





Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un establecimiento de salud de los andes peruanos

 Deysi Diana Berrocal Salazar,¹  Liliana Salazar Marcatoma,^{2,5}
 Paulo Ricardo Rivera Bustamante,^{3,5}  Yoli Chamorro Ampudia.^{4,5}

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un establecimiento de salud de los andes peruanos.

Métodos: Estudio analítico de casos ($n = 76$) y controles, sin emparejamiento, de fuente secundaria con una relación de casos-control de 1:1. Se definió caso: toda paciente con inicio tardío del control prenatal (≥ 14 semanas). Las variables se agruparon en: factor individual (edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil y procedencia); factor obstétrico (paridad, periodo intergenésico, abortos previos y complicaciones obstétricas previas), y factor cultural - social (religión, idioma y violencia familiar). Para identificar los factores asociados, se calcularon los odds ratio crudos mediante regresión logística binaria; luego las variables significativas se ajustaron mediante el análisis de regresión logística multivariada.

Resultados: La secundaria incompleta tiene un odds ratio ajustado de 8,4 (intervalo de confianza [IC] 95 %: 1,6 - 43,7), ser ama de casa tiene un odds ratio ajustado de 2,5 (IC 95 %: 1,2 - 5,2), tener un periodo intergenésico ≤ 2 años tiene un odds ratio ajustado de 2,6 (IC 95 %: 1,2-5,5), hablar el idioma quechua tiene un odds ratio ajustado de 2,8 (IC 95 %: 1,3-6,1) y la violencia familiar tiene un odds ratio ajustado de 5,2 (IC 95 %: 1,2-22,6).

Conclusión: Los factores asociados para el inicio tardío de la atención prenatal fueron tener un grado de instrucción de secundaria incompleta, ser ama de casa, tener un periodo intergenésico ≤ 2 años, hablar el idioma quechua y tener evidencia de violencia familiar.

Palabras clave: Atención prenatal, Factor de riesgo, Andes.

Factors Associated with Late Initiation of Prenatal Care at a Healthcare Facility in the Peruvian Andes

SUMMARY

Objective: To identify factors associated with late initiation of prenatal care at a healthcare facility in the Peruvian Andes.

Methods: This was an analytical case-control study ($n = 76$) using secondary data, with an unmatched 1:1 case-control ratio. A case was defined as any patient who initiated prenatal care at ≥ 14 weeks of gestation. The variables were grouped into: individual factor: individual factors (age, educational level, occupation, marital status, and place of origin), obstetric factors (parity, interpregnancy interval, history of previous abortions, and previous obstetric complications), and sociocultural factors (religion, language, and domestic violence). To identify associated factors, crude odds ratios (OR) were first calculated using binary logistic regression; subsequently, significant variables were adjusted using multivariate logistic regression analysis.

Results: Incomplete secondary school has an adjusted odds ratio of 8.4 (95% confidence interval [CI]: 1.6 - 43.7), being a housewife has an adjusted odds ratio of 2.5 (95% CI: 1.2 - 5.2), having an interpregnancy period ≤ 2 years has an adjusted odds ratio of 2.6 (95% CI: 1.2-5.5), speaking the Quechua language has an adjusted odds ratio of 2.8 (95% CI: 1.3-6.1) and family violence had an adjusted odds ratio of 5.2 (95% CI: 1.2-22.6).

Conclusion: Factors associated with late initiation of prenatal care included incomplete secondary education, being a housewife, short interpregnancy interval (≤ 2 years), speaking Quechua, and experiencing domestic violence.

Keywords: Prenatal care; risk factors; andes (DeCS/MeSH)

INTRODUCCIÓN

La atención prenatal (APN) es una puerta de entrada para las gestantes al sistema de salud y ofrece la oportunidad de organizar los servicios necesarios para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un binomio madre-bebé saludable (1). De acuerdo con el

¹Obstetra, Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, Perú. ²Especialista en Ginecología y Obstetricia, Magister en gestión de los servicios de la salud, Hospital Sub Regional de Andahuaylas. ³Especialista en Salud Pública y Comunitaria, Maestro en Salud Pública. ⁴Especialista en epidemiología, Magister en gestión de los servicios de la salud. ⁵Universidad Nacional del Callao, Lima, Perú. Este estudio forma parte de la tesis presentada por Berrocal DD para obtener el Título de Obstetra. Correo para correspondencia: lisama2829@gmail.com

Forma de citar este artículo: Berrocal DD, Salazar L, Rivera PR, Chamorro Y. Factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal en un establecimiento de salud de los andes peruanos. Rev Obstet Ginecol Venez. 2025; 85(4):540-549. DOI: 10.51288/00850407

modelo de atención prenatal 2016 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2), las gestantes deben comenzar su primera atención prenatal dentro de las 12 semanas de edad gestacional, y los contactos posteriores tienen lugar a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas de gestación, pero muchas gestantes comienzan su primera atención prenatal tardíamente.

