



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLIVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2023-03-23

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. NEOBIS MORALES Prof. LUIS CABRERA y Prof. ANTONIO RUSSO, Reunidos en: Salón de Medicina II

a la hora: 1 pm

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado. Titulado:

FACTORES RELACIONADOS CON EL INSUFICIENTE CONTROL PRENATAL. HOSPITAL REGIONAL GENERAL DR. HECTOR NOEL JOUBERT, CIUDAD BOLIVAR – ESTADO BOLIVAR, NOVIEMBRE 2023 – ENERO 2024.

Del Bachiller BRITO MERICUANA GABRIEL JESUS C.I.: 26695870, como requisito parcial para optar al Título de Médico cirujano en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>
-----------	----------	-----------------------------	--

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolivar, a los 15 días del mes de Marzo de 2024

Prof. NEOBIS MORALES
 Miembro Tutor

[Signature of Prof. Luis Cabrera]
 Prof. LUIS CABRERA
 Miembro Principal

[Signature of Prof. Antonio Russo]
 Prof. ANTONIO RUSSO
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMARILLO RODRIGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado





UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLIVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-2023-03-23

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. NEOBIS MORALES Prof. LUIS CARRERA y Prof. ANTONIO RUSSO, Reunidos en: Salon de Medicina II

a la hora: 1pm
Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

FACTORES RELACIONADOS CON EL INSUFICIENTE CONTROL PRENATAL. HOSPITAL REGIONAL GENERAL DR. HECTOR NOUEL JOUBERT, CIUDAD BOLIVAR - ESTADO BOLIVAR, NOVIEMBRE 2023 - ENERO 2024.

Del Bachiller CHAPARRO BELLO STEFFANY HALBANY C.I.: 25978754, como requisito parcial para optar al Título de Médico cirujano en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------	----------	-----------------------------	------------------------------	-------------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 15 días del mes de Marzo de 2024

Prof. NEOBIS MORALES
Miembro Tutor

Prof. LUIS CARRERA
Miembro Principal

Prof. ANTONIO RUSSO
Miembro Principal

Prof. IVÁN AMATA RODRIGUEZ
Coordinador comisión Trabajos de Grado





UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**FACTORES RELACIONADOS CON EL INSUFICIENTE CONTROL
PRENATAL. HOSPITAL REGIONAL GENERAL DR. HECTOR NOUEL
JOUBERT, CIUDAD BOLIVAR – ESTADO BOLIVAR, NOVIEMBRE 2023 –
ENERO 2024.**

Tutor académico:

Dra. Neobis Morales

Trabajo de Grado Presentado por:

Br: Brito M, Gabriel Jesús

C.I: 26.695.870

Br: Chaparro B, Steffany Halbany

C.I: 25.978.754

Como requisito parcial para optar por el título de Médico cirujano

Ciudad Bolívar, Febrero, 2024

ÍNDICE

ÍNDICE	iv
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA	xii
RESUMEN.....	xiv
INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	12
OBJETIVOS	13
Objetivo general.....	13
Objetivos específicos	13
METODOLOGIA	14
Tipo y diseño de investigación.	14
Universo	15
Muestra	15
Criterios de inclusión	15
Criterios de exclusión	16
Métodos e instrumento de recolección de datos	16
Plan de tabulación y análisis	16
RESULTADOS.....	18
Tabla 1	18
Tabla 2	20
Tabla 3	21
Tabla 4	22
Tabla 5	23
Tabla 6	24
Tabla 7	25
Tabla 8	26

Tabla 9	27
Tabla 10	28
Tabla 11	29
Tabla 12	30
Tabla 13	31
DISCUSION	33
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	44
APÉNDICES	50
Apéndice A	51
Apéndice B.....	52
Apéndice C.....	53

AGRADECIMIENTO

Agradecer es una palabra muy pequeña en comparación a lo que siento por cada una de las personas que me han acompañado en este largo pero maravilloso camino.

Solo ustedes saben lo que he vivido, lo que me ha costado, lo que he sacrificado, pero también, lo que he podido lograr a lo largo de estos años. Es por eso que quiero dar mis más profundas; gracias, si, a ti, que me diste aliento y fuerzas para seguir. Algunos durante toda esta etapa, otros en pequeñas oportunidades que fueron muy significativas. Porque en ocasiones solo basta una palabra para saber que estas en el camino correcto y con las personas correctas.

Gracias madre, por ser mi pilar desde siempre, desde que decidí dar ese paso, por ser fundamental en mi vida y por ser la fuerza que me inspira a ser mejor cada día. Gracias a ti, a tus valores, a lo que me enseñas y a lo que me inspiras. Todo lo que he logrado y lograre es por ti.

Gracias abuela Norma, mi mami. Mi gran amor, tú y yo sabemos lo mucho que anhelamos esto. Y hoy tengo la dicha de poder darte las gracias, porque sigues junto a mí, amándome y guiándome. Me viste crecer, me educaste, me cuidaste y me amaste como solo tú sabes hacerlo. Gracias mi mami amada.

Gracias papa, mi papi, el hombre que en la distancia me cuida y protege, y que amo con todo mi corazón, gracias por creer en mí.

A ti Samer Ahmad, mi compañero de vida, gracias por ser mi fuerza cuando lo he necesitado, gracias por darme aliento cuando creo que no puedo, gracias por tu

apoyo y amor incondicional, gracias por todo lo que haces por mí para poder alcanzar mis metas. Gracias por no soltar mi mano.

Gracias abuelita Elena, que de ti he aprendido a ser tenaz y tener compromiso, apoyándome en cada paso. Gracias por tus valores y por lo que me inspiras.

A mis tías y tíos; Romina, Romileth, Francisco, María De Los Angeles, María Alejandra y Ligia. Gracias, soy afortunada de tenerlos a cada uno de ustedes, agradezco infinitamente sus palabras, sus consejos, su amor, su apoyo, su ayuda. Gracias por amarme como una hija y por hacerme sentir tan querida y hacerme saber que en este camino no estaba sola.

Gracias tío Daniel, que en la distancia siempre me apoyaste, velaste por mi educación y por mi bienestar, tu compromiso siempre fue un pilar importante para lograr esto.

Gracias a mis primos, Edgard, Francelys, Amanda, Alejandro, Daniel. Mis hermanos de vida, los que me inspiran a ser mejor y a ser un ejemplo para ellos.

Gracias a mis amigos, que han sido parte fundamental en mi crecimiento para poder llegar a esta parte del camino. Angélica Cardozo, María Teresa, Lindamar Castellanos, Mailen Gonzales, María Noriega, María Castillo, Pilar Cova, Aliriannys Rojas, Andrea Silva, Rafael Sánchez.

Gracias Gabriel Brito, co-autor de este trabajo de grado, mi compañero, amigo y hermano. Gracias tus palabras, tu apoyo, tu amor y tu compromiso, gracias por hacerme saber que si puedo cuando he creído que no es así. Seguimos logrando triunfos juntos.

Gracias a mis suegros, Argelia Dommar y Nader Ahmad, por su cariño, por su apoyo, por hacerme sentir en casa y en familia, pero sobre todo por quererme como una hija.

Gracias Sr. Ilich, por ser parte de mi crecimiento, por sus consejos, palabras y enseñanzas.

¡Gracias a todos!

Espero retribuirles todo lo que han hecho por mí.

Br. Steffany Chaparro.

AGRADECIMIENTO

Con este trabajo concluyen 9 años de carrera, de dedicación, esfuerzo y sacrificio, por lo cual quiero agradecer a todos aquellos que estuvieron ahí para mí, de una forma u otra, durante toda esta experiencia acompañándome, brindándome apoyo, cariño y amistad.

Gracias a toda mi familia, en especial a mi mamá, mi papá, mis hermanos y hermanas, mi padrino y a mis tíos José Gregorio y Nenella, ya que ellos fueron las personas que más me apoyaron durante todo este proceso.

Gracias a Pedro Arellano, Decxymayerling “Maye” Arellano, Karim Arellano y a toda la familia Arellano, porque fueron algo más que una amistad, se volvieron mi segunda familia y siempre estaré agradecido por todo lo que hicieron por mi durante estos últimos años.

Gracias a aquellos hermanos y hermanas que aun sin compartir sangre, me han dado amor, cariño y sobre todo, un apoyo incondicional; Pedro, Jesús Alejandro, Jesús Manuel, Rebeca, Lisamar, María José, Carlos, Gustavo, José Andrés, Claudia e Isaac gracias por ser mi familia, los quiero mucho.

Gracias a mi grupito veloz, Ariadna Bartolozzi y Angélica Cardozo, 2 hermosas mujeres que lograron hacer que una carrera tan larga se hiciera corta, sin su amistad todo sería diferente, gracias por llegar a mi vida y por unirla con 2 personas tan especiales como Mamá Maira y Noah.

Gracias a todas aquellas personas que durante la carrera me brindaron su amistad, me incitaron a bochinchar y a disfrutar de Ciudad Bolívar; Joselin Farrera,

Catherin Russian, Robert Bonalde, Louis Brito, Daniel Rosales, Génesis Sucre, Maridelcy Lanz, Roxana Lara, Omar Carrillo, Nader Ahmad; su amistad me hizo aprender a querer y extrañar Ciudad Bolívar.

Gracias a mis amigos y futuros colegas Dr. Abis Ortiz y Dra. Flomar Losada, por siempre ayudarme y darme un espacio de aprendizaje y risas en el hospital de El Tigre además de su valiosa amistad.

Gracias a Anyelina Sánchez, Patricia Ortiz y Juan Yrady, mis compañeros de internado, gracias a ustedes este último año de formación fue de los mejores de la carrera, su amistad y todo lo que vivimos en el HFGR siempre me acompañaran donde me encuentre.

Gracias a la más grande amistad que me dio Ciudad Bolivar, mi mejor amiga Fabiola Buitrago, siempre fuiste mi compañera de inventos, de bebederas, de salidas improvisadas, pero también una de las personas que más me dio aliento, que en mis peores momentos me animo y mis mejores momentos y mayores logros los celebro como si fueran suyos; por eso y más, Gracias Tigre.

Gracias para Liliana Ferrer, una persona con la que compartí, conviví y aprendí muchísimo durante la carrera, de ti me llevo grandes experiencias y muy bonitos recuerdos que forman parte de quien soy hoy, a las familias Ferrer-Longares; las cuales me acompañaron durante un gran trayecto de este camino, me apoyaron y brindaron calor de hogar y cariño, muchas gracias de todo corazón.

Gracias a la coautora de este trabajo, Steffany Chaparro, mi amiga, mi confidente, mi hermana, mi gorda, gracias por todo ese cariño sincero, todos esos momentos vividos y los grandes recuerdos que dejaste en mí, gracias por siempre ser una amiga única y de verdad.

Gracias a María José Hernandez, quien en este último año de internado, me ayudo y apoyo de diversas maneras, hasta obligándome a estudiar, me brindo un espacio de confianza, paz y cariño, por el cual estoy muy felizmente agradecido.

Br. Gabriel Brito.

DEDICATORIA

Mamá, tu fuerza, compromiso y sacrificio han sido el motivo para que hoy yo pueda estar en este escalón de mi vida, solo nosotras sabemos lo que nos ha costado, sí, porque esto también es tuyo, tu estas detrás de todo lo que he logrado, siempre ahí, tomándome de la mano, velando por mí, por mis valores, por mi educación, por mi salud, con mucha dedicación, trabajo y compromiso, para poder lograr todo lo que me he propuesto.

Gracias mami, gracias a ti hoy estoy aquí, escribiendo esto, ya finalizando un paso de mi vida. Sé que Dios me permitirá darte más de lo que tú me das cada día. Te prometo que luchare por eso, así como tú luchaste y sigues luchando mí.

