

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.**



**TESIS INVESTIGATIVA PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN
MEDICINA Y CIRUGIA.**

**CAUSAS DE INASISTENCIA A LA ATENCION PRENATAL EN EL
MUNICIPIO DE RANCHO GRANDE- MATAGALPA EN EL PERIODO DE
JULIO A DICIEMBRE 2008.**

AUTORES:

- **Gabriel Antonio Jirón Carrero.**
- **Luís Alberto Zelaya Ballesteros.**

ASESOR:

**DR: Luís Amador.
Ginecoobstetra.**

TUTOR:

**DR: Gregorio Matuz.
Master en salud publica.**

León, Diciembre del 2008

A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD.

ÍNDICE

Contenido	páginas
1. introducción.....	1
2. antecedentes.....	3
3. Justificación.....	4
4. planteamiento del problema	5
5. Objetivos	6
6. Marco teórico.....	7
7. Diseño metodológico.....	18
8. Resultados.....	21
9. Discusión de los resultados.....	28
10. Conclusiones	30
11. Rrecomendaciones.....	31
12. Bibliografía.....	32
13. Anexos.....	34

INTRODUCCIÓN

La atención prenatal como parte integral de la mujer y el niño tiene como objetivo inmediato, a revisión de la morbi-mortalidad materna y del recién nacido. La alta participación de mujeres en edad fértil en la estructura poblacional ha incrementado en sus últimos tiempos, la demanda de atención médica por el alto riesgo obstétrico tanto por la edad de la embarazada como por alta paridez.

En los últimos años la OMS ha reconocido reiteradamente la singular importancia de la salud y bienestar de la mujer embarazada y ha señalado la necesidad de asignar alta prioridad a los programas dirigidos a su fomento y restablecimiento, así como la prevención de las enfermedades que les afectan. El alto porcentaje de parto domiciliar se ve influenciado en el abandono de este grupo prioritario a su atención prenatal; existiendo por ende circunstancias talvez conocidas por el ministerio encargado por el curso estable de la mujer embarazada. Problema que se agudiza debido a la persistencia de patrones culturales y económicos que desfavorecen a la mujer y les impiden el acceso a los pocos bienes y servicios disponibles.

Tradicionalmente, los programas de atención prenatal (APN) han sido un reflejo de los programas de países desarrollados. Con mucha frecuencia, los programas se implementan de manera deficiente y hacen poco para promover la salud de las madres y los neonatos. Hasta hace poco, muchos de los componentes de la atención prenatal no se evaluaban rigurosamente. Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado un paquete de APN orientada, que incluye únicamente consejería, exámenes y pruebas que sirven para propósitos inmediatos.

La OMS ha implementado un nuevo enfoque para la APN que pone mayor énfasis en la calidad de la atención que en la cantidad. En el caso de embarazos normales, la OMS recomienda sólo cuatro visitas prenatales. El objetivo principal de la atención prenatal orientada es ayudar a las mujeres a mantener embarazos normales a través de: La identificación de condiciones de salud preexistentes, la detección temprana de complicaciones que surgen durante el embarazo, el fomento de la salud y prevención de enfermedades, y la preparación para el parto y la elaboración de un plan para estar listos ante una complicación. (1)

Muchas mujeres dan a luz solas, o atendidas por miembros de su familia u otros ayudantes no capacitados, que carecen de las aptitudes necesarias para resolver eventuales complicaciones durante el parto. La reducción de la mortalidad materna es un factor clave para asegurar que todos los niños, especialmente en los países más pobres del mundo, sobrevivan y se desarrollen en la adolescencia. La mayor parte de las defunciones y discapacidades maternas se producen como consecuencia de demoras en una o más de las tres circunstancias siguientes: el reconocimiento de las complicaciones, la llegada al centro médico, o la prestación de atención de buena calidad. Los esfuerzos por prevenir esas demoras son esenciales para salvar las vidas de las madres y sus recién nacidos. (2)

La razón de mortalidad materna registrada en Nicaragua, osciló alrededor de 82 muertes por cada 100,000 nacimientos vivos desde el año 2003 hasta el 2007, Según la OMS, UNICEF y FNUAPM. Una de las decisiones de gran importancia para su vida y la de su familia es la de acudir de forma periódica y precoz a los controles prenatales los cuales aseguran un parto seguro, lo cual es la prioridad en las políticas de salud orientadas a la mujer nicaragüense especialmente a las que habitan en lugares de difícil acceso a las unidades de salud de áreas rurales , en los cuales el factor económico y educativo marca de gran manera la idiosincrasia de la mujer para asistir a los cuidados prenatales que brinda el ministerio de salud de forma gratuita. (2)

La atención prenatal es una arma importante y de gran valor para vigilar las mujeres en su gestación y así estratificar las mujeres de alto riesgo y que están en peligro de muerte si no se realiza una intervención inmediata y eficaz por lo que se hace de vital importancia la asistencia regular a este tipo de atención, pero aun así existen causas las cuales se deben de conocer a fondo. Tomando en cuenta siempre la inaccesibilidad a la unidad de salud, la carencia de medios de transportes, y de la propia idiosincrasia en la que se encuentra la mujer gestantes y de sus distintas razones personales para no asistir a la atención prenatal, causas que obstaculicen de esta manera su bienestar y la de su hijo. La realidad de las muertes maternas aun esta latente, sobre todo en los países pobres como Nicaragua en los cuales se hace un deber para el investigador en el área de la salud combatir esta epidemia silenciosa de las muertes maternas por medio de la investigación para una intervención temprana .(3)

ANTECEDENTES

1. Vargas Z. y Zapata V; causa de abandono al programa de control prenatal en el centro de salud de Chinandega, 1995 obtuvieron un alto porcentaje de abandono asociando este abandono a las características propias de los servicios de salud como organización, condiciones ambientales, la procedencia alta rotación del personal y la accesibilidad del mismo, y la grave situación económica para dicha asistencia así como también la falta de abastecimiento médico a la unidad estudiada.(4)
2. Bravo.M.S, Picado R.M, factores que inciden en el abandono de las mujeres que asistieron al CPN en el periodo de mayo 1996, en el municipio de villa Sandino SILAIS Chontales, encontraron como factor principal de abandono la distancia hacia las unidades de salud, así como también el numero de hijos dependientes de la mujer gestante y el rol familiar que desempeña .(5)
3. Herrera R.V y Herrera R.CH; calidad y cobertura del control prenatal (estudio comunitario) en la ciudad de Matagalpa 1996. Este estudio valoró la calidad de atención como aceptable tomando en cuenta que el entrevistado desconocía las actividades que el personal medico le debe de realizar. Califico la percepción del personal como regular en la que sobresale la carencia de material, falta de interés y de capacitación constante. Este estudio valoró la cobertura del APN como efectiva dada a la asistencia a la unidad de salud; tomando en cuenta su captación precoz y su asistencia regular o subsecuente a dicha unidad de salud. (6)
4. Chavarria J del C.C; No cumplimiento a citas de atención prenatal de las embarazadas, octubre 2005 junio del 2006, en el centro de salud francisco Buitrago y Ticuantepe _ Managua. obtuvieron como resultados que el motivo de la inasistencia radica en la falta de consejería para motivar la asistencia a la atención prenatal, así como también el desconocimiento de las complicaciones ante un parto domiciliar asociado también a la falta de recursos económicos por parte de la mujer gestante, y en menor proporción a la falta de condiciones estructurales de la unidad de salud y la deficiente calidez, de parte del personal de salud. (7)
5. Cisneros J, F. R y Barrera J. D. G; Calidad de atención brindada a la mujeres embarazadas que acuden al CPN en el centro de salud Miguel Ángel Plazada, Municipio El Tortuguero, junio 2006. Este estudio valoró la satisfacción del usuario tomando en cuenta la estructura, procesos y resultados, calificando la calidad de atención como aceptable y como

insatisfacción al tiempo de espera y la accesibilidad a la unidad de salud factor que contribuyó a la inasistencia de la atención prenatal.(8)

Justificación

En nuestro país se han realizado pocos esfuerzos y estudios que fortalezcan el conocimiento de las causas de este problema de salud, la mortalidad materna a tenido una ligera pero significativa reducción a pesar de los pocos cambios en nuestro sistema de salud por problemas de bajo presupuesto económico.