El modelo conductual de Andersen (3) sugiere que el inicio tardío de la atención prenatal es una función de factores que incluyen las características de fondo de las personas que existen antes de la necesidad de la utilización de la atención prenatal. De acuerdo con varios estudios, existen brechas significativas en el acceso oportuno a la atención prenatal. Estos han evidenciado que el inicio tardío del control prenatal, es decir, después del primer trimestre, es más frecuente en contextos caracterizados por pobreza, bajo nivel educativo, inaccesibilidad geográfica, las condiciones de hacinamiento y la desconfianza a los sistemas de salud (4, 5). También se identificaron como barreras para el inicio temprano de la atención prenatal, la ineficacia de los programas de educación sanitaria en los establecimientos de salud, los largos tiempos de espera, la mala educación del personal clínico y el alto costo de iniciar la atención prenatal (6, 7). Toda esta situación limita la capacidad de la gestante para iniciar de forma temprana los controles prenatales pertinentes.

La atención prenatal temprana durante el embarazo es importante para identificar el riesgo de complicaciones. De acuerdo a la evidencia, la atención prenatal puede mejorar la detección y el tratamiento de las afecciones crónicas y las complicaciones del embarazo, en particular para las personas con un mayor riesgo de resultados adversos (8 - 10). Sin embargo, en la mayoría de los países en desarrollo, el momento de la reserva temprana de la atención prenatal sigue siendo un problema, lo que dificulta el cumplimiento de la recomendación de la OMS de ocho contactos antes del parto (11). El inicio tardío de la atención prenatal se asocia con resultados negativos para la salud, como

parto prematuro, muerte fetal, bajo peso al nacer y mayores complicaciones durante el embarazo y el parto (12). En efecto, las mujeres que retrasan el inicio de la atención prenatal tienen mayor riesgo de muerte materna y neonatal (2).

Conocer los principales factores que contribuyen al acercamiento tardío de la gestante al establecimiento de salud es crucial para mejorar la respuesta del sistema del sector salud (13); especialmente en zonas andinas que poseen factores particulares donde el acceso a los servicios de salud puede ser más limitado por su geografía, por su condición socioeconómica, por el uso de la medicina tradicional, que es parte de su cultura, por la desigualdad de género y porque aún se tiene población netamente quechua hablante (14 - 16). En este contexto se busca identificar los factores asociados al inicio tardío del control prenatal en un establecimiento de salud de los andes peruanos.

MÉTODOS

Estudio observacional, analítico, de casos y controles. Se llevó a cabo en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Talavera, ubicado en la región sureste de los Andes Centrales de Perú, a una altitud de 2820 m sobre el nivel del mar.

La población estuvo conformada por las gestantes que acudieron para la atención prenatal durante el periodo de estudio, año 2023. Se consideró como casos a todas las gestantes que iniciaron el control prenatal de forma tardía (a partir de las 14 semanas de gestación) y controles a aquellas que iniciaron el control prenatal de forma oportuna (antes de las 14 semanas). Los criterios de exclusión para ambos grupos fueron el inicio de la atención prenatal en otros establecimientos de salud, historias clínicas incompletas o con letra ilegible.

FACTORES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LOS ANDES PERUANOS

El cálculo del tamaño muestral se realizó con el *software Open Epi*, considerando un nivel de confianza del 95 %, un poder estadístico del 80 %, una razón de controles por caso de 1:1 y una proporción estimada de exposición del 5 % en el grupo control y 20 % para los casos. El resultado obtenido fue de 152 gestantes de las cuales se estimó 76 casos y la misma cantidad de controles. La muestra fue seleccionada mediante muestreo no probabilístico, por conveniencia cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Para el análisis documental de las historias clínicas se utilizó la ficha de recolección de datos validada por juicio de expertos. Para establecer la variable inicio tardío de la APN, se consideró la edad gestacional mayor o igual a las 14 semanas de gestación al momento de la primera APN. Las otras variables de estudio se agruparon de la siguiente manera: factor individual (con 5 ítems: edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil y procedencia); factor obstétrico (con 4 ítems: paridad, periodo intergenésico, abortos previos y complicaciones obstétricas previas), y el factor cultural - social (con 3 ítems: religión, idioma y violencia familiar).

Con respecto al análisis de datos en primer lugar, se determinó las medidas de tendencia central para las variables numéricas. Para el análisis inferencial bivariado se utilizó la prueba de chi – cuadrado (χ^2) y para conocer la magnitud de la asociación entre las variables de estudio se empleó el Odds Ratio (OR) con un intervalo de confianza (IC) del 95 %. Las variables independientes que demostraron una asociación significativa ($p \leq 0,05$) se incluyeron en el modelo final multivariado mediante la regresión logística binaria. Los datos se analizaron en el programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versión 26.