Gracias mi más grande y eterno amor.

Todo esto es por ti y para ti.

Br. Steffany Chaparro

DEDICATORIA

A Dios, porque sin él no llegaría hasta donde estoy ahora ni cumpliría esta meta tan importante.

A mi amada madre, por darme la vida, amor, cariño y por sobre todo un apoyo y una fe incondicional en que lograría cumplir mi sueño.

A mi hermana menor, porque junto a mi mama fue una de las pocas personas que jamás dejo de creer en mí y apoyarme aun desde la distancia.

Y especialmente a mi abuela María y mi tía Nena, porque fueron 2 mujeres que con su cariño y enseñanzas me hicieron gran parte de lo que soy hoy y desde aquí espero hacerles llegar al cielo esta dedicatoria.

Br. Gabriel Brito

**FACTORES RELACIONADOS CON EL INSUFICIENTE CONTROL
PRENATAL. HOSPITAL REGIONAL GENERAL DR. HECTOR NOUEL
Joubert, CIUDAD BOLIVAR – ESTADO BOLIVAR, NOVIEMBRE 2023 –
ENERO 2024.**

Brito M, Gabriel Jesús; Chaparro B, Steffany Halbany

RESUMEN

Una de las problemáticas de salud pública es la mortalidad materna, se estima que aproximadamente 720 gestantes fallecen cada día (1 muerte cada 2 minutos) por condiciones relacionadas al embarazo y parto. En 2020, unas 287.000 mujeres murieron durante o tras el embarazo o el parto, principalmente en países en vías de desarrollo y se considera que estos decesos eran evitables ya que las soluciones de atención de salud para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a cuidados de alta calidad durante el embarazo, durante el parto y después de él. **Objetivo:** Determinar los factores relacionados con el insuficiente control prenatal. Hospital regional general Dr. Hector Nouel Joubert en ciudad Bolivar – Estado Bolivar, Noviembre 2023 – Enero 2024 **Metodología:** Estudio científico descriptivo, correlacional, empírico, prospectivo, cuantitativo, no experimental y de corte transversal en el que se elaboró un cuestionario de 20 preguntas donde se recogieron datos sociodemográficos y gineco-obstetricos a las pacientes que acudieron en la última etapa de embarazo al hospital Dr. Hector Nouel Joubert, la muestra estuvo representada por 93 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** Se encontró que el grupo etario predominante fue 18-21 años (32,26%) en unión libre (43,01%), raza mestiza (36,56%), de procedencia urbana (75,27%), con secundaria completa (43,01%), con 3-5 gestas (49,46%), desempleada (36,56%), se observó que a menor edad menor número de controles (6,45%), menor control en solteras y viudas (10,75% y 3,23%), las gestantes indígenas tuvieron menor control que otras razas (7,53% 0-2 controles), mayor control prenatal de las gestantes provenientes de áreas urbanas (33,33% con 6-7 controles), mayor control en desempleadas o con trabajo independiente (13,98% y 11,83% con 6-7 controles), los abortos y complicaciones previas se asoció a mejor control prenatal (11,83% y 12,90% con 8 o más controles), y la mayoría no tuvo dificultades para acudir al control prenatal (18,28%).

Palabras claves: Prenatal, Embarazo, parto, gestantes.

INTRODUCCION

En la actualidad la salud materno infantil se contempla como una prioridad de orden mundial, la situación de salud nos muestra el desarrollo de la población de un país. La OMS recomienda la implementación de programas y políticas que incluyan intervenciones universales y específicas para cada contexto para mejorar el uso y la calidad de la atención prenatal. La medicina preventiva es la base de una atención medica racional y ocupa los primeros eslabones de los conocidos niveles de Level y Clark. (Camel, 2019)

Todos los días, según la organización mundial de la salud, aproximadamente 830 mujeres mueren por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. En el 2015 a nivel mundial, murieron aproximadamente 303 000 mujeres y niñas adolescentes por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Ese mismo año, se registraron 2,6 millones de muertes intrauterinas. Casi todas las muertes maternas (99 %) e infantiles (98 %) ocurrieron en países de ingresos bajos y medios. Estas muertes maternas podrían haberse evitado si las embarazadas hubieran podido acceder a una atención prenatal de calidad. El 60 % (1,46 millones) de las muertes fetales ocurrieron durante el período prenatal y se debieron principalmente a infecciones maternas no tratadas, hipertensión y crecimiento fetal deficiente. (Alkema, 2015).

El embarazo es un proceso fisiológico, por tanto, la atención prestada a las gestantes mediante el control prenatal debe estar basada en los cuidados para su desarrollo normal, el uso de la tecnología apropiada y en el reconocimiento del importante papel que tiene la propia mujer en la toma de las decisiones que le afectan. En el mundo la atención prenatal es una prioridad que engloba una serie de estrategias destinadas a optimizar los resultados del embarazo. Por esto, un servicio

de salud que requiere para su éxito, continuidad y seguimiento de las usuarias es el control prenatal (Castillo, et al., 2014).

Desde el 2002 que se implementó el modelo de atención prenatal de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en países de bajos y medianos ingresos, se registró un aumento en la utilización de la atención básica prenatal. En el mundo, del 2007 al 2014, se registró que solo un 64% de las gestantes, acudió y recibió los 4 controles prenatales mínimos que la Organización Mundial de la Salud recomienda durante el embarazo (OPS, 2018).

Para el 2016, la OMS establece que 8 debe ser el número de controles que la madre debe recibir durante la gestación, ya con solo la mitad de controles, hubo un incremento en la morbilidad y mortalidad durante la gestación y después del nacimiento. La atención prenatal tiene como finalidad mejorar la salud, tanto de la madre como del feto, evitando la aparición de complicaciones que podrían afectar a la madre y al hijo, por lo cual, es importante y obligatorio, que las gestantes acudan a su establecimiento de salud de manera precoz para la evaluación de los posibles riesgos que la madre e hijo puedan estar expuestos (OPS, 2018).

De acuerdo a reportes de la situación de morbilidad y mortalidad materna en América Latina y el Caribe, se han producido 7600 muertes maternas en el 2015 debido a hemorragias postparto e hipertensión, concentradas en los países con mayores tasas de fecundidad, pobreza y menor acceso a salud de calidad. Las estimaciones muestran que en Chile y Uruguay la mortalidad materna es menor 17 por cada 100.000 habitantes, también se reconoce que en países como Ecuador la mortalidad materna se ha reducido en un 50% pero en otros países como Venezuela se ha incrementado (Naciones unidas, 2020).

En el contexto latinoamericano, se reconoce con preocupación que miles de mujeres todavía pierden la vida cada año por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y parto, muchas más sufren complicaciones y experimenta problemas de salud a largo plazo que afectan la calidad de sus vidas. Mujeres indígenas y afrodescendientes, así como aquellas con menores ingresos y menos años de educación formal a menudo carecen de acceso a los servicios de planificación familiar y asistencia prenatal, así también las mujeres gestantes indígenas de las Américas tienen tres veces más probabilidades de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto que las no indígenas debido a escases de servicios de salud (atención prenatal y perinatal) o creencias personales. (UNFPA, 2017).

El control prenatal se enfoca en la detección oportuna de síntomas que puede presentar la gestante, la vigilancia del bienestar fetal y la identificación de factores de riesgo lo que permite establecer acciones para prevenir complicaciones o el manejo oportuno de patologías. La atención durante el embarazo tiene la finalidad de preparar a la gestante de manera física y mental para el nacimiento de su hijo/a (Vasquez, 2016).

Se define el control prenatal como un sistema de consulta que evalúa la progresión normal del embarazo y descubre precozmente a través de la clínica, el laboratorio y la ecografía la aparición de problemas maternos y/o fetales que podrían presentarse. Además de esto integra acciones educativas de prevención y asistencia de la mujer en su periodo reproductivo con énfasis en la gestación, parto, puerperio y recién nacido. El control prenatal involucra un conjunto de acciones en visitas de parte de la embarazada al establecimiento de salud. (Fainete, et al., 2019).

A pesar que se considera el control prenatal como una estrategia para disminuir los índices de morbi-mortalidad materna y perinatal no deja de presentarse inasistencias al programa, entendiéndose ésta como la ausencia o efecto de no asistir

regularmente al control prenatal, ya sea por factores sociales, personales e institucionales. (OMS, 2014).

Para que un control prenatal pueda considerarse exitoso, se debe cumplir con cuatro condiciones esenciales: Temprano: de ser posible dentro de los tres primeros meses del embarazo. Periódico: La frecuencia de los controles prenatales varía de acuerdo con el grado de riesgo que la mujer embarazada regala. Sin embargo la OMS establece un mínimo de 8 controles los cuales se dividen 1 en el 1er trimestre, 2 durante el 2do trimestre y 5 durante el 3er trimestre. Completo: debe garantizar las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud para preservar de ésta manera la salud de la madre y del niño próximo a nacer. Amplia cobertura: En la medida en que el porcentaje de población controlada es mayor, mayor es el impacto positivo en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal (Fainete, et al., 2019).

Para lograr el cumplimiento óptimo del control prenatal, se establecen los siguientes objetivos:

Categorización del riesgo obstétrico que consiste en la identificación de forma temprana de los factores de riesgos personales de la gestante y su medio, siendo clasificados de manera general en factores modificables y no modificables. Estos factores deben de ser registrados desde el primer control prenatal y valorados en los controles subsecuentes. Se distinguen en nuestros medios 3 tipos de riesgo obstétrico: Riesgo Obstétrico Bajo, Alto y Muy Alto (Betancourt, et al., 2020).

Determinación de la edad gestacional, el cálculo de la edad gestacional (EG) se realiza a través del cálculo del primer día de la última menstruación (FUM) y se la complementa con la ponderación de la ecografía del primer trimestre. La EG se calcula en semanas con días y su identificación permitirá guiar las pruebas a realizar

en cada trimestre de gestación. Otro parámetro para determinar la EG es a través de la medición de la altura de fondo uterino (AFU) sin embargo no es un parámetro específico (Contreras, 2016).

Vigilancia del estado perinatal, la determinación del estado fetal debe valorarse a través de la ganancia de peso materna, otro método es la medición de altura de fondo uterino (AFU) y la ecografía fetal es el método de mayor sensibilidad y especificidad de hasta el 95% para detectar malformaciones fetales y noxas que puedan interferir en su desarrollo (OPS, 2020).

Educación prenatal, la gestante y su pareja deben de recibir información y asesorías sobre las modificaciones que se presentan en la gestación, parto y cuidados del recién nacido (Rodelo, 2017).

Llenado de la historia clínica materna perinatal: La cual es una cartilla que registra todos los antecedentes patológicos de la gestante, así también los antecedentes obstétricos y evolución subsecuente del estado de gestación

Son diversos los factores que contribuyen a un control prenatal insuficiente de los cuales podemos destacar; Factores culturales como el consumo de drogas en la mujer previo al embarazo y durante esta etapa se relaciona con la insuficiencia de los controles prenatales, esto debido al temor de ser juzgadas por su situación actual, este grupo de mujeres posee un riesgo elevado de complicaciones maternas y prenatales (Rodelo, 2017).

Las costumbres o creencias familiares prevalecen en mujeres de comunidad ancestral, en donde no llevan un control prenatal por las costumbres propias de su comunidad, es así que la mortalidad materna incrementa en mujeres que han recibido partos en casa (Contreras, 2016).