Un pilar importante y de fácil implementación es la de dar atención prenatal, la cual se da a las mujeres con riesgo obstétrico o no, para tener una mejor vigilancia clínica de la evolución del periodo gestante y puerperio; el cual aun no cumple al cien por ciento las expectativas ya sea por la calidad o por la calidez, pero aun se desconoce la razón por que las mujeres no acuden sistemáticamente a dicho programa.

La incidencia de las muertes maternas reportadas se presentan mas en el norte, en el centro y en la zona del Caribe de Nicaragua, por ello es de gran importancia conocer mas a fondo las causas de inasistencia al programa de atención prenatal, como en el caso de Matagalpa y sus municipios, específicamente en el Municipio de Rancho grande donde los índices de cobertura en la asistencia al programa no son los óptimos, lo cual predispone a que ocurran mas muertes maternas evitables , este municipio no se ajusta a las condiciones de salud comparadas a las del resto del país, principalmente en la accesibilidad de las unidades de salud y los servicios ahí brindados, lo cual acentúa mas cualquier factor de riesgo dándole gran peso a la hora de echar andar los esfuerzos del sistema de salud para la prevención de las muertes maternas .

Por las razones anteriormente expuestas realizamos nuestro estudio con el propósito de contribuir al conocimiento de las causas de inasistencia al APN en este municipio y poder realizar acciones mas orientadas hacia la problemática en si según los hallazgos encontrados en el estudio

Conociendo verdaderamente las causas de inasistencia a la atención prenatal se puede reorientar esfuerzos de las políticas de salud hacia la mujer gestante, para hacerlas llegar más efectivamente en tiempo y espacio adecuado y así combatir más adecuadamente la problemática de las muertes maternas.

Planteamiento del problema:

¿Conocer cuales son las causas de inasistencia de las embarazadas a la Atención Prenatal en el centro de salud de Rancho Grande, Municipio de Matagalpa en el periodo de Julio a Diciembre del 2008?

Objetivo general:

Identificar las causas de inasistencia de las embarazadas a la atención prenatal en el municipio de Rancho Grande departamento de Matagalpa en el periodo de julio-diciembre 2008.

Objetivos específicos:

1. Describir los variables Sociodemográficas de la población estudiada.
2. Identificar los motivos que inciden a la inasistencia a la atención prenatal.
- 3 Conocer en que trimestre del embarazo abandonaron la atención prenatal en el centro de salud de Rancho Grande- Matagalpa.

MARCO TEÓRICO

Atención prenatal (APN).

Según Schwarz (2005) se entiende por control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, acompañamiento prenatal, consulta prenatal), a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas a las embarazadas con miembros del equipo de salud.(9)

Recalquemos que el objetivo principal es obtener la menor tasa de morbi-mortalidad materna y peri natal. Existen un conjunto de actividades que se ejercen sobre las embarazadas para obtener el mayor grado de salud de esta y de su hijo.

Se denomina atención prenatal eficiente al que cumple cuatro requisitos básicos:

1. precoz o temprano.
 2. periódico o continuo.
 3. completo o integral.
 4. extenso o de ampliada cobertura.
-
1. precoz: la atención prenatal debe iniciarse lo más temprano posible en el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección, y recuperación de la salud, identificación precoz del embarazo de alto riesgo.
 2. periódico: la frecuencia varía según el riesgo que exhibe la embarazada. Los altos riesgos (ARO) necesitan más consultas, cuyo número varía según el tipo de problema.

Algunas normas tienen como mínimo cinco consultas (una durante la primera mitad del embarazo, una entre la semana 23 y 27, luego cada cuatro semanas hasta culminar el embarazo). Otros plantean una cada cuatro semanas hasta la semana 27 y luego cada tres semanas hasta el término del embarazo. Los de bajo riesgo necesitan un número menor de consultas.

3. completo: Los contenidos mínimos de controles deberán de garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la mujer gestante.
4. extenso: Solo en la medida en que el porcentaje de la población controlada sea alto, lo ideal es que abarque a todas las embarazadas en un 100% logrando así disminuir la tasa de morbi-mortalidad materna y peri natal. La meta permite comparar en un periodo dado lo alcanzado frente a lo esperado lo que corresponde al número de

embarazadas atendida por la actividad a esto se le denomina cobertura. (9)

La atención prenatal temprana es esencial para la buena salud de la madre y el niño. Practicada con regularidad se asocia con tasas muy reducidas de morbi-mortalidad materna, sin embargo el acceso dicha atención guarda relación directa con la situación económica de la mujer, por lo que la madre de escasos recursos tiene menos oportunidad para recibirlas. (10)

En nicaragua, en 1980 la dirección materna infantil en conjunto en el grupo nacional de gineco-obstetricia elaboro las normas de atención prenatal.

Las normas son orientaciones que ayudan a mejorar la calidad de atención representando niveles mínimos y máximos de atención aceptables que constituyen una base para la evaluación y el control de la calidad.

La condición de la mujer es difícil de aprender como concepto porque incluye aspectos tanto prácticos como psicológicos y abarca una serie de factores interrelacionados que describen la condición de la mujer en función de los ingresos, empleos, educación, salud y fecundidad así como las funciones que desempeña en el seno familiar.

El control prenatal es la atención sistemática y periódica que se otorga a la mujer embarazada con el objeto de observar el desarrollo fisiológico de la gestación prevenir las complicaciones maternas y peri natales, detectar y tratar patologías concomitantes y prepararla físicas y psíquicamente para el parto y cuidado de su hijo. La APN debe lograr el máximo de cobertura iniciarse precozmente, ofrecer un número de controles suficientes y estar organizado en base al nivel de atención en relación a los recursos disponibles.

Las actividades para la atención prenatal deben estar dispuestas en un cronograma elaborado de acuerdo a la oportunidad en que debe ser desarrollada a lo largo del embarazo y para todo el embarazo.

Actividades propuestas.

1. Anamnesis
2. Examen clínico general.
3. Examen ginecológico.
4. Diagnostico del embarazo.
5. Determinación de la edad estacional.
6. Medición de la talla.
7. Medición del peso.
8. Determinación de la presión arterial.
9. Diagnostico de la vitalidad fetal.
10. Evaluación de la cantidad de líquido amniótico.
11. Diagnostico de la vida fetal.
12. Evaluación del crecimiento fetal.
13. Determinar el grupo sanguíneo y RH.
14. Determinación de la glucemia.

15. Examen de orina
16. Detección de sífilis (VDRL).
17. Determinación de HB.(10)
18. Evaluación de la pelvis.
19. Presentación fetal.
20. Evaluación de riesgo.
21. Examen odontológico.
22. Vacunación anti-tetánica.
23. Administración de Fe y AC. Fol.
24. Educación (conserjería).(10)

Datos estadísticos en nicaragua sobre atención prenatal.

