje
Paridad	Primigesta	16	16.0
	Multigesta	84	84.0
Total		100	100.0

La tabla 1, exponen que la muestra estudiada presenta una edad mediana de 27 años y una mediana de edad gestacional del parto de 39 semanas; además, el 84% de las participantes son multigestas frente a un 16% de primigestas. Estos resultados indican que la población de estudio consiste mayoritariamente en mujeres jóvenes en edad reproductiva óptima que ya han tenido embarazos previos, y cuyos partos ocurren predominantemente a término, lo que sugiere que las complicaciones analizadas no derivan necesariamente de la inmadurez biológica o de la prematuridad.

Tabla 2. Número de la APN

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	4	4.0
1 a 3	2	2.0
4 a 6	27	27.0
> a 6	67	67.0
Total	100	100.0

En la tabla 2, se observa que el 67% de las gestantes recibió más de 6 controles prenatales, mientras que un 27% tuvo entre 4 y 6, y un pequeño grupo del 6% tuvo 3 o menos controles. Esto significa que, aunque la mayoría cumple con un número estándar de atenciones, existe un 33% de la población que no alcanza el número ideal de controles, lo que podría limitar la detección oportuna de factores de riesgo durante la gestación.

Tabla 3. Frecuencia de inicio tardío de atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM

	Frecuencia	Porcentaje
Sí (≥ 14 semanas)	60	60.0
No (< 14 semanas)	40	40.0
Total	100	100.0

En la tabla 3, los datos muestran una distribución equitativa, donde el 60% de las gestantes inició su atención prenatal de forma tardía, es decir, después de las 14 semanas de gestación, y el 40% no tuvo inicio tardío. Este hallazgo es

crítico, ya que revela que la mitad de las gestantes evaluadas no recibió atención temprana, lo que permite realizar comparaciones directas sobre cómo este retraso impacta en la aparición de complicaciones durante y después del parto.

Tabla 4. Complicaciones maternas periparto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM

		Frecuencia	Porcentaje
Hemorragia intraparto	Sí	20	20.0
	No	80	80.0
Hipertensión/preeclampsia	Sí	7	7.0
	No	93	93.0
RPM prolongado	Sí	9	9.0
	No	91	91.0
Fiebre intraparto	Sí	7	7.0
	No	93	93.0
Distocia	Sí	18	18.0
	No	82	82.0
Total		100	100.0

En la tabla 4, se muestra que, la complicación materna periparto más frecuente fue la hemorragia intraparto, presente en el 20.0% de las gestantes, seguida de la distocia con 18.0%. Asimismo, el RPM prolongado se presentó en el 9.0% de los casos, mientras que la hipertensión/preeclampsia y la fiebre intraparto registraron una frecuencia de 7.0% cada una. En todos los casos, la mayoría de las gestantes no presentó estas complicaciones durante el periodo periparto.

Tabla 5. Complicaciones maternas posparto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM

		Frecuencia	Porcentaje
Hemorragia posparto	Sí	24	24.0
	No	76	76.0
Anemia posparto	Sí	74	74.0
	No	26	26.0
Infección puerperal	Sí	13	13.0
	No	87	87.0
Retención placentaria	Sí	15	15.0
	No	85	85.0
Total		100	100.0

En la tabla 5, se muestra que, la complicación materna posparto más frecuente fue la anemia posparto, reportada en el 74.0% de las gestantes. En menor proporción se presentó la hemorragia posparto con 24.0%, seguida de la retención placentaria con 15.0% y la infección puerperal con 13.0%. Estos resultados evidencian que la anemia posparto constituyó la principal complicación en el periodo posparto entre las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM.

Tabla 6. Análisis de la asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas periparto en el Centro de Salud Pichari VRAEM

		Inicio tardío de atención prenatal			
		Sí		No	
		N	%	N	%
Hemorragia intraparto	Sí	17	28.3	3	7.5
	No	43	71.7	37	92.5
Hipertensión/ preeclampsia	Sí	6	10.0	1	2.5
	No	54	90.0	39	97.5
RPM prolongado	Sí	7	11.7	2	5.0
	No	53	88.3	38	95.0
Fiebre intraparto	Sí	6	10.0	1	2.5
	No	54	90.0	39	97.5
Distocia	Sí	15	25.0	3	7.5
	No	45	75.0	37	92.5
Total		60	100.0	40	100.0

La tabla 6 expone que, las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal presentaron una mayor frecuencia de complicaciones maternas periparto en comparación con aquellas que iniciaron oportunamente los controles prenatales. La hemorragia intraparto se presentó en el 28.3% de las gestantes con inicio tardío frente al 7.5% de aquellas sin inicio tardío. De igual manera, la hipertensión/preeclampsia y la fiebre intraparto registraron una frecuencia de 10.0% en el grupo con inicio tardío y de 2.5% en el grupo sin inicio tardío. Asimismo, el RPM prolongado se observó en el 11.7% y 5.0% de las gestantes, respectivamente, mientras que la distocia se presentó en el 25.0% de las gestantes con inicio tardío y en el 7.5% de aquellas sin inicio tardío. En

general, las complicaciones periparto fueron más frecuentes entre las gestantes que iniciaron tardíamente la atención prenatal.

Tabla 7. Análisis de la asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas posparto en el Centro de Salud Pichari VRAEM

		Inicio tardío de atención prenatal			
		Sí		No	
		N	%	N	%
Hemorragia posparto	Sí	21	35.0	3	7.5
	No	39	65.0	37	92.5
Anemia posparto	Sí	49	81.7	25	62.5
	No	11	18.3	15	37.5
Infección puerperal	Sí	10	16.7	3	7.5
	No	50	83.3	37	92.5
Retención placentaria	Sí	13	21.7	2	5.0
	No	47	78.3	38	95.0
Total		60	100.0	40	100.0

La tabla 7 expone que, las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal presentaron una mayor frecuencia de complicaciones maternas posparto en comparación con aquellas que iniciaron oportunamente los controles prenatales. La hemorragia posparto se registró en el 35.0% de las gestantes con inicio tardío y en el 7.5% de aquellas sin inicio tardío.

Asimismo, la anemia posparto se presentó en el 81.7% de las gestantes con inicio tardío frente al 62.5% de las que no tuvieron inicio tardío. La infección

puerperal se observó en el 16.7% y 7.5% de las gestantes, respectivamente, mientras que la retención placentaria se presentó en el 21.7% de las gestantes con inicio tardío y en el 5.0% de aquellas sin inicio tardío. Estos resultados sugieren una mayor ocurrencia de complicaciones posparto en las gestantes que iniciaron tardíamente la atención prenatal.