Los factores sociodemográfico se refiere a las características generales y al tamaño de un grupo poblacional. Estos rasgos dan forma a la identidad de los integrantes de esta agrupación, dentro de estos la edad es un dato importante puesto que el embarazo en la adolescencia (10-19 años) representa un embarazo de alto riesgo, se estima que el 67% de los embarazos en adolescentes inician el control prenatal de manera tardía, es decir con una edad gestacional mayor a las 12 semanas. En este grupo poblacional se evidencia una mayor deserción escolar, embarazos no planificados, problemas de consumo de drogas, violencia intrafamiliar, pobreza y condiciones de salud materna y fetal agravada. Por el contrario las mujeres de más de 35 años edad representan un riesgo elevado sobre todo con problemas metabólicos (Contreras, 2016).

La predisposición del sexo femenino en el inicio precoz de la vida sexual representa un factor de riesgo elevado para la inasistencia a los controles prenatales, por otro lado las mujeres en edad reproductiva o gestantes añosas disponen de otras obligaciones relacionadas con el hogar, cuidado de primogénitos y costumbres que limitan o dificultan el acceso al control prenatal periódico (Jules, 2020).

En cuanto a las características biológicas y familiares el estado civil de la mujer que cursa un embarazo solo o con problemas conyugales presenta un mayor riesgo en la inasistencia del control prenatal, en muchos casos se evidencia un incremento de los cuadros de ansiedad y depresión postparto. Por el contrario la mujer casada o en unión libre refleja una tasa mayor de asistencia al control prenatal. (OPS, 2020).

Las gestantes que provienen de grupo migratorios poseen un grado considerablemente menor de asistencia regular a los controles prenatales, la pandemia por el Covid-19 así como los factores políticos de sus naciones obligan a mujeres en

estado de gestación a movilizarse durante largos periodos de tiempo, tendiendo incluso ningún control prenatal (Rendon, et al., 2021).

Las familias disfuncionales presentan una menor adherencia a los controles prenatales en donde existe un mayor riesgo de violencia sexual, física y mental así como el número de hijos de la gestante se asocia con la falta a sus controles prenatales, por la dificultad de dejar a alguien encargado de sus otros hijos. (Conteras, 2016).

El Número de embarazos que ha tenido la madre, incluyendo en la cifra el número de abortos. Se divide en nulípara, primípara, multípara y gran multípara. Se han encontrado diversos estudios donde se ha visto una asociación entre las mujeres multíparas y gran multíparas con el abandono al control prenatal, siendo las posibles causas el desinterés, la falta de tiempo por la vigilancia de los hijos pequeños o la dificultad de encontrar a quien dejar el cuidado de los hijos. (Herrera, 2019).

En lo que se refiere a las características de educación , el grado de instrucción es el grado más alto de estudios que una persona ha realizado, puede medirse en años o en analfabeto, primaria, secundaria, superior técnico y superior universitario, se ha encontrado que mientras más bajo es el nivel educativo, más relacionado está con los ingresos bajos, y este a su vez, con el abandono al control prenatal esto debido a las costumbres del medio y desconocimiento de la importancia de la atención prenatal integral. Las gestantes con un nivel socioeconómico bajo representan una mayor tasa de inasistencia a los controles prenatales, esto incrementa el riesgo de desnutrición materna, partos prematuros y recién nacidos de bajo peso (Jimenez, 2018).

La ocupación viene a ser un factor importante para la no adherencia al control prenatal ya que si la madre cuenta con un trabajo dependiente o independiente influye en tener menos tiempo para visitar el centro de Salud y acudir al control prenatal, al

mismo tiempo que genera un incremento en el ingreso económico; por otro lado, si la madre deja de generar ingresos, el nivel socioeconómico se ve afectado y peor aún si no cuenta con el apoyo de la pareja o familia. Por lo que, se ha evidenciado que la ocupación juega un papel de forma directa o indirecta en el incumplimiento del control prenatal (Fernandez, 2019).

Sin embargo según Anna Pintal del Colegio de Psicoterapeutas perinatales del Medellín; las mujeres que manejan su propia economía sin dependencia de su pareja poseen una mayor probabilidad de no abandonar los controles prenatales (Fernandez, 2019).

Los factores sociales juegan también un rol fundamental, el residir en una zona rural incrementa la incidencia de abandono al control prenatal por la lejanía al centro de Salud que eso implica, así como, las costumbres y las condiciones de vida de la madre si como también las vías de acceso, la distancia a los centros de salud, las características del sector y hoy en día la infección por el SARS-CoV-2 es un factor determinante en la asistencia a los controles prenatales, esto asociado al temor de contagio que limita a las gestantes acudir a sus controles de rutina (Fernandez, 2019).

Mengole et al., en el 2010 en Lima Perú, realizaron un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal a 13 gestantes primigestas adolescentes y 60 gestantes primigestas no adolescentes para determinar la influencia de los factores socioculturales en el conocimiento y aptitudes de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo. Comprobó que dentro de los factores socioculturales en el grupo de gestantes adolescentes, predominó aquellas que se encontraban entre los 14 y 16 años, con estado civil soltera, grado de instrucción secundaria incompleta, dedicándose a las labores de casa, viven con su mamá y hermanos, con una media de inicio de relaciones sexuales de 14 años.

Arispe et al., en 2011 en Lima Perú, realizaron un investigación para determinar la frecuencia de pacientes con control prenatal inadecuado y los factores asociados a dicho evento. Los resultados mostraron que el 66,1% de puérperas cumplieron un número mínimo de controles (menos de 4 controles prenatales) y el 7,4% tuvo control prenatal adecuado (más de 4 controles). El control prenatal inadecuado se asoció con paridad mayor y gestación no planificada.

Castillo, et al., en 2017 realizaron un estudio denominado “Factores asociados al inadecuado cumplimiento del control prenatal en 13 Municipios de Bolívar, Colombia” cuyo principal objetivo fue identificar los factores de mayor predisposición para la inasistencia a controles prenatales. La metodología de estudio fue analítica de corte transversal con una muestra de 661 gestantes, se empleó la encuesta como técnica de recolección de datos. Los resultados revelan que tan solo el 53.26% de la población acude de manera periódica a los controles prenatales, la edad predominante fue los 23 años, grado de instrucción secundaria, pareja estable, cuenta con apoyo familiar, embarazo planificado, afiliación en salud y ser parte de una familia pequeña.

Rubio, et al., en 2020 realizaron un estudio denominado “Factores asociados a la inasistencia al programa de atención para el cuidado prenatal en Cauca, Córdoba-Colombia” con la finalidad de determinar los factores asociados al incumplimiento de los controles prenatales. El diseño investigativo fue descriptivo de corte transversal compuesto por una muestra de 266 gestantes. Entre los principales resultados se observa que los factores sociodemográficos se relacionan con la falta de controles prenatales, entre ellos: estrato socioeconómico bajo en el 60%, condiciones de vulnerabilidad con el 26%, el 44% de ellas trabajan, residencia rural en el 26% y dependencia económica de la pareja en el 47%. La complicación más frecuente en las gestantes fue la anemia en el 53%.

Cordero et al., en 2012 determinaron el conocimiento de las embarazadas sobre la importancia del control prenatal en el Hospital Dr. Pastor Oropeza de Barquisimeto Estado Lara, Venezuela, realizó un estudio de tipo descriptivo con un diseño transversal en el cual encontró que existe conocimiento sobre el control prenatal mas no teniendo en claro cuál es el objetivo principal del mismo, en cuanto al número de consulta existen dudas en la población sobre el número adecuado de consultas, también fue notorio en la muestra en estudio que no consideran necesario controlar su embarazo, en el primer trimestre de gestación también se evidenció que desconocen hábitos nocivos que influyen en el embarazo, por lo tanto se determina que si existe conocimiento pero hay que insistir en afianzar ese conocimiento en las mismas.

Betancourt, et al., en 2019 realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores asociados a la no adherencia al control prenatal en gestantes atendidas en el Centro Ambulatorio Manuel Navas Lizardo de Capatárída-Venezuela. El estudio corresponde al diseño descriptivo, experimental de corte transversal, con una muestra de 50 gestantes. Como resultados se encontró que los factores que predisponen al incumplimiento a los controles corresponden al nivel socioeconómico bajo en el 32%, lejanía del centro de salud en el 20%, dificultad de transporte en el 20% y dificultad para obtener cita por larga fila de espera en el 44%. Los autores concluyen que los factores predisponentes para un control insuficiente del embarazo corresponden al bajo nivel socioeconómico, la distancia lejana al centro de salud y dificultad para transportarse

Las dificultades de acceso a la atención prenatal, y la consiguiente pérdida de vidas, violan los derechos de la mujer a la salud debido a las múltiples complicaciones obstétricas que se presentan. De ahí que es importante analizar las causales del incumplimiento de controles prenatales con especial énfasis en Latinoamérica donde se reconoce que los recursos de salud son limitados y las condiciones sociales y económicas complejas, además que el incumplimiento de las

consultas prenatales en una mujer gestante, implica múltiples riesgos que deben ser abordados por los gobiernos locales porque estos se desprenden de variables personales, familiares, sanitarios y sociales al ser elementos claves para la estructuración de los servicios de cuidado materno infantil. (Castro, 2019).

Además, es necesario conocer, analizar y destacar todos los factores que influyen en la falta de control prenatal porque si bien en muchos casos esto se relaciona con condiciones individuales, sociales o económicas también guardan relación con aspectos de asistencia de salud y de tipo profesional entre los que se destacan: la oferta de servicios de salud, accesibilidad, costos y entre otros.

JUSTIFICACION

Una de las problemáticas de salud pública es la mortalidad materna, se estima que aproximadamente 720 gestantes fallecen cada día (1 muerte cada 2 minutos) por condiciones relacionadas al embarazo y parto. En 2020, unas 287.000 mujeres murieron durante o tras el embarazo o el parto, principalmente en países en vías de desarrollo y se considera que estos decesos eran evitables ya que las soluciones de atención de salud para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a cuidados de alta calidad durante el embarazo, durante el parto y después de él. (OMS, 2023)

A pesar de que el control prenatal es una prioridad en todos los planes y programas de salud, no todas las mujeres asisten, y quienes lo hacen, muestran insatisfacción con el servicio. Esto se debe a ciertos factores individuales y barreras de acceso a los servicios los cuales han sido poco estudiados. (Castro, 2019).

La falta de control prenatal o control insuficiente trae como consecuencia aumento de la mortalidad materna y perinatal debido a causas como: hemorragias posparto, embarazos ectópicos, eclampsia, sepsis, trombo-embolismo pulmonar, ruptura uterina síndrome de Hellp, etc. Lo que se constituye en un problema importante de salud y refleja las condiciones de desarrollo, educación y salubridad. En el caso de Venezuela entre el año 2000 y el 2016, la mortalidad infantil paso de 19.4 a 20.3 por 1000 nacidos vivos lo cual implicó un aumento de 4,3%. En cuanto al control prenatal, entre el 2011 y el 2017 se observó una reducción en el porcentaje de gestantes que acudieron a 4 consultas o más de atención prenatal, ya que esta paso de 47% a 82.9%. (OPS, 2021).

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar los factores relacionados con el insuficiente control prenatal. Hospital regional general Dr. Héctor Nouel Joubert en Ciudad Bolívar – Estado Bolívar, Noviembre 2023 – Enero 2024

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de las embarazadas que acuden al Hospital Dr. Héctor Nouel Joubert, Ciudad Bolívar – Estado Bolívar
2. Precisar los factores Gineco-obstetricos (Paridad, abortos, antecedentes, complicaciones) de las gestantes.
3. Identificar el número de controles prenatales de las gestantes que acuden al hospital Dr. Héctor Nouel Joubert.
4. Relacionar los factores sociodemográficos y gineco-obstetricos con el número de controles de las gestantes.
5. Analizar la relación entre factores sociodemográficos y gineco-obstetricos con el abandono del control prenatal.