En la atención prenatal la clasificación del alto riesgo obstétrico es una pesquisa que se realiza para identificar factores de riesgo y darle un adecuado manejo según el nivel de referencia indicado. Los SILAIS reflejaron en las estadísticas del MINSA que los departamentos de mayor porcentaje de consultas clasificadas de riesgo son Managua, granada, carazo, Jinotega, RAAS y río san Juan (11)

El ministerio de salud ha establecido brindar como mínimo 4 controles, a un embarazo de bajo riesgo, teniendo que realizarse el primero en el primer trimestre del embarazo. ENDESA – 98 ha encontrado una media de 5.1 controles por embarazo es decir que el 50 % de las embarazadas tuvieron mas de 5.1 control, el 61 % reporto 4 o mas y un tercio recibió tres como máximo.

Según los resultados de ENDESA 98 en nicaragua, el 84 % de los embarazos de los años anteriores a la encuesta tuvieron al menos un control prenatal, observándose grandes diferencias por áreas o departamentos de residencia, a nivel de instrucción de las mujeres y orden de nacimiento del hijo. Así mismo dentro de las embarazadas con educación superior la mayoría recibió atención prenatal y entre las residentes del área urbana, solo un 10% no la tuvieron; en el área rural este porcentaje se elevo al 23%.

El 81 % de estos controles fueron brindados por personal calificado, medico o paramédico (19 % por obstetras) .la atención brindada por personal calificado fue superior al 82 % en los departamentos del pacifico y la región de las Segovia, mientras que en los departamentos de la región atlántica y en Jinotega fue menor al 74 %.(11)

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS QUE CONTRIBUYEN A LA INASISTENCIA DEL APN.

Factor social:

En el Plan Nacional de reducción materna -MINSAL,2000- refiere que la vida social relativa al mejoramiento de la condición de los que trabajan, llevar una política social referente a la relación de las personas o colectivas entre si (12)

Nuestro país esta lleno de pobreza por la situación económica que enfrenta esto hace que la mujer tenga la necesidad de ejercer actividades laborales para sobrevivir en medio de todas las pobrezas del país, existen diferentes factores que hacen que la mujer embarazada no asista a los controles como deben ser, como consecuencia hay riesgo de enfermar y/o morir.

La identificación y definición de los problemas sociales varían en relación con las perspectivas sociales de una sociedad y de acuerdo con la diversidad cultural. Puestos que los problemas sociales dependen de la variación en el tiempo, en la cultura y en la perspectiva social, son más relativas que absolutos.

Los problemas sociales son inherentes al entrenamiento y al control de los individuos en los procesos productivos económicos. Un cambio de tecnología, por consiguiente producirá un cambio en los problemas sociales. Puestos que los problemas sociales guardan relación con las facetas cambiante de una sociedad, estos problemas son relativos a muchas clases de cambios efectuados en nuestra sociedad.

Accesibilidad a los servicios.

Los factores que influyen en la decisión de buscar atención suelen ser aquellas que se presentan o restricciones a la utilización de los servicios de salud.

Numerosos investigadores han observado que al aumentar la disponibilidad de servicios por ejemplos, construyendo más establecimientos o ampliando programas de salud no siempre conducen a un mayor uso de los servicios, estas investigaciones realizadas indican que los factores más importantes estudiados son la distancia, el costo, la calidad de atención, y factores socioculturales.

Accesibilidad geográfica.

El intervalo de espacio o de tiempo de llegar a un lugar determinado. Se ha comprobado que la distancia de los pacientes al establecimiento de la salud mas cercano es una barrera importante para la búsqueda de atención

especialmente en zonas rurales. La distancia ejerce una doble influencia la que puede constituir un obstáculo real para llegar a un centro de salud y puede desincentivar la búsqueda de atención de salud.

Accesibilidad económica.

El tema del costo económico de atención influye gasto del transporte del establecimiento, el costo de los medicamentos y otros suministros. El gasto y la distancia a menudo son paralelos, ya que mayor distancia, mayor es el gasto de transporte. Hay indicios de que además del costo de los medicamentos, el tiempo que se tarda de llegar a la unidad de salud, esperar y ser atendido restan actividades más productivas como atender los cultivos, recoger leña, y comerciar, etc. Como las mujeres realizan las mayorías de las tareas es importante tener en cuenta el valor de su tiempo.

Accesibilidad cultural.

La situación cultural abarca la situación educacional, económica, jurídica y política en una sociedad determinada, la educación se mide según la cantidad de años de escolarización formal de los países en desarrollo, el hombre generalmente tiene un nivel más alto que las mujeres. La mayoría de los estudios muestran que la utilización de los servicios médicos aumenta con el nivel de educación. (12)

Salud Materna E Infantil En Nicaragua Avances Y Desafíos 2005

Situación en el mundo

Medio millón de mujeres mueren al año por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio. El 99% de estas muertes maternas ocurren en países pobres. En América Latina cerca de 22,000 mujeres fallecen anualmente por estas causas que representan el 4% de las muertes totales. (13)

Pese a todos los esfuerzos y a las políticas públicas, las cifras de progreso son menos alentadoras para las regiones en desarrollo. El riesgo de morir aumenta 30 veces más para las mujeres embarazadas que viven en regiones en desarrollo contra las que viven en regiones desarrolladas (1: 1687 vs. 1: 51). Las muertes se deben a causas obstétricas directas como hemorragia, sepsis, abortos inducidos e inseguros, hipertensión inducida por el embarazo y partos obstruidos. Por cada mujer que muere, otras 30 sobreviven con algún tipo de complicación como anemia, infertilidad, dolor pélvico, incontinencia, y fístula obstétrica entre otras; Causas que pueden ser identificadas durante la atención prenatal periódica y consecutiva.

La sobrevivencia del recién nacido así como de los demás hijos se compromete cuando la madre muere. Cada año se reportan a nivel mundial cerca de 8 millones de muertes perinatales, relacionadas con los mismos factores que causan muerte y discapacidad materna, y otros factores de riesgo como ser del

Sexo masculino, tener bajo peso al nacer, baja escolaridad de la madre, intervalo entre hijos menores de dos años y baja cobertura de los controles prenatales.

Cumplimiento a las Metas del Milenio.

De acuerdo a proyecciones basadas en datos existentes de los registros oficiales, el Gobierno de Nicaragua ha asumido el compromiso que para el año 2015 se debe alcanzar la meta de reducir la mortalidad materna a 30.3 por 10,000 nacidos vivos registrados y la mortalidad de niños y niñas menores de 5 años de edad a 23 por 1,000 nacidos y la mortalidad infantil a 19 por 1000 nacidos vivos. Para el alcance de estas metas se definieron indicadores intermedios a los cuales se les da seguimiento anualmente. (13)

Cumplimiento de indicadores intermedios

La maternidad segura es uno de las estrategias más importantes que se llevan a cabo desde la APS. En los Programas de atención a la mujer y niñez se aporta la información necesaria para la toma de una decisión responsable por parte de la pareja. Se asesora sobre los posibles riesgos, tanto para la madre como para el hijo, de las alternativas preventivo-terapéuticas vigentes.

Maternidad Segura

El Ministerio de Salud viene trabajando desde el programa de “Atención Integral a la Mujer”, en el desarrollo de la Maternidad Segura como una estrategia efectiva para mejorar la salud materna y prenatal en el país. Sus Objetivos son reducir las posibilidades de: a) embarazos no deseados, b) complicaciones durante el embarazo o Parto y c) muerte entre mujeres que experimenten complicaciones. Las intervenciones que se desarrollan para alcanzar los objetivos de la maternidad segura son: Planificación familiar, Atención Prenatal, Parto limpio y seguro, Cuidados Obstétricos Esenciales.