4.2. Análisis estadístico inferencial

Prueba estadística

Chi cuadrado/Prueba Exacta de Fisher y Odds Ratio

Interpretación

OR>1: Factor de riesgo

OR<1: Factor de protección

Criterio de decisión

p>0.05: asociación no significativa, se acepta la hipótesis nula

p<0.05: asociación significativa, se acepta la hipótesis alterna

4.2.1. Prueba de hipótesis

H1: Existe asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas periparto y posparto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari Vraem, Cusco, 2025

H0: Existe asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas periparto y posparto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari Vraem, Cusco, 2025

Tabla 8. Determinación de la asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas periparto.

		Inicio tardío de atención prenatal				Sig. Chi cuadrado/Prueba exacta de Fisher	OR	IC (95%)
		Sí		No				
		N	%	N	%			
Hemorragia intraparto	Sí	17	28.3	3	7.5	0.011*	4.88	1.32-17.96
	No	43	71.7	37	92.5			
Hipertensión/ preeclampsia	Sí	6	10.0	1	2.5	0.238**	4.33	0.50-37.45
	No	54	90.0	39	97.5			
RPM prolongado	Sí	7	11.7	2	5.0	0.309**	2.51	0.49-12.75
	No	53	88.3	38	95.0			
Fiebre intraparto	Sí	6	10.0	1	2.5	0.238**	4.33	0.50-37.45
	No	54	90.0	39	97.5			
Distocia	Sí	15	25.0	3	7.5	0.026*	4.11	1.11-15.29
	No	45	75.0	37	92.5			
Total		60	100.0	40	100.0			

Nota. * Prueba de Chi cuadrado, ** Prueba Exacta de Fisher (se utilizó la Prueba Exacta de Fisher en los casos en que más del 20% de las celdas tenían frecuencia esperada menor a 5)

La tabla 8 muestra que la hemorragia intraparto y la distocia presentan una asociación estadísticamente significativa con el inicio tardío de la atención prenatal, debido a que sus valores de significancia fueron inferiores a 0.05 (p=0.011 y p=0.026, respectivamente), esto permite aceptar la hipótesis de investigación que indica que el inicio tardío de la atención prenatal constituye un factor asociado a la ocurrencia de complicaciones periparto en el Centro de Salud Pichari VRAEM.

En el caso de la hemorragia intraparto, el OR=4.88 (IC95%: 1.32-17.96) indica que las gestantes con inicio tardío de atención prenatal tienen 4.88 veces mayor riesgo de presentar hemorragia intraparto respecto a aquellas que inician oportunamente la atención prenatal. Respecto a la distocia, el OR=4.11 (IC95%: 1.11-15.29) evidencia que las gestantes con inicio tardío de atención prenatal tienen 4.11 veces mayor riesgo de desarrollar distocia en comparación con aquellas que inician oportunamente la atención prenatal.

Tabla 9. Determinación de la asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas posparto

		Inicio tardío de atención prenatal				Sig. Chi cuadrado/Prueba exacta de Fisher	OR	IC (95%)
		Sí		No				
		N	%	N	%			
Hemorragia posparto	Sí	21	35.0	3	7.5	0.002*	6.64	1.83-24.14
	No	39	65.0	37	92.5			
Anemia posparto	Sí	49	81.7	25	62.5	0.032*	2.67	1.07-6.67
	No	11	18.3	15	37.5			
Infección puerperal	Sí	10	16.7	3	7.5	0.182*	2.47	0.63-9.60
	No	50	83.3	37	92.5			
Retención placentaria	Sí	13	21.7	2	5.0	0.022*	5.26	1.12-24.73
	No	47	78.3	38	95.0			
Total		60	100.0	40	100.0			

Nota. * Prueba de Chi cuadrado (0% de celdas con frecuencias esperadas menores a 5)

La tabla 9 muestra que la hemorragia posparto, la anemia posparto y la retención placentaria presentan una asociación estadísticamente significativa con el inicio tardío de la atención prenatal, debido a que sus valores de significancia fueron inferiores a 0.05 (p=0.002, p=0.032 y p=0.022, respectivamente), esto permite aceptar la hipótesis de investigación que indica que el inicio tardío de la atención prenatal constituye un factor asociado a la ocurrencia de complicaciones posparto en el Centro de Salud Pichari VRAEM.

En relación con la hemorragia posparto, el OR=6.64 (IC95%: 1.83-24.14) indica que las gestantes que inician tardíamente la atención prenatal tienen 6.64 veces mayor riesgo de presentar hemorragia posparto en comparación con aquellas que inician oportunamente sus controles prenatales.

Respecto a la anemia posparto, el OR=2.67 (IC95%: 1.07-6.67) evidencia que las gestantes con inicio tardío de atención prenatal tienen 2.67 veces mayor riesgo de desarrollar anemia posparto respecto a las que inician oportunamente la atención prenatal.

De igual forma, en cuanto a la retención placentaria, el OR=5.26 (IC95%: 1.12-24.73) señala que las gestantes con inicio tardío de atención prenatal tienen 5.26 veces mayores probabilidades de presentar retención placentaria en comparación con aquellas que inician oportunamente la atención prenatal.

La infección puerperal no mostró asociación estadísticamente significativa con el inicio tardío de la APN (OR=2.47; IC95%: 0.63-9.60; p=0.182). Aunque el OR sugiere una tendencia de mayor riesgo en el grupo con inicio tardío, el IC95% que incluye el valor nulo (1.0) indica que esta asociación no alcanza significancia

estadística, posiblemente por el tamaño muestral insuficiente para detectar diferencias en una complicación de baja frecuencia (13%).

VI. DISCUSIÓN

En la presente investigación, respecto al inicio de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco–2025, se encontró que el 60,0% inició sus atenciones prenatales de manera tardía, es decir, después de las 14 semanas de gestación, mientras que el 40,0% accedió oportunamente. Este hallazgo evidencia que una proporción importante de gestantes no recibe vigilancia obstétrica en el periodo recomendado, situación que puede retrasar la identificación de factores de riesgo y la implementación de medidas preventivas.