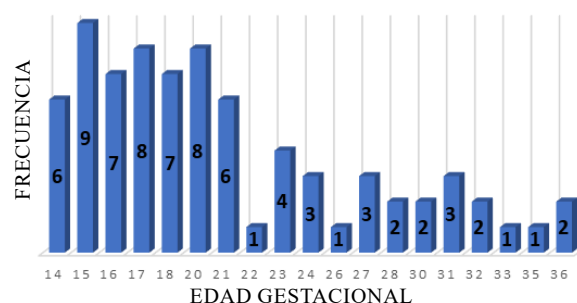
El estudio contó con la aprobación del comité de ética de la institución. Se garantizó el anonimato, la confidencialidad y el respeto por los derechos del

contenido de las historias clínicas, siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

La edad media de las participantes fue de 27 años. De los 76 casos incluidos se tiene que el promedio de inicio del control prenatal \pm desviación estándar, fue a las 21 semanas \pm 6,1. La edad gestacional mínima al momento de inicio del control prenatal fue 14 semanas y la máxima a las 36 semanas. La mayor concentración de inicio tardío de control prenatal se encuentra entre las 14 a 21 semanas, habiendo una mayor frecuencia a las 15 semanas, seguido de las 17 y 20 semanas (Grafico 1). En la comparación de medias de las variables numéricas se evidenció que las gestantes que acuden oportunamente al control prenatal lo hacen en promedio a las 8 semanas.

Grafico 1. Distribución de frecuencias absolutas del momento de la primera asistencia a la atención prenatal



En la tabla 1, se muestra que 84,21 % (64/76) de los casos tenía un grado de instrucción inferior a la superior técnico o universitaria, el 63,2 % eran amas de casa, el 64,5 % eran convivientes y de procedencia urbana en un 82,7 %.

De igual manera se muestra que los casos tenían un periodo intergenésico ≤ 2 en un 72,4 % (55/76), no presentaban antecedentes de abortos ni complicaciones obstétricas en un 72,4 %, respectivamente (tabla 2).

Tabla 1. Análisis bivariado de los factores individuales y el inicio tardío de la atención prenatal

Factores individuales	Grupo				p†	ORC	IC 95 %
	Casos		Controles				
	n	%	n	%			
Edad							
≤ 28 años	42	55,3	42	55,3	1,000	1	0,5 - 1,8
> 28 años	34	44,7	34	44,7		Ref	
Grado de instrucción							
Sin estudios	1	1,3	0	0	0,316	0,4	0,4 - 0,5
Primaria incompleta	9	11,8	2	2,6	0,028*	4,9	1,0 - 23,8
Primaria completa	3	3,9	3	3,9	1,000	1	0,1 - 1,0
Secundaria incompleta	11	14,5	2	2,6	0,009*	6,2	1,3 - 29,2
Secundaria completa	40	52,6	47	61,8	0,251	0,6	0,3 - 1,3
Superior técnico	9	11,8	16	21,1	0,126	0,5	0,2 - 1,2
Superior universitario	3	3,9	6	7,9		Ref	
Ocupación							
Ama de casa	48	63,2	30	39,5	0,003*	2,6	1,3 - 5,0
Estudiante	14	18,4	10	13,2	0,374	1,4	0,6 - 3,6
Trabajadora independiente	5	6,6	8	10,5	0,384	0,5	0,1 - 1,9
Trabajadora dependiente	9	11,8	28	36,8		Ref	
Estado civil							
Soltera	15	19,7	11	14,5	0,389	1,4	0,6 - 3,4
Casada	12	15,8	24	31,6	0,022*	0,4	0,1 - 0,8
Conviviente	49	64,5	41	53,9		Ref	
Procedencia							
Rural	37	51,3	47	61,8	0,103	0,5	0,3 - 1,1
Urbano	39	82,7	29	38,2		Ref	

p† = evaluado mediante Chi cuadrado de Pearson; ORC = Odds ratio crudo

IC 95 % = intervalo de confianza al 95 %; *Factor asociado ($p < 0,05$). Ref: referencia

Tabla 2. Análisis bivariado de los factores obstétricos y el inicio tardío de la atención prenatal