METODOLOGIA

Tipo y diseño de investigación.

Se trata de un estudio científico de tipo descriptivo, correlacional, empírico, cuantitativo, no experimental y de corte transversal.

La investigación científica se caracteriza por ser reflexiva, sistemática y metódica; tiene por finalidad obtener conocimientos y solucionar problemas científicos, filosóficos o empírico-técnicos, y se desarrolla mediante un proceso. El método científico indica el camino que se ha de transitar en esa indagación y las técnicas precisan la manera de recorrerlo (Abramson., 1990).

Obedece a un diseño no experimental considerando que las variables de estudios no serán manipuladas ni controladas en la investigación. Se estudiará el problema en el contexto real, dando un seguimiento al fenómeno según el curso natural de este. (Sampier, 2004)

El trabajo será de tipo descriptivo – correlacional – empírico; pues se sustentará en la recolección y procesamiento de datos obtenidos por instrumentos estandarizados, a fin de responder a las preguntas de investigación. Prospectivo ya que se basará en la aplicación de encuestas para medir las variables de estudio a propósito de la investigación, se registran a medida que ocurren (Sampier., 2004).

La investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables, tratando de determinar la fuerza de asociación o correlación entre ellas, la generalización y objetivación de los resultados a través de

una muestra para hacer inferencia a una población de la cual proceden los datos (Pita, et al., 2002).

Su temporalidad será de tipo transversal al proponer un corte transeccional en relación al momento de la aplicación de instrumentos, los estudios de diseño transversal permiten analizar los datos obtenidos de un grupo de sujetos en un momento dado y examinar posibles asociaciones (Hernández et al., 1991)

Universo

Quedo conformado por todas las pacientes que acudieron al servicio de ginecología y obstetricia del hospital Dr. Hector Nouel Joubert de Ciudad Bolivar – Estado Bolivar, en el periodo noviembre 2023 – enero 2024.

Muestra

La muestra estuvo constituida por 93 pacientes que acudieron en etapas finales de embarazo al servicio de ginecología y obstetricia del hospital Dr. Hector Nouel Joubert de Ciudad Bolivar – Estado Bolivar, en el periodo noviembre 2023 – enero 2024. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia porque permite seleccionar aquellas personas que sea accesibles y que acepten ser incluidos (Tamara y Manterola, 2017).

Criterios de inclusión

- Gestantes que llevan algún control en cualquier centro de salud público o privado.
- Gestantes que abandonaron por completo los controles prenatales

- Gestantes que acudan al servicio de ginecología y obstetricia en trabajo de parto
- Gestantes que colaboraron de forma voluntaria en el estudio

Criterios de exclusión

- Gestantes que no estaban consideradas en el trabajo de investigación, que no cumplían los criterios de inclusión.
- Gestantes que rechazaron colaborar con el estudio.

Métodos e instrumento de recolección de datos

Se elaboró una carta dirigida al director de la institución y al Jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Hector Nouel Joubert, a fin de solicitar la autorización y colaboración para la realización del trabajo de investigación (Apéndice A y B). Posteriormente, previa aprobación y permiso por parte del servicio, se aplicó una encuesta (Apéndice C) realizada por los autores constituida por 20 preguntas de selección única donde se recogerán los datos sociodemográficos y gineco-obstetricos de las pacientes que acudieron en etapas finales de embarazo con la finalidad de recolectar la información necesaria para la elaboración de este trabajo, toda esta información se sintetizó en hojas de recolección de datos elaboradas para tal fin, con el objeto de servir como base de datos y facilitar el procesamiento de los mismo.

Plan de tabulación y análisis

Los resultados serán presentados mediante tablas de distribución de frecuencias y tablas de contingencia utilizando valores absolutos y relativos; realizados con el

programa Microsoft Excel® 2016 para la elaboración de la base de datos y el paquete estadístico IBM SPSS Windows versión 22 para el análisis de los mismos. Para comparar variables se empleará la prueba de Chi cuadrado (χ^2) con margen de confianza de 95% y el Test exacto de Fisher, en función de frecuencias esperadas menores de 5 para así comprobar la interdependencia de variables cualitativas. Para determinar la fuerza de asociación o tamaño del efecto se empleara el coeficiente V de Cramer para variables nominales y ordinales. Se hará uso del porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

Tabla 1

Distribución de Embarazadas, según Edad y control prenatal, Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital Regional General Dr. Héctor Nouel Joubert. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Noviembre 2023 – Enero 2024.

Edad	Controles									
	0-2		3-5		6-7		≥ 8		TOTAL	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
14-17	6	6,45	8	8,60	4	4,30	3	3,23	21	22,58
18-21	4	4,30	9	9,68	9	9,68	8	8,60	30	32,26
22-25	2	2,15	3	3,23	6	6,45	2	2,15	13	13,98
26-29	1	1,08	2	2,15	4	4,30	3	3,23	10	10,75
30-33	1	1,08	1	1,08	4	4,30	0	0,00	6	6,45
34-37	0	0,00	2	2,15	6	6,45	0	0,00	8	8,60
> 37	0	0,00	0	0,00	1	1,08	4	4,30	5	5,38
TOTAL	14	15,05	25	26,89	34	36,56	20	21,51	93	100

Fuente: Base de datos. Cuestionario elaborado por los autores.

$\chi^2_{gl:18} = 22,60$; $p = 0,0009^*$; $VC = 0,315$ $n = 93$
 (* $p \leq 0,05$; $VC = V$ de Cramer)

En la tabla n° 1 se puede observar que del total de embarazadas encuestadas la mayoría se encuentra en el rango de edad de 18-21 años lo que representa el 32,26% de la muestra estudiada, seguido del grupo de menor edad 14-17 años representando un 22,58%, mientras que las edades menos frecuentes fueron las mayores de 37 años que solo representaron 5,38%.

Al relacionar el grupo etario con el número de controles se observa que los grupos de menor edad (14-17 y 18-21) la mayoría solo tuvo de 3-5 controles (8,60% y 9,68%) respectivamente, en el grupo de 22-25 años la mayoría tuvo 6-7 controles (6,45%) al igual que el grupo de 26-29 y 30-33 años con 4,30% en ambos casos y en mayores de 37 años la mayoría tuvo 8 o más controles.

Tabla 2

Distribución de Embarazadas, según Estado Civil y control prenatal, servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital Regional General Dr. Héctor Nouel Joubert. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Noviembre 2023 – Enero 2024.

Número de controles	Estado Civil									
	Soltera		Casada		Union libre		Viuda		TOTAL	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
0-2	7	7,53	3	3,23	1	1,08	3	3,23	14	15,05
3-5	10	10,75	3	3,23	10	10,75	2	2,15	25	26,88
6-7	6	6,45	8	8,60	19	20,43	1	1,08	34	36,56
≥ 8	5	5,38	5	5,38	10	10,75	0	0,00	20	21,50
TOTAL	28	30,11	19	20,43	40	43,01	6	6,45	93	100

Fuente: Base de datos. Cuestionario elaborado por los autores

$\chi^2_{gl:9} = 18,50$; $p = 0,0298^*$; $VC = 0,257$ $n = 93$

(* $p \leq 0,05$; $VC = V$ de Cramer)

En la tabla n° 2 se distribuyen las gestantes de acuerdo a su estado civil encontrándose que el 43,01 % se encuentran en unión libre, seguido de gestantes solteras con 30,11% y con menor frecuencia embarazadas viudas que representan solo el 6,45% de la muestra estudiada. Al relacionar el estado civil con el número de controles se observa que el menor número de controles se presenta en gestantes solteras (10,75%) con 3-5 controles y en viudas (3,23%) con 0-2 controles, por otro lado el mayor número de controles se observa en las gestantes casadas (8,60%) y en unión libre (20,43%) con 6-7 controles en ambos casos. La prueba Chi cuadrado para determinar dependencia entre variables mostro un valor significativo $p \leq 0,05$ para estas dos variables lo que permite afirmar con un 95% de confianza que existe dependencia entre el estado civil y el número de controles prenatales con un tamaño del efecto pequeño (V de Cramer de 0,0 hasta 0,3).

Tabla 3

Distribución de Embarazadas, según Raza y control prenatal, Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital Regional General Dr. Héctor Nouel Joubert. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Noviembre 2023 – Enero 2024.

Número de controles	Raza											
	Indígena		Negra		Blanca		Mestiza		Otros		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0-2	7	7,53	2	2,15	1	1,08	3	3,23	1	1,08	14	15,05
3-5	6	6,45	8	8,60	4	4,30	7	7,53	0	0,00	25	26,88
6-7	2	2,15	9	9,68	7	7,53	14	15,05	2	2,15	34	36,56
≥ 8	0	0,00	2	2,15	8	8,60	10	10,75	0	0,00	20	21,50
TOTAL	15	16,13	21	22,58	20	21,51	34	36,56	3	3,23	93	100

Fuente: Base de datos. Cuestionario elaborado por los autores

$\chi^2_{gl:12} = 29,71$; $p = 0,0031^*$; $VC = 0,326$ $n = 93$

(* $p \leq 0,05$; $VC = V$ de Cramer)

En la tabla n° 3 se distribuyen a las gestantes según raza, encontrándose que la mayoría de las encuestadas es de raza mestiza lo que representa el 36,56% seguido de la raza negra con 22,58% y en menor frecuencia indígena con 16,13%, otras razas no especificadas solo representaron el 3,23% de la muestra. Al relacionar la raza con el número de controles se observa que las gestantes indígenas fueron las que menor número de controles tuvieron con 0-2 controles (7,53%) mientras que la raza mestiza fue la que más controles tuvieron con 15,05% (6-7) y 10,75% (≥ 8), la raza negra por su parte la mayoría tuvo 6-7 controles (9,68%) y la raza blanca la mayoría tuvo ≥ 8 (8,60%). La prueba Chi cuadrado para determinar dependencia entre variables mostro un valor significativo $p \leq 0,05$ para estas dos variables lo que permite afirmar con un 95% de confianza que existe dependencia entre el la raza y el número de controles prenatales con un tamaño del efecto moderado (V de Cramer de 0,3 hasta 0,5).

Tabla 4

Distribución de Embarazadas, según Procedencia y control prenatal. Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital Regional General Dr. Héctor Nouel Joubert. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Noviembre 2023 – Enero 2024.

Número de controles	Procedencia					
	Urbano		Rural		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%
0-2	6	6,45	8	8,60	14	15,05
3-5	15	16,13	10	10,75	25	26,88
6-7	31	33,33	3	3,23	34	36,56
≥ 8	18	19,35	2	2,15	20	21,50
TOTAL	70	75,27	23	24,73	93	100

Fuente: Base de datos. Cuestionario elaborado por los autores
 $\chi^2_{gl:3} = 17,99$; $p = 0,0004^*$; $VC = 0,440$ $n = 93$
 (* $p \leq 0,05$; $VC = V$ de Cramer)

En la tabla n°4 se observa que la gran mayoría de las gestantes provienen de zonas urbanas representando el 75,27% del total mientras que solo el 24,73% provienen de zonas rurales. Al relacionar la procedencia con el número de controles se observa que las gestantes que provienen de áreas urbanas tienen mayor número de controles obteniéndose el 33,33% (6-7) seguido de 19,35% (≥ 8) mientras que las gestantes que provienen de zonas rurales la mayoría (10,75%) tiene 3-5 controles seguido de 8,60% con 0-2 controles. La prueba Chi cuadrado para determinar dependencia entre variables mostro un valor significativo $p \leq 0,05$ para estas dos variables lo que permite afirmar con un 95% de confianza que existe dependencia entre el la procedencia y el número de controles prenatales con un tamaño del efecto moderado (V de Cramer de 0,3 hasta 0,5).