Este resultado coincide con lo reportado por Ade-Ojo I. et al. en Nigeria (2023), quienes hallaron que el 33,5% de mujeres inició tardíamente la atención prenatal. De igual forma, concuerda con Benites D. en México (2023), quien identificó que el 40% no acudía oportunamente al control prenatal debido a barreras personales, laborales e institucionales. Asimismo, se relaciona con la revisión de Barros L. (2022), quien concluyó que el inicio tardío o la ausencia de control prenatal está asociado a factores económicos, geográficos, culturales y educativos. A nivel nacional, coincide con Rivera P. et al. en Tarma (2024) y con Falla V. et al. en Lima (2023), quienes reportaron predominio del control prenatal tardío. Sin embargo, discrepa parcialmente con Núñez M. (2025), quien, con datos de la ENDES, encontró que la mayoría de gestantes inició el control en el primer trimestre. Esta diferencia podría explicarse por las características del VRAEM, donde persisten barreras geográficas, económicas y socioculturales. Desde el punto de vista teórico, este hallazgo se sustenta en el Modelo de Acceso a los Servicios de Salud y en el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud.

En cuanto a las complicaciones maternas periparto según inicio de atención prenatal, se evidenció mayor frecuencia de eventos adversos en las gestantes con captación tardía en comparación con aquellas que accedieron oportunamente a los controles. La hemorragia intraparto se presentó en el 20% de las gestantes con inicio tardío frente al 80% de las que iniciaron oportunamente; asimismo, la distocia se registró en el 82% y 18%, respectivamente. De igual manera, la hipertensión/preeclampsia, la fiebre intraparto y la RPM prolongada fueron más frecuentes en el grupo con inicio tardío. Estos resultados sugieren que el retraso en el inicio la atención prenatal limita la detección y el manejo oportuno de factores de riesgo obstétrico.

Estos hallazgos guardan relación con lo reportado por Ade-Ojo I. et al. (2023), quienes encontraron mayor frecuencia de preeclampsia y ruptura prematura de membranas en mujeres con inicio tardío de la atención prenatal. También coincide con Gómez A. (2020), quien reportó asociación entre control prenatal tardío y trastornos hipertensivos, así como amenaza de parto pretérmino. Del mismo modo, concuerda con Núñez M. (2025), quien halló asociación significativa con complicaciones periparto como parto prolongado y sangrado excesivo; resultados comparables con la distocia y hemorragia intraparto encontradas en este estudio. Asimismo, coincide con Rivera P. et al. (2024), quienes evidenciaron que las gestantes con captación temprana presentaron menos complicaciones. También se relaciona con la revisión de Barros L. (2022), quien asoció el control prenatal tardío con infecciones, anemia, hemorragias y preeclampsia. No obstante, el resultado de Salazar P. (2023) no es directamente comparable con el presente estudio dado que analizó mortalidad materna como desenlace final, mientras que la presente investigación evalúa morbilidad

(complicaciones en gestantes vivas). La mortalidad materna es un desenlace extremo y multifactorial que requiere diseños de casos y controles con mayor tamaño muestral para detectar asociaciones. Científicamente, estos resultados respaldan la teoría del riesgo obstétrico y el modelo de atención prenatal de la World Health Organization.

Respecto a las complicaciones maternas posparto según inicio de atención prenatal, también se evidenció una mayor frecuencia en las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal. La anemia posparto se presentó en el 74% de este grupo frente al 26% de aquellas con inicio oportuno; la hemorragia posparto en el 24% frente al 76%; la retención placentaria en el 15% frente al 85%; y la infección puerperal en el 13% frente al 87%, respectivamente. Estos hallazgos sugieren que la captación tardía de la gestante podría limitar la identificación y el manejo oportuno de factores de riesgo, incrementando la probabilidad de complicaciones durante el periparto y posparto**.** Estos hallazgos evidencian que la atención prenatal inoportuna repercute no solo en el embarazo y parto, sino también en el puerperio inmediato.

Este resultado coincide con Núñez M. (2025), quien encontró asociación significativa entre el primer control prenatal y las complicaciones posparto. También concuerda con Méndez A. et al. (2021), quienes reportaron que la ausencia de control prenatal adecuado incrementa la probabilidad de complicaciones periparto y posparto. De igual forma, guarda relación con Benites D. (2023), quien evidenció mayor frecuencia de infecciones y sangrados en gestantes con inicio tardío. Asimismo, coincide con la revisión de Barros L. (2022), quien relacionó el control prenatal inoportuno con hemorragias, anemia e infecciones. La elevada frecuencia de anemia posparto podría explicarse por

anemia gestacional no detectada, pérdidas sanguíneas durante el parto o suplementación insuficiente. La mayor retención placentaria podría asociarse a un seguimiento prenatal deficiente y a la falta de identificación de factores predisponentes. Sin embargo, discrepa parcialmente con Salazar P. (2023), quien no halló asociación con mortalidad materna. Desde el enfoque científico, estos hallazgos respaldan el modelo de atención prenatal de la World Health Organization, que enfatiza la atención temprana y continua para prevenir complicaciones y garantizar un puerperio seguro.

En conjunto, los resultados confirman que el inicio tardío de la atención prenatal constituye un factor importante asociado a complicaciones maternas durante el periparto y posparto, fortaleciendo la hipótesis planteada en la presente investigación.

Limitaciones del Estudio

A pesar de la relevancia de los resultados obtenidos, es necesario reconocer las limitaciones de la presente investigación. Principalmente, el diseño transversal empleado no permite establecer una relación de causalidad temporal entre el inicio tardío de la APN y las complicaciones, dejando abierta la posibilidad de una causalidad inversa. Asimismo, se asume un sesgo de información inherente a la calidad del llenado de las historias clínicas en el C.S. Pichari VRAEM, donde eventuales omisiones o errores de codificación CIE-10 podrían subestimar los eventos adversos.

Por otro lado, el tamaño de la muestra (n=100) reduce la potencia estadística para identificar complicaciones raras y genera intervalos de confianza más amplios para los OR. Adicionalmente, el sesgo de selección por evaluar a **un**

solo establecimiento de primer nivel restringe la extrapolación directa de los resultados a otros contextos del VRAEM o a niveles hospitalarios superiores. Por último, se debe considerar la presencia de variables de confusión no controladas en el análisis estadístico como la paridad, el nivel educativo, la procedencia rural, la cobertura del SIS y la distancia geográfica que podrían haber influenciado la fuerza de las asociaciones encontradas.

VII. CONCLUSIONES

Conclusión General en relación al objetivo general

En conclusión, el inicio tardío de la atención prenatal constituye un factor asociado a la ocurrencia de complicaciones maternas periparto y posparto en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM durante el año 2025, por lo que la captación temprana de las gestantes y el acceso oportuno a los controles prenatales son fundamentales para disminuir el riesgo de morbilidad materna.

Respecto a la Frecuencia de la atención Prenatal

Existe un predominio alarmante y modal de inicio tardío (no oportuno) de la atención prenatal, afectando al 60.0% de las gestantes atendidas. Solo un rezagado 40.0% de la población de estudio logra ingresar al programa de control prenatal de manera temprana (dentro de las primeras 14 semanas de gestación), evidenciando una baja cobertura de captación en el primer trimestre.