Factores obstétricos	Grupo				p†	ORC	IC 95 %
	Casos		Controles				
	n	%	n	%			
Paridad							
≤ 1	30	39,5	36	47,4		Ref	
> 1	46	60,5	40	52,6	0,326	1,3	0,7 - 2,6
Periodo intergenésico							
≤ 2	55	72,4	38	50	0,005*	2,6	1,3 - 5,1
> 2	21	27,6	38	50		Ref	
Abortos previos							
Si	21	27,6	14	18,4	0,177	1,6	0,7 - 3,6
No	55	72,4	62	81,6		Ref	
Complicaciones obstétricas anteriores						0,5	0,2 - 1,2
Si	21	27,6	15	19,7	0,252	1,5	0,7 - 3,3
No	55	72,4	61	80,3		Ref	

p† = evaluado mediante Chi cuadrado de Pearson; ORC = Odds ratio crudo

IC 95 % = intervalo de confianza al 95 %; *Factor asociado ($p < 0,05$). Ref: referencia

*FACTORES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL
EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LOS ANDES PERUANOS*

Tabla 3. Análisis bivariado de los factores culturales - sociales y el inicio tardío de la atención prenatal

Factores culturales y psicosociales	Grupo				p†	ORC	IC 95 %
	Casos		Controles				
	n	%	n	%			
Religión							
Católico	55	72,4	50	65,8	0,380	1,3	0,6 - 2,7
Evangélico	20	26,3	26	34,2	0,289	0,6	0,3 - 1,3
Otros	1	1,3	0	0		Ref	
Idioma							
Quechua	56	73,7	40	52,6	0,007*	2,5	1,2 - 4,9
Castellano	20	26,3	36	47,4		Ref	
Violencia familiar							
Sí	11	14,5	3	3,9	0,025*	4,1	1,1 - 15,1
No	65	85,5	73	96,1		Ref	

p† = evaluado mediante Chi cuadrado de Pearson; ORC = Odds ratio crudo

IC 95 % = intervalo de confianza al 95 %; *Factor asociado ($p < 0,05$). Ref: referencia

Con respecto a los factores culturales y sociales se tiene que la religión predominante en un 72,4 % de las pacientes con inicio tardío del control prenatal fue la católica, así mismo los casos en un 73,4 % eran quechua hablantes y el 85,5 % tenía violencia familiar (Tabla 3).

De todas las variables evaluadas resultaron estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$) el tener secundaria incompleta, ser ama de casa, tener un periodo intergenésico ≤ 2 años, ser quechua hablante y tener

evidencia de violencia familiar.

En el análisis multivariado (tabla 4) se evidenció que el factor con mayor fuerza de asociación para iniciar tardíamente el control prenatal fue tener un grado de instrucción de secundaria incompleta con un OR ajustado (ORa) de 8,4 (IC95: 1,6 – 43,7), seguido en orden por la violencia intrafamiliar, ser quechua hablante, tener un periodo intergenésico ≤ 2 años y por último ser ama de casa con ORa de 2,5 (IC95: 1,2 – 5,2).

Tabla 4. Análisis multivariado de los factores asociados al inicio tardío de la atención prenatal

Factores	Modelo crudo			Modelo ajustado		
	p†	ORc	IC 95 %	p**	ORa	IC 95 %
Grado de instrucción						
Primaria incompleta	0,028	4,9	1,0 - 23,8	0,081	4,2	0,8 - 21,7
Secundaria incompleta	0,009	6,2	1,3 - 29,2	0,011*	8,4	1,6 - 43,7
Ocupación						
Ama de casa	0,003	2,6	1,3 - 5,0	0,011*	2,5	1,2 - 5,2
Estado civil						
Casada	0,022	0,4	0,1 - 0,8	0,580	0,7	0,2 - 2,0
Periodo intergenésico						
≤ 2 años	0,005	2,6	1,3 - 5,1	0,013*	2,6	1,2 - 5,5
Idioma						
Quechua	0,007	2,5	1,2 - 4,9	0,008*	2,8	1,3 - 6,1
Violencia familiar						
Sí	0,025	4,1	1,1 - 15,1	0,027*	5,2	1,2 - 22,6

p† = evaluado mediante Chi cuadrado de Pearson. p** = evaluado mediante regresión logística multivariada

ORa = Odds ratio ajustado; ORc = Odds ratio crudo. IC 95 % = intervalo de confianza al 95 %; *Factor asociado ($p < 0,05$).

DISCUSIÓN

La APN, según la OMS, tiene como meta la detección temprana de complicaciones durante el embarazo, y dado que la mayor parte de las muertes maternas se pueden prevenir, es necesario que todas las mujeres tengan acceso a una APN oportuna y de calidad durante el embarazo (17).