Tabla 5

Distribución de Embarazadas, según Inicio del Control Prenatal. Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital Regional General Dr. Héctor Nouel Joubert. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Noviembre 2023 – Enero 2024.

Inicio del control prenatal	N	%
< 12 semanas	59	63,44
>12 semanas	34	36,56
TOTAL	93	100,0

Fuente: Base de datos. Cuestionario elaborado por los autores.

La tabla n°5 muestra que la gran mayoría de las embarazadas iniciaron su control prenatal antes de las 12 semanas de embarazo, lo que representa el 63,44% de la muestra mientras que el 36,56% restante lo hizo tardíamente después de las 12 semanas.

Tabla 6

Distribución de Embarazadas, según Grado de Instrucción e Importancia del control prenatal. Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital Regional General Dr. Héctor Nouel Joubert. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Noviembre 2023 – Enero 2024.

Grado de instrucción	Importancia del control prenatal							
	Nada importante		Medianamente importante		Importante		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Primaria	11	11,83	13	13,98	9	9,68	33	35,48
Secundaria	7	7,53	19	20,43	14	15,05	40	43,01
Universitaria	0	0,00	2	2,15	13	13,98	15	16,13
Ninguno	3	3,22	1	1,08	1	1,08	5	5,38
TOTAL	21	22,58	35	37,64	37	39,78	93	100,0%

Fuente: Base de datos. Cuestionario elaborado por los autores.

$\chi^2_{gl:6} = 22,77$; $p = 0,0009^*$; $VC = 0,350$ $n = 93$

(* $p \leq 0,05$; $VC = V$ de Cramer)

La tabla n°6 muestra que la mayoría de las gestantes tienen el grado académico de Bachiller (43,01%), seguido del 35,48% que solo ha alcanzado educación básica mientras que 5,38% no tiene estudio, al preguntarles sobre la importancia que tiene el control prenatal durante el embarazo la mayoría considera que es importante lo que representa el 39,78% mientras que el 22,58% considera que no es importante. Al relacionar estas dos variables se puede observar que la mayoría de las gestantes con educación primaria completa considera que el control prenatal es medianamente importante (13,98%) seguido del 11,83% que considera que no es importante, las gestantes con educación secundaria completa consideraron en su mayoría que el control prenatal es medianamente importante (20,43%) seguido del 15,05% que lo considera como importante y solo una minoría representada por el 7,53% considera que no es importante, las gestantes con grado universitario lo consideraron en su mayoría como importante (13,98%) mientras que aquellas que no tienen ningún tipo de estudio la mayoría considero que el control prenatal no era importante.

Tabla 7

**Distribución de Embarazadas, según Paridad y Experiencia previa.
Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital Regional General Dr. Héctor Nouel
Joubert. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Noviembre 2023 – Enero 2024.**

Paridad	¿Considera que tiene la experiencia previa para determinar cuándo es apropiado asistir a sus controles?					
	Si		No		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%
0 – 2	4	4,30	36	38,71	40	43,01
3 – 5	31	33,33	15	16,13	46	49,46
6 – 8	3	3,23	2	2,15	5	5,38
≥ 9	2	2,15	0	0	2	2,15
TOTAL	40	43,01	53	56,99	93	100

Fuente: Base de datos. Cuestionario elaborado por los autores.

$\chi^2_{gl:3} = 38,18$; $p = 0,000^*$; $VC = 0,588$ $n = 93$

(* $p \leq 0,05$; $VC = V$ de Cramer)

La tabla n°7 muestra que la mayoría de las embarazadas son multíparas con 3-5 gestas lo que representa el 49,46% seguido de primíparas y secundíparas con 43,01% y solo el 2,15% han tenido 9 o más embarazos, por otro lado el 43,01% cree que tiene la experiencia suficiente para decidir cuándo es necesario el control prenatal. Al relacionar estas dos variables se observa que las gestantes con 0-2 gestas la mayoría respondió que no considera que tiene experiencia suficiente para decidir cuándo es necesario acudir al control prenatal (38,71%) mientras que aquellas que han tenido 3 o más embarazos (3-5, 6-8, ≥ 9) consideran que si la tienen con 33,33%, 3,23% y 2,15% respectivamente. La prueba Chi cuadrado para determinar dependencia entre variables mostro un valor significativo $p \leq 0,05$ para estas dos variables lo que permite afirmar con un 95% de confianza que existe dependencia entre el número de gestas y “experiencia” para decidir cuándo acudir al control prenatal con un tamaño del efecto grande (V de Cramer de 0,5 hasta 1).

Tabla 8

**Distribución de Embarazadas, según Ocupación y control prenatal.
Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital Regional General Dr. Héctor Nouel
Joubert. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Noviembre 2023 – Enero 2024.**

Número de controles	Ocupación									
	Desempleada		Empleada		Estudiante		Independiente		TOTAL	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
0-2	2	2,15	5	5,38	4	4,30	3	3,23	14	15,05
3-5	12	12,90	4	4,30	3	3,23	6	6,45	25	26,88
6-7	13	13,98	3	3,23	7	7,53	11	11,83	34	36,56
≥ 8	7	7,53	2	2,15	2	2,15	9	9,68	20	21,50
TOTAL	34	36,56	14	15,05	16	17,21	29	31,18	93	100

Fuente: Base de datos. Cuestionario elaborado por los autores.

$\chi^2_{gl:9} = 12,39$; $p = 0,1922$; $VC = 0,211$ $n = 93$

($p > 0,05$; $VC = V$ de Cramer)

En la tabla n°8 se evidencia que la mayoría de las encuestadas estaba desempleada (36,56%) mientras que el 15,05% tenía algún trabajo remunerado. Al relacionar el número de controles con la ocupación se observa que el mayor número de controles lo tuvieron las gestantes desempleadas (6-7) con 13,98%, estudiantes (6-7) con 7,53% y aquellas con trabajos independientes (6-7) con 11,83% seguido de 9,68% (≥ 8) mientras que el menor número de controles lo tuvieron aquellas que tenían empleo (0-2) con 5,38% seguido de 4,30% con 3-5 controles. La prueba Chi cuadrado para determinar dependencia entre variables no demostró valores significativos, lo que permite afirmar con un 95% de confianza que estas variables son independientes entre sí.

Tabla 9

Distribucion de Embarazadas, según Abortos y control prenatal. Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital Regional General Dr. Héctor Nouel Joubert. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Noviembre 2023 – Enero 2024.

Número de controles	Abortos					
	Si		No		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
0-2	3	3,23	11	11,83	14	15,06
3-5	6	6,45	19	20,43	25	26,88
6-7	12	12,90	22	23,66	34	36,56
≥ 8	11	11,83	9	9,68	20	21,50
TOTAL	32	34,41	61	65,59	93	100

Fuente: Base de datos. Cuestionario elaborado por los autores.

$\chi^2_{gl:3} = 6,01$; $p = 0,1109$; $VC = 0,254$ $n = 93$

($p > 0,05$; $VC = V$ de Cramer)

En la tabla n°9 se relaciona el número de controles prenatales con el antecedente de abortos de las gestantes, se evidencia que el 65,59% de las embarazadas no han tenido abortos previos mientras que el 34,41% restante si han tenido. Al relacionar estas dos variables se observa que las gestantes con antecedentes de abortos la mayoría (12,90%) tuvieron de 6-7 controles seguido de 11,83% con ≥ 8 mientras que en aquellas sin abortos la mayoría también presento 6-7 controles (23,66%) seguido de 3-5 controles con 20,43%, se observa además que a medida que aumenta la incidencia de abortos también lo hace el número de controles sin embargo la prueba Chi cuadrado para determinar dependencia entre variables no demostró valores significativos, lo que permite afirmar con un 95% de confianza que estas variables son independientes entre sí.

Tabla 10

**Distribución de Embarazadas, según Número de Controles y
Complicaciones Previas. Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital Regional
General Dr. Héctor Nouel Joubert. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Noviembre
2023 – Enero 2024.**

Número de controles	Complicaciones en embarazos previos					
	Si		No		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
0-2	4	4,30	10	10,75	14	15,05
3-5	8	8,60	17	18,28	25	26,88
6-7	19	20,43	15	16,13	34	36,56
≥ 8	12	12,90	8	8,60	20	21,50
TOTAL	43	46,24	50	53,76	93	100

Fuente: Base de datos. Cuestionario elaborado por los autores.

$\chi^2_{gl:3} = 6,59$; $p = 0,0861$; $VC = 0,266$ $n = 93$

($p > 0,05$; $VC = V$ de Cramer)

En la tabla °10 se relaciona el número de controles prenatales con el antecedente de complicaciones en embarazos previos, obteniéndose que la mayoría de las gestantes encuestadas no tuvieron complicaciones en embarazos anteriores lo que representa un 53,76% mientras que el resto si las tuvo, relacionando ambas variables se obtuvo que aquellas embarazadas con menos controles (0-2 y 3-5) no presentaron complicaciones en embarazos previos (10,75% y 18,28%) respectivamente mientras que aquellas que tuvieron 6-7 y 8 o más controles, la mayoría si tenía antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores con 20,43% y 12,90% respectivamente. Sin embargo la prueba Chi cuadrado para determinar dependencia entre variables no demostró valores significativos, lo que permite afirmar con un 95% de confianza que estas variables son independientes entre sí.

Tabla 11

Distribución de Embarazadas, según Planificación del Embarazo y control prenatal. Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital Regional General Dr. Héctor Nouel Joubert. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Noviembre 2023 – Enero 2024.

Número de controles	Embarazo planificado					
	Si		No		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
0-2	3	3,23	11	11,83	14	15,05
3-5	8	8,60	17	18,28	25	26,88
6-7	22	23,66	12	12,90	34	36,56
≥ 8	14	15,05	6	6,45	20	21,50
TOTAL	47	50,54	46	49,46	93	100

Fuente: Base de datos. Cuestionario elaborado por los autores.

$\chi^2_{gl:3} = 13,94$; $p = 0,0030^*$; $VC = 0,387$ $n = 93$

(* $p \leq 0,05$; $VC = V$ de Cramer)

En la tabla n°11 se puede observar que el embarazo actual en el 50,54% de las gestantes encuestadas fue planificado mientras que en el 49,46% no fue planificado, al relacionar esta variable con el número de controles prenatales se observa que aquellas que tuvieron menos controles (0-2 y 3-5) fueron aquellas con embarazos no planificados con 11,83% y 18,28% respectivamente mientras que las que tuvieron más controles (6-7 y 8 o más) tuvieron embarazos planificados (23,66% y 15,05%) respectivamente. La prueba Chi cuadrado para determinar dependencia entre variables mostro un valor significativo $p \leq 0,05$ para estas dos variables lo que permite afirmar con un 95% de confianza que existe dependencia entre el número de controles y la planificación del embarazo con un tamaño del efecto moderado (V de Cramer de 0,3 a 0,5).

Tabla 12

Distribución de Embarazadas, según Tiempo que tarda en Llegar al Centro de Salud y Control Prenatal. Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital Regional General Dr. Héctor Nouel Joubert. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Noviembre 2023 – Enero 2024.

Número de controles	Tiempo de su casa al centro de salud									
	≤15min		16-30min		31-60 min		>1 hora		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0-2	1	1,08	3	3,23	6	6,45	4	4,30	14	15,05
3-5	4	4,30	8	8,60	5	5,38	8	8,60	25	26,88
6-7	5	5,38	16	17,20	8	8,60	5	5,38	34	36,56
≥ 8	5	5,38	7	7,53	6	6,45	2	2,15	20	21,50
TOTAL	15	16,13	34	36,56	25	26,88	19	20,43	93	100

Fuente: Base de datos. Cuestionario elaborado por los autores.