Respecto a las Complicaciones Periparto

Las complicaciones maternas durante el periparto se concentran mayoritariamente en el grupo de captación tardía. La hemorragia intraparto fue la más frecuente (20,0%), seguida de la distocia (18,0%), la ruptura prematura de membranas prolongada (9,0%), la hipertensión/preeclampsia (7,0%) y la fiebre intraparto (7,0%). demostrando el impacto de la falta de monitoreo clínico temprano

Respecto a las complicaciones Posparto

En el periodo del puerperio, la anemia posparto constituyó la complicación más frecuente, afectando al 74,0% de las gestantes, seguida de la hemorragia posparto (24,0%), retención de restos placentarios (15,0%) e infección puerperal (13,0%).

Respecto a la Asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal las complicaciones maternas periparto

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas periparto: con la hemorragia intraparto (p=0,011; OR=4,88; IC95%: 1,32–17,96) y con la distocia (p=0,026; OR=4,11; IC95%: 1,11–15,29). Estos resultados indican que las gestantes con inicio tardío de la atención prenatal tuvieron aproximadamente cuatro a cinco veces mayor probabilidad de presentar dichas complicaciones en comparación con aquellas que iniciaron oportunamente sus controles prenatales.

Respecto a la Asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal las complicaciones maternas posparto

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas posparto: con la hemorragia posparto (p=0,002; OR=6,64), la anemia posparto (p=0,032; OR=2,67) y la retención de restos placentarios (p=0,022; OR=5,26). Estos hallazgos demuestran que el inicio tardío de la atención prenatal incrementa significativamente la probabilidad de desarrollar complicaciones durante el periodo posparto.

VIII. RECOMENDACIONES

Al director del Centro de Salud Pichari VRAEM y a la Red de Salud

se recomienda implementar un programa estructurado de captación prenatal temprana que incluya visitas domiciliarias programadas por el personal de obstetricia durante el primer trimestre, articulado con los agentes comunitarios de salud y las parteras tradicionales del ámbito rural del VRAEM. Este programa debe priorizar las comunidades nativas y anexos de difícil acceso geográfico donde la evidencia del presente estudio muestra las mayores brechas en el inicio oportuno de la atención prenatal antes de las 14 semanas de gestación. La captación debe registrarse en el sistema HIS-MINSA y monitorearse mensualmente como indicador de gestión del establecimiento

Al jefe de la Dirección Regional de Salud Cusco:

Se recomienda utilizar los hallazgos del presente estudio como evidencia científica local para el diseño de estrategias regionales de reducción de la morbimortalidad materna en el ámbito del VRAEM, incorporando el indicador de inicio oportuno de la atención prenatal como meta de gestión sanitaria con seguimiento trimestral en los establecimientos de primer nivel de atención.

A futuros investigadores:

Se recomienda desarrollar estudios con mayor tamaño muestral y diseño longitudinal prospectivo que permitan controlar variables de confusión como paridad, nivel educativo, procedencia y distancia al establecimiento de salud, a fin de confirmar y ampliar los hallazgos del presente estudio sobre la asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas periparto y posparto en el contexto del VRAEM.

Aporte de la investigación:

El presente estudio constituye la primera evidencia científica local y contextualizada sobre la asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas periparto y posparto en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco. Sus hallazgos demuestran que las gestantes que iniciaron la atención prenatal después de las 14 semanas de gestación presentaron una mayor frecuencia de complicaciones maternas en comparación con aquellas que iniciaron oportunamente sus atenciones prenatales. Asimismo, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y la presencia de hemorragia intraparto (OR=4,88) y distocia (OR=4,11) durante el periparto. De igual manera, en el periodo posparto se evidenció asociación significativa con hemorragia posparto (OR=6,64), anemia posparto (OR=2,67) y retención de restos placentarios (OR=5,26), en comparación con aquellas que iniciaron oportunamente la atención prenatal.

Esta evidencia, generada en un contexto rural con características sociosanitarias específicas y escasamente documentadas en la literatura científica nacional, proporciona evidencia científica local que puede servir de base para la toma de decisiones y el fortalecimiento de las estrategias de salud materna para orientar la asignación de recursos, el fortalecimiento de los servicios de salud materna y el diseño de intervenciones preventivas dirigidas a una de las poblaciones más vulnerables del país.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo: resumen de orientación [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/250802
2. Perú. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N.° 827-2013-MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud N.° 105-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna" [Internet]. Lima (PE): Ministerio de Salud; 2013. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/198935-827-2013-minsa
3. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025 Apr 7. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality
4. Moller AB, Petzold M, Chou D, Say L. Visita de atención prenatal temprana: un análisis sistemático de los niveles y tendencias de cobertura regionales y globales de 1990 a 2013. Lancet Glob Health. 2017 oct;5(10):e977-e983. doi:10.1016/S2214-109X(17)30325-X. PMID:28911763; PMCID:PMC5603717.
5. Abdo R, Demelash M, Seid AM, Mussema A. Contacto de atención prenatal del primer trimestre en África: una revisión sistemática y un metanálisis de la prevalencia y los factores contribuyentes. BMC Pregnancy Childbirth. 2023 oct 19;23(1):742. doi:10.1186/s12884-023-06034-1. PMID:37858033; PMCID:PMC10585910.

6. Nyando M, Makombe D, Mboma A, Mwakilama E, Nyirenda L. Percepciones de las mujeres embarazadas sobre la visita de atención prenatal durante el primer trimestre en el centro de salud Area 25 en Lilongwe, Malawi: un estudio cualitativo. BMC Women's Health. 2023 dic 4;23:646. doi:10.1186/s12905-023-02800-7.
7. Organización Panamericana de la Salud. La OPS destaca avances en la reducción de la mortalidad materna en las Américas, pero advierte sobre desafíos persistentes [Internet]. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 7 abr 2025. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/7-4-2025-ops-destaca-avances-reduccion-mortalidad-materna-americas-pero-advierte-sobre
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2024. Lima: INEI; 2025 [citado 2026 Jun 20]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe
9. Morales Chávez NM. Ganancia de peso materno y peso del recién nacido en gestantes de edad extrema atendidas en el Centro de Salud Pichari 2019 [tesis de segunda especialidad]. Huancavelica (PE): Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de Ciencias de la Salud; 2020. Disponible en: https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/d39d3415-da5b-459d-b6fa-0809d579f81f/content
10. Mgata S, Maluka SO. Factores del inicio tardío de la atención prenatal en Dar es Salaam, Tanzania: un estudio cualitativo. BMC Pregnancy Childbirth. 2019 nov 12;19(1):415. doi:10.1186/s12884-019-2576-0. PMID:31718586; PMCID:PMC6849280.