En tal sentido uno de los principales resultados de este estudio pone en evidencia que tener un grado de instrucción secundaria incompleta se asocia al inicio tardío del control prenatal, así se encontró que 64 casos (84,21 %) que iniciaron el control prenatal tardíamente tenían un grado de instrucción inferior a la superior técnica o universitaria. De manera específica, las gestantes con un nivel educativo secundaria incompleta tenían 8,4 veces más probabilidades de iniciar tardíamente el control prenatal. Estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Essam y cols.(18), en 2022, en el que se halló que tener una educación inferior a la universitaria limita la asistencia a los establecimientos de atención de salud prenatal (OR = 5,3; IC 95 % : 1,6-17,2), también los resultados guardan relación con el estudio de Tesfaye y cols.(19), quienes encontraron que haber asistido a un nivel de educación inferior a la secundaria (OR = 2,33; IC 95 % [1,05 - 5,19]) se asociaba a un control prenatal tardío, aunque en este estudio con menor fuerza de asociación.

En consonancia con la literatura, diversos estudios sostienen que las mujeres con menor nivel educativo o con dificultades de alfabetización suelen enfrentar más barreras para acceder a tiempo a los controles prenatales. Esto se debe a diversos factores que se relacionan entre sí y que pueden limitar su capacidad para entender, buscar y utilizar adecuadamente los servicios de salud. La falta de educación formal limita el acceso a fuentes de información confiables sobre la salud. Esto puede llevar a que las mujeres busquen información en fuentes no verificadas, lo que puede resultar en malentendidos o decisiones incorrectas respecto al inicio del control prenatal o a que

este sea insuficiente (20, 21). Asimismo, está descrito que algunas mujeres con bajo nivel educativo pueden percibir que la atención prenatal no es necesaria o pueden tener creencias erróneas sobre los procedimientos médicos, lo que puede llevar a la demora en la búsqueda de atención médica adecuada (22). También, la educación influye en el estatus socioeconómico y la autonomía de las mujeres. Por otra parte las mujeres con menor nivel educativo suelen tener menos recursos económicos y menor autonomía para tomar decisiones de salud, lo que puede limitar su acceso a servicios de atención prenatal (23). Kim y cols. (20), en su revisión sobre la alfabetización en poblaciones desfavorecidas y de minorías étnicas, concluye que la reducción de la alfabetización ocasiona dificultades para interactuar con los servicios de salud y por consiguiente genera aumento potencial del riesgo de muerte materna y perinatal.

Las mujeres con periodo intergenésico \leq de 2 años tuvieron en el estudio 2,6 veces más probabilidades de visitar el establecimiento de salud de forma tardía. En efecto, el periodo intergenésico corto se ha asociado con una mayor probabilidad de visitas tardías a los establecimientos de salud, lo que puede retrasar la detección y manejo de complicaciones durante el embarazo y el parto (24). Otros estudios han demostrado que las mujeres que tienen un periodo intergenésico menor o igual a 2 años suelen acudir de forma tardía a los servicios de salud en su siguiente embarazo. Esta situación puede explicarse por múltiples factores, entre ellos, el agotamiento físico y emocional tras un embarazo reciente, la sobrecarga en el cuidado del hijo anterior y la falta de apoyo social o económico. Además, muchas mujeres con intervalos cortos entre embarazos no reciben consejería adecuada en planificación familiar o enfrentan barreras para acceder a métodos anticonceptivos (25, 26). Investigaciones en países como Etiopía y Tanzania coinciden en que la falta de educación, la escasa autonomía en la toma de decisiones y la limitada oferta de servicios de salud son determinantes clave (27, 28). La OMS indica, por su parte, que los periodos intergenésicos cortos también se relacionan con mayores riesgos obstétricos y neonatales

como, por ejemplo, la anemia materna, rotura prematura de membranas, placenta previa, parto prematuro, bajo peso al nacer y restricción del crecimiento intrauterino, lo que resalta la importancia de promover espacios de planificación familiar accesibles, continuos y culturalmente adaptados (24). En este sentido, mejorar la educación en salud reproductiva y fortalecer la atención posnatal haciendo énfasis en los métodos de planificación familiar son medidas para evitar retrasos en el cuidado prenatal.

Otro de los resultados obtenidos en el análisis multivariado muestra que las amas de casa tienen 2,5 veces mayor probabilidad de iniciar tardíamente el control prenatal comparado con sus contrapartes. Siguiendo la línea de investigación, Tatal y cols. (29) encontraron como causas de inasistencia al control prenatal en amas de casa: la atención de los otros hijos, las labores del hogar, la incapacidad económica y porque consideraban a la APN como no necesaria. Al respecto Cáceres y cols. (30), sostienen que, a menudo, las amas de casa priorizan otras actividades antes que su propia salud. Este hallazgo implica que la carga de responsabilidades domésticas limita la disponibilidad para buscar atención oportuna.