$\chi^2_{gl:9} = 9,46$; $p = 0,3956$; $VC = 0,184$ $n = 93$

($p > 0,05$; $VC = V$ de Cramer)

En la tabla n°12 se puede observar que la mayoría de las embarazadas encuestadas se tarda entre 16-30 minutos en llegar al centro de salud (36,56%) seguido del 26,88% que se tardan entre 31-60 min mientras que solo un 16,13% se tarda menos de 15 minutos. Al relacionar esta variable con el número de controles prenatales se observa que aquellas con menos controles (0-2 y 3-5) tienen un distancia de 31-60 min (6,45%) y más de 1 hora (8,60%) respectivamente, aquellas con 6-7 y 8 o más controles la mayoría vive a 16-30min del centro de salud (17,20% y 7,53%) respectivamente. la prueba Chi cuadrado para determinar dependencia entre variables no demostró valores significativos, lo que permite afirmar con un 95% de confianza que estas variables son independientes entre sí.

Tabla 13

Distribución de Embarazadas, según Motivos de inasistencia al Control Prenatal. Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital Regional General Dr. Héctor Nouel Joubert. Ciudad Bolívar. Estado Bolívar. Noviembre 2023 – Enero 2024.

Motivos de inasistencia al control prenatal	n	%
Falta de interés	14	15,05
Por desconocer que estaba embarazada	5	5,38
Dificultad para agendar cita	13	13,98
Distancia al establecimiento de salud	16	17,20
Mala atención del personal de salud	10	10,75
No querer ir sola	8	8,60
Por ocultar el embarazo a la sociedad	7	7,53
Choque de horarios/ permiso laboral	3	3,23
No tuve dificultades	17	18,28
TOTAL	93	100,0

Fuente: Base de datos. Cuestionario elaborado por los autores.

La tabla n°13 muestra los motivos de inasistencia al control prenatal por parte de las embarazadas, observándose que la mayoría respondió que no tuvo dificultades

para acudir a su control lo que representa el 18,28% seguido de un 17,20% que considera que fue la distancia al establecimiento de salud la principal limitante para acudir al control, mientras que un 15,05% respondió que no acude al control por falta de interés así mismo la menor proporción de gestantes respondió que fue por choque de horarios o falta de permiso laboral que representan un 3,23%.

DISCUSION

Las complicaciones obstétricas debido al inadecuado control prenatal se consideran un problema de salud pública, por las cifras de morbimortalidad que ello depende, pues de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la mortalidad materna es inaceptablemente alta. En el contexto latinoamericano, se reconoce con preocupación que miles de mujeres todavía pierden la vida cada año por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, muchas más sufren complicaciones y experimentan problemas de salud a largo plazo que afectan la calidad de sus vidas. (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Mujeres indígenas y afrodescendientes, así como aquellas con menores ingresos y menos años de educación formal a menudo carecen de acceso a los servicios de planificación familiar y asistencia prenatal, así también las gestantes indígenas de las Américas tienen tres veces más probabilidad de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto que las no indígenas debido a escasos servicios de salud o creencias personales. (Rojas, et al., 2017).

Uno de los factores relacionados con la inasistencia a controles prenatales es la edad materna, en el presente estudio la mayoría de las gestantes se encontraba entre las edades de 18-21 años (32,26%) seguido del grupo de menor edad (22,58). Estos resultados guardan relación con el estudio realizado por Rodelo (2017) en Colombia con la finalidad de identificar los factores predisponentes al control prenatal inadecuado, evidenciándose que el 50% de las gestantes cursaban con edades menor o igual a 24 años; además con la investigación de Murillo, et al., 2019 en Guayaquil, Ecuador, se identificó la edad como un factor predisponente al insuficiente control prenatal, resultando que el 86% de las pacientes se encontraban en el grupo etario de 20-25 años. Sin embargo difieren los resultados encontrados por Vásquez, (2015) en

Ecuador en el que la mayoría de las gestantes se encontraba entre las edades de 14-17 años que correspondió al 27% de la muestra.

Al relacionar la edad con el número de controles se obtuvo que estas dos variables son directamente proporcionales, ya que a menor edad menor número de controles y a mayor edad mayor número de controles, obteniéndose en esta investigación que los grupos que tuvieron 0-2 controles fue más frecuente en 14-17 años con 42,86% seguido del 18-21 años con 28,57% mientras que el mayor número de controles se observó en edades de 18-21 años (40,00%) seguido de mayores de 37 años con 20%. Esto concuerda con Pérez, 2023 en un estudio realizado en Ecuador donde se observó la edad materna si influye con el número de controles prenatales puesto que el rango de edad de 15-19 años que conformaron el 54% fueron el mayor índice de pacientes con menos de 5 controles prenatales en comparación a otros rangos de edad demostrando que la edad es un factor de riesgo para el abandono del control prenatal.

También se asemeja al estudio realizado por Mendoza, et al., 2019 en Chile que concluye que las gestantes de 13-19 años, fueron las que se asociaron con mala adherencia al control prenatal (OR=1,99), a diferencia del estudio realizado por Minga, 2016 en Ecuador donde concluye que la edad no influye en el abandono del control prenatal.

Con respecto al estado civil en este estudio la mayoría de las embarazadas estaban en unión libre (43,01%) seguido de solteras (30,11%) y una minoría se encontraba viuda (6,45%). Estos resultados son similares a los encontrados por Vásquez, (2015) en Ecuador donde el 43% estaban en unión libre el 29,09% eran solteras y apenas el 25% estaban casadas, también coinciden con Verde, et al., 2020 donde concluyeron que el 60% se encontraban en unión libre, definiendo como tal la

convivencia de por lo menos 1 año con sus actuales parejas, el 33% eran solteras y únicamente 6% estaba casada.

Según un estudio las gestantes que se encuentran casadas tienen mayor facilidad de afrontar las diversas complicaciones del embarazo con relación a las gestantes que tienen que afrontarlo sin compañero lo que indica claramente que esto le crea depresión, soledad, dudas entre otros lo cual puede generarse complicaciones en el embarazo. (Arcos, et al.,2019). También se puede correlacionar con los estudios de Minga y Mendoza, que concluyen en ambos trabajos de investigación que estar soltera es un factor de riesgo para el abandono del control prenatal y que la asociación es significativa ($p=0,018$, $OR=4,17$ $IC=95\%=1,01-21,9$, $p=0,000$, $OR=2,47$ $IC95\%=2,66-5,30$ respectivamente) a diferencia de los estudios realizados por Rodríguez, 2018 y Munares, 2014 ambos realizados en Perú, donde se evidencia que el estar soltera o no tener pareja no se asocia al abandono del control prenatal.

Con respecto a la Raza en este estudio se observa que la mayoría de las gestantes era Mestiza (36,56%) seguido de la raza negra (22,58%) y menos frecuente las indígenas (16,13%). Además se observó que las gestantes indígenas fueron las que menor número de controles tuvieron con 46,66%, esto justifica lo expresado por el Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2017) quien establece que las mujeres indígenas de las Américas tienen tres veces más probabilidad de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto que las no indígenas debido a la escases de servicios de salud (atención prenatal y perinatal) o creencias personales. Se demostró que los controles registrados en la etnia indígena tienen una media de 7,3 controles con una desviación estándar de 2,9, el 10% tuvo más de 5 controles y el 6% menos de 5 controles mientras que en mestizas 72% más de 5 controles y 12% menos de 5 controles.

La procedencia es otra de las variables que pueden estar relacionadas con el abandono del control prenatal, en esta investigación se documentó que la gran mayoría de las gestantes provienen de zonas urbanas (75,27%), asimismo las pacientes provenientes de zonas urbanas tienen mayor número de controles 6-7 (33,33%) y 8 o más (19,35%) que aquellas que provienen de zonas rurales (3,23% y 2,15% respectivamente). Estos resultados concuerdan con Palomino, 2021 en Perú quien afirma que es un factor de riesgo para el abandono del control prenatal el vivir en zonas rurales, donde las gestantes con más de 6 controles se observó en 69% en zonas urbanas y 31% en zonas rurales, al igual que el estudio realizado por Rodríguez, 2020 en Colombia donde se obtuvieron resultados similares (59% en zonas urbanas con 6 o más controles y 41% de zonas rurales con 6 o más controles).

El inicio temprano del control prenatal también es de suma importancia para disminuir el riesgo de complicaciones durante el embarazo, en este estudio se encontró que el 63,44% de las gestantes inició su control antes de las 12 semanas y 36,56% lo hizo después de las 12 semanas. Estos resultados se asemejan a los encontrados por Rodríguez, 2022 en Venezuela donde la mayoría de las pacientes (54%) comenzaron el control prenatal en semanas gestacionales avanzadas, más de 16 semanas de gestación lo que nos lleva a diagnósticos tardíos de alguna complicación.

El grado de instrucción es otro de las variables analizadas en este estudio, para Betancourt, et al., 2019 en un estudio realizado en Colombia afirma que a mayor nivel de estudios de la embarazada, existe mayor conciencia de autocuidado y percepción del riesgo, esto es especialmente cierto de acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación donde aquellas gestantes sin ningún tipo de estudio la mayoría considero que el control prenatal no era importante (3,22%), aquellas con educación primaria completa respondieron en su mayoría que era medianamente importante (13,98%) y nada importante (11,83%), las que tenían educación

secundaria completa respondieron en su mayoría medianamente importante (20,43%) e importante (15,05%) mientras que tenían grado universitario consideraron el control prenatal como importante (13,98%).

Estos resultados se pueden comparar con los encontrados por Moposita, et al., 2020 en Venezuela donde la poca asistencia al control prenatal se vio mayormente en gestantes analfabetas seguidas de aquellas con educación primaria con 35,70% y 50% respectivamente, mientras que aquellas con educación universitaria asistían más a sus controles (31,10%). Además que la mayoría de las gestantes encuestadas eran Bachiller (43,01%) seguido de educación primaria (35,48%) datos similares a los encontrados por García, 2020 en Venezuela donde el 50% tenía educación secundaria asimismo concuerda con Flores et al, en el año 2021 en Colombia donde la educación secundaria fue predominante (60,6%) y contrasta con Salcedo, et al., 2017 donde el grado de instrucción fue primaria con 51%. Tales cifras reflejan el rol esencial que juega la escolarización de las mujeres a la hora de controlar y prevenir complicaciones en el embarazo.

En el presente estudio, se identificó como factor gineco-obstetrico asociado al control prenatal insuficiente a la paridad, donde el 43,01% considera que tiene la experiencia necesaria para determinar cuándo es necesario acudir a sus controles sin embargo es notablemente inferior al resultado obtenido por Rodríguez, et al., en Ecuador donde se hizo la misma comparación y fue de 86,6%. Además se relaciona con los resultados obtenidos por Vasquez, 2019 en peru donde el 69,4% de las puérperas con atención prenatal insuficiente son multíparas y que el 30,6% eran primíparas asimismo el estudio de Ortega, 2020 en Colombia en el que el 49,5% eran multíparas y de ese grupo el 33% tiene un control deficiente. En relación con el número de gestas se encontró que el 49,46% habían tenido entre 3-5 gestas seguido de 0-2 gestas con 43,01% lo que se contrapone con la investigación realizada por

Rendón, et al., 2021 en Ecuador donde se evidencio que el 41,7% eran primigestas, por lo que desconocen la importancia de los controles en el 65,8%.