Parto limpio y seguro

Garantiza que todas las personas que atienden partos tengan los conocimientos, las aptitudes y el equipo necesarios para realizarlo en forma limpia y segura, y pueda proveer los cuidados del posparto para la madre y el bebé. (13)

Cuidados Obstétricos Esenciales (COE)

La OPS/OMS, UNICEF, UNFPA, GTZ y el Proyecto de Garantía de Calidad de USAID entre otros, conjuntamente con el Ministerio de Salud, están desarrollando un modelo de “Sistemas Integrados de Cuidados Obstétricos Esenciales”, conocidos como SICOE, que integran las acciones de la

comunidad con las actividades dirigidas a mejorar la calidad de la atención de los servicios de salud en lo que se refiere al cuidado de la madre y el recién nacido. Los COE garantizan los cuidados básicos que requieren los embarazos de riesgo, el parto y sus complicaciones para todas las mujeres que los necesiten. Esta estrategia se implementa con un enfoque de Garantía de Calidad el cual establece la definición de normas y protocolos de atención clínica, la vigilancia en el desempeño del personal de salud, identificación de brechas en la calidad y mejoramiento del proceso. El MINSA ha venido equipando los COES con la provisión de medicamentos y equipos básicos esenciales y capacitando al personal (13)

Intervenciones de la comunidad que contribuyen al mejoramiento de la salud materna e infantil

a) Plan Parto:

El Plan Parto promueve acciones basadas en los pilares de la maternidad segura con el fin de mejorar la capacidad de respuesta de la familia y la comunidad para el cuidado de las mujeres gestantes para la atención de su parto, puerperio y del recién nacido, así como ante situaciones de complicación obstétrica o del recién nacido.

Todas las acciones del Plan de Parto están dirigidas a mejorar la cobertura en: atención prenatal, atención del puerperio, uso de anticonceptivos y facilitar el acceso a los cuidados obstétricos esenciales brindados en la unidad de salud. Esto se logra a través de la referencia oportuna ante la presencia de factores de riesgo o señales de peligro. Actualmente se implementa en los SILAIS de Jinotega, Matagalpa, León, Chinandega y Madriz con miras a ser extendida a otras regiones del país.

b) Las Casas Maternas:

Son albergues que funcionan bajo la gestión de una organización comunitaria y/o del MINSA, creada para alojar a las mujeres en su período de embarazo, acercarlas a las unidades de salud y permitir que el parto, el posparto y el recién nacido sean atendidos profesionalmente. Las embarazadas alojadas, provienen de comunidades rurales, pobres que viven distantes de los servicios de salud.

En Nicaragua la Estrategia de Casas Maternas surge en la década de los 80 con la Casa materna de Ocotol y la Casa del Parto Natural en Estelí. Igual que hoy en día ambos centros surgieron por la iniciativa de las organizaciones comunitarias y del Estado.

La estrategia ha demostrado tener impacto en la reducción de muerte materna y perinatal. Actualmente se cuenta con un Convenio de Colaboración y Alianza

con las casas Maternas firmado por el MINSA que facilita el apoyo y coordinación de esta Iniciativa. (13).

FACTORES QUE INCIDEN EN LA MUERTE MATERNA.

Las muertes maternas tienen origen multicausal influenciado por la condición socioeconómica y cultural del país, sin embargo para que ocurra una muerte materna deben existir condiciones básicas:

- La mujer debe estar embarazada.
- Durante el embarazo tiene que desarrollar un problema medico.
- Para que la mujer muera la complicación debe de ser tratada inadecuadamente o no ser tratada. Por ello las intervenciones que reducen el problema deben considerar estas condiciones. En la última década la razón de muerte materna ha sido oscilante y con tendencia al descenso, sin embargo constituye una de los altos de centro América y de todo el continente.(14)

Por otro lado en ese mismo periodo la mortalidad a predominado el los SILAIS, ubicados en las ciudades con mayor número de pobreza, alta tasa de fecundidad e inaccesibilidad geográfica como los departamentos de Matagalpa, Jinotega, Chontales, RAAN, RAAS, y Río San Juan.

Según las Normas y protocolos de las complicaciones obstétricas (2006). En los últimos tres años, la razón de muerte materna dobla el promedio nacional (107/100000 nacidos vivos registrados en el año 2002), en los últimos dos años el 51% de los fallecidos oscilan entre las edades de 29 y 34 años y en 27% a sido mayor de 34 años y el 21% menor de 19 años. Es motivo actual fomentar la importancia del APN como coadyuvante de la reducción de la mortalidad materna. (14)

El ministerio de salud ha priorizado la atención de las emergencias obstetricias consciente de que las usuarias (gestantes) carecen de adecuados conocimientos en salud y que al visitar las unidades de salud enfrentan los siguientes problemas:

1. Pobre identificación de signos y síntomas de alarma, y toma de decisiones inoportunas, para presentarse a la atención prenatal para solicitar ayuda a las unidades de salud.
2. Desconocimientos de la oferta de servicios de las diferentes unidades de salud y dificultad para dirigirse a la unidad indicada para la resolución de su problema.
3. Tardía entrega de medicación y los procedimientos adecuados en la unidad de salud.(14)

Existen otros factores que contribuyen a la inasistencia del APN como es la calidad de atención del servicio de salud, calidad técnica y calidez humana:

Calidad de la atención de los servicios de salud:

La calidad es el conjunto de características que deben de tener los servicios de salud en el proceso de atención a los usuarios desde el punto de vista técnico y humano para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios es por esto que la calidad se considera como el medio más importante de la gente para lograr los resultados deseados o sea para lograr la eficacia de los servicios (15)

Calidad técnica:

Busca lograr los mayores beneficios y disminuir los riesgos al prestar los servicios de salud cumpliendo con las mejores normas técnicas de atención adoptadas por el país en relación a su realidad nacional. Se refiere a la serie de criterios conocimientos teóricos y prácticos actitudes, habilidades destrezas y elementos de trabajo, que es necesario para aplicar el diagnóstico y tratamiento a la necesidad del usuario.

Calidez humana:

Es la medida que los usuarios utilizan para evaluar un servicio. El respeto al paciente como ser humano integral la búsqueda de su satisfacción plena depende grandemente de la relación interpersonal refiriéndose al uso de valores y normas socialmente definidas rigen la interacción entre los individuos en general y en sus cuestiones particulares. Es buena cuando todos los aspectos del servicio: El trato del personal médico, administrativo, el orden, la limpieza, el decoro muestran respeto y consideración para los pacientes.(15)

INDICADORES BÁSICOS PARA LA ATENCIÓN PRENATAL:

Existen cuatro indicadores básicos que valoran la calidad de la atención prenatal en todas las unidades de salud estatales en nicaragua, las cuales son: captación precoz, cuarto CPN, cobertura de la atención prenatal y parto institucional. (16)

El último reporte estadístico del ministerio de salud del año 2005 indica que se dio una cobertura total del 71.6 %, en la captación precoz del 34.7% y en el porcentaje del cuarto CPN fue del 55.9 %.

Estos indicadores se obtienen de las metas propuestas a cada SILAIS departamental de parte del ministerio de la salud, para conocer las áreas en donde la atención prenatal es deficiente y realizar acciones más orientadas a la población más vulnerable. (16)

En Matagalpa en el año 2005, el índice reportado por este SILAIS de mortalidad materna fue de 108.9/100000 nacidos vivos, ubicado en un quinto lugar a nivel nacional; en realización al cuarto control prenatal, se dio una cobertura reportada del 44.5 % del total de las mujeres captadas, de las cuales solo el 33.2 % de estas mujeres gestantes fueron captadas precozmente. (17)

Otro importante indicador de la atención prenatal es la atención del parto institucional de los cuales el SILAIS de Matagalpa reporta solo un 48 % en este año lo cual no representa ni la mitad del total de mujeres captadas en el programa.