Al realizar el análisis cuantitativo del idioma quechua como factor asociado al control prenatal tardío, se mostró que el 73,7 % de los casos eran quechua hablantes obteniéndose en el análisis multivariado un ORa de 2,8 (IC 95 %: 1,1 – 6,1), lo que significa que las gestantes quechua hablantes tienen 2,8 más probabilidades de iniciar la APN tardíamente con relación a las que hablan castellano. Al respecto, diversos estudios han demostrado que hablar quechua u otra lengua originaria puede convertirse en una barrera importante para acceder de manera oportuna a los controles prenatales (31). En comunidades donde predomina el quechua, muchas mujeres embarazadas enfrentan dificultades para comunicarse con el personal de salud, lo que genera miedo, confusión y desconfianza hacia los servicios médicos (32). Esta situación lleva a que muchas veces se postergue o incluso se evite el control prenatal, poniendo en riesgo la salud materno perinatal.

Además, no contar con personal de salud que hable el idioma local o que comprenda la cultura limita no solo la comunicación verbal, sino también la empatía y el respeto por las costumbres de estas mujeres (16, 20). *Amnesty International*, en los estudios en Perú y otros países de la región, ha encontrado que las mujeres indígenas tienen menos probabilidades de comenzar sus controles prenatales en el primer trimestre, y esto se asocia tanto al idioma como a factores de pobreza y discriminación (33). La desigualdad en el acceso a servicios de salud sigue siendo una deuda pendiente, especialmente con las poblaciones rurales e indígenas. Algunas experiencias positivas han mostrado que la presencia de personal de salud bilingüe y la incorporación de prácticas culturales en los servicios médicos aumentan significativamente la asistencia a controles prenatales (34).

Otro de los resultados del estudio indica que las gestantes con evidencia de violencia familiar tenían 5,2 veces más probabilidades de iniciar el control prenatal de manera tardía. Este resultado guarda relación con el reportado por Quijaite y cols. (35), quienes encontraron la asociación entre violencia intrafamiliar y el inicio tardío del control prenatal (OR crudo de 2,3 (IC 95 %: 1,1 – 4,9)), aunque con menor fuerza de asociación por tratarse de un estudio realizado en una zona de la costa peruana. De acuerdo a la literatura, la violencia familiar durante el embarazo es un fenómeno ampliamente documentado que afecta negativamente la salud materna y perinatal, las investigaciones demuestran que las embarazadas que sufren violencia familiar tienen más probabilidades de faltar a las citas de atención prenatal o de iniciar la atención prenatal más tarde de lo recomendado; específicamente, las mujeres víctimas de violencia tienden a iniciar el control prenatal en el tercer trimestre, lo que implica un riesgo elevado para la salud materno – fetal (36). Asimismo, la violencia psicológica, física, sexual y económica puede generar estados de ansiedad, depresión y baja autoestima, factores que también inciden en la postergación de la atención médica, en donde el control y la intimidación ejercidos por el agresor, el miedo, la vergüenza y la falta de apoyo social o familiar

contribuyen a que las víctimas no revelen su situación ni prioricen el cuidado prenatal (37). De esta manera, se afirma que la violencia familiar es un factor determinante que retrasa el inicio y reduce la frecuencia de la atención prenatal, ya que genera barreras físicas, emocionales y sociales que dificultan el acceso y la adherencia a los servicios de salud, exponiendo tanto a la madre como al feto a mayores riesgos de complicaciones y resultados adversos (38).

En conclusión, los factores asociados para el inicio tardío de la atención prenatal fueron tener un grado de instrucción de secundaria incompleta, ser ama de casa, tener un periodo intergenésico ≤ 2 años, hablar el idioma quechua y tener evidencia de violencia familiar. Estos hallazgos sugieren que los determinantes sociales, culturales y educativos juegan un papel crucial en el acceso oportuno a servicios prenatales, los factores identificados reflejan inequidades sociales y estructurales, el idioma quechua y la violencia familiar destacan como determinantes críticos en contextos andinos, donde persisten brechas culturales y de género, la educación básica incompleta y la ocupación como ama de casa interactúan con condiciones socioeconómicas desfavorables, perpetuando el ciclo de acceso tardío, estos hallazgos enfatizan la necesidad de políticas interculturales y programas de empoderamiento femenino para mejorar la adherencia al control prenatal.

La limitación del estudio es la escasa muestra y el muestreo no probabilístico, así como la inclusión de gestantes de un solo establecimiento de salud público lo que limita su generalización.