11. Benites Chávez D. Factores que influyen en el inicio tardío del control prenatal en mujeres embarazadas de 18 a 44 años [tesis de especialidad]. México (MX): Universidad Nacional Autónoma de México; 2023. Disponible en: https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000846004/3/0846004.pdf
12. Ade-Ojo I, Akinyemi O, Olorukooba A, et al. Resultados obstétricos del inicio tardío de la atención prenatal en un hospital universitario del suroeste de Nigeria. International Journal of Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2023;7(2):93-97. doi:10.33545/gynae.2023.v7.i2b.1291.
13. Barros Raza LJ, Velasco Acurio E. Factores asociados a la falta de control prenatal en América Latina y su relación con las complicaciones obstétricas. **Enferm Investiga**. 2022;7(1):58-66. doi:10.31243/ei.uta.v7i1.1480. Disponible en: https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1480
14. Gómez Giles AG. Control prenatal tardío y complicaciones en el embarazo, Hospital Comunitario Puente de Ixtla [tesis de maestría]. Morelos (MX): Universidad Autónoma del Estado de Morelos; 2020. Disponible en: https://riaa.uaem.mx/xmlui/handle/20.500.12055/1789
15. Heaman MI, Martens PJ, Brownell MD, Chartier MJ, Derksen SA, Helewa ME. Asociación entre la atención prenatal inadecuada e intensiva con los resultados maternos, fetales e infantiles: estudio poblacional en Manitoba, Canadá. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2019;41(7):947-959. doi:10.1016/j.jogc.2018.09.006.

16. Núñez Cruces MA. Complicaciones maternas asociadas al primer control prenatal según ENDES 2022, Perú [tesis]. Lima (PE): Universidad Privada Norbert Wiener; 2025. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.13053/14763
17. Apaza Quispe YJ. Relación entre las características antropométricas y los niveles de anemia en puérperas atendidas en el Hospital General de Pasco, 2023 [tesis]. Pasco (PE): Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, Facultad de Ciencias de la Salud; 2025. Disponible en: https://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/5616/1/T026_72687844_T.pdf
18. Falla Bendezu VL. Factores asociados en atención del control prenatal tardío y complicaciones sociales del servicio de ginecología de un hospital, Lima – 2023 [tesis de maestría]. Lima (PE): Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias de la Salud, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud; 2023. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/120863
19. Salazar Portocarrero LM. Control prenatal tardío como factor de riesgo para mortalidad materna en el Instituto Nacional Materno Perinatal, periodo 2010-2020 [tesis]. Lima (PE): Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2023. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.14138/6637
20. Méndez Angela, Morales Estefany, Chanduví Willer, Arango-Ochante Pedro M.. Asociación entre el control prenatal y las complicaciones obstétricas maternas periparto y postparto. ENDES 2017 al 2019. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2021 Oct [citado 2025 Dic 21] ; 21(4): 758-769. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000400758&lng=es. http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i4.3924.

21. Penchansky R, Thomas JW. El concepto de acceso: definición y relación con la satisfacción del consumidor. *Med Care*. 1981 feb;19(2):127–140. doi:10.1097/00005650-198102000-00001.

22. Organización Mundial de la Salud. Muchas complicaciones relacionadas con el embarazo no se detectan ni se tratan. OMS; 7 de marzo de 2025. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/08-03-2025-many-pregnancy-related-complications-going-undetected-and-untreated--who

23. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Taller aborda mejora de la atención prenatal y riesgo obstétrico elevado en el primer y segundo nivel de atención. OPS/OMS; 15 de septiembre de 2023. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/18-9-2023-taller-aborda-mejora-atencion-prenatal-riesgo-obstetrico-elevado-primer-segundo

24. Organización Mundial de la Salud. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241563703

25. Universidad Nacional de Tumbes. Tumbes, Perú. Estudiante de Medicina Humana, Dioses Fernández DL, Corzo Sosa CA, Universidad Nacional de Tumbes. Tumbes, Perú. Estudiante de Medicina Humana, Zarate García JJ, Universidad Nacional de Tumbes. Tumbes, Perú. Estudiante de Medicina Humana, et al. Adherencia a la atención prenatal en el contexto sociocultural de países subdesarrollados: una revisión narrativa. Horiz méd [Internet]. 2023;23(4):e2252. Disponible en: http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2023.v23n4.12

26. Mulatu, S., Mekonnen, G.B., Tsehay, Y.T. *et al.* Early antenatal care (ANC) booking and associated factors among pregnant women attending ANC services at public health facilities in Bahir Dar City Administration, Northwestern Ethiopia, 2023: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 25, 1255 (2025). https://doi.org/10.1186/s12884-025-08450-x
27. Unicef.org. [citado el 22 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/?utm_source=chatgpt.com
28. New guidelines on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Who.int. Disponible en: https://www.who.int/news/item/07-11-2016-new-guidelines-on-antenatal-care-for-a-positive-pregnancy-experience
29. Mulatu S, Mekonnen GB, Tsehay YT, Mamo ST, Mulatu G, Messelu MA, et al. Early antenatal care (ANC) booking and associated factors among pregnant women attending ANC services at public health facilities in Bahir Dar City Administration, Northwestern Ethiopia, 2023: a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2025;25(1):1255. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s12884-025-08450-x
30. New guidelines on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Who.int. [citado. Disponible en: https://www.who.int/news/item/07-11-2016-new-guidelines-on-antenatal-care-for-a-positive-pregnancy-experience
31. Tailored prenatal care delivery for pregnant individuals: ACOG Clinical Consensus no. 8: ACOG Clinical Consensus no. 8. Obstet Gynecol [Internet].