Las estadísticas anteriores demuestran la problemática en cuanto a la atención prenatal en los municipios más alejados del país y con menos cobertura de las unidades de salud, a pesar de las orientaciones de las políticas de salud implementadas a nivel nacional para la reducción de la morbilidad materna en nuestro país. (17)

Disposiciones para el seguimiento de las mujeres inasistentes a la atención prenatal.

Las presentes disposiciones son un complemento de las normas de atención prenatal del parto de bajo riesgo y del puerperio por lo tanto serán incorporadas a ellas una vez que estas sean actualizadas, el propósito de este documento será alcanzable con la aplicación de su contenido por parte del personal de salud y con un constante proceso sistemático de monitoria de parte de los niveles administrativos, por lo que se insta a estudiar sus contenidos y aplicar sus instrucciones para un mejor seguimiento a la atención prenatal. (18)

Existen tres acciones claves que el personal de salud debe de poner en práctica al implementar estas disposiciones:

1. Interiorización del concepto y de la diversidad de formas y momentos en que las mujeres en estado gravídico se convierten en inasistentes.
2. Un registro dinámico he integral de todas las mujeres gravídicas que llegan a la unidad de salud por su atención prenatal.
3. Revisión periódica del número y localización de sus inasistentes y búsqueda activa de las mujeres en las propias comunidades , a través de la coordinación y participación activa de la comunidad , organizando salidas al terreno de manera dirigida , para optimizar los recursos y lograr mejor impacto en los indicadores de la atención prenatal.

La base fundamental para la aplicación de las presentes disposiciones depende en gran manera de la comprensión y estudio de las diferentes modalidades de inasistentes que se deben interpretar en el uso gerencial de los datos que se almacenan en el registro de embarazadas púerperas y mujeres en el periodo postnatal ya existentes (18)

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio.

Estudio de descriptivo de serie de casos.

Área de estudio:

Centro de salud Rancho Grande - Matagalpa, Dicho municipio se encuentra ubicado a 215km al norte de la capital de nicaragua y a 85 kilómetros al norte de la ciudad de Matagalpa con un clima tropical húmedo con bastante precipitación lluviosa y con inadecuada accesibilidad a los centros urbanos.

Población de estudio.

99 mujeres inasistentes a la atención prenatal que se encontraron registradas en los censos gerenciales de las comunidades atendidas en el centro de salud Rancho Grande, incluyendo todas las mujeres puérperas con parto domiciliar e institucional; pero con antecedentes de inasistencia al programa APN. Se excluyeron todos los nuevos ingresos al APN en el último mes de estudio. Se considero inasistente según la definición de las normas del programa " todas aquellas gestantes que no acudieron a sus citas programadas por la unidad de salud".

Técnicas de recolección de la información.

Fuentes de información:

1. Fuente primaria: se realizaron entrevistas a las 99 mujeres inasistentes a la atención prenatal obteniendo información del porque de dicha inasistencia.
2. Fuente secundaria: búsqueda en los censos gerenciales de mujeres gestantes inasistentes en los ambientes de atención al igual que en expedientes clínicos, para la identificación de casos.

Proceso de recolección:

Previo a la recolección de datos en los diferentes instrumentos utilizados, se solicito el consentimiento y colaboración de las pacientes que fueron parte de nuestro estudio con el fin de respetar la privacidad de las mujeres y su ideología y cultura logrando el propósito de nuestra investigación.

La información se obtuvo a través de un cuestionario de preguntas cerradas y abiertas

Previo a la aplicación del instrumento se realizo prueba piloto para la mejora y estandarización del cuestionario

Plan de análisis

La información se recolecto y proceso a través del paquete estadístico EPI-INFO 6.4 para el análisis de los datos se utilizaron medidas de frecuencia y porcentaje.

Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos según los objetivos propuestos en el estudio.

OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Conceptos	Valores
Estado civil	Situación conyugal de la paciente ante la sociedad en el momento de la entrevista	Soltera Casada / acompañada
Edad	Años cumplidos al momento de la entrevista	Menor de 20 años. 20 – 35 años Mayor de 35 años.
Escolaridad	Nivel académico alcanzado en el sistema formal de educación.	Analfabeta Alfabetizada Primaria Secundaria Universidad / tecn. Superior
Procedencia	Lugar de donde reside el paciente.	Urbano Rural
ocupación	Actividad a la que se dedica la embarazada.	Ama de casa Estudiante Profesional Técnica Obrera agrícola
Religión	Fe, creencia religiosa expresada por un individuo.	Católico Evangélico Testigo de Jehová Ninguno Otros
Accesibilidad	Tiempo transcurrido desde el momento que el paciente se dirige desde su hogar a la unidad de salud.	Menor de 1h. Una hora. Dos horas. Tres horas. Cuatro horas.
Ubicación de la embarazada en la familia	Nivel de responsabilidad que posee la embarazada en el núcleo familiar.	Jefa de familia Hija de familia Esposa o compañera Otros
Medios de transporte	Móvil el cual la	Bus Taxi

<p>disponible</p> <p>Variables</p>	<p>embarazada utiliza para llegar a la unidad de salud</p> <p>Concepto</p>	<p>A pie. Bestia otros</p> <p>valores</p>
<p>Numero de hijos dependientes.</p>	<p>cantidad de hijos que dependen de la mujer gestante</p>	<p>abierta</p>
<p>Trimestre del embarazo en el cual abandonó la atención prenatal.</p>	<p>Edad gestacional por trimestre al abandonar la atención prenatal.</p>	<p>Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre</p>
<p>Razones para abandonar la atención prenatal.</p>	<p>Justificación de la embarazada para no asistir a la atención prenatal.</p>	<p>Muy largo La tienden de mal modo No tiene con quien dejar los niños. Poca importancia a la atención prenatal. Su marido no le permite asistir. Le da pena. No la atendieron. La asistía una partera Olvido de la cita. Condición climatológica. <i>Otros</i></p>
<p>Calidez de atención</p>	<p>Percepción que tiene el usuario ante el trato humano que se le brinda al usuario en cada servicio de salud.</p>	<p>Bueno Regular Malo</p>
<p>Numero de APN realizados.</p>	<p>Cantidad de seguimientos en la atención prenatal.</p>	<p>Un control Dos controles Tres controles Cuatro controles Cinco o más controles.</p>
<p>Gastos monetarios del paciente en el APN</p>	<p>Gasto económico que el paciente asume después del APN.</p>	<p>SI NO</p>

Resultados**TABLA 1**

ESTADOCIVIL DE LAS PACIENTES GESTANTES, INASISTENTES AL PROGRAMA DE ATENCION PRENATAL EN EL MUNICIPIO DE RANCHO GRANDE DE JULIO A DICIEMBRE 2008.

n=99

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
Casada	30	30.3%
Soltera	19	19.2%
Unión libre	50	50.5%
Total	99	100.0%

La mayoría de las pacientes encuestadas se encontraban en unión libre con un porcentaje de 50.5 % seguido de las pacientes casadas con un 30.3 % (tabla 1)

TABLA 2

DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS DE LAS MUJERES GESTANTES ENCUESTADAS DEL MUNICIPIO DE RANCHO GRANDE MATAGALPA EN EL PERIODO JULIO – DICIEMBRE 2008.

n=99

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
11-19	27	27.3%
20-34	45	45.5%
35-48	27	27.3%
Total	99	100.0%

El grupo etario que sobresale en el rango porcentual se encuentra en el grupo de 20 a 34 años con un 45.5% teniendo los dos grupos restantes un 27.3 % (Tabla 2)