Los autores no declaran conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Teshale AB, Tesema GA. Prevalence and associated factors of delayed first antenatal care booking among reproductive age women in Ethiopia; a multilevel analysis of EDHS 2016 data. *PLoS One*. 2020;15(7):e0235538. DOI: 10.1371/journal.pone.0235538.
2. Estifanos TM, Sengal KT, Tekleab EE, Mehari FA, Tesfagabr IG, Tesfay MA, *et al*. Factors associated with late antenatal care booking in selected health facilities of Zoba Maekel, Eritrea: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2025;25(1):415. DOI: 10.1186/s12884-025-07531-1.
3. Andersen R. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36(1):1–10. DOI:10.2307/2137284
4. Tola W, Negash E, Sileshi T, Wakgari N. Late initiation of antenatal care and associated factors among pregnant women attending antenatal clinic of Ilu Ababor Zone, southwest Ethiopia: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2021;16(1):e0246230. DOI: 10.1371/journal.pone.0246230.
5. Guillen-Calle BE, Santos YR, Campos CKE. Factores asociados al inicio tardío de atención prenatal en gestantes que discontinuaron las visitas. *Rev Cuban Med Mil [Internet]*. 2024 [consultado 12 de mayo de 2025];53(4):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572024000400009&lng=es.
6. Warri D, George A. Perceptions of pregnant women of reasons for late initiation of antenatal care: a qualitative interview study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):70. DOI: 10.1186/s12884-020-2746-0.
7. Chiquillan-Cabrera DM, Salazar Salvatierra E, BarrantesCruz NM, Barja-Ore J. Factores asociados al conocimiento de la atención preconcepcional. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2023;83(4):447-454. DOI 10.51288/00830411
8. Ortiz VA, Itusaca NN, Ulloa LV, Vela JM, Desposorio-Robles J, Alatrasta MS. Estudio comparativo de guías de atención prenatal en Latinoamérica. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2024;84(2): 155-167. DOI: 10.51288/00840209
9. Tailored Prenatal Care Delivery for Pregnant Individuals: ACOG Clinical Consensus No. 8. *Obstet Gynecol*. 2025;145(5):565-577. DOI: 10.1097/AOG.0000000000005889.
10. Teshale G, Jejaw M, Demissie KA, Getnet M, Dellie E, Geberu DM, *et al*. Late antenatal care booking and associated factors among pregnant women in Ethiopia: evidence from 2019 performance monitoring for action data analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(1):826. DOI: 10.1186/s12884-024-07038-1.
11. Nnamani CP, Onwusulu DN, Offor CC, Ekwebene OC. Timing and associated factors of antenatal booking among pregnant women at a tertiary health institution in Nigeria: A cross-sectional study. *J Clin Images Med Case Reports*. 2022;3(4). DOI: 10.52768/2766-7820/1646
12. Palamuleni ME. Factors Associated with Late Antenatal Initiation among Women in Malawi. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(2):143. DOI: 10.3390/ijerph21020143.

*FACTORES ASOCIADOS AL INICIO TARDÍO DE LA ATENCIÓN PRENATAL
EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LOS ANDES PERUANOS*