2025;145(5):565–77. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000005889

32. Peahl AF, Novara A, Heisler M, Dalton VK, Moniz MH, Smith RD. Patient preferences for prenatal and postpartum care delivery: A survey of postpartum women: A survey of postpartum women. Obstet Gynecol [Internet]. 2020;135(5):1038–46. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000003731

33. Byerley BM, Haas DM. A systematic overview of the literature regarding group prenatal care for high-risk pregnant women. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2017;17(1):329. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s12884-017-1522-2

34. Sharma J, O'Connor M, Rima Jolivet R. Group antenatal care models in low- and middle-income countries: a systematic evidence synthesis. Reprod Health [Internet]. 2018;15(1):38. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s12978-018-0476-9

35. Gennaro S, Melnyk BM, O'Connor C, Gibeau AM, Nadel E. Improving prenatal care for minority women. MCN Am J Matern Child Nurs [Internet]. 2016;41(3):147–53. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1097/NMC.0000000000000227

36. Quijaite Masías Tifany, Valverde Espinoza Natalia, Barja Ore John. Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un Centro de Salud del Callao, Perú. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2019 ; 45(4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-

37. Amsalu AA, Yalew AW, Zemlak AK. Prevalence and determinants of late first antenatal care initiation in western Ethiopia: findings from a multi-centered

cross-sectional study. Front Reprod Health [Internet]. 2025;7:1551706. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3389/frph.2025.1551706

38. Dibaba B, Bekena M, Dingeta T, Refisa E, Bekele H, Nigussie S, et al. Late initiation of antenatal care and associated factors among pregnant women attending antenatal clinic at Hiwot Fana Comprehensive Specialized Hospital, Eastern Ethiopia: a cross-sectional study. Front Glob Womens Health [Internet]. 2024;5:1431876. Disponible en: https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1431876
39. Samiah S, Stanikzai MH, Wasiq AW, Sayam H. Factors associated with late antenatal care initiation among pregnant women attending a comprehensive healthcare facility in Kandahar Province, Afghanistan. Indian J Public Health [Internet]. 2021;65(3):298–301. Disponible en: https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1431876
40. Warri, D., George, A. Percepciones de las mujeres embarazadas sobre las razones para el inicio tardío de la atención prenatal: un estudio cualitativo de entrevistas. *BMC Pregnancy Childbirth* **20**, 70 (2020). https://doi.org/10.1186/s12884-020-2746-0
41. WHO recommendations on the assessment of postpartum blood loss and use of a treatment bundle for postpartum haemorrhage. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2023.Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK598981/
42. World Health Organization. *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Geneva: World Health Organization; 2022. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989

43. Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, Chou D, Say L. Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet]. 2013;170(1):1–7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.05.005

44. Yourkavitch, J., Obara, H., Usmanova, G. *et al.* Una revisión rápida del panorama de la medición de la anemia posparto: desafíos y oportunidades. *BMC Public Health* **23**, 1454 (2023). https://doi.org/10.1186/s12889-023-16383-3

45. Vogel JP, Souza JP, Mori R, Morisaki N, Lumbiganon P, Laopaiboon M, et al. Maternal complications and perinatal mortality: findings of the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. BJOG [Internet]. 2014;121(Suppl 1):76–88. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12633

46. Bonet M, Nogueira Pileggi V, Rijken MJ, Coomarasamy A, Lissauer D, Souza JP, et al. Towards a consensus definition of maternal sepsis: results of a systematic review and expert consultation. Reprod Health [Internet]. 2017;14(1):67. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s12978-017-0321-6

47. Ayala NK, Schlichting LE, Kempner M, Clark MA, Vivier PM, Viner-Brown SI, et al. Association between maternal hypertensive disorders, fetal growth and childhood learning outcomes. Pregnancy Hypertens [Internet]. 2021;25:249-54. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.preghy.2021.07.242

X. ANEXOS

A. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍA	METODOLOGIA
Problema general ¿Existe asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas periparto y posparto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025? **Problema específico** • Describir la frecuencia de inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari	**Objetivo general** Determinar si existe asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas periparto y posparto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025. **Objetivo específico** • Describir la frecuencia de inicio tardío de la atención prenatal en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari	**Hipótesis general.** H1: Existe asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas periparto y posparto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025 H0: No existe asociación entre el inicio tardío de la atención prenatal y las complicaciones maternas periparto y posparto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025	**Inicio tardío de la atención prenatal** (V1)	Oportunidad de la APN	Semana de la primera APN	o Después de las 14 semanas de gestación.	**Tipo de investigación:** Aplicada **Enfoque:** Cuantitativo **Método:** Deductivo **Nivel de investigación:** Analítico – Relacional **Diseño de investigación:** No experimental, Observacional, transversal, Retrospectivo. **Unidad de análisis**: Puérperas con registro de la atención prenatal y parto/posparto en 2025 **Población de estudio**: 100 puérperas atendidas
			Complicaciones maternas periparto y posparto (V2)	Complicaciones periparto	• Hemorragia • Preeclampsia/Eclampsia • RPM • Fiebre intraparto • Distocia	o Presente o Ausente	
				Complicaciones posparto	• Anemia • Hemorragia posparto • Infección puerperal • Retención de restos placentarios	o Presente o Ausente	

VRAEM, Cusco, 2025. • Identificar las complicaciones maternas periparto más frecuentes en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025. • Identificar las complicaciones maternas posparto más frecuentes en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025. • Determinar la asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y complicaciones	VRAEM, Cusco, 2025. • Identificar las complicaciones maternas periparto más frecuentes en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025. • Identificar las complicaciones maternas posparto más frecuentes en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025. • Determinar la asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y complicaciones						entre enero y diciembre de 2025 **Tamaño de muestra:** 100 puérperas (población censal) **Muestreo:** Censal **Técnicas de recolección de información:** Revisión documental de historias clínicas **Instrumentos**: Ficha de registro del inicio de la APN y listas de chequeo de complicaciones periparto y posparto **Estadística inferencial**: prueba Chi-cuadrado para asociación, Odds Ratio (OR) con IC 95%

periparto en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025. • Determinar la asociación estadísticamente significativa entre el inicio tardío de la atención prenatal y complicaciones posparto en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025	periparto en el Centro de Salud Pichari VRAEM, Cusco, 2025.						

B. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y LAS COMPLICACIONES MATERNAS PERIPARTO Y POSPARTO EN EL CENTRO DE SALUD PICHARI VRAEM, CUSCO, 2025.

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
1. ¿Considera usted, que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?	1	2	3	4	X 5
2. ¿Considera usted, que la cantidad de los ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?	1	2	3	X 4	5
3. ¿Considera usted, que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?	1	2	3	4	X 5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	X 5
5. ¿Considera usted, que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?	1	2	3	4	X 5
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y lo objetivos de la investigación?	1	2	3	4	X 5
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	X 5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	X 5
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?	1	2	3	4	X 5

Nota: Marque con una "x" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

ADJUNTO: 1. Problema de investigación

2. Objetivos de la investigación

3. Hipótesis de la investigación

4. Metodología de la investigación

5. Operacionalización de variables

6. Instrumento de recojo de datos

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

VALIDACIÓN: **Aplica** [X] **No** [ ] **aplica**

Mag. Roberto Torres Rua
OBSTETRA
COP: 9158 RNE: 3363-E.(3)

Firma y sello del experto

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y LAS COMPLICACIONES MATERNAS PERIPARTO Y POSPARTO EN EL CENTRO DE SALUD PICHARI VRAEM, CUSCO, 2025.