Tener un empleo se encuentra asociado a un inadecuado cumplimiento del control prenatal. No hay duda de que poseer un empleo permite adquirir recursos económicos para el cuidado de la gestación, no obstante, las exigencias laborales y los horarios pueden traducirse en una inadecuada o limitada asistencia (Munares, 2013). En este estudio la mayoría de las gestantes estaba desempleada (36,56%) mientras que el 15,05% eran empleadas, 17,21% estudiantes y 31,18% trabaja de forma independiente. Asimismo se observa que el menor número de controles se obtuvo en las embarazadas con empleo (5,38%) mientras que aquellas con más controles se observa en aquellas que trabajan de forma independiente (9,68%) y desempleadas (7,53%) lo que se relaciona con lo dicho anteriormente y con los resultados obtenidos por Moposita, et al., 2020 en Venezuela donde las gestantes con empleo tenían baja asistencia de controles (35,70%) las desempleadas tenían una asistencia buena (13%) y regular (10%) y aquellas con trabajo independiente tenían mejor asistencia (38,90%).

En esta investigación también se indago acerca del antecedente de aborto y otras complicaciones y su influencia en el control prenatal obteniéndose que la mayoría de las gestantes no ha tenido aborto previos (65,59%) sin embargo se observa que el antecedente de aborto se relaciona con un mayor número de controles, en cuanto a otras complicaciones previas se observa que el 53,76% de las gestantes no ha tenido complicaciones previas sin embargo la positividad de este antecedente se relaciona al igual que en el caso de abortos con un mayor número de controles quizás por temor de la embarazada de que esa situación se repita, sin embargo estos resultados no fueron estadísticamente significativos y no se encontraron estudios similares que permitan comparar los datos obtenidos.

Con respecto a la planificación del embarazo y su relación con la asistencia al control prenatal se obtuvo que el 50,54% de los embarazos fueron planificados mientras que el resto no, se encontró además que aquellos embarazos que fueron planificados tenían un mayor número de controles (6-7 controles 23,66%, mayor o igual a 8 controles 15,05%) que aquellos que no fueron planificados (6-7 controles 12,90%, mayor o igual a 8 controles 6,45%). Esto contrasta con los reportados por Verde, et al., 2019 en Ecuador donde el 82,2% son embarazos no planificados así como los de Vásquez, 2015 en Ecuador donde el 83% fueron embarazos no planificados.

La distancia del lugar de residencia al centro de salud fue otro de las variables analizadas encontrándose que la mayoría de las gestantes tardaba entre 16-30 min en llegar al centro de salud (36,56%), se observó además que aquellas que tardaban más tiempo en llegar tenían menor número de controles, lo que concuerda con la investigación de Rodríguez, 2021 en Venezuela quien concluye que la residencia lejana es un factor asociado al abandono del control prenatal (OR=7,6, IC95%=4,68-8,65).

Con respecto al análisis de las causas por las cuales estas pacientes no controlan su embarazo la mayoría (18,28%) refirió no tener dificultades seguido de un 17,20% que refirieron que era la distancia al establecimiento de salud mientras que un 15,05% dijo que fue por falta de interés, esto contrasta con los resultados obtenidos por Vásquez, 2015 en Ecuador donde el 48,9% refirió falta de interés frente al control siendo la más frecuente independientemente de la edad y paridad de la paciente, seguida de 17,8% que refirió dificultad para agendar cita.

Como podemos verificar la mayoría de estos factores de riesgo son modificables, algunos de ellos requieren control estricto para evitar complicaciones materno fetales, y casi todos ellos son prevenibles, por lo tanto nuestro deber es

prevenir, detectar y evitar los distintos factores relacionados con la falta de control prenatal que pudiera influir negativamente en el curso normal del embarazo y de esta manera cumplir con los objetivos de alcanzar cero muertes materno fetales.

CONCLUSIONES

Se realizó un estudio prospectivo donde se analizaron los factores que predisponen el insuficiente control prenatal en gestantes que acuden al Hospital Regional General Dr. Héctor Nouel Joubert en Ciudad Bolívar - Estado Bolívar, Noviembre 2023 – Enero 2024. Luego de evaluar los resultados, se llega a las siguientes conclusiones:

En el estudio predominó la población más joven de 18-21 años seguido de 14-17 años, en unión libre, de raza mestiza, que provienen de zonas urbanas, con educación secundaria completa, desempleadas.

En cuanto a los factores Gineco-obstétricos la mayoría fueron multíparas con 3-5 gestas previas, sin abortos ni complicaciones en gestas previas, cuyos embarazos fueron planificados.

Las gestantes más jóvenes fueron las que menor número de controles tuvieron, mientras que a mayor edad mayor número de controles, existiendo correlación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Las gestantes solteras y viudas tuvieron menos controles prenatales que aquellas que estaban casadas o en unión libre, encontrándose una correlación estadísticamente significativa.

Las pacientes indígenas fueron las que menor número de controles prenatales tuvieron mientras que la raza mestiza fue la que tuvo mayor número de controles con una relación estadísticamente significativa.

Las embarazadas que provienen de zonas urbanas tienen mejor control de su embarazo que aquellas provenientes de áreas rurales con una correlación estadísticamente significativa.

Las embarazadas que tienen algún empleo remunerado presentan menor control de su embarazo que aquellas desempleadas o que trabajan de forma independiente, sin embargo no se encontró correlación estadística entre estas variables.

El antecedente de abortos u otra complicación en embarazos anteriores se relacionan con un aumento del número de controles prenatales sin embargo no se encontró correlación estadística entre estas variables.

Las gestantes que tuvieron un embarazo planificado presentaron un mayor número de controles que aquellas con embarazos no planificados, encontrándose una correlación estadísticamente significativa.

La mayoría de las gestantes inicio su control prenatal antes de las 12 semanas y tuvieron entre 6-7 controles.

El grado de instrucción resulto ser un factor significativo en el control prenatal, encontrándose que las gestantes sin estudios o con educación primaria completa consideran menos importante el control prenatal que aquellas con educación universitaria, existiendo correlación estadísticamente significativa.

La mayoría de las gestantes no tuvo dificultades para acudir a su control prenatal.

RECOMENDACIONES

Realizar una minuciosa entrevista en la primera consulta prenatal donde recabaremos los datos referentes a los factores sociodemográficos, logrando recolectar los datos más fidedignos sobre edad, estado civil, ocupación y lugar de procedencia, para así llevar una adecuada estadística y poder identificar los factores de riesgo que conlleven a un abandono del control prenatal.

Realizar campañas de promoción de la salud referente a atención prenatal, con el propósito de concientizar a las gestantes sobre los riesgos que conllevan tanto para ella misma como para el neonato tener controles prenatales insuficientes, logrando que la madre entienda que todos los controles son importantes, y que ninguno es más importante que el otro.

Desarrollar consejería sobre planificación familiar en la gestante, informando y concientizando en ella la importancia del control de la paridad, puesto que se ha visto que mientras mayor es la paridad, mayor es el riesgo de abandono del control prenatal.

Realizar estudios periódicamente en diferentes zonas del país para de esta manera definir y prevenir con exactitud los factores que llevan a las pacientes gestantes a no acudir consecutivamente al control prenatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arispe, Claudia; Salgado Mary; Tang Giuliana; González Carmen y Rojas José. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. En: Rev Med Hered. Octubre - Diciembre. 2011. vol. 22, no. 4, .p.159-160
- Aguilera S, Soothill P. Control prenatal. Rev Med Clin Condes – 2014; [Internet]. 2014 [Citado 12 septiembre 2023]. 25(6): 880-886. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014706340>.
- Cáceres, F. El control prenatal: una reflexión urgente. Rev colomb obstet Ginecol. [Internet]. 2009 [Citado 12 septiembre 2023]; 60(2); 165–170.. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/342/358>
- Castillo, Irma; Fortich, Laura; Padilla, Jessica; Monroy, María; Morales, Yorleidis y Ahumada, Angélica. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar. En: Revista Cubana de Enfermería. 2017; Vol. 33, no. 1.
- Cordero, Rosalinda y Puertas, Milagro. Conocimiento de las embarazadas sobre la importancia del control prenatal. En: Revista Electrónica de Portales Medicos.com. Enero. 2012.

Cordoba, Ramiro. Factores asociados a la inasistencia al control prenatal Durante el primer trimestre en mujeres gestantes de la ese San Sebastián la plata huila 2009. Colombia, 2007. p. 362.

Vásquez D. Factores relacionados con la falta de control prenatal en pacientes atendidas en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora, Loja [Internet]. [Loja-Ecuador]: Universidad Nacional de Loja; 2016. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13315/1/TE SIS%20Biblioteca.pdf>

Rodríguez J. Factores de riesgo asociados al abandono de controles prenatales en gestantes del Hospital Ventanilla [Internet]. [Lima-Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2018. Disponible en <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1250/142%20RODR%C3%8DGUEZ%20BENDEZ%C3%9A.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Aguilera S, Soothill P. Control Prenatal. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de noviembre de 2016;25(6):880-6.

Fainete, Pedro; Rivera, Clara; Rodríguez, Fátima; Amato, Rosanna; Moreno, Shirley y Cangemi, Lynmer. Consulta prenatal: motivos de inasistencia, ¿se justifica? En: Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Septiembre, 2009. vol. 69, no. 3. p. 147 -151.

OMS. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado [Internet]. 2016 [citado 12 de septiembre de 2023]. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>

Organización Mundial de la Salud (OMS) Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo: Resumen. Ginebra, Suiza: OMS; 2018.

Castillo I, Fortich L, Padilla J. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2017;33(1). Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/840/230>

Rubio J, Cardona P. Factores asociados a la inasistencia al programa de atención para el cuidado prenatal. Caucasia, 2019. [Internet]. [Caucasia, Colombia]: Universidad de Córdoba;2019.Disponible en:<https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/3695>

Rodelo G. Factores predisponentes, facilitadores y de necesidad relacionados al uso adecuado del control prenatal en gestantes de bajo riesgo afiliadas a la EPS Barrios Unidos de Quibdó Seccional Caribe [Internet]. [Barranquilla-Colombia]: Universidad del Norte;2017.Disponible en:<https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8371/134294.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Betancourt A, García M. Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes atendidas en el Ambulatorio Manuel Navas Lizardo.

Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud.
2020;4(7):74-96.

Rendón K, Angulo C. Factores socio económicos y culturales y su relación con el cumplimiento de los controles prenatales en gestantes adolescentes del centro de salud Flor de Bastión #3 [Internet]. [Guayaquil, Ecuador]: Universidad de Guayaquil;2021.Disponible en:http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/133/browse?type=title&sort_by=1&order=ASC&rpp=20&etal=-1&null=&offset=140

Murillo V, Ortiz R. Factores asociados al cumplimiento del control prenatal en embarazadas de 20 a 35 años atendidas en la consulta externa de un Centro de Salud de la Provincia del Guayas [Internet]. [Guayaquil-Ecuador]: Universidad Católica Santiago de Guayaquil; 2019. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12620/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-534.pdf>

Jules A. La Demografía. Unidad Epidemiología de Costa Rica. 2020;18(4):11.

Albaroz A. Demografía [Internet]. Consejo Mexicano de Ciencias Sociales; 2018. Disponible en: <https://www.comecso.com/disciplinas-demografia>

Gredmil D. Estudios de dinámicas poblacionales y de demografía evolutiva para la gestión y la conservación de especies [Internet]. Fundación Universidad-Empresa de las Islas Baleares;2019.Disponible en:<https://fueib.org/es/investigador>

s/65/otri/catalogo/4/191/servicio/estudios-de-dinamicas-poblacionales-y-de-demografia-evolutiva-para-la-gestion-y-la-conservacion-de-e

Fernández S. Embarazo de alto riesgo. Control prenatal [Internet]. Bogotá: Ocronos Editorial; 2020 p. 5. (Salud Materna-perinatal). Report No.: 2. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/9906>

OPS. OPS pide a los países que garanticen controles prenatales para embarazadas porque pueden tener mayor riesgo de COVID-19 grave [Internet]. 2020 p. 6. Report No.: 7. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/21-8-2020-ops-pide-paises-que-garanticen-controles-prenatales-para-embarazadas-porque>

Contreras M. Efectividad de una intervención mínima educacional en el control prenatal sobre la evolución del duelo perinatal [Internet]. [Cantabria]: Universidad de Cantabria; 2016. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10902/7383>

Rodríguez M. Programa de control prenatal durante la pandemia de COVID-19 en Colombia: Propuesta de rediseño. Revista Javeriana Cali. 2020;6(1):7.