13. Adulo LA, Hassen SS. Magnitude and Factors Associated with Late Initiation of Antenatal Care Booking on First Visit Among Women in Rural Parts of Ethiopia. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2023;10(4):1693-1702. DOI: 10.1007/s40615-022-01354-y.
14. Ministerio de Salud. Adecuación de los Servicios de Salud con Pertinencia Cultural En El Primer nivel de Atención. Norma Tec [Internet]. 2019 [consultado 14 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4809.pdf>
15. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de Salud Materna [Internet]. Norma Técnica-Minsa. 2013 [consultado 14 de mayo de 2025]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
16. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Bendezu-Quispe G. Factores asociados a la calidad de la atención prenatal en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019;36(2):178. DOI: 10.17843/rpmesp.2019.362.4482
17. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2017 [consultado 17 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ef910283-ae02-4733-a128-251afb5ecc31/content>
18. Essam N, Khafagy MA, Alemam DS. Health literacy of pregnant women attending antenatal care clinics in Mansoura district, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc*. 2022;97(1). DOI: 10.1186/s42506-022-00119-z
19. Tesfaye M, Dessie Y, Demena M, Yosef T. Late antenatal care initiation and its contributors among pregnant women at selected public health institutions in Southwest Ethiopia. *Pan Afr Med J*. 2021;39:264. DOI: 10.11604/pamj.2021.39.264.22909.
20. Kim J, Heazell AEP, Whittaker M, Stacey T, Watson K. Impact of health literacy on pregnancy outcomes in socioeconomically disadvantaged and ethnic minority populations: A scoping review. *Int J Gynaecol Obstet*. 2025;168(1):69-81. DOI: 10.1002/ijgo.15852.
21. Handebo S, Demie TG, Gessese GT, Woldeamanuel BT, Biratu TD. Effect of women's literacy status on maternal healthcare services utilization in Ethiopia: a stratified analysis of the 2019 mini Ethiopian Demographic and Health Survey. *BMJ Open*. 2023;13(11):e076869. DOI: 10.1136/bmjopen-2023-076869.
22. Meldgaard M, Gamborg M, Terkildsen Maindal H. Health literacy levels among women in the prenatal period: A systematic review. *Sex Reprod Healthc*. 2022; 34:100796. DOI: 10.1016/j.srhc.2022.100796.
23. Tadele F, Getachew N, Fentie K, Amdisa D. Late initiation of antenatal care and associated factors among pregnant women in Jimma Zone Public Hospitals, Southwest Ethiopia, 2020. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):632. DOI: 10.1186/s12913-022-08055-6.
24. Report of a WHO technical consultation on birth spacing [Internet]. Ginebra: World Health Organization. 2005 [consultado 17 de mayo de 2025];13(6):1-44. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-07.1>
25. Saleh Al-Rumhi AA, Arulappan J, Al-Hashmi I. Short interpregnancy interval and adverse pregnancy outcomes among women in a Middle Eastern country. *Br J Midwifery*. 2023;31(6):325-35. DOI: 10.12968/bjom.2023.31.6.325
26. Aychiluhm SB, Tadesse AW, Mare KU, Abdu M, Ketema A. A multilevel analysis of short birth interval and its determinants among reproductive age women in developing regions of Ethiopia. *PLoS One*. 2020; 15:1-13. DOI: 10.1371/journal.pone.0237602
27. Hailu D, Gulte T. Determinants of Short Interbirth Interval among Reproductive Age Mothers in Arba Minch District, Ethiopia. *Int J Reprod Med*. 2016; 2016:6072437. DOI: 10.1155/2016/6072437.
28. Mahande MJ, Obure J. Effect of interpregnancy interval on adverse pregnancy outcomes in northern Tanzania: a registry-based retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):140. DOI: 10.1186/s12884-016-0929-5.
29. Tatal LM, Rodríguez VA, Buitrón EL, Ortega DF, Zúñiga LK, Gonzáles EG, *et al*. Conditions of access to an antenatal care program in a primary health care center at Pasto City, Colombia. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2019;65(2):157-62. DOI: 10.31403/rpgo.v65i2165
30. Cáceres FDM, Ruiz-Rodríguez M. Prevalencia de inicio tardío de la atención prenatal. Asociación con el nivel socioeconómico de la gestante. Estudio de corte transversal. Bucaramanga, Colombia, 2014-2015. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2018;69(1):22. DOI: 10.18597/rcog.3034
31. Lazo-Gonzales AO, Sarmiento-Casavilca T, Espinosa-Henao OE, Ruelas-González MG, Alcalde-Rabanal JE. Looking at maternal health of Asháninka communities from the conceptual framework of the accessibility of care. *Int J Equity Health*. 2023;22(1):1-12. DOI: 10.1186/s12939-023-01943-1
32. Paulino NA, Vázquez MS, Bolúmar F. Indigenous language and inequitable maternal health care, Guatemala, Mexico, Peru and the Plurinational State of Bolivia. *Bull World Health Organ*. 2019;97(1):59-67. DOI: 10.2471/BLT.18.216184.
33. Unequal access to health services costs poor and indigenous women's lives [Internet]. Amnesty International; 2009 [consultado 17 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.amnesty.org/en/documents/pre01/264/2009/en/>
34. Intimayta-Escalante C. Sociodemographic inequalities related to the early beginning of antenatal care visits in Peruvian women: an analysis of the Demographic and Family Health Survey between 2019 and 2022. *medRxiv*. 2024;(13). DOI: 10.1101/2024.05.12.24307249

35. Quijaite T, Espinoza NV, Ore JB. Associated factors to late start of prenatal care at a Callao health center, Peru. *Rev Cuba Obstet y Ginecol* [Internet]. 2019;45(4):1–12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000400003
36. Schellhammer SK, Starnes JR, Mudhune S, Goore L, Marlar L, Oyugi S, *et al.* Interpersonal violence against women and maternity care in Migori County, Kenya: evidence from a cross-sectional survey. *Front Glob Women's Heal.* 2024;5:1–13. DOI: 10.3389/fgwh.2024.1345153
37. Anguzu R, Cassidy LD, Beyer KMM, Babikako HM, Walker RJ, Dickson-Gomez J. Facilitators and barriers to routine intimate partner violence screening in antenatal care settings in Uganda. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):1–15. DOI: 10.1186/s12913-022-07669-0
38. Ragetlie R, Sano Y, Antabe R, Luginaah I. Married women's experiences of intimate partner violence and utilization of antenatal health care in Togo. *Sex Reprod Healthc.* 2020; 23:100482. DOI: 10.1016/j.srhc.2019.100482

Recibido 22 de mayo de 2025

Aprobado para publicación 30 de agosto de 2025