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
1. ¿Considera usted, que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera usted, que la cantidad de los ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera usted, que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera usted, que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y lo objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?	1	2	3	4	5

Nota: Marque con una "x" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

ADJUNTO: 1. Problema de investigación

2. Objetivos de la investigación
3. Hipótesis de la investigación
4. Metodología de la investigación
5. Operacionalización de variables
6. Instrumento de recojo de datos

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

VALIDACIÓN: **Aplica** [X] **No** [ ] **aplica**

Silvia Z. Vega Mamani
Lic. Salud Pública y Comunitaria
RENOMA: 175 COP: 17150

Firma y sello del experto

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y LAS COMPLICACIONES MATERNAS PERIPARTO Y POSPARTO EN EL CENTRO DE SALUD PICHARI VRAEM, CUSCO, 2025.

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
1. ¿Considera usted, que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera usted, que la cantidad de los ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera usted, que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera usted, que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y lo objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?	1	2	3	4	5

Nota: Marque con una "x" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

ADJUNTO: 1. Problema de investigación

2. Objetivos de la investigación
3. Hipótesis de la investigación
4. Metodología de la investigación
5. Operacionalización de variables
6. Instrumento de recojo de datos

OBSERVACIONES:

.....
.....
.....

VALIDACIÓN: **Aplica** [X] **No** [ ] **aplica**

Mg. Gladys Roxana Vilca Apaza
MAESTRIA EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Firma y sello del experto

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y LAS COMPLICACIONES MATERNAS PERIPARTO Y POSPARTO EN EL CENTRO DE SALUD PICHARI VRAEM, CUSCO, 2025.

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
1. ¿Considera usted, que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera usted, que la cantidad de los ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera usted, que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera usted, que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y lo objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?	1	2	3	4	5

Nota: Marque con una "x" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

ADJUNTO: 1. Problema de investigación

2. Objetivos de la investigación

3. Hipótesis de la investigación

4. Metodología de la investigación

5. Operacionalización de variables

6. Instrumento de recojo de datos

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

VALIDACIÓN: **Aplica** [X] **No** [ ] **aplica**

Pamela Ortiz Auccapiña
MAG. EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD
COP 27821

Firma y sello del experto

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y LAS COMPLICACIONES MATERNAS PERIPARTO Y POSPARTO EN EL CENTRO DE SALUD PICHARI VRAEM, CUSCO, 2025.

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
1. ¿Considera usted, que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?	1	2	3	4	X 5
2. ¿Considera usted, que la cantidad de los ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?	1	2	3	X 4	5
3. ¿Considera usted, que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?	1	2	3	4	X 5
4. ¿Considera usted, que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	X 5
5. ¿Considera usted, que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos datos también similares?	1	2	3	4	X 5
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y lo objetivos de la investigación?	1	2	3	4	X 5
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	X 5
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento, es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	X 4	5
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas o ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?	1	2	3	4	X 5

Nota: Marque con una "x" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

ADJUNTO: 1. Problema de investigación

2. Objetivos de la investigación
3. Hipótesis de la investigación
4. Metodología de la investigación
5. Operacionalización de variables
6. Instrumento de recojo de datos

OBSERVACIONES:

.....
.....
.....

VALIDACIÓN: **Aplica** [X] **No** [ ] **aplica**

Obst. Evelyn Karla Medina Nolasco
MAGISTER EN SALUD PUBLICA Y COMUNITARIA
COP: 27554 RENOMA - COP:115

Firma y sello del experto

C. Valoración externa: Valor de Aiken

Juez	1	2	3	4	5
Población (r)	5	5	4	5	5
S= r-1	4	4	3	4	4

$\sum s = 4+4+3+4+4 = 19$

$V = 19 / [5(5-1)] = 19/20 = 0.95$

D. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD** **ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**		
Ficha de registro del inicio de la atención prenatal		
ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL Y LAS COMPLICACIONES MATERNAS PERIPARTO Y POSPARTO EN EL CENTRO DE SALUD PICHARI VRAEM, CUSCO, 2025.		
N° de ficha: _____ Edad: _____ Fecha del parto: //2025 Tipo de parto: Vaginal.		
I. Variables no controladas		
Paridad: Primigesta( ) Multigesta ( ) Edad gestacional del parto…… Número total de APN**: N**inguno ( ) 1 a 3 ( ) 4 a 6 ( ) > a 6 ( )		
II. Variables de estudio: Datos de la atención prenatal		
Fecha de la primera APN ___ / ___ / 2025 Semana gestacional en la primera APN: <14 semanas ( ) ≥14 semanas ( ).		
III. Lista de chequeo de complicaciones periparto	**SI**	**NO**
Hemorragia intraparto		
Hipertensión/preeclampsia		
Ruptura prematura de membranas		
Fiebre intraparto		
Distocia		
IV. Lista de chequeo de complicaciones posparto	**SI**	**NO**
Hemorragia posparto		
Anemia posparto		
Infección puerperal		
Retención de restos placentarios		

E. SOLICITUD Y DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

UNSAAC
Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

Facultad de Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

Solicito acceso a datos estadísticos, historia clínica y libro de registro de las usuarias que acuden a servicio materno en departamento de obstetricia.

MC. JUNIOR MILTON CONDORPUSA DE LA CRUZ

Jefe del Centro de Salud Pichari

OBST. PETRONILA BEATRIZ CAJO COSAVALENTE

Jefa de servicio de obstetricia

CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO VRAEM
CENTRO DE SALUD PICHARI
RECIBIDO
FECHA: 23 / 01 / 26
Reg. N°: 229 Folio: 01
Hora: 3:55 Firma:

Yo, LISSET PAMELA QUISPE MACHACCA, identificado con DNI 70773390, interna de la escuela profesional de obstetricia de la Universidad Nacional San Antonio Abad Del Cusco filial Andahuaylas, ante usted me dirijo con el fin de expresarle mi cordial saludo con el debido respeto me presento y expongo:

Que, teniendo la necesidad de optar el título profesional de obstetricia, respetuosamente solicito acceso a las historias clínicas para recaudar datos estadísticos y libro de registro de las usuarias gestantes que asistieron a consultorio materno de servicio de obstetricia para obtener datos para tesis que lleva por título **"ASOCIACIÓN ENTRE EL INICIO TARDÍO DEL CONTROL PRENATAL Y LAS COMPLICACIONES MATERNAS PERIPARTO Y POSTPARTO EN CENTRO DE SALUD PICHARI VRAEM, CUSCO, 2025."** el cual es un requisito para tener como base de dato para la sustentación de tesis para optar un título profesional.