TABLA 3

ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES GESTANTES INASISTENTES AL PROGRAMA DE ATENCION PRENATAL EN EL MUNICIPIO DE RANCHO GRANDE MATAGALPA EN EL PERIODO JULIO – DICIEMBRE 2008. n=99

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
Alfabetizada	4	4.0%
Analfabeta	14	14.1%
Primaria	56	56.6%
Secundaria	21	21.2%
Universitaria	4	4.0%
Total	99	100.0%

El porcentaje mas alto en relación a la escolaridad de las pacientes encuestadas se ubica en la educación primaria con un 56.6 %, el 21.2% de las pacientes curso o estaba cursando secundaria Y un 14.1 % de las pacientes son analfabetas.(tabla 3)

TABLA 4

PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES INASISTENTES AL PROGRAMA DE ATENCION PRENATAL EN EL MUNICIPIO DE RANCHO GRANDE MATAGALPA EN EL PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE 2008. n=99

PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
Rural	66	66.7%
Urbano	33	33.3%
Total	99	100.0%

El 66.7 % de las pacientes inasistente a la atención prenatal proceden del área rural y el 33.3 % tienen procedencia urbana. (Tabla 4)

TABLA 5

OCUPACION DE LAS PACIENTES GESTANTES ENCUESTADAS EN EL MUNICIPIO DE RANCHO GRANDE MATAGALPA EN EL PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE 2008. n=99

OCUPACION	Frecuencia	Porcentaje
Ama casa	76	76.8%
Estudiante	8	8.1%
Obrera	9	9.1%
Profesional	3	3.0%
Técnica	3	3.0%
Total	99	100.0%

El 76.8 % de las pacientes son ama de casa, el 9.1 % son obreras, el 8.1 % son estudiantes, el 3.0 % son profesionales y técnicas respectivamente. (Tabla 5)

TABLA 6

RELIGION DE LAS PACIENTES GESTANTES QUE INASISTIERON A LA ATENCION PRENATAL EN EL MUNICIPIO DE RANCHO GRANDE MATAGALPA EN EL PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE 2008. n=99

RELIGION	Frecuencia	Porcentaje
Católica	55	55.6%
Evangélica	38	38.4%
Sin religión	6	6.1%
Total	99	100.0%

El 55.6 % de las pacientes son católicas, el 38.4 son de afinidad evangélicas y un 6.1 % no tienen ninguna religión. (Tabla 6)

TABLA 7

ROL QUE DESEMPEÑA LA MUJER EMBARAZADA EN LA FAMILIA EN EL MUNICIPIO DE RANCHO GRANDE MATAGALPA EN EL PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE 2008. n=99

ROL EN FAMILIA	Frecuencia	Porcentaje
Esposa o compañera	76	76.8%
Hija de familia	12	12.1%
Jefa familia	11	11.1%
Total	99	100.0%

El 76.8 % de las mujeres es esposa o compañera un 12.1 % es hija de familia en la familia y un 11.1 % es jefa de familia. (Tabla 7)

TABLA 8

DISTANCIA EN HORAS QUE RECORREN LAS PACIENTES GESTANTES PARA LLEGAR A LA UNIDAD DE SALUD A SUS CONTROLES PRENATALES EN EL MUNICIPIO DE RANCHO GRANDE MATAGALPA.

n=99

TIEMPO HORA	Frecuencia	Porcentaje
Menor 1 hora	48	48.40%
1	14	14.14%
2	21	21.21%
3	10	10.10%
4	6	6.06%
Total	99	100.0%

El 48.4 % de las pacientes recorren menos de una hora para llegar a la unidad de salud mas cercana el 21.21 % recorre dos horas, el 14.14 % recorre una hora, el 10.10 % recorre 3 horas y el 6.06% recorre 4 o mas horas. (Tabla 8)

TABLA 9

MEDIOS DE TRANSPORTE UTILIZADO POR LAS PACIENTES PARA LA ASISTENCIA A LOS CONTROLES PRENATALES EN EL MUNICIPIO DE RANCHO GRANDE MATAGALPA.

n=99

TRANSPORTE	frecuencia	Porcentaje
A pie	65	65.7%
Caballo	13	13.1%
Colectivo	13	13.1%
Taxi	7	7.1%
Privado	1	1.0%
Total	99	100.0%

El 65.7 % de las gestantes se transporta a pie, el 13.1 % utiliza bestias para su transporte a la unidad de salud el resto de las pacientes utilizan vehículos automotor para el transporte. (Tabla 9)

TABLA 10

MOTIVOS QUE INCIDEN EN LA INASISTENCIA A LOS CONTROLES PRENATALES EN EL MUNICIPIO DE RANCHO GRANDE MATAGALPA EN EL PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE 2008. n=99

Motivo de inasistencia	Porcentaje
Muy largo el C/S	17.2%
No tiene con quien dejar los niños	15.2 %
Mala atención	14.1%
No la atendieron	14.1%
Su marido no le da permiso	3.0%
Le da pena asistir al CPN	6.1%
Poca importancia al CPN	2.0%
La asistió la partera	2.0%
Condición del clima	8.1%
Otras	18.3%
Total	100.0%

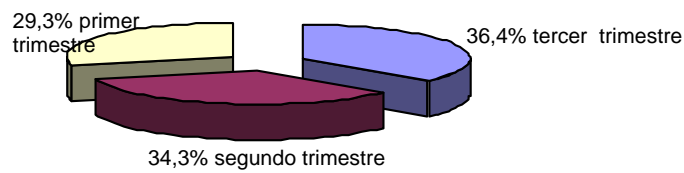
Entre los motivos de mayor incidencia para la inasistencia a los controles prenatales las pacientes refirieron que el centro de salud se encuentra muy largo en un 17.2 % no tienen con quien dejar los niños en un 15.2 % y con un porcentaje de 14.1 % respectivamente refirieron la mala atención y que no la atendieron.

El 18.3 % las pacientes manifestaron otras causas como el permiso laboral u otra labor en el hogar. (Tabla 10)

GRAFICO. 1

TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN EL CUAL LAS MUJERES INASISTIERON A LA ATENCION PRENATAL EN EL MUNICIPIO DE RANCHO GRANDE MATAGALPA.

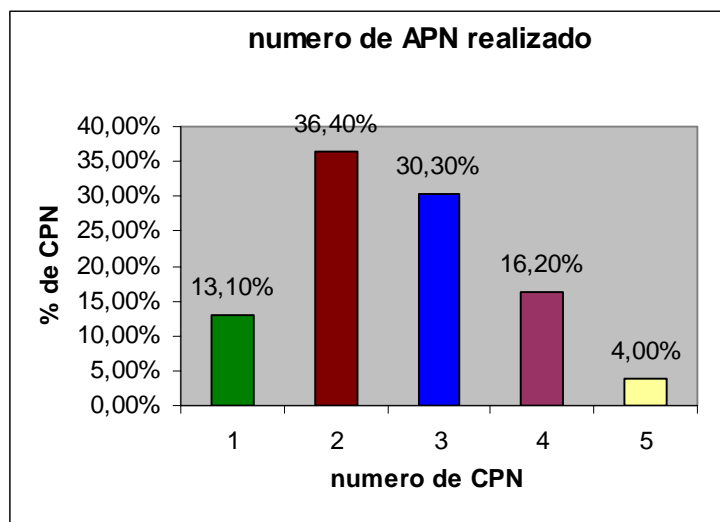
n=99



El 36.4 % de las pacientes abandonaron la atención prenatal en el tercer trimestre del embarazo el 34.3 % de las pacientes inasistieron en el segundo trimestre y el 29.3 % inasistieron en el primer trimestre. (GRAFICO 1)

GRAFICO.2

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES REALIZADOS AL MOMENTO DE LA ENCUESTA INCLUIDAS LAS MUJERES PUERPERAS EN EL MUNICIPIO DE RANCHO GRANDE MATAGALPA. n=99



El 36.4 % de las pacientes al momento de la encuesta tenían 2 controles el 30.3 % tenían 3 controles prenatales e 16.2% de las pacientes tenían 4

controles, el 13.1 % se había realizado 1 control y solamente el 4 % se habían realizado 5 o mas controles prenatales. (GRAFICO 2)

DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

En nuestro estudio las gestantes en unión libre tienen mayor índice de inasistencia a los controles prenatales con un segundo lugar las casadas, la bibliografía reporta como una causa de inasistencia a la atención prenatal y su la condición de ser soltera. (4,5)

Esta tabla refleja que el grupo etario con mayor inasistencia se encuentra entre las edades de 20 a 34 años. No existen datos bibliográficos que tomen en cuenta este grupo etáreo como causa de inasistencia.