Jimenez S. Factores que inciden en la falta del control Prenatal en Gestantes [Internet]. Unemi;2018.Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/4207>

Herrán A. Educación prenatal y Pedagogía prenatal. Educación infantil / Educação infantil. 2020;18(7):11.

Navarro J. Factores de riesgo para el inicio tardío de la atención prenatal en gestantes que acuden al consultorio de Obstetricia del Centro de Salud Leonor Saavedra [Pre Grado]. [Lima]: Casa Grande; 2016.

APÉNDICES

Apéndice A

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Ciudad Bolívar

Dr. Lino Fuenmayor

Director del Hospital “Dr. Héctor Nouel Joubert”. Perteneciente al Instituto Venezolano de los seguros sociales. Ciudad Bolívar – Estado Bolívar.

Sirva la presente para saludarle a la vez que deseamos solicitarle con el debido respeto, toda la colaboración que pueda brindarnos para la elaboración de la investigación que lleva por título **FACTORES QUE PREDISPONEN EL INSUFICIENTE CONTROL PRENATAL EN EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL REGIONAL GENERAL DR. HECTOR NOUEL JOUBERT, CIUDAD BOLIVAR – ESTADO BOLIVAR, NOVIEMBRE 2023-ENERO 2024**. Que será presentada a posterior como trabajo de grado, siendo un requisito parcial para optar por el título de Médico Cirujano.

En el mencionado trabajo de investigación contaremos con la asesoría la Dra. Neobis Morales. Esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria que nos aproxime a la realización de esta tarea.

Atentamente.

Br. Gabriel Brito

Br. Steffany Chaparro

Apéndice B

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“DR. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA”
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Ciudad Bolívar

Dr. Serris Kaid Bay

Jefe del departamento de ginecología y obstetricia del Hospital “Dr. Héctor Nouel Joubert”. Perteneciente al Instituto Venezolano de los seguros sociales. Ciudad Bolívar – Estado Bolívar.

Sirva la presente para saludarle a la vez que deseamos solicitarle con el debido respeto, toda la colaboración que pueda brindarnos para la elaboración de la investigación que lleva por título **FACTORES RELACIONADOS CON EL INSUFICIENTE CONTROL PRENATAL. HOSPITAL REGIONAL GENERAL DR. HECTOR NOUEL JOUBERT, CIUDAD BOLIVAR – ESTADO BOLIVAR, NOVIEMBRE 2023-ENERO 2024**. Que será presentada a posterior como trabajo de grado, siendo un requisito parcial para optar por el título de Médico Cirujano.

En el mencionado trabajo de investigación contaremos con la asesoría la Dra. Neobis Morales. Esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria que nos aproxime a la realización de esta tarea.

Atentamente.

Br. Gabriel Brito

Br. Steffany Chaparro

Apéndice C



**FACTORES RELACIONADOS CON EL INSUFICIENTE CONTROL PRENATAL.
HOSPITAL REGIONAL GENERAL DR. HECTOR NOUEL JOUBERT, CIUDAD
BOLIVAR – ESTADO BOLIVAR, NOVIEMBRE 2023-ENERO 2024.**

CUETIONARIO

Por favor lea detenidamente cada pregunta y responda marcando con un X la opción correcta según su caso.

1. Edad de la gestante

De 14-17_____ De 18-21_____ De 22-25_____ De 26-29_____ De 30-33_____ De
34-37_____ Mayor de 38 _____

2. Estado civil

Casada_____ Soltera_____ Divorciada_____ Unión libre_____ Viuda_____

3. Autoidentificación étnica

Indígena_____ Afrodescendiente_____ Negra_____ Blanca _____ Mestiza _____
Otra_____

4. Sector de residencia

Urbano_____ Rural_____

Mencione el sector donde vive: _____

5. Grado de instrucción

Primaria_____ Secundaria_____ Universitario_____ Ninguna_____

6. Ingresos Económicos

Ingresos propios _____ Apoyo económico de pareja _____ Apoyo económico de familia _____ No cuenta con ingresos _____

7. Ocupación

Desempleada _____ Estudiante _____ Empleada _____ trabajo independiente _____

8. ¿Qué tan importante cree que es el control prenatal?

Nada importante _____ Medianamente importante _____ Importante _____ Muy importante _____

9. Número de gestas

1 _____ 2 _____ De 3-5 _____ De 6-8 _____ >9 _____

10. ¿Ha tenido abortos?

Si _____ No _____

11. ¿Ha tenido alguna complicación en embarazos previos?

Si _____ No _____

12. Si usted ha tenido más de un parto, ¿Considera que tiene la experiencia previa para determinar cuándo es apropiado asistir a sus controles?

Si _____ No _____

13. Embarazo planificado

Sí _____ No _____

14. Número de Controles

De 0-2 _____ De 3-5 _____ De 6-7 _____ 8 o mas _____

15. ¿Cuándo inicio su primer control prenatal?

Antes de las 12 semanas _____ Después de las 12 semanas _____

16. ¿Cuánto tiempo se demora de su casa al centro de salud?

15 min o menos _____ 16-30min _____ 31-60min _____ Más de 1 hora _____

17. ¿Considera usted que alguno de los siguientes aspectos dificultaron su asistencia a los controles prenatales?

Dificultad para agendar cita ____ Mala atención del profesional de salud ____
Choque de horarios con el trabajo o quehaceres domésticos ____ No tuve
dificultades ____

18. ¿Cómo calificaría el nivel de seguridad del sector donde está ubicado el centro de salud?

Muy inseguro ____ Inseguro ____ Medianamente seguro ____ Seguro ____

19. ¿Considera que por temas de seguridad no acudió a los controles prenatales?

Si ____ No ____

20. Motivo de inasistencia al control prenatal

- a) Falta de interés _____
- b) Por desconocer que estaba embarazada _____
- c) Distancia al establecimiento de salud _____
- d) No querer ir sola _____
- e) Por ocultar el embarazo de la sociedad _____
- f) No conseguir permiso en el trabajo o centro de estudio _____

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	FACTORES RELACIONADOS CON EL INSUFICIENTE CONTROL PRENATAL. HOSPITAL REGIONAL GENERAL DR. HECTOR NOUEL JOUBERT, CIUDAD BOLIVAR – ESTADO BOLIVAR, NOVIEMBRE 2023 – ENERO 2024
---------------	--

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CVLAC / E MAIL
Brito Mericuana, Gabriel Jesús	CVLAC: 26.695.870 E MAIL: gabob13@gmail.com
Chaparro Bello, Steffany Halbany	CVLAC: 25.978.754 E MAIL: effyalbanys@gmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Prenatal
Embarazo
Parto
Gestantes

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA y/o DEPARTAMENTO	SUBÀREA y/o SERVICIO
Dpto. de Ginecología y Obstetricia	Pediatría

RESUMEN (ABSTRACT):

Una de las problemáticas de salud pública es la mortalidad materna, se estima que aproximadamente 720 gestantes fallecen cada día (1 muerte cada 2 minutos) por condiciones relacionadas al embarazo y parto. En 2020, unas 287.000 mujeres murieron durante o tras el embarazo o el parto, principalmente en países en vías de desarrollo y se considera que estos decesos eran evitables ya que las soluciones de atención de salud para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a cuidados de alta calidad durante el embarazo, durante el parto y después de él **Objetivo:** Determinar los factores relacionados con el insuficiente control prenatal. Hospital regional general Dr. Hector Nouel Joubert en ciudad Bolivar – Estado Bolivar, Noviembre 2023 – Enero 2024 **Metodología:** Estudio científico descriptivo, correlacional, empírico, prospectivo, cuantitativo, no experimental y de corte transversal en el que se elaboró un cuestionario de 20 preguntas donde se recogieron datos sociodemográficos y gineco-obstetricos a las pacientes que acudieron en la última etapa de embarazo al hospital Dr. Hector Nouel Joubert, la muestra estuvo representada por 93 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** Se encontró que el grupo etario predominante fue 18-21 años (32,26%) en unión libre (43,01%), raza mestiza (36,56%), de procedencia urbana (75,27%), con secundaria completa (43,01%), con 3-5 gestas (49,46%), desempleada (36,56%), se observó que a menor edad menor número de controles (6,45%), menor control en solteras y viudas (10,75% y 3,23%), las gestantes indígenas tuvieron menor control que otras razas (7,53% 0-2 controles), mayor control prenatal de las gestantes provenientes de áreas urbanas (33,33% con 6-7 controles), mayor control en desempleadas o con trabajo independiente (13,98% y 11,83% con 6-7 controles), los abortos y complicaciones previas se asoció a mejor control prenatal (11,83% y 12,90% con 8 o más controles), y la mayoría no tuvo dificultades para acudir al control prenatal (18,28%).

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Dra. Neobis Morales	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
	CVLAC:	8.896.83			
	E_MAIL	neoneos2001@gmail.com			
	E_MAIL				
Dr. Antonio Russo	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:	14.140.290			
	E_MAIL	ajrussob@hotmail.com			
	E_MAIL				
Dr. Luis Cabrera	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:	12.680.721			
	E_MAIL	luisecabrerar@gmail.com			
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				
	CVLAC:				
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2024 AÑO	03 MES	15 DÍA
--------------------	------------------	------------------

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis Factores Relacionados con el Insuficiente Control Prenatal Hospital Regional General Dr Héctor Nouel Joubert Ciudad Bolívar Estado Bolívar Noviembre 2023 Enero 2024	. MS.word

ALCANCE

ESPACIAL:

Hospital Regional General Dr. Héctor Nouel Joubert, Ciudad Bolívar – Estado Bolívar,

TEMPORAL: 10 AÑOS

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico Cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Dpto. de Ginecología y Obstetricia

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU N° 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda "SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009".

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR *[Firma]*
FECHA 5/8/09 HORA 5:20

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

[Firma]
JUAN A. BOLANOS CUNEL
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Telesinformática, Coordinación General de Postgrado.
JABC/YGC/maruja

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLIVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
COMISION DE TRABAJOS DE GRADO

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

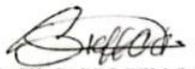
DERECHOS

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)

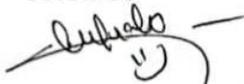
"Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario "

AUTOR(ES)

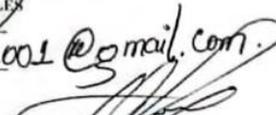

Br. BRITO VERRICUANA GABRIEL JESUS
C.I. 26695870
AUTOR


Br. CHAPARRO BELLO STEFFANY HALBANY
C.I. 25978754
AUTOR

JURADOS


TUTOR: Prof. NEOBIS MORALES
C.I.N. 8896483
EMAIL: neoneos2001@gmail.com


Prof. LUIS CABRERA
C.I.N. 12680721
EMAIL: Luis.Ecabrera@gmail.com


JURADO Prof. ANTONIO RUSSO
C.I.N. 14145.290
EMAIL: arussob@hotmail.com

P. COMISION DE TRABAJO DE GRADO