Seguro de contar con la atención que brinde, quedo con usted muy agradecida.

Pichari, 23 de enero de 2026.

LISSET PAMELA QUISPE MACHACCA
DNI 70773390

MEMORANDUM N°069-2026-GRC-GRS/RSSC VRAEM/CSP –J

DE : **MC- JUNIOR MILTON CONDORPUSA DE LA CRUZ**
JEFE DEL CENTRO DE SALUD PICHARI
JEFE DE LA MICRO RED PICHARI

A : **LISSET PAMELA QUISPE MACHACCA**
Interna en Obstetricia

ASUNTO :AUTORIZACIÓN DE ACCESO A DATOS PARA ESTUDIO DE TESIS

FECHA : Pichari, 29 de enero del 2026

Por medio del presente, se autoriza a **LISSET PAMELA QUISPE MACHACCA** Interna en obstetricia, identificado/a con DN. N°70773390, estudiante de la carrera de La Escuela Profesional de Obstetricia de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO**, a acceder y utilizar la información y/o datos correspondientes del área de Obstetricia, archivos, registros o bases de datos, con fines exclusivamente académicos, en el marco del desarrollo de su trabajo de tesis titulado:
"ASOCIACIÒN ENTRE EL INICIO TARDIO DE CONTROL PRENATAL Y LAS COMPLICACIONES MATERNAS PERIPARTO Y POSTPARTO EN EL CENTRO DE SALUD PICHARI VRAEM, CUSCO,2025"
La tesista se compromete a:
Utilizar la información únicamente para los fines del estudio mencionado.
Mantener la confidencialidad de los datos, respetando la normativa vigente sobre protección de datos personales.
No divulgar, reproducir ni ceder la información a terceros sin autorización expresa de la institución.
La presente autorización tendrá vigencia desde la presente fecha hasta su término, o hasta la culminación del estudio de tesis.

Se expide el presente memorándum para los fines que la interesada considere pertinentes.

Atentamente,

Junior M. Condorpusa De La Cruz
MEDICO CIRUJANO
CMP 100546
JEFE C.S. PICHARI

Cc.
Archivo
JMDLC/ghch

F. EVIDENCIA FOTOGRÁFICA (CAPTURA DE PANTALLA DE BASE DE DATOS EN PAQUETE ESTADÍSTICO, ETC).

Base de datos SPSS

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	P1	Numérico	8	0	Edad	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
2	P2	Numérico	8	0	Paridad	{0, Primiges...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
3	P3	Numérico	8	0	Edad gestacional del parto	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
4	P4	Numérico	8	0	Número de CPN	{0, Ninguno}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
5	P5	Numérico	8	0	EG del primer CPN	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
6	P6	Numérico	8	0	Inicio tardía de control prenatal	{1, Sí}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
7	P7	Numérico	8	0	Hemorragia intraparto	{1, Sí}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
8	P8	Numérico	8	0	Hipertensión/preeclampsia	{1, Sí}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
9	P9	Numérico	8	0	RPM prolongada	{1, Sí}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
10	P10	Numérico	8	0	Fiebre intraparto	{1, Sí}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
11	P11	Numérico	8	0	Distocia	{1, Sí}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
12	P12	Numérico	8	0	Hemorragia posparto	{1, Sí}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
13	P13	Numérico	8	0	Anemia postparto	{1, Sí}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
14	P14	Numérico	8	0	Infección puerperal	{1, Sí}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
15	P15	Numérico	8	0	Retención placentaria	{1, Sí}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
16	V	Numérico	8	0	Inicio tardía de control prenatal	{0, No}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											

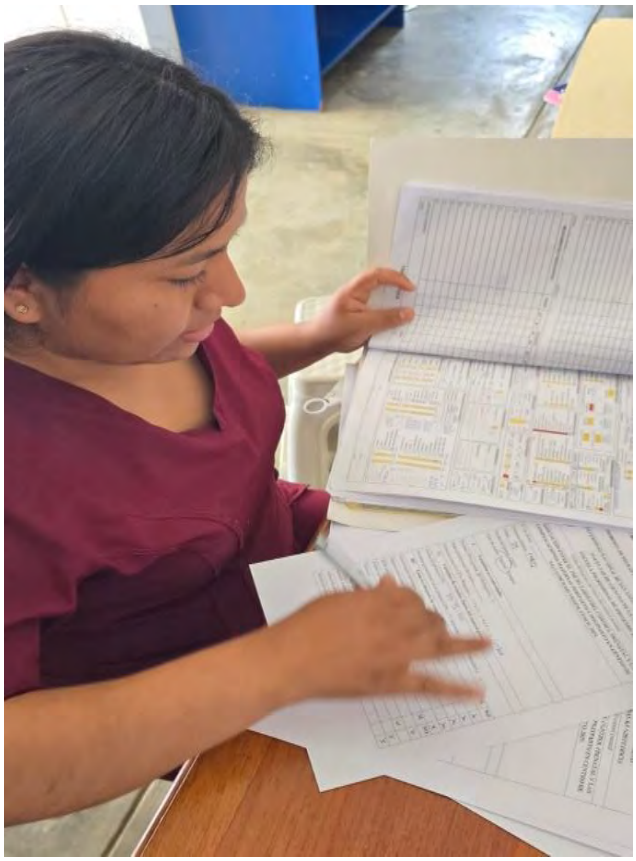
Vista de datos | Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode:ON

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

12 : P9 | 2 | Visible: 16 de 16 variables

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15
1	30	1	39	3	8.0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	28	1	23	0	23.0	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1
3	29	1	39	3	15.0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
4	28	1	39	3	14.0	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2
5	35	1	39	3	12.0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	28	1	38	3	15.0	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1
7	16	0	39	0	39.0	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1
8	39	1	39	2	14.3	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1
9	18	1	37	3	7.0	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1
10	16	0	40	1	31.0	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2
11	36	1	41	3	12.0	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2
12	36	1	38	3	22.0	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2
13	37	1	39	2	22.0	1	2	1	1	2	2	2	1	1	2
14	28	1	40	3	19.0	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2
15	25	0	41	3	16.0	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1
16	29	1	39	3	6.0	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2
17	37	1	38	3	9.0	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2
18	25	1	39	3	15.0	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2
19	27	0	40	3	18.0	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2
20	29	1	38	3	8.0	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1
21	30	1	37	3	6.0	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2
22	18	1	38	2	25.0	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1
23	23	1	39	3	15.0	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1

Vista de datos | Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode:ON