En relación a la escolaridad de las pacientes encuestadas el grupo de mujeres que más inasisten a los controles prenatales son las que tienen el nivel primario de estudio, lo cual la bibliografía menciona que las mujeres que no acuden a la atención prenatal son las analfabetas, contradiciendo los resultados de nuestro estudio. (4,5)

Existen estudios que demuestran que la procedencia rural interfiere con la asistencia a la atención prenatal lo cual fue demostrado en este trabajo investigativo. (5)

En estudio anteriores realizados en otras municipios demuestran que las mujeres gestantes que son amas de casa inasisten con mas frecuencia a la atención prenatal resultados que concuerdan con los datos obtenidos en la encuesta del presente estudio (4)

Las pacientes con afinidad católica presentó un índice mayor de inasistencia a la atención prenatal resultados que podrías deberse al mayor numero de católicos encuestados y no existen estudios que los relaciones como causa de inasistencia a la atención prenatal.

La ubicación en la familia como esposas y compañeras en base al nivel de responsabilidad es demostrada por estudios anteriores que es una causa común para la inasistencia a los controles prenatales esto se debe a la presencia del machismo y las distintas labores que la mujer ejerce en el hogar, confirmándolo en nuestro estudio ya que la mayoría de las pacientes inasistentes tenían este vínculo familiar. (4)

La distancia y el tiempo fue una causa de gran relevancia para la inasistencia a la atención prenatal con mayor número de inasistencia aquellas pacientes que recorren mas de una hora para asistir a la unidad de salud, datos que concuerdan con bibliografía consultada que menciona como inaccesibilidad a los servicios de salud en general .(4,12)

Las pacientes no utilizan ningún medio de transporte ya que se trasladan a pie a la unidad de salud siendo esta una particularidad que afecta negativamente la asistencia los controles prenatales ya que se combina con los factores climáticos, y la disponibilidad de las unidades de transporte colectivo por ser una zona de difícil acceso geográficamente, lo cual es reportado por la bibliografía que es mas común en las áreas rurales que en las urbanas. (4, 5, 6,12)

Las tres primeras causas reportadas por las pacientes como motivo de inasistencia a los controles prenatales son en orden de frecuencia, la distancia, el cuidado de los niños que tienen a cargo y la mala atención a la unidad de salud aunque también y con un porcentaje alto refieren otras causas como son los permisos laborales y las labores que realizan en el hogar esto concuerda con las causas de inasistencia reportadas en las bibliografía consultada. (4, 5, 6, 8,15)

Se demostró que las mujeres que no acuden con mas frecuencia en el último trimestre del embarazo a la atención prenatal, por lo que en el último trimestre las características propias del embarazo en relación a la dificultad para caminar y agregando la inaccesibilidad geográfica repercuten aun mas en la asistencia para los partos domiciliarios el cual no logra el objetivo de la atención prenatal de obtener un parto limpio y seguro, no se encontraron reportes bibliográficos sobre esta particularidad o que la relacione a otro motivo de inasistencia.

El número de controles prenatales máximo que debe tener cada embarazada no fue el aceptable ya que la mayoría de las encuestadas logró como máximo dos controles prenatales , hecho que confirma la inasistencia a la atención prenatal en el municipio de estudio ; no se encontró registros bibliográficos que compruebe esta eventualidad .

CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas de las pacientes sujetos de estudio son las siguientes: En su mayoría son de religión católica, con un bajo nivel académico, predomina la unión libre en relación a su compañero de vida y el grupo etáreo que más inasiste es el adulto joven (20, 34 años) procediendo un mayor número en el área rural.
- Concluimos que los principales factores que influyen en la inasistencia a sus controles de atención prenatal en orden de frecuencia en relación al porcentaje obtenido sobresalen , el hecho de estar en unión libre con su pareja , el grupo etario de mayor influencia en inasistencia correspondió a los de 20 -34 años teniendo una ligera diferencia con los demás grupos etarios probablemente al bajo nivel educativo que presentaban y a la labor que desempeñan en su hogar como ama de casa , no permitiendo de esta manera la atención prenatal lo cual también se acentúa a su procedencia rural y la distancia a la unidad de salud .
- La distancia en horas es otra de las causas para no asistir a los controles prenatales dado el tiempo que se tardan; esto se acentúa aun más con el medio de transporte utilizado el cual no es el apropiado para las mujeres gestantes y en relación a su bienestar o su condición fisiológica en la que se encuentra .
- uno de los principales motivos personales para no cumplir con la atención prenatal fue el hecho de pertenecer a lugares lejanos de la unidad de salud y de carecer de un responsable para el cuidado de los niños al momento de estar en la atención prenatal ; lo que no tiene excusa es la mala atención que perciben las embarazadas por el personal de salud aunque estadísticamente no fue uno de los principales motivos para no cumplir con los controles prenatales ,queremos hacer hincapié que existen otras causas para no asistir a la atención prenatal como la falta de disposición laboral y otros hechos que se superponen para dar fe del cumplimiento de sus citas programadas.
- La poca asistencia a los controles prenatales disminuyó el cumplimiento de los indicadores básicos en relación a las metas propuestas por este municipio de estudio siendo de esta manera un estado de alerta para que ocurra una muerte materna o un parto con diversas complicaciones , situaciones que se podrían evitar con el cumplimiento a los controles prenatales. (ver tabla 1 en anexos).
- En este estudio se estableció que conforme avanza el embarazo y las condiciones ya antes mencionada, en el último trimestre de la gestación las gestantes se ausentan con más frecuencia. Se confirmó que la mayoría de las pacientes encuestadas asistió como máximo a dos controles prenatales estableciendo de esta manera que existe una problemática en cuanto a las causas de inasistencia a la atención prenatal.

RECOMENDACIONES

1. Recomendamos asegurar la atención prenatal de las mujeres de domicilio más alejado y cumplir por lo menos los cuatro controles prenatales establecidos por el ministerio de salud para brindar una consejería y atención completa e integral mediante
2. Mantener la búsqueda activa de las embarazadas inasistente al APN en las respectivas comunidades, para aumentar la cobertura y la concientización de la importancia de la atención prenatal para un parto limpio y seguro.
3. Monitorear la calidez de atención como pilar fundamental de la atención prenatal para mejorar la satisfacción del usuario y así disminuir la inasistencia al programa de atención prenatal de este municipio.
4. Promover en las embarazadas sobre los beneficios de las casas maternas como atracción para las mujeres gestantes de domicilio alejado y conjuntamente asegurar la buena atención del personal de salud de estas casas y de las clínicas de atención en cada unidad de salud.
5. Para asegurar que las madres asistan al último control que la dirección del centro de salud gestionó el apoyo de ONGS para asegurarles el transporte de regreso a sus comunidades después del parto a todas las madres que se encuentran alojadas en las casas maternas.
6. Recomendamos al gobierno municipal de turno la mejora de la infraestructura vial de las comunidades con mayor cantidad de grupos vulnerables reportados y apoyar de forma económica a la casa materna del municipio de Rancho grande, para que de esta forma disminuir la problemática de accesibilidad a las unidades de salud y mejorar el funcionamiento de estas.
7. A la dirección municipal recomendamos apoyarse de este estudio para la implementación de nuevas estrategias dirigidas a la disminución de las muertes maternas de forma más eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Atención prenatal orientada: un mejor enfoque, mas económico con base a la evidencia: enfoque técnico de salud mundial-OMS. Revisado 2-3 septiembre 2008
www.maqweb/chbriefs.com/antenatal.shtml - 19k
2. OMS, el UNICEF y el FNUAP. En relación a la mortalidad materna.
www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr77/es/index.html
Revisado 2-3 septiembre 2008
3. Ipas > Analizando la muerte materna en Nicaragua 6 Jun 2008... La razón de mortalidad materna registrada en Nicaragua.
http://www.ipas.org/Library/News/News_Items/Analizo_la_muerte_materna_en_Nicaragua.aspx
4. Vargas Z. y Zapata V; ""Causa de abandono al programa de control prenatal en el centro de salud de Chinandega, 1995". (Tesis para optar al título de medicina y cirugía. UNAN-León)
5. Bravo.M.S, Picado R.M; "" Factores que inciden en el abandono de las mujeres que asistieron al CPN en el periodo de mayo 1996, en el municipio de villa Sandino SILAIS Chontales. (Tesis para optar al título de medicina y cirugía UNAN-León).
6. Herrera R.V y Herrera R.CH; "" Calidad y cobertura del control prenatal (Estudio comunitario) en la ciudad de Matagalpa 1996. (Tesis para optar al título de medicina y cirugía. UNAN-León).
7. Chavarria J, del C.C y Martínez Mm; "" No cumplimiento a citas de atención prenatal de las embarazadas, octubre 2005 junio del 2006, en el centro de salud francisco Buitrago y Ticuantepe _ Managua. (Tesis para optar al título de medicina y cirugía. UNAN-León).
8. Cisneros J, F. R y Barrera J. D. G; "" Calidad de atención brindada a la mujeres embarazadas que acuden al CPN en el centro de salud Miguel Ángel Plazada, Municipio El Tortuguero, junio 2006. (Tesis para optar al título de medicina y cirugía. UNAN-León).
9. Ricardo Leopoldo schwarz, y col. examen de la mujer gravídica: capitulo 5 paginas 74, 75; control prenatal, capitulo 7, Buenos aires editorial el ateneo sexta edición 2005. pp. 147-158.

BIBLIOGRAFIA

10. Ministerio de Salud de Nicaragua MINSA. Normas para la atención prenatal, embarazo parto de bajo riesgo y puerperio normal, ministerio de salud Managua nicaragua 1998. Dirección general de la atención integral de la mujer niñez y la adolescencia.
11. ENDESA datos estadísticos en nicaragua sobre la atención prenatal, ministerio de salud nicaragua 1998.
12. MINSA, Plan Nacional de reducción de la Mortalidad Materna Perinatal e infantil .ministerio de salud departamento de atención integral a la mujer; marzo del 2000.
13. UNICEF, OPS Salud materno infantil, avances y desafíos 2005. Estudios cuantitativos de la cuenta de I milenio en relación a los indicadores básicos para reducir la mortalidad materna
14. MINSA, Normas y protocolos para la atención de las Complicaciones Obstétricas. Diciembre 2006 segunda edición. Managua Nicaragua
15. Programa de formación docente y pedagógico OPS / OMS evaluación de los programas y evaluación institucional. Modulo 8 PALTEX 2000.
16. MINSA. Indicadores básicos de cobertura en la atención materna nicaragua 2000_2005. Pag.web.
www.minsa.gob.ni/estadísticas/ind2006/images/ind_cobertura_atencion_materna.jpg. Revisado 8-9 septiembre 2008
17. MINSA. Indicadores básicos de salud materno infantil por SILAIS, 2005 Pág. Web. Revisado 8-9 septiembre 2008
www.minsa.gob.ni/estadistica/ind2006_atenci_salud_materna_infantil.jpg.
18. MINSA Disposiciones para el seguimiento de mujeres inasistentes a la atención prenatal al parto institucional y a la atención post – natal. Dirección general de servicios de salud, pp. 1-5. Managua nicaragua agosto 2006

1. Causas de inasistencia a la atención prenatal en el centro de salud Rancho grande departamento de Matagalpa en el periodo de Julio a Diciembre 2008.

1. Datos generales:

- Edad_____
- Procedencia :
rural_____ urbano_____
- Estado civil:
soltera_____ casada_____ acompañada_____

2. características sociodemográficas.

a Escolaridad:

- Analfabeta_____ secundaria _____
- Alfabetizada_____ Universitaria_____
- Primaria _____ técnico. sup._____

b. Ocupación:

- Ama de casa_____ Obrera Agrícola _____
- Estudiante _____ Técnica_____
- Profesional_____ Otros_____

c. Religión:

- Católica_____ ninguna_____
- Evangélica_____ otras_____
- Testigo de Jehová_____

3. Causas de inasistencia a la atención prenatal.

3.1. ¿Cuántos hijos dependientes de usted tiene?: _____

3.2 ¿Cual de estos roles es el que juega usted en su familia?

- Jefa de familia _____
- Hija de familia _____
- Esposa o compañera _____
- Otros _____

3.3. ¿Para llegar a su unidad de salud cuanto tiempo tarda? _____ min/hr.

3.4. ¿Que medios de transporte utiliza para llegar a la unidad de salud.

- A pie _____
- Transporte colectivo _____
- En bestias. _____
- Taxis. _____
- Privado. _____
- Otros. _____

3.5. Usted asume el costo de los medicamentos y los exámenes de laboratorio en la atención prenatal.

- Si _____
- No _____

3.6. ¿Cual fue el motivo para no asistir a la atención prenatal?

- La atienden de mal modo _____
- Muy largo _____
- No tiene con quien dejar los niños _____
- Cree que los controles no son importantes _____
- Su marido no le permite asistir _____
- Le da pena _____
- No la atendieron _____

- La asistió una partera_____
- Por factores climatológicos_____
- Olvido la cita _____
- Otros_____

3.7. Como considera el trato del personal de salud cuando usted acude a la atención prenatal.

Buena _____ Regular _____ Mala _____.

4. Datos obstétricos:

1. En que trimestre del embarazo inasistió a la atención prenatal:

- Primer trimestre _____
- Segundo trimestre _____
- Tercer trimestre _____

2. Cuantos controles prenatales se a realizado:_____

1----- 2----- 3----- 4-----
5-----

Gracias por su colaboración.

ANEXOS

Tabla N.1

**MINISTERIO DE SALUD
MUNICIPIO DE RANCHO GRANDE MATAGALPA
INDICADORES BASICOS DE ATENCION PRENATAL SEGUNDO
SEMESTRE 2008.**

Indicadores de Proceso	E_Esp.	Metas seis meses	CUMPLIMIENTO MENSUAL						Acum.	% Metas
			Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic		
A. Embarazo										
Captación de APN en el 1er. Trim. embarazo	390	195	47	30	31	42	38	0	188	96.4
4to. Control APN	764	298	40	60	39	80	55	0	274	91.9
B. Atención al Parto										
Partos institucionales	518	212	13	22	18	28	20	0	101	47.7
Partos Domiciliares	0	0	7	2	20	13	22	0	64	30.1